

Demograficzne przesłanki polityki ludnościowej

Sytuacja ludnościowa nie jest obojętna dla obecnego i przyszłego rozwoju kraju. Stanowi bowiem ważną przesłankę kreowania odpowiedniej strategii rozwoju i czynnik determinujący możliwości rozwiązywania różnych problemów społecznych. Z tego względu nie powinna pozostawać całkowicie poza zainteresowaniami decydentów polityki społecznej i gospodarczej.

Od pewnego czasu kolejne instrumenty polityki rodzinnej są wdrażane stopniowo z przekonaniem, że okażą się skuteczne dla dalszego rozwoju demograficznego Polski. Jak do tej pory efekty tych działań w zakresie procesów demograficznych mają ograniczoną skuteczność. Kolejne lata nie przynosiły oczekiwanej poprawy sytuacji demograficznej. Być może jest to rezultat fragmentarycznych działań, nie mających silnego wpływu na postawy demograficzne ludności Polski. Konieczne jest zatem wypracowanie nowej polityki ludnościowej, a jej podstawą powinna być ocena dotychczasowych i przyszłych trendów demograficznych.

1. Najważniejsze cechy dotychczasowego rozwoju ludności – ważne dla przyszłości¹

Polska jest krajem o dużej dynamice zmian sytuacji ludnościowej. Miały na to wpływ zarówno uwarunkowania historyczne, jak i procesy przemian społeczno-gospodarczych. W pierwszym przypadku mamy na myśli wydarzenia i konsekwencje drugiej wojny światowej, a w drugim – lata 90., kiedy Polska wkroczyła na drogę zasadniczej przebudowy systemu politycznego, społecznego i gospodarczego. Tej przebudowie systemowej towarzyszyło wiele zjawisk, które nie pozostały bez wpływu na postawy i zachowania ludności i znalazły odzwierciedlenie w przebiegu procesów demograficznych tego okresu. Ogólnie można przyjąć, że cały powojenny okres rozwoju ludnościowego Polski cechowały następujące prawidłowości:

- Przejście od dynamicznego rozwoju ludności po II wojnie światowej do wolniejszego rozwoju w kolejnych okresach, aż do ubytku ludności w ostatnich latach.

¹ Opracowano na podstawie i z wykorzystaniem tekstu: M. Waligórska, J. Witkowski, *Przyszłość demograficzna Polski do roku 2050 (w świetle najnowszej prognozy demograficznej)*, w: *Przemiany ludnościowe w Polsce. Przyszłość demograficzna*, pod redakcją Z. Strzeleckiego i E. Kowalczyka, Warszawa 2014, s.57–70,

- Decydujące znaczenie dla rozwoju ludności miał ruch naturalny, a przede wszystkim liczba urodzeń.
- Spadek dzietności kobiet – najważniejsza cecha zmian – doprowadził w ostatnich dekadach do zawężonej zastępowalności pokoleń.
- Poprawa umieralności nastąpiła dopiero w latach 90., ale ze spowolnieniem korzystnych zmian w ostatnich latach.
- Zmniejszanie się różnic w kształtowaniu się procesów demograficznych ludności miast i wsi oraz poszczególnych regionów, choć w ostatnich kilku latach obserwuje się znaczne spowolnienie tej tendencji.
- Zmiana wzorców migracji wewnętrznych w kierunku mniejszej przestrzennej mobilności ludności.
- Intensyfikacja czasowej emigracji zagranicznej w okresie transformacji, a w szczególności po otwarciu rynków pracy przez kraje Unii Europejskiej.

Konsekwencją tych procesów były zmiany w strukturze wieku ludności. Zmniejszył się odsetek dzieci i młodzieży, a zwiększył udział starszych roczników wieku produkcyjnego i ludności w wieku poprodukcyjnym.

Te wielokierunkowe przemiany demograficzne w okresie powojennym nabrały właściwości bardziej jednorodnych w ostatnich dekadach i świadczą o mniej optymistycznych podstawach dalszego rozwoju ludnościowego Polski. Do najbardziej charakterystycznych cech tego rozwoju w okresie ostatnich trzech dekad należy zaliczyć kilka tendencji demograficznych.

• **Malejąca liczba urodzeń (zmiany wzorca dzietności)**

Najbardziej istotne dla rozwoju demograficznego zmiany dotyczą **liczby urodzeń**. W szczególności są one widoczne od połowy lat 80., kiedy liczba urodzeń zmalała z 724 tys. w 1983 r. do 351 tys. w 2003 roku. Następnie pojawiło się krótkotrwałe ożywienie w liczbie urodzeń (do 418 tys. w 2009 r.) i dalszy ich spadek w kolejnych latach. W 2015 r. liczba urodzeń żywych wynosiła jedynie 369 tys. Tak duży spadek liczby urodzeń był spowodowany głównie obniżeniem poziomu płodności kobiet. W latach 1984–1996 był on dodatkowo wspomagany przez zmiany w strukturze wieku rozrodczego kobiet. Natomiast w latach 1997–2010 spadek liczby urodzeń był już wyłącznie rezultatem dalszego obniżenia się poziomu płodności kobiet. Od 2011 r. ponownie obserwuje się negatywny wpływ na liczbę urodzeń zmian w strukturze wieku rozrodczego kobiet.

Zmiany, jakie dokonały się w płodności kobiet w Polsce mają wpływ na model zastępowalności pokoleń. Jeszcze w 1970 r. współczynnik dzietności kobiet wyniósł 2,2, co oznacza, że Polska w tym okresie znalazła się w sytuacji prostej zastępowalności pokoleń (współczynnik reprodukcji netto wyniósł 1,011). Kolejne lata przyniosły niewielką poprawę dzietności do poziomu 2,416, co oznaczało, że w roku najwyższej liczby urodzeń w okresie echa wyżu demograficznego (1983 r.) zastępowalność pokoleń miała charakter umiarkowanie rozszerzony². Jednakże od 1984 r. systematycznie malała dzietność kobiet, a tym samym model zastępowalności pokoleń ludności Polski nieuchronnie zbliżał się do granicy prostej odnowy (zastępowalności pokoleń). Od 1989 r. dzietność kobiet jest już na poziomie oznaczającym zawężoną zastępowalność pokoleń, a w ostatnich latach współczynnik dzietności ogólnej ustabilizował się na poziomie około 1,3.

- **Wyhamowanie korzystnych zmian umieralności**

W całym powojennym rozwoju Polski można wyróżnić kilka okresów pod względem kształtowania się poziomu umieralności mieszkańców, w przeważającej części miały one niekorzystny charakter. Wysoki poziom umieralności stanowił największy problem sytuacji ludnościowej Polski z okresu przed transformacją systemową – należy go wiązać z pogarszającym się stanem zdrowia ludności. Trendu tego nie udało się zahamować przez wiele lat. W szczególnie niekorzystnej sytuacji w tym okresie znaleźli się mężczyźni w średnim wieku, których umieralność systematycznie się zwiększała i zdecydowanie (w skali rzadko spotykanej w innych krajach) przewyższała umieralność kobiet.

Początek transformacji społeczno-ekonomicznej w Polsce przypadł zatem na okres wysokiej umieralności ludności. W 1989 r. w Polsce zmarło ponad 383 tys. osób, co w przeliczeniu na 1000 osób oznaczało współczynnik zgonów na poziomie 10,0. Począwszy jednak od 1992 r. nastąpiło zahamowanie niekorzystnych trendów umieralności, a w dalszych latach – powolny jej spadek. Współczynnik umieralności obniżył się do poziomu 9,4‰ w 2002 roku. Od 2005 r. obserwujemy wzrost zarówno liczby, jak i natężenia zgonów, głównie na skutek postępującego procesu starzenia się mieszkańców kraju, przy czym kierunek zmian podlega okresowym wahaniom.

² Prosta zastępowalność pokoleń ma miejsce wówczas, kiedy współczynnik zastępowalności pokoleń wynosi 1, co oznacza, że pokolenie urodzonych córek dożyje takiego wieku matek, w jakim zostało urodzone i będzie w tym momencie tak samo liczne jak pokolenie matek

Zdecydowanie korzystniejsza sytuacja dotyczyła umieralności niemowląt, która charakteryzowała się stałą tendencją malejącą. Współczynnik zgonów niemowląt zmniejszał się w całym powojennym okresie i w 1989 r. obniżył się do poziomu 19,1 na 1000 urodzeń żywych (z 117,6 w 1951 r. i 36,7 w 1970 r.). Znaczącą poprawę odnotowano w dekadzie lat 90. i choć w ostatnich kilkunastu latach tempo zmian jest znacznie wolniejsze, spadek umieralności niemowląt jest stałym elementem pożądaných przemian w zakresie obniżania umieralności populacji. W 2015 r. wartość współczynnika zgonów niemowląt wyniosła 4,0‰ i była ponad 4-krotnie niższa niż w 1990 r., jednak jest nadal relatywnie wysoka w porównaniu z rozwiniętymi krajami europejskimi.

Notowana w okresie kilkunastu lat poprawa stanu zdrowia populacji (potwierdzają to badania zdrowia z lat 1996, 2004 i 2009), wynikająca zarówno z postępu medycyny, jak i większej dbałości o własną kondycję zdrowotną (dieta, aktywność fizyczna), wpłynęły także na wydłużanie przeciętnego trwania życia. Od początku lat 90. przeciętne trwanie życia wzrosło o około 7 lat dla mężczyzn i około 6 lat dla kobiet. Zmniejszyła się też różnica między długością życia obu płci. Obecnie przeciętne dalsze trwanie życia określone dla noworodka płci żeńskiej jest dłuższe o 8 lat niż dla chłopca, w 1991 r. różnica ta wynosiła 9,2 lat. Przy założeniu warunków wymierania jak w 2015 r. kobieta żyłaby przeciętnie 81,6, a mężczyzna – 73,6 lat. Mimo obserwowanej poprawy umieralność w Polsce kształtuje się nadal na wysokim poziomie w porównaniu z większością krajów Europy.

- **Zmiana wzorców migracji ludności**

Cechą charakterystyczną całego powojennego okresu rozwoju Polski jest wyraźne osłabienie wewnętrznej mobilności przestrzennej ludności oraz zmiana jej wzorców. Począwszy od lat 50. systematycznie maleje liczba osób zmieniających miejsce zamieszkania (poza niewielkim ożywieniem w pierwszej połowie lat 70.) oraz natężenie migracji wewnętrznych ludności. Nastąpiły także zmiany w intensywności poszczególnych kierunków przemieszczeń. W Polsce przez długi okres podstawowym kierunkiem migracji były przemieszczenia ludności ze wsi do miast. Jednakże od początku lat 90. ten kierunek migracji został mocno ograniczony. Mimo zmniejszonego wolumenu migracji wewnętrznych w okresie transformacji zaistniała większa skłonność mieszkańców miast do osiedlania się na wsi. W efekcie obserwowane jeszcze do 1999 r. ujemne saldo migracji ludności na wsi przekształciło się w saldo dodatnie – miasta w Polsce tracą w wyniku migracji ludności na rzecz wsi.

Polska jest krajem emigracyjnym, co oznacza, że liczba osób opuszczających kraj na stałe była cały czas większa od liczby ludności doń napływającej (jedynie w latach 1952 i 1955–1956 saldo tych migracji było dodatnie). Okres transformacji i okres członkostwa w UE nie zmieniły tych wieloletnich trendów, chociaż oficjalna emigracja na stałe była wciąż stosunkowo niewielka.

W latach 80. pojawiła się jednak nowa cecha migracji zagranicznych Polaków polegająca na dynamicznym rozwoju migracji czasowych. W istocie była to jednak ukryta forma nasilenia migracji długookresowych. Zdecydowana większość Polaków emigrujących czasowo pozostała bowiem za granicą przez wiele lat, znaczna ich część przebywa tam do dziś. Ta prawidłowość w zakresie migracji zagranicznych utrzymała się także w latach 90. i trwa z pewnymi wahaniami do chwili obecnej.

Otwarcie granic po przyjęciu Polski do UE, a szczególnie liberalizacja przepisów związanych z zatrudnianiem Polaków w wielu krajach UE sprawiło, że zjawisko czasowej emigracji Polaków przybrało na sile, zwłaszcza w ciągu pierwszych 3–4 lat po wejściu do UE. Szacuje się, że w latach 2004–2015 liczba polskich emigrantów, przebywających poza krajem czasowo powyżej trzech miesięcy, wzrosła z 1 mln do ponad 2,2 mln osób. Światowy i europejski kryzys finansowy i gospodarczy lat 2008–2009 czasowo zmniejszył skalę takich wyjazdów, ale w ciągu ostatnich lat obserwujemy ponowny wzrost emigracji z Polski.

- **Spowolnienie tempa rozwoju ludności**

Konsekwencją zmian we wzorcach opisanych procesów demograficznych było spowolnienie tempa rozwoju ludności. Przez długi okres po wojnie Polska była krajem o dużej dynamice przyrostu liczby ludności. Dotyczyło to w szczególności dekady lat 50. ub. wieku. Kolejne dekady nie były już tak dynamiczne i pomyślne dla rozwoju demograficznego, gdyż charakteryzowały się coraz wolniejszym tempem przyrostu liczby ludności, chociaż w latach 60. jeszcze wciąż dość wysokim. To spowolnienie było spowodowane przede wszystkim silnym zmniejszeniem liczby urodzeń.

Pierwsze oznaki silnego spowolnienia rozwoju ludnościowego Polski pojawiły się w drugiej połowie lat 80., ale ich nasilenie wystąpiło w latach 90. Począwszy od 1997 r. w Polsce pojawiło się zjawisko ubytku liczby ludności, początkowo stosunkowo niewielkie, dzięki czemu w drugiej połowie lat 90. liczba ludności zwiększyła się jeszcze o 35 tys. osób. Początek tego wieku nie zmienił niekorzystnego trendu w rozwoju demograficznym Polski, gdyż liczba ludności nadal malała.

W latach 1997–2007 liczba ludności Polski zmniejszyła się o prawie 179 tys. osób. Dopiero w 2008 r. – po 11 latach ubytku ludności – odnotowano niewielki przyrost rzeczywisty ludności, który został utrzymany także do 2011 r., po czym obserwujemy najpierw stabilizację, a następnie ponowny spadek liczby ludności.

- **Zmienność struktury wieku i postępujący proces starzenia się ludności**

Charakterystyczną cechą ludnościowej sytuacji Polski była i jest dość duża zmienność struktury ludności według wieku. Jest to nadal konsekwencja wyżu urodzeń z przełomu lat 40. i 50. XX wieku. Falująca w kolejnych latach liczba urodzeń to zasadnicza przyczyna dużych wahań w strukturze ludności. Mimo tych zmian, ludność Polski – w porównaniu z innymi krajami europejskimi – jest wciąż stosunkowo młoda w sensie demograficznym³, ale proces starzenia się społeczeństwa polskiego systematycznie postępuje. Ponadto od kilku dekad obserwujemy kilka charakterystycznych prawidłowości zmian w strukturze ludności Polski. Na przykładzie ekonomicznych grup wieku możemy je scharakteryzować jako następujące:

- Nasilający się ubytek ludności w wieku przedprodukcyjnym. W 1970 r. jeszcze co trzeci mieszkaniec kraju był w wieku 0–17 lat, a obecnie już tylko co piąty. Liczba ludności w tym wieku zmniejszyła się z ponad 11 mln w 1990 r. do około 7,1 mln w 2012 r., a więc o blisko 4 mln osób.
- Systematyczny wzrost liczby ludności w wieku poprodukcyjnym. Tylko w okresie 1970–2012 zwiększyła się ona o ponad 3,3 mln osób do poziomu blisko 6,9 mln.
- W efekcie tych dwóch tendencji, od początku lat 90. obserwujemy powolny proces starzenia się ludności, który przybiera na sile (w 2012 r. w wieku poprodukcyjnym było 17,8% mieszkańców Polski).
- Ze zróżnicowaną siłą zwiększała się liczebność populacji w wieku zdolności do pracy. W okresie od 1970 r. do 2012 r. liczba tej ludności zwiększyła się z 18,3 do 24,6 mln osób, a więc o 6,3 mln (tj. o ponad jedną trzecią). Obecnie ludność w wieku produkcyjnym stanowi prawie 64% naszego społeczeństwa (w 1970 r. – 56%). Cechą charakterystyczną zmian w strukturze wieku tej zbiorowości jest jednak systematyczne starzenie się zasobów pracy.

³ D. Szaltys, *Sytuacja demograficzna Polski na tle Europy*, w: *Perspektywy demograficzne jako wyzwanie dla polityki ludnościowej Polski*, Sejm RP, Warszawa 26 kwietnia 2016 r., s. 40 i nast.

2. Perspektywiczne przesłanki polityki ludnościowej do 2050 roku

O istocie i założeniach polityki ludnościowej powinny decydować nie tylko dotychczasowe prawidłowości rozwoju ludności, ale także przyszłe trendy demograficzne. Jest oczywiste, że o perspektywnych trendach rozwoju ludności decydują przede wszystkim długofalowe tendencje rozwoju ludności w przeszłości, które w Polsce w ostatnich dekadach nie tworzą optymistycznych przesłanek dla przyszłego rozwoju ludności. Te tendencje mogą się jednak zmieniać pod wpływem oddziaływania czynników determinujących procesy demograficzne. Jest to szeroki wachlarz determinant o charakterze społecznym i gospodarczym, które mają bezpośredni i pośredni wpływ na zachowania demograficzne ludności i kształtowanie się najważniejszych procesów demograficznych. Te czynniki zmieniają się w czasie pod wpływem wielu okoliczności, w tym także na skutek prowadzenia odpowiedniej polityki ludnościowej i rodzinnej. Tym samym to polityka ludnościowa może modyfikować dotychczasowe trendy rozwoju ludności, jeśli istnieje potrzeba takiej polityki i jest ona dostosowana do pożądaných celów demograficznych. Demograficzne przesłanki polityki ludnościowej wynikają zatem z dotychczasowych oraz przyszłych prawidłowości rozwoju ludności. Przewidywanie przyszłego rozwoju ludności, co jest zadaniem prognoz demograficznych, stanowi zatem ważny etap (komponent) prac nad założeniami pożądanej polityki ludnościowej.

Przewidywanie przyszłości jest zadaniem obarczonym pewnym stopniem niepewności. Jednakże prognozy demograficzne charakteryzują się relatywnie dużo większym stopniem wiarygodności (trafności), gdyż – przewidując najbardziej prawdopodobny przebieg procesów demograficznych i kształtowanie się przyszłej sytuacji ludnościowej – odwołują się w dużej mierze do żyjącej już populacji, o dość dobrze rozpoznanych postawach i zachowaniach demograficznych. Z tego też względu analiza dotychczasowych trendów rozwoju ludności dostarcza ważnych przesłanek do budowania scenariuszy przyszłego kształtowania się procesów demograficznych.

Należy jednak pamiętać o dość dużej zmienności uwarunkowań rozwoju demograficznego, czego najlepszym przykładem jest Polska. Z tego powodu przy opracowaniu prognoz demograficznych rozważa się wiele scenariuszy zmian i przyjmuje wariantowe założenia oddzielnie dla najważniejszych czynników determinujących sytuację ludnościową: dzietność, umieralność, migracje wewnętrzne i zagraniczne. W ten sposób powstają odmienne – w sensie walorów analitycznych – projekcje: ostrzegawcze, symulacyjne czy bazowe. Największe znaczenie praktyczne mają projekcje bazowe, które

prezentują najbardziej prawdopodobny przebieg przyszłego rozwoju ludności (prognozy). I takie prognozy są podstawą analizy przyszłości demograficznej naszego kraju. Przedstawimy ją w świetle dwóch prognoz demograficznych opracowanych przez GUS.

2.1. Perspektywy rozwoju ludności zameldowanej na stałe (ludność według definicji krajowej) w Polsce do 2050 roku⁴

Prognoza ta jest dość dobrze znana, gdyż została upowszechniona w 2014 r. i wielokrotnie analizowana. Podobnie jak w przypadku innych prognoz, także wiarygodność tej zależała od trafności przyjętych założeń dotyczących kształtowania się poszczególnych procesów mających wpływ na rozwój ludności: dzietności kobiet, natężenia zgonów, migracji wewnętrznych i zagranicznych ludności. Każdy z tych procesów nastrocza inne problemy do rozwiązania przy formułowaniu założeń, ale generalnie zależą one od dynamiki i zmienności tych procesów. Wypracowaniu założeń dotyczących kształtowania się w perspektywie kolejnych dekad poszczególnych procesów demograficznych poświęcono wiele uwagi, a w wyniku tych prac opracowano (przyjęto) ostateczny (najbardziej prawdopodobny) zestaw założeń⁵.

Zgodnie z przyjętymi założeniami najbardziej prawdopodobny przebieg procesów demograficznych w perspektywie 2050 roku powinien charakteryzować się następującymi cechami⁶:

- ***Pogłębiający się ujemny przyrost naturalny***

W świetle tej prognozy kontynuowana liczba urodzeń będzie malała w całym okresie objętym prognozą, od poziomu około 370 tys. w 2013 r. do wartości około 255 tys. w 2050 roku. Zawężony model zastępowalności pokoleń będzie się zatem pogłębiał w kolejnych okresach prognozy aż do 2050 roku.

Przeciwny kierunek zmian będzie występował w zakresie umieralności. Zgodnie z prognozą, liczba zgonów będzie systematycznie i równomiernie rosła aż do roku 2040 (do poziomu 440 tys.), po czym nastąpi dekada wyraźnego spadku liczby zgonów (poniżej 430 tys.), ale tylko w

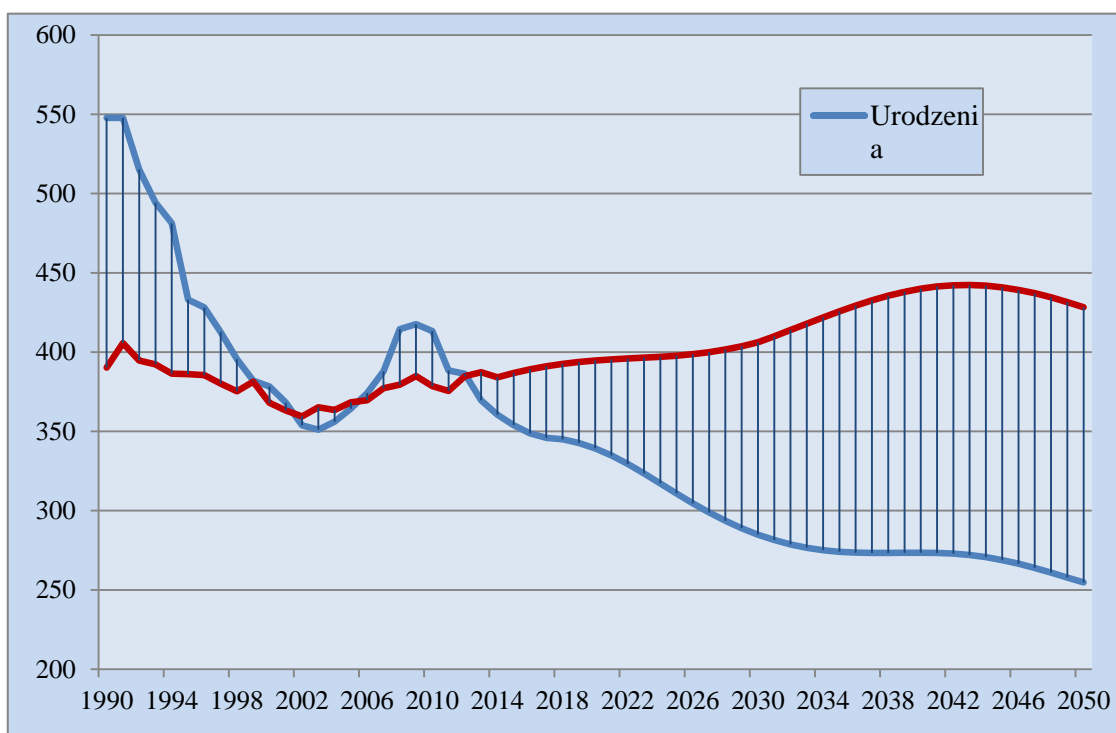
⁴ Prognozę demograficzną do 2050 r. opracował zespół, w skład którego obok kierującej pracami Małgorzaty Waligórskiej wchodziło: Zofia Kostrzewa, Maciej Potyra i Longina Rutkowska.

⁵ Zob. *Prognoza ludności na lata 2014-2050*, Studia i Analizy Statystyczne, GUS, Warszawa 2014, s. 101–108.

⁶ Opracowana na podstawie i z wykorzystaniem następującego opracowania: M. Waligórska, J. Witkowski: *Prognoza demograficzna do roku 2050 – nowe ujęcie*, w: *Perspektywy demograficzne jako wyzwanie dla polityki ludnościowej Polski*, Konferencja RRL zorganizowana pod patronatem marszałka Sejmu M. Kuchcińskiego, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2016.

miastach i głównie w grupie ludności najstarszej (po 65. roku życia). Będzie to przede wszystkim efekt postępującego procesu starzenia się ludności, ale także zmian w natężeniu zgonów ludności według wieku. Mimo wzrostu liczby zgonów wydłuży się przeciętne dalsze trwanie życia ludności: mężczyzn o 9,9, a kobiet o 7,3 lat. Zmniejszy się zatem różnica między przeciętnym dalszym trwaniem życia kobiet i mężczyzn, ale nadal utrzyma się wysoka nadumieralność mężczyzn.

Wykres 1. Urodzenia i zgony w latach 1990–2013 oraz prognoza na okres 2014–2050



Źródło: GUS.

Przyjęte założenia dotyczące dzietności i umieralności ludności Polski w perspektywie do 2050 r. będą skutkować coraz większą liczbą zgonów w porównaniu z liczbą urodzeń, a tym samym do końca prognozowanego okresu będzie się pogłębiał ujemny przyrost naturalny.

Wyniki prognozy wskazują, że jedynie na obszarach wiejskich w początkowym okresie prognozy pojawi się niewielka nadwyżka urodzeń nad zgonami. W dalszych latach, zarówno w miastach, jak i na wsi, liczba zgonów będzie przewyższała liczbę urodzeń. W 2050 r. nadwyżka zgonów nad urodzeniami przekroczy 173 tys., w tym w miastach osiągnie 116 tys.

- ***Systematyczny ubytek liczby ludności***

W świetle tej prognozy do 2050 r. wystąpi systematyczny ubytek ludności zameldowanej na stałe (faktycznej) naszego kraju. Znaczny ujemny przyrost naturalny spowoduje kurczenie się populacji, przy czym tempo tego spadku będzie coraz wyższe wraz z upływem czasu. O ile do 2020 r. liczba ludności Polski zmniejszy się o ponad 280 tys., to w kolejnych latach ten ubytek będzie coraz większy aż do poziomu około 870 tys. w latach 2045–2050. W rezultacie tych zmian liczba ludności Polski w 2050 r. wyniesie 33 951 tys., a więc będzie mniejsza o ponad 4,5 mln (11,8%) w porównaniu z 2013 rokiem.

Tablica 1. Zmiany stanów ludności w latach 2013–2050

Rejon	2013 ^a	2014	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Ludność na 31 XII										
Ogółem	38495,7	38461,8	38419,0	38137,8	37741,5	37185,1	36476,8	35668,2	34817,4	33950,6
Miasta	23271,8	23202,5	23129,5	22716,6	22216,3	21618,4	20945,4	20234,5	19522,2	18825,8
Wieś	15223,9	15259,2	15289,5	15421,2	15525,1	15566,7	15531,4	15433,7	15295,2	15124,8
Zmiana w stosunku do okresu poprzedniego w procentach										
Ogółem	x	-0,09	-0,11	-0,73	-1,04	-1,47	-1,90	-2,22	-2,39	-2,49
Miasta	x	-0,30	-0,31	-1,79	-2,20	-2,69	-3,11	-3,39	-3,52	-3,57
Wieś	x	0,23	0,20	0,86	0,67	0,27	-0,23	-0,63	-0,90	-1,11
Przyrost/ubytek ludności (w tysiącach)										
Ogółem	x	-33,9	-42,7	-281,2	-396,3	-556,4	-708,3	-808,6	-850,9	-866,8
Miasta	x	-69,3	-73	-412,9	-500,3	-598	-673	-710,9	-712,3	-696,4
Wieś	x	35,3	30,3	131,7	103,9	41,6	-35,3	-97,7	-138,5	-170,4
Zmiany w stosunku do 2013 (2013=100)										
Ogółem	100,0	99,9	99,8	99,1	98,0	96,6	94,8	92,7	90,4	88,2
Miasta	100,0	99,7	99,4	97,6	95,5	92,9	90,0	86,9	83,9	80,9
Wieś	100,0	100,2	100,4	101,3	102,0	102,3	102,0	101,4	100,5	99,3

^aDane rzeczywiste.

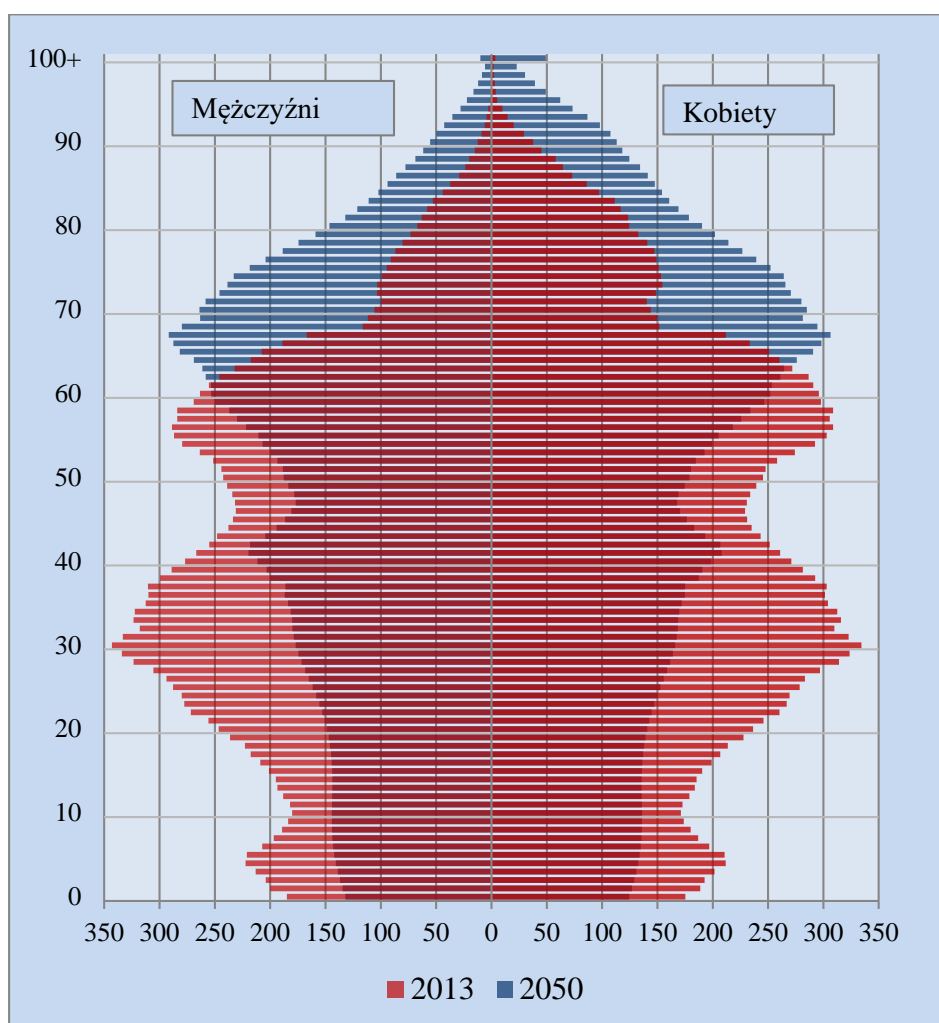
Źródło: GUS.

Zmiany w liczbie ludności będą przebiegać odmiennie w miastach niż na obszarach wiejskich. Do 2030 r. ubytek liczby ludności wystąpi wyłącznie w miastach, przy niewielkim wzroście liczby ludności mieszkającej na wsi. Dopiero po 2030 r. liczba ludności będzie się zmniejszać zarówno w miastach, jak i na wsi, ale w zdecydowanie większej skali w miastach. W rezultacie liczba mieszkańców miast w 2050 r. wyniesie 18,8 mln i będzie mniejsza o ponad 4,4 mln osób, natomiast na wsi pozostanie prawie na tym samym poziomie (mniejsza o ok. 100 tys. osób). Zgodnie z wynikami prognozy w Polsce –w całym prognozowanym okresie – będzie miało miejsce przyspieszenie procesu depopulacji miast, gdyż wystąpi nie tylko ubytek liczby ludności, ale również zmniejszy się udział ludności miejskiej w ogółem z 60,4% w 2013 r. do 55,4% w 2050 roku.

- **Dalsze zmiany w strukturze ludności według wieku**

Najistotniejsze zmiany w perspektywie do 2050 r. wystąpią w strukturze ludności według wieku. Będzie ona ulegać dynamicznym zmianom praktycznie w całym prognozowanym okresie. Zmiany te są konsekwencją demograficznego „falowania”, tj. pojawiania się na przemian wyżów i niżów demograficznych, których efekty nakładają się na siebie z różną siłą w kolejnych okresach. Natomiast w mniejszym stopniu na strukturę ludności będą oddziaływać założone rozmiary strumieni migracji zagranicznych definitywnych, czyli migracji na pobyt stały⁷.

Wykres 2. Piramida populacji 2013 i 2050 r. (w tys.)



Źródło: GUS.

Czekające nas zmiany w strukturze wieku ludności najlepiej przedstawi piramida wieku. O ile struktura ludności według wieku w 2013 r. ma kształt zbliżony do piramidy – trochę

⁷ Prezentowane wyniki prognozy ludności dotyczą kategorii ludności faktycznej, a zatem nie uwzględniają czasowych migracji zagranicznych.

znieszczonej przez stosunkowo wąską podstawę obrazującą niższą niż kilkanaście czy kilkadziesiąt lat wcześniej liczbę urodzeń – to dla kolejnych wybranych lat objętych prognozą kształt tego wykresu coraz bardziej oddala się od klasycznej piramidy. Maleje bowiem liczba urodzeń, w wyniku czego zwęża się podstawa piramidy, a zwiększa się liczba ludności w starszych rocznikach wieku, poszerzając górną jej część. W rezultacie maleje odsetek ludności w młodszych grupach wieku, a zwiększa się udział ludności starszej. Czeka nas zmiany w strukturze ludności według wieku można więc określić jako przyspieszoną kontynuację procesu starzenia się społeczeństwa polskiego.

Falowanie zmian w poszczególnych rocznikach wieku znajduje bardziej wyraźne odzwierciedlenie w przekroju syntetycznych grup wieku: **biologicznych** oraz **ekonomicznych**. Największe zmiany dotyczą ludności dorosłej (15–64 lata), której liczba zmniejszy się do 2050 r. o 8319 tys., z czego o 6314 tys. w miastach. Pod względem liczebności W końcu prognozowanego okresu populacja osób dorosłych będzie stanowiła w miastach 61,5% stanu z 2013 r., a na wsi 81,2%. Równie znaczące zmiany będą dotyczyć populacji dzieci w wieku 0–14 lat – w stosunku do 2013 r. ubytek najmłodszych generacji szacowany jest na 1651 tys., co stanowi 71,4 % (68,4% w miastach, 75,2% na wsi) stanów w roku bazowym prognozy. Jedynie liczba osób w wieku 65 lat i więcej będzie rosła systematycznie w całym prognozowanym okresie. W skali kraju liczebność tej zbiorowości zwiększy się o 5425 tys.

Udział osób starszych przekroczy 30% na obszarach wiejskich i zbliży się do 35% na terenach miejskich (ogółem w Polsce wyniesie 32,7%). Tak duży wzrost liczby osób starszych wystąpi już w pierwszych latach prognozy (w 2015 r. 65 lat ukończą osoby urodzone w 1950 r., w kolejnych latach populację ludzi starszych będą zasilali bardzo liczne roczniki wyżu urodzeń z lat 50.). Przebieg zmian liczebności subpopulacji 65+ pokrywa się z występowaniem wyżów i niżów urodzeń z drugiej połowy ubiegłego stulecia.

Istotę zmian strukturalnych z punktu widzenia ich konsekwencji dla polityki społecznej i gospodarczej prezentują w szczególności **ekonomiczne grupy wieku**, które dzielą populację na osoby w wieku przedprodukcyjnym, produkcyjnym i poprodukcyjnym.

Stosunkowo najmniejsze zmiany przewiduje się w przypadku populacji w wieku przedprodukcyjnym. Z demograficznego punktu widzenia nie będą to jednak zmiany korzystne, liczba ludności w wieku do 17 lat zmniejszy się bowiem z ok. 7 mln w 2013 r. do ok. 5 mln w 2050 r., a więc o ponad 2 mln. W 2050 r. dzieci i młodzież będą stanowiły zaledwie 14,6% ogółu ludności, co w porównaniu z 2013 r. oznacza spadek o 3,6 pkt. proc.

Struktura ludności według ekonomicznych grup wieku zależy od prawnych regulacji dotyczących wieku uprawniającego do przejścia na emeryturę. W związku z podwyższeniem wieku emerytalnego w Polsce do 67 lat – bez względu na płeć – zmienia się liczebność grup ludności w wieku produkcyjnym i poprodukcyjnym w stosunku do oszacowanych według poprzednich zasad przyznawania uprawnień emerytalnych (nie zmieni się tylko liczebność ludności w wieku przedprodukcyjnym). Na podstawie najnowszej prognozy demograficznej możemy wyodrębnić ludność w wieku produkcyjnym według starego i nowego kryterium wieku emerytalnego stosownie do przyjętej chronologii wprowadzania w życie nowych zasad określania wieku emerytalnego.

Podniesienie wieku emerytalnego spowoduje zwiększenie liczby ludności w wieku produkcyjnym i złagodzi przyszłe ubytki tej kategorii ludności, które będą widoczne zwłaszcza po 2040 roku. Nie zmieni to jednak ogólnej tendencji malejącej liczby ludności w wieku produkcyjnym.

Tablica 2. Prognozowana liczba ludności według ekonomicznych grup wieku według „starego” i „nowego” wieku emerytalnego

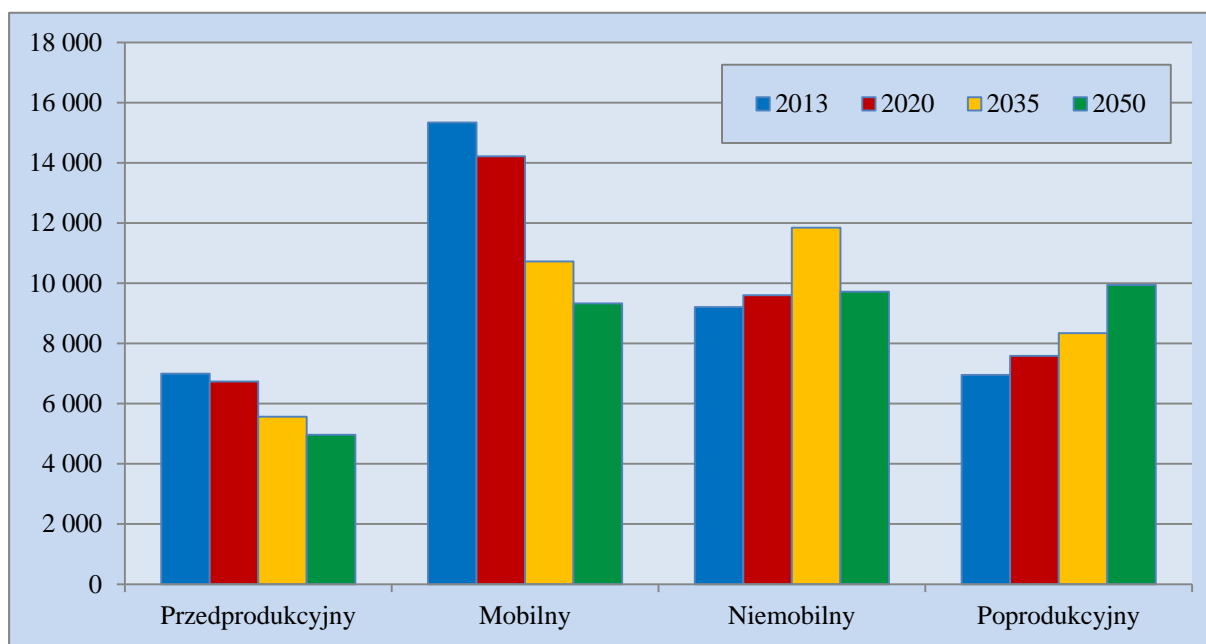
Wyszczególnienie	2013	2020	2035	2050	2013=100
Przedprodukcyjny 0–17	6 995	6 733	5 568	4 963	71,0
Produkcyjny mobilny 18–44	15 338	14 219	10 725	9 331	60,8
Produkcyjny niemobilny 45–59/64	9 084	8 568	9 990	7 252	79,8
Produkcyjny niemobilny "ruchomy" ^a	9 210	9 601	11 844	9 717	105,5
Poprodukcyjny 60+/65+	7 078	8 617	10 193	12 404	175,3
Poprodukcyjny "ruchomy"	6 952	7 585	8 340	9 939	143,0

^a Określenie „ruchomy” odnosi się do zmieniającego się do 2040 r. wieku emerytalnego, stąd granice przedziałów wieku w klasyfikacji wieku niemobilnego i poprodukcyjnego nie są stałe.

Źródło: GUS.

Do 2040 r. liczba ludności w wieku produkcyjnym (według obecnie obowiązujących granic wieku emerytalnego) zmniejszy się o ponad 2,5 mln osób, a więc znacznie mniej niż według poprzednio obowiązującego wieku emerytalnego (wówczas ubytek wyniósłby prawie 4,9 mln osób). Z tytułu wydłużenia wieku emerytalnego ubytek ludności w wieku produkcyjnym będzie mniejszy o 2,3 mln osób. Mimo wszystko najtrudniejsza będzie dekada lat 40., gdyż liczba ludności w wieku produkcyjnym zmniejszy się prawie o 3 mln osób. Razem w całym okresie objętym prognozą liczba ludności w wieku produkcyjnym zmniejszy się z ok. 24,5 mln w 2013 r. do 19,0 mln osób w 2050 roku. Ubytek ludności w wieku produkcyjnym będzie więc nadal ogromny i wyniesie 5,5 mln osób. Zdecydowanie większy ubytek ludności w wieku produkcyjnym wystąpi w miastach (ponad 4,5 mln) niż na wsi (niecały 1 mln).

Wykres 3. Ludność według ekonomicznych grup wieku 2013–2050 (w tys.) przy uwzględnieniu zmian w wieku emerytalnym



Źródło: GUS.

Przewidywany ubytek liczby ludności w wieku produkcyjnym nie pozostanie bez wpływu na kształtowanie przyszłej sytuacji na rynku pracy, tym bardziej że znaczące zmiany strukturalne wystąpią także wewnątrz wieku produkcyjnego ludności. Dotyczą one przesunięć ludności między wiekiem mobilnym (18–44 lata) i niemobilnym (45 lat do wieku emerytalnego). Do 2040 r. ubytek liczby ludności będzie dotyczył przede wszystkim osób w wieku 18–44 lata i wyniesie aż 5,3 mln osób. W tym samym czasie liczba ludności w wieku niemobilnym zwiększy się o prawie 2,8 mln. Po 2040 r. liczba ludności w wieku produkcyjnym będzie się zmniejszać we wszystkich grupach wieku, ale zdecydowanie silniej w wieku niemobilnym (o ponad 2,2 mln osób wobec 710 tys. w wieku mobilnym). W rezultacie wystąpi dość dynamiczne starzenie się ludności w wieku produkcyjnym, co dodatkowo może pogłębić problemy z podażą zasobów pracy w perspektywie do 2050 roku.

Zmiany wielkości populacji osób w wieku poprodukcyjnym (emerytalnym) w największym stopniu są „obciążone” falowaniem wyżów i niżów urodzeń w drugiej połowie ubiegłego stulecia. Do 2030 r. liczba osób w wieku poprodukcyjnym w miastach (według nowej ustawy emerytalnej) zwiększy się do 5,3 mln. W następnych latach do 2040 r. jest oczekiwany niewielki ubytek o ok. 300 tys., zaś ostatnie dziesięciolecie zaznaczy się wzrostem liczebności tej zbiorowości (do 5,9 mln). Na obszarach wiejskich w latach objętych

prognozą będzie występował systematyczny wzrost liczebności tej grupy z 2,4 mln w 2013 r. do 4,1 mln w 2050 roku. Ogółem liczba ludności w wieku emerytalnym w Polsce wzrośnie z około 7 mln w 2013 r. do blisko 10 mln w 2050 roku.

W konsekwencji opisanych zmian w strukturze ludności według ekonomicznych grup wieku pogorszy się relacja pomiędzy ludnością w wieku produkcyjnym, a przed- i poprodukcyjnym; współczynnik obciążenia demograficznego ludności w wieku produkcyjnym ludnością w wieku nieprodukcyjnym zwiększy się z 57 w 2013 r. do 78 w 2050 r. (według starych zasad ustalania wieku emerytalnego wskaźnik ten wyniósłby 105).

• **Zmiany liczby i struktury kobiet w wieku prokreacyjnym**

Z punktu widzenia przyszłych urodzeń ogromne znaczenie ma zarówno liczba kobiet w wieku prokreacyjnym, jak i struktura wieku tej grupy. Rozkłady współczynników płodności według wieku obserwowane w dłuższym horyzoncie czasu wskazują, że wiek najintensywniejszych urodzeń przesunął się w kierunku coraz starszych roczników, a zdecydowanie spadają urodzenia pochodzące od najmłodszych kobiet.

W prognozowanym okresie populacja kobiet w wieku rozrodczym będzie malała z 9,3 mln w 2013 r. do 5,8 mln w 2050 roku. Ubytki nasiliły się po 2025 r. – co roku grupa kobiet w wieku prokreacyjnym zmniejszy się o ponad 100 tys. osób. Do 2050 r. w miastach liczba kobiet rodzących dzieci zmniejszy się w stosunku do 2013 r. aż o 44%. Na obszarach wiejskich populacja kobiet w wieku 15–49 lat w końcowym roku prognozy będzie stanowiła 71% zasobów z 2013 roku. Dodatkowo nastąpi starzenie się matek, które nasili się około 2030 roku. Wówczas kobiety w wieku 25–39 lat (o największej płodności) będą stanowiły niespełna 40%, a w najkorzystniejszym okresie – około 2045 r. – ich udział wzrośnie do 45%.

Podsumowując najbardziej prawdopodobne przeobrażenia w strukturze ludności według wieku do 2050 r., należy spodziewać się:

- postępującego procesu starzenia się ludności Polski,
- dużego ubytku i starzenia się ludności w wieku produkcyjnym,
- malejącej liczby dzieci i młodzieży,
- zmniejszenia liczby kobiet w wieku prokreacyjnym.

2.2. Perspektywiczne zmiany ludności rezydującej (według definicji międzynarodowej)⁸

Zobowiązania międzynarodowe, określone Rozporządzeniem PE i Rady UE (Nr 1260/2013) obowiązującym od 13 grudnia 2013 r. w sprawie statystyk europejskich w dziedzinie demografii, obligują wszystkie kraje UE do przekazywania danych o „ludności zamieszkującej (rezydującej)”. Ludność rezydująca Polski to ogół osób mieszkających/przebywających w Polsce przez okres co najmniej 12 miesięcy. Ludność ta obejmuje:

- stałych mieszkańców Polski (zameldowanych na stałe lub stale mieszkających bez zameldowania) z wyjątkiem tych, którzy wyjechali za granicę na okres co najmniej 12 miesięcy,
- osoby przybyłe z zagranicy na pobyt czasowy na okres co najmniej 12 miesięcy.

Zobowiązania międzynarodowe dotyczą konieczności sporządzania bilansu ludności rezydującej oraz opracowywania prognoz tej kategorii ludności. GUS przygotował prognozę ludności rezydującej na poziomie krajowym na lata 2016–2050, a do jej opracowania wykorzystano dane wejściowe o tej ludności wg stanu w dniu 31 grudnia 2014 r. oraz przyjęto nieco zmodyfikowane założenia płodności i umieralności prognozy ludności według definicji krajowej⁹.

Zgodnie z przyjętymi założeniami, dzietność kobiet rezydentek w całym okresie prognozy będzie nieznacznie wyższa niż założona w prognozie ludności według definicji krajowej. Nie są to jednak różnice, które spowodowały istotne zmiany w przebiegu rozwoju liczby rezydentów w Polsce do 2050 roku. Z kolei w zakresie migracji zagranicznych począwszy od 2020 r. przyjęto rosnące, dodatnie saldo migracji (do 37 tys. w 2050 r.), co dla całego okresu spowoduje wzrost liczby ludności rezydującej o kilkaset tysięcy.

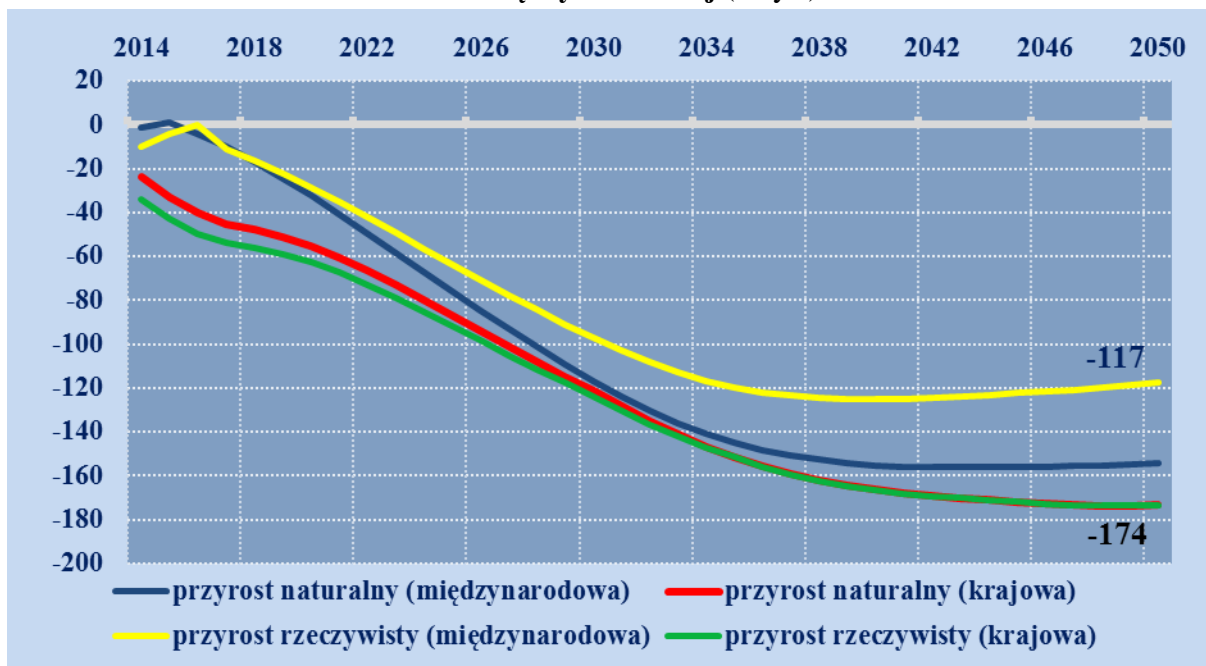
Wyniki prognozy rezydentów wskazują w istocie te same tendencje i zjawiska demograficzne, które wystąpiły w prognozie ludności według definicji krajowej, choć niektóre zmiany będą miały wolniejszy przebieg. Przewiduje się, że do 2050 r. wystąpi:

- spadek liczby urodzeń z 375,2 tys. w 2014 r. do 277,6 tys. w 2050 r. (–97,6 tys.),
- wzrost liczby zgonów z 376,5 tys. w 2014 r. do 432,0 tys. w 2050 r. (+55 tys.),
- od 2018 r. dodatnie saldo migracji zagranicznych (+37 tys. w 2050 r.),

⁸ Ten fragment tekstu zaczerpnięto z opracowania M. Waligórska, J. Witkowski: Prognoza demograficzna do roku 2050 – nowe ujęcie, W: Perspektywy demograficzne jako wyzwanie dla polityki ludnościowej Polski, Konferencja RRL zorganizowanej pod patronatem marszałka Sejmu M. Kuchcińskiego, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2016, s.

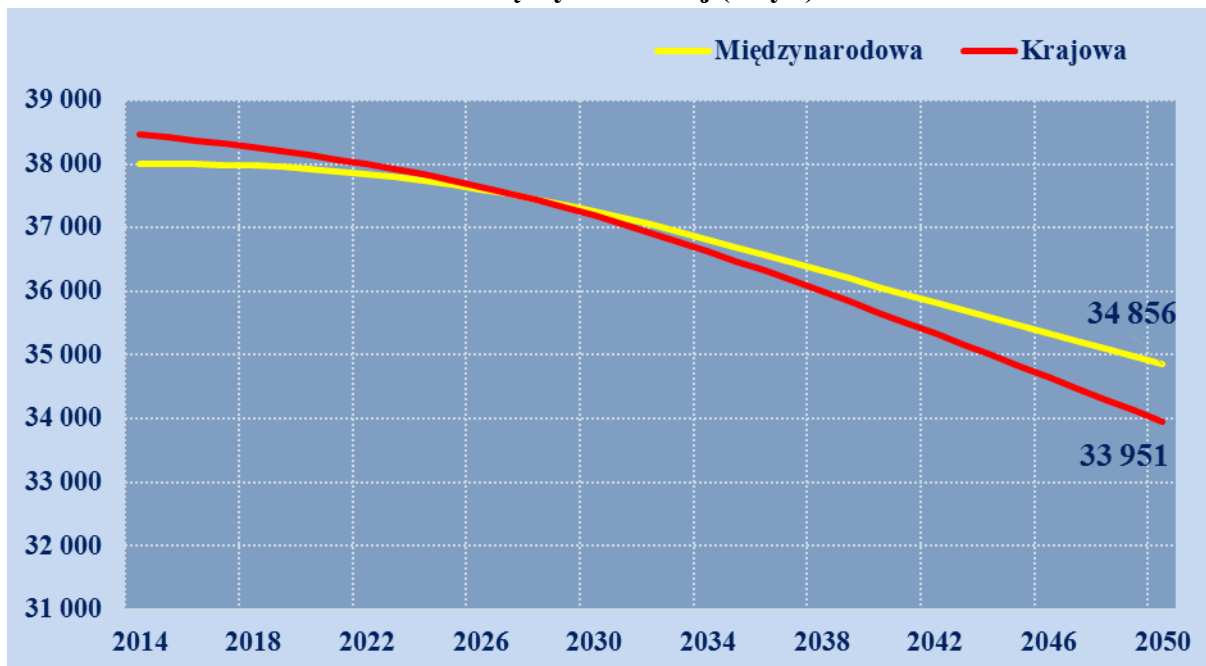
⁹ Zob. Prognoza ludności rezydującej dla Polski na lata 2015-2050, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludność/prognoza-ludności/prognoza-ludności-rezydującej-dla-polski-na-lata-2015-2050>

Wykres 4. Przyrost naturalny i rzeczywisty według definicji krajowej oraz międzynarodowej (w tys.)



Źródło: GUS.

Wykres 5. Prognozowane stany ludności do 2050 r. według definicji krajowej oraz międzynarodowej (w tys.)



Źródło: GUS.

- ujemny przyrost naturalny w całym prognozowanym okresie (–155 tys. w 2050r.) oraz – mimo dodatniego salda migracji zagranicznych – ujemny przyrost rzeczywisty,
- systematyczny spadek liczby ludności do 34,9 mln w 2050 r. (–3 150 tys.),
- istotne zmiany struktury populacji – postępujący proces starzenia ludności Polski:
 - niekorzystne zmiany liczby i struktury według wieku kobiet w wieku rozrodczym,
 - niekorzystne zmiany liczby i struktury populacji w podziale na ekonomiczne grupy wieku,
 - przyspieszenie tempa procesu podwójnego starzenia.

Tablica 4. Zmiany stanów ludności – prognoza ludności według definicji krajowej oraz międzynarodowej

Prognoza wg definicji:	2013	2014	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
	Ludność na 31 XII (w tys.)									
krajowej	38496	38462	38419	38138	37742	37185	36477	35668	34817	33951
międzynarodowej	x	38006	38002	37923	37675	37255	36694	36073	35454	34856
	Przyrost/ubytek ludności w stosunku do okresu poprzedniego (w tys.)									
krajowej	x	-34	-43	-281	-396	-556	-708	-809	-851	-867
międzynarodowej	x	x	-4	-79	-247	-421	-561	-621	-619	-598

Źródło: GUS.

Porównując zjawiska demograficzne w obu kategoriach ludności, prognoza rezydentów wskazuje na:

- wyższy przyrost naturalny i rzeczywisty,
- wyższą liczbę ludności począwszy od 2027 r.,
- nieco bardziej korzystny udział kobiet w wieku 25–39 lat, szczególnie w latach 2020–2035 oraz po 2045 r.,

– korzystniejsze relacje międzypokoleniowe oraz niższe obciążenie ludnością w wieku poprodukcyjnym pod koniec prognozowanego okresu.

3. Potrzeba aktywnej polityki ludnościowej

Z przeprowadzonej analizy wynika, że dotychczasowe trendy demograficzne nie ulegną zasadniczej zmianie, a w zależności od przyjętej definicji ludności (krajowej czy międzynarodowej) mogą jedynie nieznacznie się różnić. Należy więc spodziewać się systematycznego spadku liczby ludności, silniejszego w kolejnych dekadach prognozowanego okresu, malejącej liczby urodzeń mimo pewnej poprawy dzietności, niekorzystnych zmian w strukturze ludności według wieku, a przede wszystkim postępującego procesu starzenia się ludności, co będzie wynikać z rosnącej liczby osób starszych (seniorów) oraz malejącej liczby dzieci i młodzieży. W kolejnych dekadach wystąpi także ubytek i starzenie się ludności w wieku produkcyjnym. Te niekorzystne trendy demograficzne potencjalnie może złagodzić aktywna i kompleksowa polityka ludnościowa, której założenia zostały opracowane przez RRL i które prezentujemy w niniejszym dokumencie. Istnieje więc pilna potrzeba wdrożenia polityki ludnościowej ukierunkowanej na zahamowanie niekorzystnych tendencji rozwoju demograficznego Polski w perspektywie kolejnych dekad (do 2050 roku).

TWORZENIE WARUNKÓW SPRZYJAJĄCYCH POWSTAWANIU RODZIN¹, PRZEDE WSZYSTKIM PRZEZ ZAWIERANIE MAŁŻEŃSTW I REALIZACJĘ PLANÓW PROKREACYJNYCH

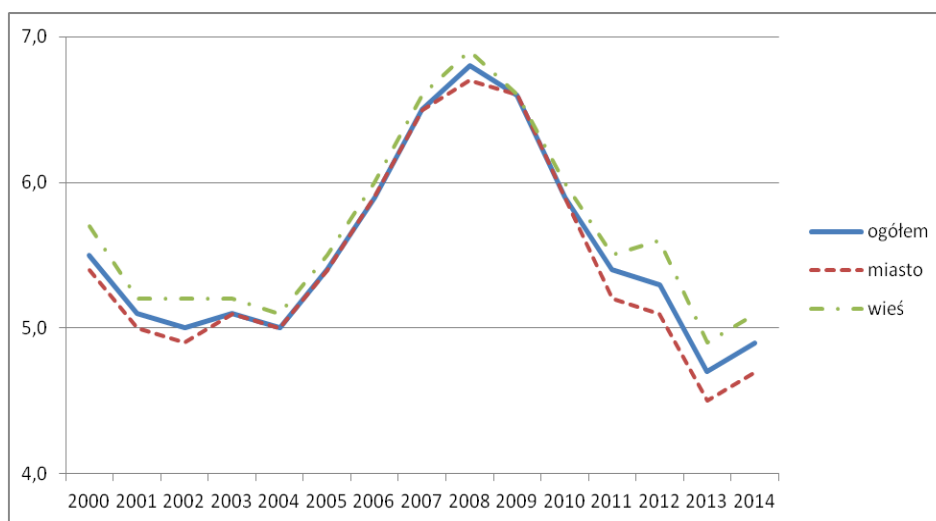
I. DIAGNOZA²

1. Ogólna charakterystyka procesów demograficznych

Małżeństwa i rozwody

Zmiany wzorca zawierania małżeństw mają bezpośredni wpływ na przemiany wskaźników płodności i liczbę rodzących się dzieci. Ponieważ większość dzieci rodzi się w związkach małżeńskich, dlatego w kontekście dążenia do odnowy demograficznej niepokojący jest, obserwowany prawie we wszystkich krajach UE28, spadek liczby zawieranych małżeństw³. Jest on skutkiem działania wielu czynników, w tym – spadku liczebności roczników, z których pochodzą kandydaci do małżeństwa (tzw. czynnik kohortowy), ale też i zmian skłonności do zawierania małżeństwa.

Wykres 1. Małżeństwa zawarte w latach 2000–2014 w przeliczeniu na 1000 mieszkańców



Źródło: *Rocznik Demograficzny 2015*, GUS Warszawa 2016, s. 30–37.

* W opracowaniu wykorzystano materiały przygotowane przez prof. dr hab. Bożenę Kołaczek do pierwszej wersji tekstu.

¹ Mając świadomość istnienia różnych alternatywnych form życia małżeńskiego i rodzinnego, w dokumencie przyjęto, że za rodzinę uznawać się będzie następujące typy rodzin: małżeństwa z dziećmi, matki z dziećmi, ojcowie z dziećmi, małżeństwa bezdzietne (zgodnie z klasyfikacją przyjmowaną w badaniach i statystyce GUS).

² Dane liczbowe – jeśli nie zaznaczono inaczej – pochodzą z *Rocznika Demograficznego* GUS (wydania odpowiednie dla omawianych lat).

³ Dane dotyczące innych krajów UE pochodzą z interaktywnej bazy danych Eurostat: www.eurostat.europa.eu/nui – data dostępu: 25.02.2016 r.

W Polsce spadek liczby zawieranych małżeństw rozpoczął się od początku lat 90.. W okresie od 2004 r. do 2008 r. trend ten został na krótko zahamowany, ale w roku 2009 ponownie zmniejszyła się liczba zawieranych małżeństw (do 250,8 tys.) i tendencja ta utrzymywała się do 2013 roku. Jednak w 2014 r., po pięciu latach spadku, odnotowano wzrost liczby zawieranych małżeństw (do 188,5 tys. związków małżeńskich, tj. o ponad 8 tys. więcej niż rok wcześniej)⁴. Zmiana ta w ciągu 2–3 lat wpłynie na liczbę urodzeń.

O ile w latach 2004–2008 można było obserwować stopniowy wzrost skłonności do zawierania małżeństw (mierzonej liczbą małżeństw w przeliczeniu na 1000 ludności), to od roku 2009 skłonność ta wciąż maleje⁵. Powyższy trend widoczny jest zarówno w miastach, jak i na wsi i stopniowo zacierają się różnice między tymi środowiskami widoczne dotychczas w liczbie i dynamice zawieranych małżeństw.

Na kształtowanie się postaw wobec małżeństwa wskazują m.in. dane o liczbie związków zawieranych po raz pierwszy. O ile w 2004 r. małżeństwa pierwsze dla obojga małżonków stanowiły 87,1%, to w 2014 r. (przy łagodnej tendencji spadkowej rysującej się od roku 2006) – 81,9%. Nieznacznie przy tym wzrasta udział związków powtórnych. Można zakładać, że zastępują je związki nieformalne.

Podobnie jak w krajach Europy Zachodniej, w polskim społeczeństwie utrwała się skłonność do przesuwania w czasie, na coraz późniejsze lata życia decyzji o zawarciu związku małżeńskiego. Zmiany te wskazują na kontynuację trendu przemian wzorca zawierania małżeństw i utrwalanie się przemian określanych jako druga transformacja demograficzna (drugie przejście demograficzne). Tak zwany wiek środkowy nowożeńców przesuwa się ku coraz starszym grupom. Na początku lat 90. ponad połowa mężczyzn zawierających małżeństwo nie osiągała wieku 25 lat, natomiast w 2000 r. stanowili oni 42% nowożeńców, a w 2014 r. było ich 15,5%. Wśród kobiet udział ten zmniejszył się z 73% w 1990 r. do 62% w 2000 r. i niespełna 32% w 2014 roku. W 2014 r. w Polsce wiek środkowy nowożeńców–mężczyzn wynosił 29 lat (w 2004 r. – 26,7), a kobiet – 26,9 lat (w 2004 r. – 24,7).

Także pierwsze związki małżeńskie zawierane są przez osoby coraz starsze (w roku 2000 – 25 lat mężczyźni i 23 lata kobiety; w roku 2013 – odpowiednio: 28 i 26 lat), a tym samym rodziny zakładane są przez osoby bardziej dojrzałe społecznie, zwykle o większej samodzielności finansowej, a posiadanie dochodów z pracy jest, jak się wydaje, coraz silniej znaczącym czynnikiem warunkującym decyzje matrymonialne⁷. Coraz wyższy wiek nowożeńców ma jednak negatywny wpływ na procesy prokreacyjne, gdyż późniejsze zawieranie małżeństw oznacza zwykle niższą dzietność rodzin.

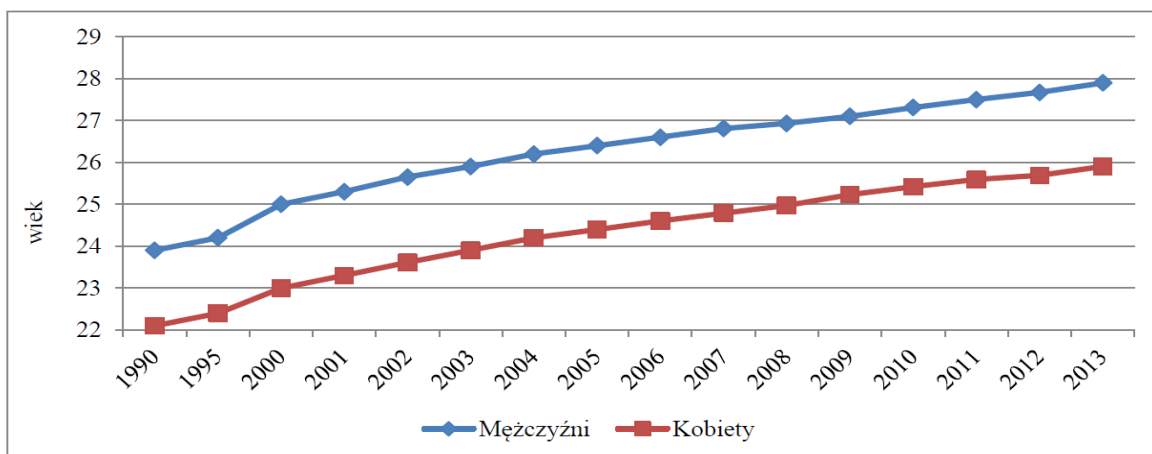
⁴ Obserwowane falowanie liczby zawieranych małżeństw jest m.in. rezultatem faz wyżu i niżu demograficznego.

⁵ Według danych GUS w 2004 r. wskaźnik ten wynosił 5,0, w 2008 r. – 6,1, w 2012 r. – 5,3, natomiast w roku 2014 już tylko 4,9 na 1000 mieszkańców. Jest to wartość lokująca Polskę pośrodku rankingu krajów UE28 (najniższe wskaźniki zawierania małżeństw notowane są w Bułgarii i na Słowenii (3,0), natomiast najwyższe na Litwie, Cyprze i Malcie (powyżej 6 małżeństw na 1000 ludności) (dane Eurostat, 2013 r.).

⁶ W 2002 r. 1,3% ludności w wieku 15 lat i więcej żyło w związkach kohabitacyjnych, natomiast w 2011 r. było to 2%, przy czym w obu przypadkach wielkości te były o 0,1–0,2 pkt. proc. wyższe w przypadku mężczyzn niż kobiet (RRL, 2015, s. 31)

⁷ O ile w 2004 r. związki, w których oboje małżonkowie pracowali zarobkowo, stanowiły prawie połowę wszystkich zawieranych małżeństw, to w 2014 r. stanowiły one prawie 70% wszystkich zawieranych małżeństw. Analogicznie, związki, w których jedno z małżonków (lub oboje) pozostawało na utrzymaniu, stanowiły w 2004 roku 12% wszystkich zawieranych małżeństw, a w roku 2014 – 4%.

Wykres 2. Mediana wieku zawierania pierwszych małżeństw (kawaler z panną) w Polsce w latach 1990, 1995, 2000-2013.



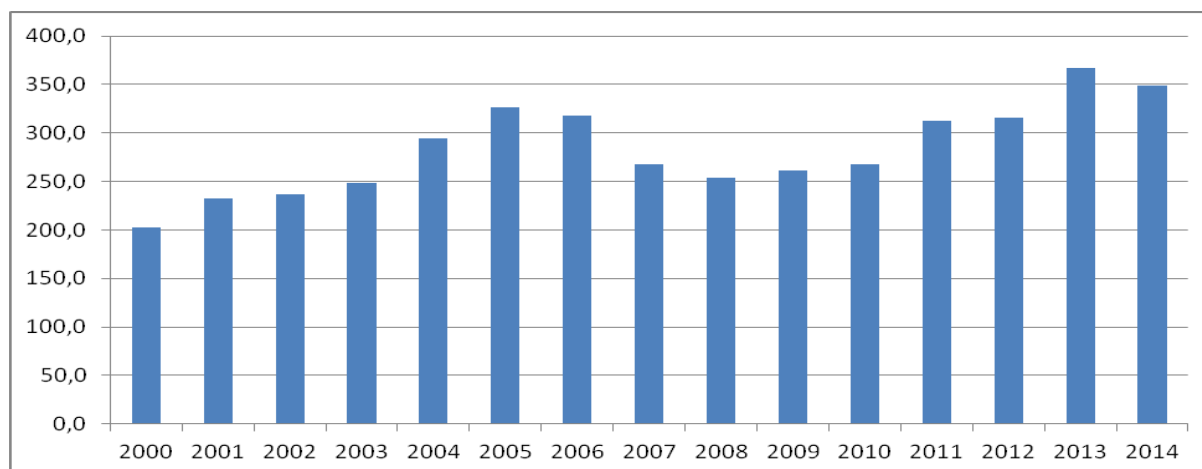
Źródło: *Małżeństwa oraz dzietność w Polsce*, GUS, Dep. Badań Demograficznych i Rynku Pracy, Warszawa, styczeń 2016, s. 2.

W ciągu ostatniej dekady zmniejszyła się liczba i odsetek małżeństw zawieranych przez osoby w bardzo młodym wieku (mężczyźni 18–20 lat, kobiety 16–17 lat) zarówno kobiet, jak i mężczyzn. W 2004 r. związki te stanowiły 3,6% w przypadku mężczyzn i 0,5% w przypadku kobiet, a w 2014 r. odpowiednio: 1,0% i 0,16%. Z jednej strony oznacza to coraz mniejszą liczbę małżeństw zawieranych przez bardzo młode, często niedojrzałe emocjonalnie i społecznie osoby, z drugiej jednak, w sytuacji rosnącej liczby urodzeń pozamałżeńskich w tej grupie wieku, tendencja ta może świadczyć o braku sformalizowania związków tych osób w sytuacji ciąży.

Ogólnie mamy więc do czynienia z coraz mniej licznymi rocznikami kandydatów do małżeństwa oraz z malejącą skłonnością do zawierania małżeństw w grupach wieku najczęściej decydujących się na małżeństwo (20–29 lat).

Sytuacja taka nie daje więc podstaw do optymistycznej prognozy demograficznej. Obawy nasila też fakt, że podczas gdy w większości krajów Unii Europejskiej od lat notowano spadek wskaźnika rozwodów lub jego stagnację, to w Polsce – chociaż wciąż przy niższych niż w Europie Zachodniej wskaźnikach rozpadu małżeństw – słabła trwałość takich związków (w roku 2000 na 1000 nowo zawartych małżeństw wskaźnik rozwodów wyniósł 202,6, w 2004 - 293,2 i wzrósł do 366,6 w 2013 r.).

Wykres 3. Liczba rozwodów na 1000 małżeństw w latach 2000-2014



Źródło: baza danych Eurostat, <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/onewindowpersession.do> – data dostępu: 27.05.2016 r.

W 2014 r. odnotowano minimalną poprawę sytuacji: wskaźnik ten spadł do poziomu 312,8. Nie można jednak jeszcze ocenić, czy jest to początek pozytywnego trendu w tym zakresie i zmniejszania się zarówno liczby, jak i wskaźnika rozpadu małżeństw. Należy natomiast podkreślić, że rozwody stają się coraz częstsze na wsi i wykazują dynamikę wyższą niż w miastach.

Na ryzyko rozwodu silnie wpływa młody wiek małżonków (najczęściej dotyczy osób w wieku 20–24 lata). Zjawisku sprzyja również proces emigracji. Niepokoii ponadto wzrost natężenia rozwodów wśród małżeństw o dłuższym stażu, w których wychowują się małoletnie dzieci. Obserwuje się także silny wpływ czynników ekonomicznych jako stymulatorów rozpadu rodziny (wzrost poziomu wykształcenia jest tu czynnikiem dającym większą autonomię decydowania o rozpadzie związku – zwłaszcza w przypadku kobiet – ale też jest czynnikiem powodującym przeniesienie ambicji kobiet z życia rodzinnego na sferę zawodową i wzrost znaczenia wartości indywidualnych). Jako czynniki sprzyjające rozwodom tracą natomiast na znaczeniu uwarunkowania prawne, związane z dostępem do świadczeń rodzinnych i alimentacyjnych, chociaż z uwagi na wprowadzenie od 2016 r. nowego, o znacznej wartości, świadczenia na dzieci (świadczenie wychowawcze), zależnego w pewnym zakresie od poziomu dochodów na osobę w rodzinie, należy zwrócić uwagę na ryzyko ponownego pojawiania się takiej zależności.

Urodzenia, płodność kobiet, dzietność rodzin

W Polsce przez ponad dwie dekady, od początku lat 80-tych, liczba urodzeń żywych malała. Wyczekiwane odwrócenie tego trendu w miastach pojawiło się w 2003 r., a na wsi w 2005 roku i trwało do roku 2010. Od tego roku, przez kolejne trzy lata liczba urodzeń znów corocznie malała. W roku 2014 ponownie odnotowano wzrost liczby rodzących się dzieci – w stosunku do roku poprzedniego – o ponad 5,5 tys.

Obserwowane zmiany to w znacznej mierze skutek dojścia do wieku rozrodczego generacji wyżu z lat 1982–1988-tych. Demografowie podkreślają, że w latach 2003–2009 wzrastała liczba urodzeń pierwszej kolejności. Od 2004 r. rozpoczął się wzrost liczby urodzeń kolejności drugiej, a od 2006 r. – trzeciej kolejności. Liczbę urodzeń dzieci kolejności czwartej i wyższej w całym rozważanym okresie charakteryzował trend spadkowy. W 2009 r. nastąpiło osłabienie dynamiki wzrostu liczby urodzeń od pierwszej do trzeciej kolejności. Począwszy od 2010 r. obserwujemy systematyczny spadek liczby urodzeń kolejności pierwszej oraz kolejności czwartej i wyższej. W przypadku urodzeń drugich i trzecich wzrost ich liczby (w porównaniu z rokiem poprzednim) był obserwowany w latach 2010, 2012 i 2014. Zaobserwowane zmiany liczby urodzeń według kolejności w 2014 r. w porównaniu z rokiem 2013 wskazują, że odnotowany w tym roku wzrost ogólnej liczby urodzeń łączył się ze zwiększeniem się urodzeń dzieci kolejności drugiej i trzeciej odpowiednio o 4,63% oraz o 2,88%. Obniżyła się natomiast liczba urodzeń kolejności pierwszej (o 0,93% i kolejności czwartej i wyższej o 0,49%¹⁰.)

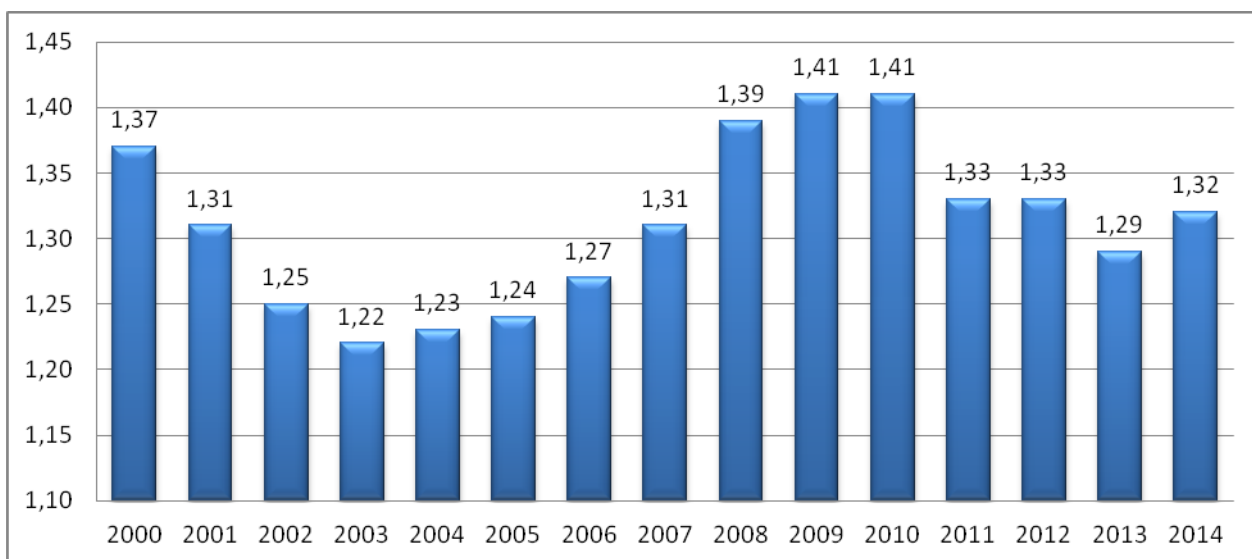
Zarówno w Polsce, jak i przeciętnie w krajach UE28 wzrosły – w porównaniu z rokiem 2004 – wskaźniki płodności kobiet (w UE27 z 1,5 w 2004 r. do 1,58 w 2014 r., natomiast w Polsce z 1,23 do 1,32). Wzrost ten dotyczy jednak przede wszystkim kobiet powyżej 25. roku życia, co wskazuje na realizowanie głównie odroczonej planów prokreacyjnych.

⁸ W roku 2004 rozwody na wsi stanowiły 18,2% wszystkich takich zdarzeń, natomiast w 2014 r. wskaźnik ten wzrósł do 26,3% (*Rocznik Demograficzny*, GUS, 2015, s. 242).

⁹ Por. wyniki projektu *Gender and generation*, prezentowane przez Prof. I. Kotowską podczas II Kongresu Demograficznego, Warszawa, listopad 2012 r.

¹⁰ RRL (2016), rozdz. III, pkt. 2.2

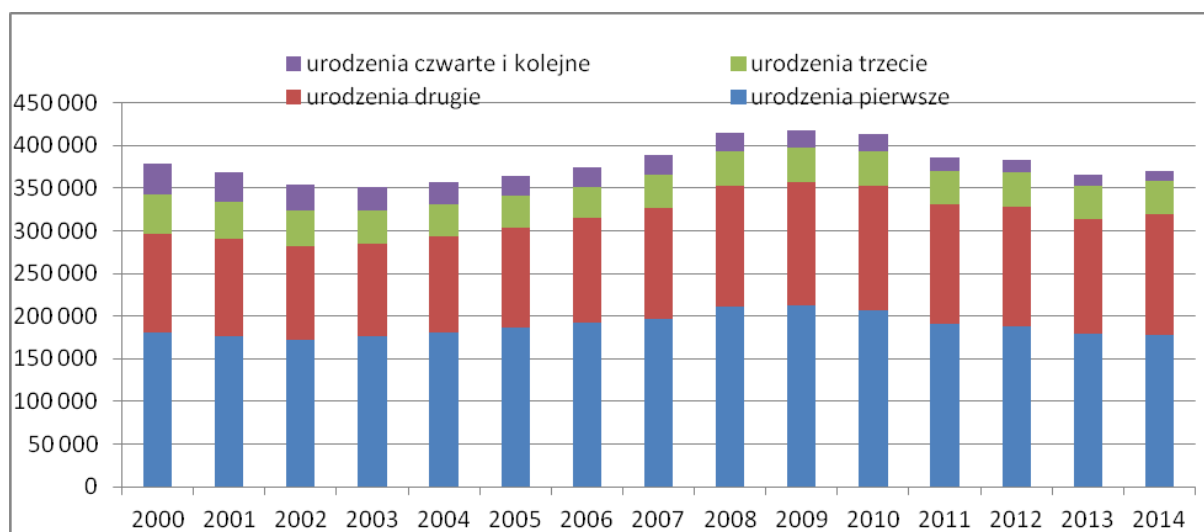
Wykres 4. Wskaźniki dzietności ogólnej w Polsce w latach 2000-2014



Źródło: baza danych Eurostat, <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/onewindowpersession.do> – data dostępu: 27.05.2016 r..

Zmienne trendy można zauważyć w wartości współczynników dzietności ogólnej, ale wciąż są one wyższe na wsi niż w miastach. O ile w 2004 r. w Polsce współczynnik dzietności ogólnej wynosił na wsi 1,400, a w miastach 1,124, to w 2014 r. na wsi osiągnął wartość 1,390, a w miastach 1,219. Obniża się głównie dzietność w przypadku kolejnych, trzecich i dalszych urodzeń.

Wykres 5. Liczba urodzeń ogółem wg kolejności urodzeń w Polsce w latach 2000–2014



Źródło: baza danych Eurostat, <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/onewindowpersession.do> – data dostępu: 27.05.2016 r.

Nie bez związku z tym trendem jest coraz wyższy wiek małżonków, wpływający ograniczająco na realizację planów posiadania kolejnych dzieci. W roku 2004 średni wiek kobiet rodzących pierwsze dziecko wynosił 25,5, natomiast w roku 2014 – 26,9 (w UE28 – 28,8).

Uwarunkowania zmian

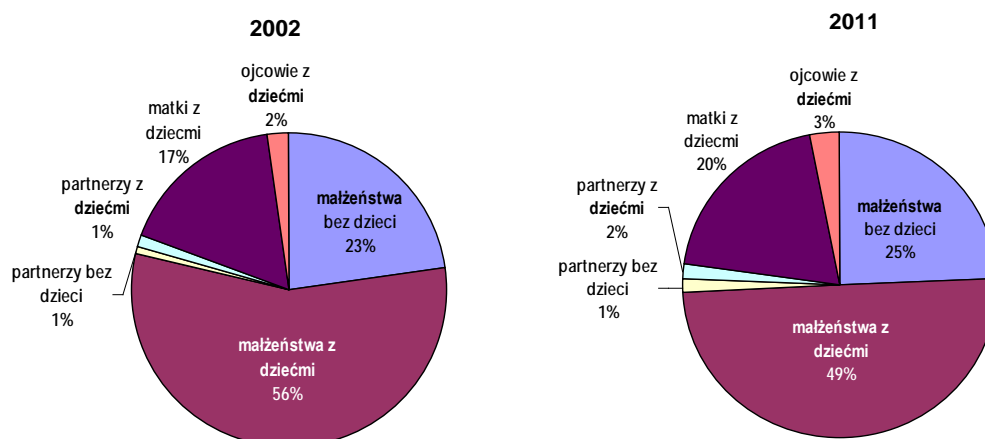
Procesy demograficzne dotyczące zawierania/rozpadu małżeństw, płodności kobiet i dzietności rodzin zmieniły kierunek w roku 2004 – w dużym stopniu z powodu wejścia w okres aktywności prokreacyjnej roczników wyżu demograficznego z początku lat 80. XX wieku. Jednakże obok tego czynnika zmiany demograficzne kształtowały się również pod wpływem wielu różnokierunkowych procesów, wśród których – jak się wydaje – najsilniej rysuje się oddziaływanie czynników:

- kulturowych (w tym uwarunkowania dotyczące podziału ról kobiet i mężczyzn oraz równego traktowania),
- strukturalnych (sytuacja na rynku pracy),
- ekonomicznych (poziom i warunki życia),
- instytucjonalnych (rozwiązania w zakresie polityki rodzinnej)¹¹.

Rodzina, małżeństwo i dzieci to wartości utrzymujące się na czele hierarchii tych deklarowanych przez większość Polaków i Polek, także w przypadku młodego pokolenia. Znaczenie przypisywane szczęściu rodzinnemu wynika z doświadczeń wyniesionych z własnego rodzinnego domu i oceny, jaką wartość stanowiła rodzina dla rodziców¹².

Najpopularniejszy model życia rodzinnego w Polsce to mała rodzina (nuklearna), złożona z rodziców i dzieci¹³.

Wykres 6. Struktura rodzin w Polsce wg typów (dane NSP) - w %



Źródło: NSP 2002, NSP 2011 <http://stat.gov.pl/spisy-powszechne/nsp-2011/nsp-2011-wyniki/gospodarstwa-domowe-i-rodziny-charakterystyka-demograficzna-nsp-2011,5,1.html> – data dostępu: 13.06.2016 r.

Z badań opinii społecznej wynika, że w większości przypadków realizowany model rodziny jest zgodny z preferowanym. Dotyczy to głównie właśnie rodzin składających się z małżonków z dzieckiem lub dziećmi. Natomiast wśród małżeństw nieposiadających dzieci obecna forma życia satysfakcjonuje jedynie niespełna co piąte z nich, ponad połowa chciałaby powiększyć swoją rodzinę o potomstwo, a co szósta (17%) pragnęłaby stworzenia rodziny wielopokoleniowej, z dziadkami i dziećmi¹⁴.

¹¹ Kotowska., Matysiak, Styrc i in. (2010), s. 9.

¹² Dyczewski (2007), s. 11-34; *Nie ma jak rodzina* (2008).

¹³ Według danych NSP2011 gospodarstwa domowe jednorodzinne, tworzone przez małżeństwa z dziećmi, to 2/3 wszystkich gospodarstw. Znacznie rzadziej jest to szerszy krąg rodzinny, w skład którego wchodzi dziadkowie, rodzice i dzieci – 4,7%. Ponad 16% Polaków i Polek żyje w jednoosobowych gospodarstwach domowych i 20,5% w gospodarstwach złożonych z dwojga małżonków nieposiadających dzieci

¹⁴ *Rodzina – jej współczesne znaczenie i rozumienie* – Komunikat z badań CBOS, BS/33/2013.

Wśród młodego pokolenia i generacji w wieku średnim utrzymuje się wysoki poziom aspiracji edukacyjnych: wydłużył się okres nauki szkolnej, stanowiący wyraz dążenia do jak najlepszego przygotowania się młodych ludzi do wejścia na silnie konkurencyjny rynek pracy.

Wzrost aspiracji edukacyjnych i zawodowych wzmacniany jest ułatwionym – na skutek procesów integracji europejskiej – podejmowaniem pracy w innych krajach i napływem do Polski pracowników z innych krajów unijnych. Są to zmiany o charakterze cywilizacyjnym (szczególnie: możliwość wykorzystania szansy wyrównania różnic edukacyjnych w odniesieniu do rówieśników z innych krajów UE), ale też dążenie do zajęcia na rynku pracy – charakteryzującego się wciąż wysokimi wskaźnikami bezrobocia młodych ludzi – jak najkorzystniejszej pozycji nie tylko pod względem dochodów z pracy, ale i szans rozwoju zawodowego i osiągnięcia wysokiej pozycji zawodowej. Wydłużenie okresu edukacji oznacza najczęściej odłożenie decyzji o założeniu rodziny. Młodzi Polacy urodzeni w okresie wyżu demograficznego lat 80. coraz częściej poszukują pracy dającej im satysfakcję nie tylko materialną (dobre wynagrodzenie). Oczekują też możliwości optymalnej realizacji swoich aspiracji zawodowych i życiowych (pokolenie X zastępowane stopniowo przez pokolenie Y, które charakteryzuje się m.in. niezależnością i indywidualizmem w dążeniu do celów, nastawieniem na samo-realizację, dużą mobilnością przestrzenną czy zaangażowaniem w działania przynoszące szybkie korzyści własne)¹⁵. Wielu z nich odracza decyzje o usamodzielnieniu się do czasu zrealizowania indywidualnych planów życiowych. Takie postawy przyczyniają się do odkładania w czasie także decyzji matrymonialnych i prokreacyjnych. O ile dla obecnych 35–40-latków priorytetem był awans zawodowy i materialny, wyznaczony możliwością nadrobienia luki edukacyjnej i dążeniem do dogonienia rówieśników w Europie Zachodniej, o tyle dla obecnej generacji Y, czyli 20–30-latków, wyznacznikiem celów życiowych jest realizacja celów indywidualnych, gdzie małżeństwo i rodzina zajmują drugą pozycję¹⁶. Dla tej generacji istotne stają się nie tylko rozwiązania wspierające łączenie pracy zawodowej z obowiązkami rodzinnymi, ale też łączenie tych dwóch obszarów z możliwościami realizowania jednostkowych, indywidualnych zainteresowań i ambicji.

Postawom takim towarzyszy duże przyzwolenie społeczne na odkładanie przez młodych ludzi decyzji o zawarciu małżeństwa lub niezdecydowanie się przez nich na założenie rodziny. Znacznie mniejsze jest przyzwolenie na styl „singli”, czyli osób, które świadomie decydują się na życie bez stałego partnera lub partnerki¹⁷. Badania CBOS wskazują, że w Polsce samotne życie (bez partnera) osób w wieku powyżej 25 lat¹⁸ to „etap przejściowy”, często narzucony okolicznościami życiowymi, a nie wybór. Badania tej zbiorowości wskazują bowiem, że są to osoby, spośród których większość chciałaby jednak ustabilizować swoje życie i założyć własną rodzinę. Z badań CBOS wynika też, że coraz szersze jest w polskim społeczeństwie pojmowanie co to jest rodzina. W okresie 2008–2013 przybyło badanych, którzy jako rodzinę definiują parę żyjącą w konkubinacie i wychowującą swoje dziecko/dzieci (z 71% do 78%) czy też niemającą potomstwa (z 26% do 33%); znacząco wzrosła także liczba uznających za rodzinę parę gejów lub lesbijek wspólnie wychowujących dziecko lub dzieci (z 9% do 23%) oraz tych, którzy rodziną nazywają nieformalny związek osób tej samej płci niewychowujących dzieci (z 6% do 14%).

Na postawy wobec małżeństwa, traktowanego jako podstawa założenia rodziny, mają wpływ warunki bytu dużej części społeczeństwa i młodej generacji. Młodzi ludzie są ciągle grupą w najwyższym stopniu zagrożoną bezrobociem. Według BAEL w 2004 r. (II kw.) stopa bezrobocia osób w wieku 20–24 lata wynosiła 43,3% przy ogólnej wartości tego wskaźnika wynoszącej 19,1%. W I kwartale 2015 r. stopa bezrobocia dla tej grupy była jedną z najwyższych i wyniosła 22,5% (stopa bezrobocia ogółem – 8,6). Tak duże bezrobocie ogranicza możliwości

¹⁵ Chester E. (2011) *Młodzi w pracy. Jak zadbać o pracowników z pokolenia Y*, Wyd. Helion, Gliwice.

¹⁶ W cyklicznie realizowanych przez CBOS badaniach opinii nt. hierarchii wartości szczęście rodzinne zajmuje wciąż czołową pozycję. Natomiast badania prowadzone w ramach *Diagnozy Społecznej* wskazują na spadek znaczenia takich wartości jak udane małżeństwo czy dzieci oraz praca, a jednocześnie na wzrost wartości nazywanych: przyjaciele, wolność i swoboda oraz wykształcenie. Por. Czapiński, Sułek, Szumlicz (2015)

¹⁷ *Rodzina – jej współczesne znaczenie i rozumienie* – Komunikat z badań CBOS, BS/33/2013.

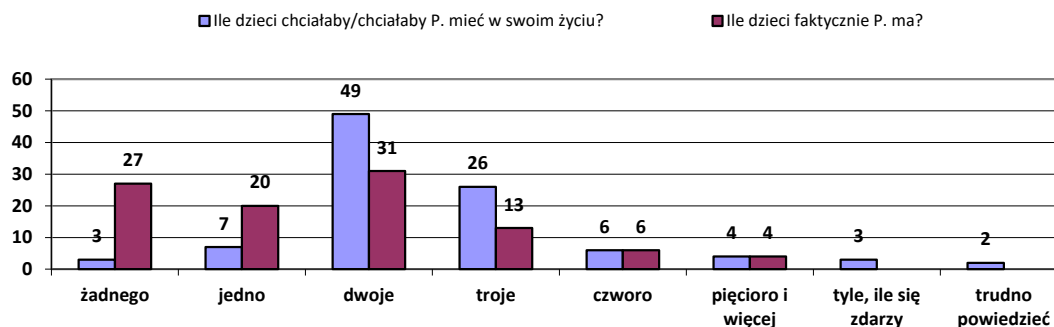
¹⁸ Według statystyk GUS jest to zbiorowość licząca ok. 5 mln osób i z roku na rok coraz liczniejsza.

¹⁹ *Rodzina - ... op..cit*

stabilizacji materialnej młodych ludzi i w wielu przypadkach oddala realizację planów matrymonialnych i prokreacyjnych.

Posiadanie dzieci jest niemal powszechnie deklaruowaną potrzebą młodych i dorosłych generacji. Ponad 80% spośród tych osób, które nie mają jeszcze dzieci, chciałoby je mieć²⁰. **Najczęściej jest deklaruowana chęć posiadania dwójki dzieci.**

Wykres 7. Preferowana a rzeczywista liczba dzieci (%)



Źródło: Rodzina – jej współczesne znaczenie i rozumienie – Komunikat z badań CBOS, BS/33/2013, s. 13.

Preferowana liczba potomstwa w znacznym stopniu odbiega jednak od faktycznie posiadanej. Co czwarta osoba deklaruująca chęć posiadania dzieci pozostaje bezdzietna, a w pozostałych przypadkach realizacja planów prokreacyjnych zatrzymuje się po urodzeniu jednego dziecka. Statystyki dotyczące preferencji odpowiadają rzeczywistości jedynie w przypadku rodzin wielodzietnych.

W ostatnich pięciu latach tendencja do ograniczania liczby dzieci staje się jednak słabsza. Od 1998 r. udział osób deklaruujących brak chęci posiadania potomstwa w ogóle zmniejszył się z 4% do 3% w 2013 roku. Wzrasta powoli liczba deklaruujących chęć posiadania co najmniej trojga dzieci (z 19% w 2000 r. do 26% w 2013 r.)²¹.

Fakt posiadania dzieci, płeć, wiek, wykształcenie oraz stosunek do religii i Kościoła ma wpływ na około połowę zamierzeń prokreacyjnych dorosłych Polaków poniżej 40. roku życia. Czynnikiem, który najsilniej wpływa na postawy prokreacyjne, to posiadanie lub nieposiadanie (jeszcze) dzieci²².

Sondaże opinii publicznej wskazują, że czynniki materialne – choć ważne – nie są już główną przyczyną odkładania czy rezygnacji z założenia własnej rodziny i posiadania dzieci²³. Wśród kobiet istotne znaczenie mają – wg częstości wskazań – obawy przed nieudanym związkiem (wynikające często z braku pozytywnych doświadczeń relacji małżeńskich wyniesionych z własnej rodziny), przed trudnościami w realizacji kariery zawodowej i brak odpowiednich warunków mieszkaniowych. W dalszej kolejności jako przyczyna pojawia się tu m.in. dążenie do życia bez zobowiązań i obawy przed pogorszeniem materialnego poziomu życia. Natomiast rzadko powodem odkładania lub rezygnacji z założenia rodziny w przypadku kobiet bywa obawa przed obowiązkami rodzicielskimi i brak chęci posiadania dzieci. W przypadku mężczyzn decydujące znaczenie ma wybór życia bez zobowiązań, obawy przed trudnościami materialnymi, mieszkaniowymi, a także brak gotowości do podjęcia obowiązków rodzicielskich.²⁴

²⁰ Rodzina – op. cit. (2013).

²¹ Tamże

²² Tamże.

²³ Kontrowersje wokół różnych zjawisk... (2008).

²⁴ Por. Kotowska I.E. red. (2014), *Niska dzietność w Polsce w kontekście percepcji Polaków. Diagnoza społecz-*

Na plany dotyczące posiadania potomstwa w przyszłości wpływają dochody na osobę w rodzinie (które zależą też od wielkości rodziny), jednak zależność ta dotyczy tylko respondentów, którzy już mają dzieci. Sytuacja materialna nie ma, jak wskazują wyniki badań, znaczącego wpływu na młodych ludzi jeszcze niemających dzieci²⁵. Przy podejmowaniu decyzji o założeniu rodziny, w której będzie dziecko (dzieci), czy też o związku bez dzieci lub pozostaniu w stanie wolnym (singlem), sytuacja materialna nie ma zasadniczego znaczenia. Zależność między sytuacją materialną a postawami prokreacyjnymi jest więc złożona. Wysokość dochodów oddziałuje na skłonność do posiadania większej liczby dzieci, ale nie wpływa na postawy osób, które podjęły decyzję o pozostaniu bezdzietnymi. Dlatego też same narzędzia finansowe mogą być tylko częściowo skuteczne w promowaniu większej dzietności.

Większość rodzin z jednym dzieckiem planuje jeszcze potomstwo. Duża grupa jest w tej kwestii jednak niezdecydowana. Najczęstszym powodem sprawiającym, że niektórzy respondenci nie planują potomstwa jest fakt posiadania dzieci, czyli zrealizowanie swoich planów rodzinnych. Deklaracje takie składa ponad połowa badanych (54%). Niemal jedna piąta zaś (19%) rezygnuje z potomstwa z powodu sytuacji materialnej (uważa, że nie stać jej na dziecko, ma nieodpowiednie warunki mieszkaniowe lub obawia się obniżenia poziomu życia). Co jedenasty respondent (9%) podkreśla, że to kwestia wyboru – decyzji, że nie chce (więcej) dzieci. Tyle samo osób (8%) mówi natomiast o konflikcie między rolami zawodowymi i rodzinnymi (trudności w pogodzeniu obowiązków zawodowych z opieką nad dzieckiem, obawy przed utratą pracy ²⁶ swojej lub partnera/partnerki oraz przypisywanie karierze zawodowej większego znaczenia) . Mimo iż przyjmuje się, że spadek dzietności jest efektem nasilającej się konkurencyjności między zaangażowaniem na rynku pracy i obowiązkami rodzinnymi, stosunkowo rzadko jest on podkreślany przez badanych jako znaczący. Tylko jedna osoba na sto rezygnuje z posiadania dzieci, ponieważ obawia się, że nie sprostałaby obowiązkom rodzicielskim. Równie rzadko deklarowana jest bezpłodność.

Zamierzenia prokreacyjne są niezależne od stopnia urbanizacji miejsca zamieszkania. Wpływ na postawy prokreacyjne ma natomiast wykształcenie. Osoby z dyplomem wyższej uczelni dużo częściej niż pozostałe planują mieć dziecko w przyszłości²⁷.

Najczęściej wskazywane powody zmniejszenia liczby urodzeń to obawa przed utratą pracy, trudności z pogodzeniem pracy zawodowej i obowiązków domowych i złe warunki mieszkaniowe²⁸.

Dwa najczęściej wskazywane sposoby zwiększenia liczby urodzeń to pomoc dla młodych małżeństw w uzyskaniu mieszkania i pomoc w powrocie do pracy lub w znalezieniu zatrudnienia dla matek małych dzieci. Lepszy dostęp do placówek zapewniających opiekę nad małymi dziećmi też wskazywany jest jako zachęta.

Respondenci badań CBOS z 2012 r. uważali, że w Polsce rodziłoby się więcej dzieci, gdyby kobiety mogły w łatwiejszy sposób pogodzić pracę zawodową z wychowaniem dzieci. Znacznie rzadziej uważali, że zwiększenie przyrostu naturalnego nastąpiłoby przede wszystkim w sytuacji, gdyby kobiety nie musiały pracować zawodowo, aby utrzymać rodzinę²⁹.

Podział ról między mężem i żoną (partnerem i partnerką) w stosunkowo niewielkim stopniu wpływa na deklaracje co do planów posiadania dzieci³⁰. W związkach, w których kobiety pracują zawodowo, powinny one być rzadziej zainteresowane zwiększeniem obowiązków domowych związanych z posiadaniem i wychowywaniem dziecka (dzieci). Tymczasem odsetek osób planujących (kolejne) dziecko jest w rodzinach o modelu tradycyjnym niemal taki

na 2013. Raport tematyczny, s. 51-61

²⁵ Tamże oraz Dyczewski (2007); *Nie ma jak rodzina* (2008).

²⁶ Kotowska I.E. red. (2014), *Niska dzietność....* op.cit., s. 60-61

²⁷ *Postawy prokreacyjne Polaków* (2010). Zob. także Czapiński, Sułek, Szumlicz (2011), s. 220 i nast.

²⁸ Kotowska I.E. red 2014, op.cit. s. 52

²⁹ *Postawy prokreacyjne Polaków* (2010)

³⁰ *Kobiety i mężczyźni o podziale obowiązków domowych* (2006).

sam, jak w modelu odwróconym (gdzie kobiety pracują zawodowo) (36% i 38%). Równie często deklaracje takie składane są w tych rodzinach, w których kobieta pracuje zawodowo i tych, w których zajmuje się domem. Najczęściej natomiast plany dotyczące posiadania w przyszłości potomstwa wyrażają badani deklarujący model partnerski (43%)³¹.

Chęć robienia kariery zawodowej jest przyczyną rezygnacji z posiadania dzieci to relatywnie rzadka przyczyna rezygnacji z posiadania potomstwa. W przypadku bezdzietnych kobiet i mężczyzn dotyczyła 6% tej zbiorowości. Wśród osób posiadających dzieci znaczenie tej przyczyny było mniej istotne w przypadku mężczyzn niż kobiet. Znaczenie pracy zawodowej jako czynnika ograniczającego plany prokreacyjne malało wraz z wiekiem potencjalnych rodziców³².

Działania wskazywane najczęściej jako ułatwiające matkom powrót do pracy to – wg liczby wskazań – stworzenie warunków pracy w dogodnych dla nich godzinach (elastyczny czas pracy) lub w niepełnym wymiarze czasu oraz zapewnienie opieki dzieciom do lat 7. (Są to czynniki wskazywane zarówno w badaniach z 2013 r. jak i 2015 (*Diagnoza Społeczna*)).

2. Warunki życia i wychowywania dzieci w rodzinach

Liczba dzieci w Polsce maleje, co jest następstwem zmniejszającej się od kilku dekad liczby urodzeń (por.pkt.1). W 1989 r. dzieci (w wieku 0-17 lat) w liczbie 11 208 tys. stanowiły 29,5% ogółu ludności. W 2011 r. było 7 146 tys. Dzieci ,tj. 18,5%, a w 2013 r. 6995,5 tys. co stanowiło 18,2% ogółu ludności.

Narodowy Spis Powszechny z 2011r. wykazał, że większość dzieci³³ 77,1% żyje w rodzinach tworzonych przez małżeństwa z dziećmi, 2,1% to dzieci w związkach nieformalnych. W rodzinach samotnych rodziców wychowywało się co piąte dziecko (w rodzinach matek z dziećmi – 18,2%, ojców z dziećmi – 2,1%). Ogółem najwięcej dzieci wychowywały małżeństwa z dziećmi.

Wśród ogółu małżeństw z dziećmi 47,1% stanowiły rodziny z jednym dzieckiem; 40,8% z dwojgiem, 15,5% z 3 i większą liczbą dzieci.

Strukturę rodzin determinuje przykrój terytorialny (miasto/wieś). W mieście przeważały rodziny małodzietne. Częściej dzieci te wychowywały się w związkach nieformalnych i w rodzinach samotnych matek. Dzieci żyjące na wsi częściej pochodziły z rodzin wielodzietnych oraz wychowywały się w gospodarstwach domowych tworzonych przez inne osoby np. dziadków lub innych krewnych.

Sytuacja dochodowa i zachowania konsumpcyjne rodzin

W latach 2001–2014 poziom życia rodzin mierzony przeciętnymi dochodami i wydatkami wzrastał³⁴. Poprawiły się warunki mieszkaniowe mierzone powierzchnią mieszkania i liczbą osób przypadających na jedną izbę.

Istotnym czynnikiem poprawy sytuacji rodzin w Polsce był większy dostęp do pracy, przede wszystkim spadek skali i natężenia bezrobocia oraz masowe wyjazdy za pracą za granicę, które nasiliły się zwłaszcza po wejściu Polski do Unii Europejskiej.

Warunki życia rodzin różnicuje³⁵ posiadanie źródeł dochodu, w tym z tytułu pracy lub ich

³¹ *Postawy prokreacyjne Polaków* (2010).

³² Kotowska I.E. red. (2014), op. cit. s. 79-80

³³ Analizy danych odnoszą się do grupy dzieci w wieku 0-24 lata pozostających na utrzymaniu w gospodarstwach domowych

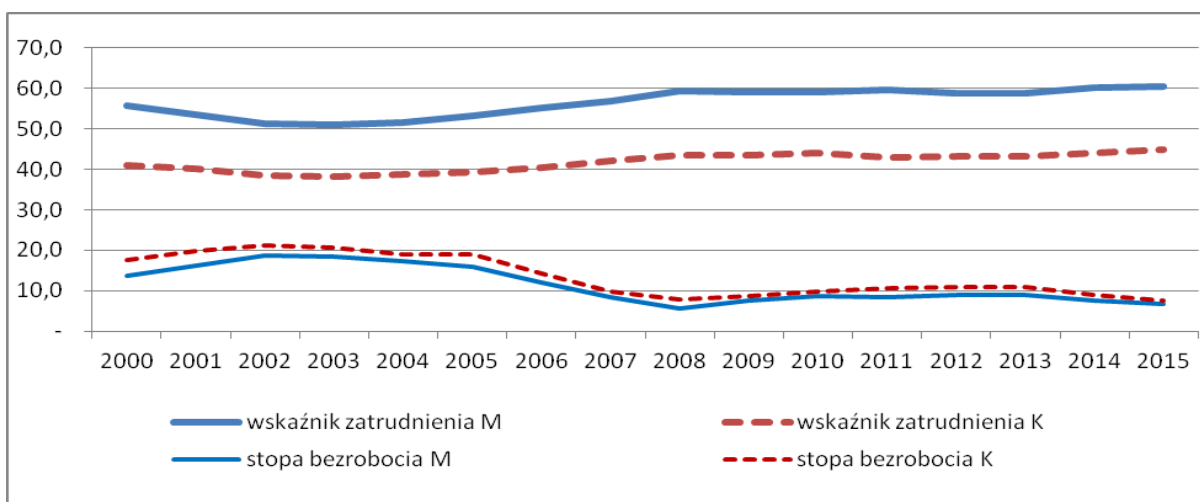
³⁴ Według *Diagnozy społecznej 2011* (2012), dochody realne w latach 2009 (marzec) – 2011 wzrosły we wszystkich kategoriach i typach gospodarstw domowych (poza rodzinami niepełnymi – minimalny spadek); *Diagnoza społeczna 2011* (2012), s. 48. *Diagnoza społeczna 2015* (2015) s. 16.

³⁵ Zróżnicowanie sytuacji rodzin wynika przede wszystkim z nierówności rozkładu dochodów, którego podstawowym miernikiem jest współczynnik Giniego. W 2013 r. wartość współczynnika Giniego wynosił 30,7 i była

brak, liczba osób, w tym dzieci pozostających na utrzymaniu, a także posiadanie własnego mieszkania i jego wyposażenie w dobra trwałe. Istotnymi czynnikami różnicowania sytuacji finansowej rodzin z dziećmi jest więc status ekonomiczny rodziców na rynku pracy, kategoria ekonomiczna gospodarstwa domowego oraz takie czynniki demograficzne, jak: liczba dzieci, wykształcenie i wiek głowy gospodarstwa domowego oraz miejsce zamieszkania (miasta, ich wielkość mierzona liczbą mieszkańców –wieś).

Najistotniejszym czynnikiem statusu ekonomicznego rodziny jest aktywność zawodowa jej członków. Do najważniejszych zjawisk społeczno-ekonomicznych kształtujących warunki życia rodzin w Polsce w pierwszych latach XXI wieku należy zaliczyć wzrost wskaźnika zatrudnienia ludności, zwłaszcza ludności w wieku produkcyjnym oraz jednoczesny spadek stopy bezrobocia. W latach 2003–2011 wskaźnik zatrudnienia dla ludności w wieku produkcyjnym (18–59 lat dla kobiet i 18–64 lata dla mężczyzn) wzrósł z 55,7% w 2003 r. do 65,3% w 2011 r. (średniorocznie). W roku 2014- wskaźnik zatrudnienia wyniósł dla ogółu osób w wieku produkcyjnym 66,1% (w tym dla mężczyzn 69,5%, dla kobiet 62,3%), a w roku 2015 odpowiednio: 71,2% i 64%³⁶.

Wykres 8. Wskaźniki zatrudnienia i stopa bezrobocia kobiet i mężczyzn w latach 2000-2015 (III kw. roku)



Źródło: *Aktywność ekonomiczna ludności Polski* - <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/pracujacy-bezrobotni-biemi-zawodowo-wg-bael/aktywnosc-ekonomiczna-ludnosci-polski-iii-kwartal-2015-r-4,18.html> – data dostępu: 17.06.2016.

Stopa bezrobocia dla ludności tej samej kategorii wiekowej zmalała natomiast z 20,1% w 2003 r. do 9,8% w 2011 r. W roku 2014 stopa bezrobocia wyniosła w IV kwartale 8,1% dla ogółu ludności, w tym dla mężczyzn 7,6%, dla kobiet 8,7%. W roku 2015 (I kwartał) stopa bezrobocia wyniosła 8,6% dla ogółu, 8,5% dla mężczyzn o 8,8% dla kobiet. W analizowanych latach nastąpiła zatem poprawa w sytuacji na rynku pracy i tym samym w zakresie możliwości uzyskania pracy.

Status osoby pracującej nie ma charakteru trwałego, na co wpływa prawny charakter umowy o pracę. Spośród ogółu pracujących w 2015 r. 3494 tys. osób (26% ogółu³⁷) pracowników najemnych posiadało umowę na czas określony. W tej grupie przeważali mężczyźni; ich udział wynosił 52,9% wobec 47,1% kobiet. Odsetek pracujących na podstawie różnego rodzaju umów czasowych utrzymywał się na najwyższym poziomie w UE.³⁸

zbliżona do średniej w Unii Europejskiej (30,5). Należy odnotować, że w porównaniu z 2008 rokiem nastąpił w Polsce spadek wartości tego wskaźnika o 1,3 pkt.

³⁶ Dane dla 2015 r. dotyczą III kwartału.

³⁷ Udział pracowników zatrudnionych w tej formie wzrasta. Według *Diagnozy społecznej* z 2013 r było ich 18% ogółu pracujących.

³⁸ *Diagnoza społeczna 2015* (2015), s.17.

Umowa o pracę na czas określony osłabia poczucie stabilizacji zatrudnienia. Takie poczucie mają też osoby zatrudnione w oparciu o umowy cywilnoprawne. Wzrasta udział osób zatrudnionych w takiej formie. W 2011 r. na podstawie umowy cywilnoprawnej zatrudnionych było 1,8% ogółu pracujących, w 2013 r. – 2,2%, w 2015 r. – 1,5%. Inne formy umowy krótkookresowej obejmowały w 2011 r. 2,4%, w 2013 – 3,2%, w 2015 r. 3,5%. Praca bez³⁹ formalnej umowy dotyczyła w 2011 roku 2,8% pracujących, w 2013 – 2,4% w 2015 – 2,6%.

Kontrole Państwowej Inspekcji Pracy w 2015 r. wykazała, że w wielu zakładach pracy liczba świadczących pracę w oparciu o stosunek niepracowniczy(na podstawie umów cywilnoprawnych) była tylko o połowę niższa od liczby zatrudnionych w oparciu o umowę o pracę, a nawet tylko minimalnie niższa niż liczba pracowników.⁴⁰

Praca świadczona w oparciu o inne formy niż umowa o pracę na czas nieokreślony zwiększa ryzyko bezrobocia w ciągu dwóch lat. W przypadku umowy na czas określony dotyczy to 9,2% zatrudnionych w tej formie, 10,6% tych, którzy świadczą pracę w oparciu o umowę cywilnoprawną i 15,7% pracujących bez formalnej umowy. W⁴¹ przypadku pracujących w oparciu o umowę na czas nieokreślony ryzyko to dotyczy 2,8%.

Na mniejsze uczestnictwo w rynku pracy nadal narażone są osoby młode. Wskaźnik zatrudnienia dla osób w wieku 20-24 lata wyniósł w 2015 r. (I kwartał) 39,3% , a stopa bezrobocia 20%. Lepsza sytuacja jest w grupie 25-29 lat, dla której wskaźnik zatrudnienia wyniósł 76,9% (stopa bezrobocia 10,7%). Nadal jest to jednak jeden z najniższych wskaźników wśród grup w wieku mobilnym zawodowo (do 50 roku życia). Także⁴² umowy na czas określony są najpopularniejsze wśród osób poniżej 25 roku życia (ok.44%).

Wskazania na trudną sytuację na rynku pracy osób młodych wynika z faktu, że tradycyjnie jest to wiek podejmowania decyzji matrymonialnych. Brak uczestnictwa w rynku pracy, niestabilność zatrudnienia oznacza poczucie niepewności oraz brak podstaw materialnego bytu rodziny.

Wysokość dochodów pozostających do dyspozycji rodzinnych gospodarstw domowych zależy od wielu czynników: aktywności zawodowej rodziców, wysokości ich wynagrodzeń i dochodów z innych źródeł. W 2014 r. najwyższym dochodem na 1 osobę dysponowały małżeństwa bezdzietne (1900,43 zł), następnie małżeństwa z 1 dzieckiem (1539,14 zł), z dwojgiem dzieci (1225,99 zł), samotni rodzice (1068,35zł). Najniższy dochód na osobę miały rodziny wielodzietne (806,50 zł).⁴³

Tabl.1. Różnice wysokości dochodu rozporządzalnego na 1 osobę w rodzinnych gospodarstwach domowych wg typu rodziny w 2014 r.

Wyszczególnienie	Małżeństwa/związki nieformalne bez dzieci	Małżeństwa/związki nieformalne z 1 dzieckiem	Małżeństwa/związki nieformalne z 2 dziećmi	Małżeństwa/związki nieformalne z 3 i więcej dziećmi	Samotni rodzice z dziećmi
Dochód w zł	1900,43	1539,14	1225,99	806,50	1068,35
Małżeństwa/ związki nieformalne bez dzieci +100%	100,0	81,0	64,5	42,4	56,2
Małżeństwa z 1 dzieckiem =100,0%	X	100,0	81,6	52,4	69,4

Źródło: obliczenie własne na podstawie: *Budżety gospodarstw domowych w 2014 r.*, GUS, Warszawa 2014 (tabl.20, s.110).

Informacje w tabeli wskazują, że obecność kolejnego dziecka w rodzinie obniża poziom dochodu na 1 osobę, będący wyznacznikiem możliwości zaspokojenia potrzeb członka rodziny o około 20%- 30%.

³⁹ *Diagnoza społeczna 2013, Diagnoza społeczna 2015*

⁴⁰ www.pip.gov.pl – data dostępu: 09.02.2016 r.

⁴¹ *Diagnoza społeczna 2013*, s.144.

⁴² *Diagnoza społeczna 2013*, s.30

⁴³ *Warunki życia rodzin w Polsce*, GUS, Warszawa 2014.

Główne źródła dochodów rodzin z dziećmi pochodzą z pracy (najmniej, z pracy na własny rachunek, z prowadzenia gospodarstwa rolnego). Największe źródło przychodów rodzinnych gospodarstw domowych stanowi dochód z pracy najemnej. W 2014 r. wskaźnik udziału dochodu z tego tytułu wyniósł dla małżeństw z jednym dzieckiem 67,6%; dla małżeństw z dwojgiem dzieci 63,1%; dla małżeństw z trojgiem i więcej dzieci 51%; dla samotnych matek/ojców 48,9%⁴⁴. Dochód z pracy na własny rachunek stanowił 8,1% przychodów ogółu rodzinnych gospodarstw domowych i był zróżnicowany zależnie od typu biologicznego gospodarstwa: dla małżeństw z jednym dzieckiem wynosił 11,4%; z dwojgiem dzieci 12,9%.

Dodatkowym źródłem dochodowo rodzin są świadczenia społeczne. Świadczenia rodzinne na dzieci stanowią niewielki odsetek w dochodach rodzin, a ich znaczenie wzrasta wraz z liczbą dzieci pozostających na utrzymaniu. W 2014r. udział dochodu z tytułu świadczeń rodzinnych wynosił: dla małżeństw z jednym dzieckiem 0,4%, dla małżeństw z dwojgiem dzieci – 1,1%, dla małżeństw z trojgiem i więcej dzieci 6,0%, dla samotnych matek/ojców z dziećmi 3,1%⁴⁵. Dochody z tytułu świadczeń z ubezpieczeń społecznych ogrywiają niewielką rolę w dochodach rodzin z dziećmi; w małżeństwach z jednym dzieckiem stanowiły one 3,2%, z dwojgiem dzieci – 1,1% z trojgiem i większą liczbą dzieci 1,2%. Znaczenie świadczeń ubezpieczeniowych wzrasta w rodzinach samotnych rodziców (na ogół są to renty rodzinne), a przede wszystkim w rodzinach z osobą niepełnosprawną (renty inwalidzkie).

Poziom wydatków na towary i usługi konsumpcyjne jest zróżnicowany w rodzinnych gospodarstwach domowych z dziećmi na utrzymaniu zależnie od liczby dzieci.

Tablica 2. Zróżnicowanie przeciętnych miesięcznych wydatków na wybrane⁴⁶ towary i usługi konsumpcyjne

Wydatki na gospodarstwo domowe	Małżeństwa/związki nieformalne z 1 dzieckiem	Małżeństwa/związki nieformalne z 2 dziećmi	Małżeństwa/związki nieformalne z 3 i więcej dzieci	Samotni rodzice z dziećmi
Na towary i usługi konsumpcyjne	3414,42	3616,65	3420,01	2521,31
	w zł		Wydatki małżeństw z 1 dzieckiem =100%	
Użytkowanie mieszkania + nośniki energii	647,07	100,7	96,8	82,3
Żywność i napoje	781,18	113,1	128,9	77,9
Rekreacja i kultura	334,75	122,6	93,7	86,7
Odzież i obuwie	231,1	103,6	92,0	83,8
Wyposażenie mieszkania/prowadzenie gospodarstwa domowego	186,16	100,1	90,1	70,8
Zdrowie	146,3	101,2	74,1	60,5
Transport	420,24	97,9	88,9	41,7
Łączność	145,16	106,4	101,2	74,0
Edukacja	63,69	136,1	93,3	100,2
Pozostałe towary i usługi	245,49	96,4	79,5	70,8

Źródło: obliczenia własne na podstawie: *Warunki życia rodzin w Polsce*, GUS, Warszawa 2014, tabl.33, s.151.

W małżeństwach z 2 dziećmi na utrzymaniu wysokość wydatków na towary i usługi konsumpcyjne jest w większości przypadków zbliżona do ponoszonych w rodzinach z jednym dzieckiem. Wyjątek stanowią wydatki na żywność i napoje bezalkoholowe, rekreację i kulturę, w największym stopniu na edukację, w tym ostatnim przypadku znacznie wyższe, niż w rodzi-

⁴⁴ W roku 2011 nastąpił minimalny spadek udziału dochodów z pracy w stosunku do roku poprzedniego. Obliczenia na podstawie: *Budżety gospodarstw domowych w latach: 2006, 2009, 2010 oraz 2011*.

⁴⁵ Tamże.

⁴⁶ Bez pozycji: napoje alkoholowe, wyroby tytoniowe i narkotyki oraz restauracje i hotele.

nach z jednym dzieckiem. Znaczniejsze różnice występują w przypadku rodzin wielodzietnych i rodziców samotnie wychowujących dzieci. W rodzinach wielodzietnych poziom wydatków odbiega *in minus* (z wyjątkiem wydatków na żywność i napoje alkoholowe oraz łączność) od ponoszonych w rodzinach z jednym dzieckiem, mimo, że przeznaczone są one na zaspokojenie potrzeb większej liczby członków rodziny.

O kłopotach z zaspokojeniem części potrzeb świadczy fakt, że 13% ogółu rodzinnych gospodarstw domowych deklarowało brak możliwości jedzenia mięsa co drugi dzień z powodów finansowych. Sytuacja ta dotyczyła 7,4% małżeństw z 1 dzieckiem, 9,1% - z 2 dzieci i aż co piątej rodziny tworzonej przez małżeństwo z 3 i więcej dzieci (20,1%) i samotnego rodzica z dziećmi (19,6%).

Co czwarte gospodarstw domowe nie miało możliwości konsultacji z lekarzem specjalistą z powodów finansowych, w tym: 18,% małżeństw z 1 dzieckiem na utrzymaniu, 16,4% - z dwojgiem dzieci, 26,2% z 3 i większą liczbą dzieci i 37,5% samotnych rodziców z dziećmi.

Jeszcze większa jest skala trudności z zapewnieniem wyjazdów wypoczynkowych wszystkich członków rodziny. Ograniczają je trudności finansowe dotyczące 57% ogółu rodzin, 41% małżeństw z 1 dzieckiem, 47% z dwojgiem dzieci; 66,5% z 3 dzieci i 66,1% samotnych rodziców.

Prawie połowa (49,2%) rodzinnych gospodarstw domowych nie ma możliwości pokrycia z własnych środków niespodziewanego wydatku w wysokości 900 zł. w tym: 42% małżeństw z 1 dzieckiem, 44% - z 2 dzieci, 61% z 3 i większą liczbą dzieci, 71%- samotnych rodziców. Można to uznać za symptom braku oszczędności, które pozwoliłyby na pokrycie takich wydatków.

Tabl. 3. Rodzinne gospodarstwa domowe które z powodów finansowych mają trudności w ponoszeniu wydatków na różne cele

Wyszczególnienie	Gospodarstwa domowe				
	Małżeństwa/związki nieformalne bez dzieci	Małżeństwa/związki nieformalne z 1 dzieckiem	Małżeństwa/związki nieformalne z 2 dzieci	Małżeństwa/związki nieformalne z 3 i więcej dzieci	Samotni rodzice z dziećmi
Brak możliwości jedzenia mięsa co drugi dzień	11,3	7,4	9,1	20,1	19,6
Brak możliwości konsultacji z lekarzem specjalistą	23,4	18,3	16,4	27,2	37,5
Brak możliwości zapewnienia odpowiedniego ogrzewania mieszkania	11,9	9,2	9,3	12,7	21,5
Trudności z terminowością opłat za mieszkanie:					
- raz w ciągu 12 miesięcy	2,5	2,8	2,7	5,1	14,3
- co najmniej raz w ciągu 12 miesięcy	7,2	11,4	8,4	16,2	27,9
Brak możliwości wyjazdu na tygodniowy wypoczynek wszystkich członków rodziny	48,0	40,9	47,3	66,4	66,1
Brak możliwości pokrycie niespodziewanych wydatków w wysokości 900 zł.	43,8	41,8	45,3	61,0	71,0

Źródło: *Warunki życia rodzin w Polsce*, GUS, Warszawa 2014, tabl.35,37,39,41,43,45, s.152-157.

Rodziny wielodzietne i samotni rodzice z dziećmi na utrzymaniu to również częściej te, w których trudności finansowe ograniczają możliwość zapewnienia odpowiedniego ogrzewania mieszkań i powodują zaległości w opłatach za mieszkanie.

Przeciętne miesięczne spożycie artykułów żywnościowych na osobę w gospodarstwach domowych w Polsce ulega zmianom: spożywano trochę mniej pieczywa, mleka, jaj, olejów i innych tłuszczów, mniej warzyw, ale więcej owoców; mniej cukru i wyrobów cukierniczych, wzrastało powoli spożycie mięsa. Natomiast wzrasta zdecydowanie spożycie wody mineralnej, systematycznie rośnie spożycie soków owocowych i warzywnych. Ogólnie jednak w dłuższym okresie powoli zmieniają się wzorce żywieniowe, ale sytuacja w tym zakresie jest zróżnicowana. Czynnikiem różnicującym jest m.in. liczba dzieci w rodzinie.

Spożycie pieczywa i produktów zbożowych nie jest istotnie zróżnicowane przez liczbę dzieci na utrzymaniu, natomiast zależność tę obserwuje się w przypadku spożycia mięsa: im większa liczba dzieci, tym mniejsza konsumpcja mięsa na osobę. Podobnie w odniesieniu do spożycia ryb. Niewielkie pozostaje spożycie owoców, zwłaszcza w rodzinach z większą liczbą dzieci. Podobnie niska, jest konsumpcja wód mineralnych i źródlanych oraz soków owocowych i warzywnych w rodzinach wielodzietnych w porównaniu z rodzinami z jednym dzieckiem.

Dzieci w rodzinach wielodzietnych spożywają mniej podstawowych artykułów żywnościowych, cennych dla zdrowia rozwijającego się dziecka niż w rodzinach małodzietnych. W przypadku rodzin niepełnych spożycie podstawowych artykułów sytuuje ten typ rodzin z dziećmi na poziomie spożycia między rodzinami z dwójką i trójką dzieci.

Zaspokojenie potrzeb dzieci ⁴⁷

Dotychczasowe badania i obserwacja procesów realnych wskazują, że zaspokojenie potrzeb dzieci jest w rodzinach traktowane priorytetowo. Dotyczy to zdecydowanej większości rodzin, niemniej jednak część z nich nie może ich zaspokoić ze względu na ograniczenia finansowe. Dotyczy to nawet takich podstawowych potrzeb jak wyżywienie. W ponad 3% gospodarstw rodzinnych z co najmniej 1 dzieckiem na utrzymaniu nie było w stanie zapewnić swoim dzieciom przynajmniej co drugi dzień posiłku z mięsa drobiu, ryby (lub odpowiednika wegetariańskiego) i prawie tyle samo nie mogło pozwolić sobie na zapewnienie dzieciom świeżych owoców lub warzyw przynajmniej kilka razy w tygodniu.

Czynnikiem determinującym stopień zaspokojenia potrzeb żywnościowych jest liczba dzieci: wspomniane niedobory w składzie wyżywienia dotyczyły 8,5% rodzin mających na utrzymaniu 3 i więcej dzieci.

Ograniczenia finansowe rodzą trudności związane z zakupem wszystkich potrzebnych podręczników dla dzieci uczęszczających do szkół w ponad 5% gospodarstw domowych z co najmniej jednym dzieckiem na utrzymaniu, znacznie częściej – 14% - ma to miejsce w rodzinach wielodzietnych, jeszcze częściej (17,5%) zgłaszali to rodzice samotnie wychowujących dzieci.

Zajęcia uzupełniające (doksztalcanie z przedmiotów objętych zajęciami obowiązkowymi – korepetycje, kursy przygotowujące do egzaminów) dają szansę na wyrównanie szans edukacyjnych dziecka. Z przyczyn finansowych rezygnuje z nich część rodzin z dziećmi (15,6%), co trzecia rodzina wielodzietna (35,1%) i ponad co piąta (22,4%) rodzina samotnych rodziców z dziećmi.

Z kolei zajęcia nadobowiązkowe (sportowe, muzyczne, plastyczne) pozwalają na zaspokojenie zainteresowań dziecka, rozwój jego umiejętności i talentu, tworzą warunki racjonalnego spędzania czasu wolnego. Ze względów finansowych rezygnuje z nich 14,9% rodzin z dziećmi, (29,7% rodzin wielodzietnych i 20,7% - samotnych rodziców).

Trudności z zaspokojeniem potrzeb dzieci ze względów finansowych związane są także ze sferą zdrowia, wówczas gdy wizyty u lekarza, a szczególnie u stomatologa są płatne. Rezygnuje z nich odpowiednio 5,9% i 6,5% ogółu rodzin z dziećmi, trochę częściej rodzin zamieszkałych na wsi. I w tym przypadku częściej są to rodziny wielodzietne; z płatnych wizyt u lekarzy rezygnuje 9,9%, u dentysty – 14%. Ograniczenie zaspokojenia potrzeb w zakresie ochrony zdrowia dzieci obejmuje także zakup leków, witamin i innych preparatów leczni-

⁴⁷ Na podstawie: *Warunki życia rodzin w Polsce*, GUS, Warszawa 2014

czych, z których rezygnowało 3,2% rodzin z dziećmi, przy czym w rodzinach wielodzietnych w takiej sytuacji było 6,7%.

W co trzecim gospodarstwie domowym z dziećmi na utrzymaniu (33%) rezygnuje się z wysłania dzieci przynajmniej na tygodniowy wypoczynek raz w roku. Dotyka to szczególnie dzieci wychowujących się na wsi (42,2% , w mieście – 27,1%). Najmniejsze możliwości zapewnienia dzieciom wypoczynku w tej postaci mają rodziny wielodzietne: z wyjazdów wypoczynkowych dzieci rezygnuje 62% rodzin mających na utrzymaniu 3 i więcej dzieci.

Ograniczany jest także udział dzieci w różnego rodzaju wyjściach i imprezach organizowanych przez szkoły, jeśli wiąże się to z koniecznością wniesienia opłat. Rezygnacja taka dotyczy dzieci z 7,3% gospodarstw domowych, częściej zamieszkałych na wsi (9,2%), najczęściej z rodzin wielodzietnych (18%).

Z powodów finansowych 6% rodzin nie zapewnia swoim dzieciom zabawek i gier, które mają rówieśnicy. Dotyka to częściej rodzin wiejskich (8,3%). Podobnie wygląda sytuacja jeśli chodzi o zakup sprzętu rekreacyjno-sportowego; rezygnuje z tego także 6% rodzin. I w tych przypadkach rezygnują częściej rodziny wielodzietne (14,7% - z zakupu zabawek i gier, 13% - z zakupu sprzętu sportowo-rekreacyjnego) oraz rodzice samotnie wychowujący dzieci (odpowiednio: 12,3% i 18,0%).

Rodziny wielodzietne (9,5%) i samotni rodzice (24,8%) to najczęściej te, w których dzieci nie otrzymują kieszonkowego (dla porównania wśród ogółu rodzin kieszonkowego nie ma 13% dzieci).

W latach 2008-2014 nastąpiła poprawa sytuacji materialnej rodzin w Polsce. Wzrósł poziom dochodów, poprawiły się warunki mieszkaniowe i poziom wyposażenia w dobra trwałego użytkowania gospodarstw domowych. Te pozytywne zmiany nie obejmują jednak wszystkich rodzin; część rodzin pozostaje w sferze niedostatku⁴⁸, część doświadcza skrajnego ubóstwa.

Rodziny w sferze niedostatku

W 2014 roku w sferze niedostatku żyło to 43% czyli ok. 16,5 mln osób. Zwiększenie ryzyka pozostawania w sferze niedostatku obejmuje szczególnie niektóre kategorie rodzin:

Rodziny wielodzietne – w 2014 r w niedostatku (poniżej minimum socjalnego) żyło 57,3% osób z rodzin tworzonych przez małżeństwa z 3 dziećmi i 78,6% z małżeństw z 4 i większą liczbą dzieci. Zasięg sfery niedostatku w **rodzinach samotnych matek i ojców** z dziećmi na utrzymaniu wynosił 45,5% i był zbliżony do średniej krajowej.

Rodziny przynajmniej z jedną osobą niepełnosprawną (54%,) w tym z niepełnosprawnym dzieckiem do lat 16 (56%).

Rodziny osób bezrobotnych, wśród których w sferze niedostatku żyło w 2014 roku 70% osób.

Poniżej poziomu minimum socjalnego żyją częściej rodziny osób utrzymujących się z **niezarobkowych źródeł** (80%) oraz **pracowników na stanowiskach nierobotniczych** (57%), osób o **niższym poziomie wykształcenia** (najwyżej gimnazjalnym – 68%, podczas gdy z wyższym – 16%). Bardziej narażone są na niedostatek **osoby w rodzinach żyjących na wsiach** (57%) niż w mieście (34,5%).

W gospodarstwach o wydatkach niższych od minimum socjalnego żyła w 2014 r. ponad połowa (52%) dzieci i młodzieży poniżej 18 roku życia (i sytuacja ta wykazuje tylko minimalne wahania od 2011 roku).

⁴⁸ Zgodnie z definicją przyjętą w badaniach GUD granicę minimalnie godziwego standardu życia wyznaczającą sferę niedostatku, poniżej której następuje deprywacja integracyjnych potrzeb człowieka wyznacza minimum socjalne (*Ubóstwo w Polsce w latach 2013 i 2014*, GUS, Warszawa 2015, s. 31).

Warunki mieszkaniowe wyposażenie w dobra trwałego użytku⁴⁹

Warunki mieszkaniowe gospodarstw domowych ulegają poprawie. Według wyników badania EU-SILC 2011 prawie 82%⁵⁰ rodzinnych gospodarstw domowych zamieszkiwało lokal, który był ich własnością lub dysponowało spółdzielczym własnościowym prawem do tego lokalu. Pośród nich 10,9% było obciążonych kredytem hipotecznym.

Małżeństwa (i związki nieformalne) z dziećmi na utrzymaniu rzadziej niż ogół gospodarstw domowych dysponowały własnym mieszkaniem lub domem (77,3%). Blisko co piąte z nich (18,6%) obciążone było spłatą kredytu hipotecznego.

Najczęściej własnym mieszkaniem dysponowały małżeństwa z 2 dziećmi na utrzymaniu (90,2%). Spośród małżeństw z 1 dzieckiem własnym mieszkaniem dysponowało 55,%, w rodzinach wielodzietnych (3 i więcej dzieci na utrzymaniu) – 64,5%. Mieszkanie własne lub własnościowe prawo do lokalu spółdzielczego miało 66,2% matek samotnie wychowujących dzieci. Tak więc, **własnym mieszkaniem (lub własnościowym prawem do lokalu) nie dysponowała blisko połowa małżeństw z 1 dzieckiem, oraz co trzecia rodzina wielodzietna i co trzecia samotna matka.**

Przeciętna powierzchnia użytkowanego mieszkania wzrasta; w 2009 r. wynosiła 70,7 m² w 2011 - 82 m²: dla małżeństw z jednym dzieckiem powierzchnia mieszkania wzrosła z 70 m² do 75 m², dla małżeństw z dwojgiem dzieci z 78 m² do 85,9 m². Małżeństwa z trojgiem i więcej dzieci, które w 2009 r. zajmowały przeciętnie mieszkania o powierzchni nad 87 m², w 2011 r. zajmowały mieszkania 92,2 m², a samotne matki odpowiednio 58 m² i 65,1 m².

Im większa liczba dzieci, tym mniejsza powierzchnia mieszkania przypadająca na jedną osobę. Przeciętna powierzchnia sięgała w 2009 r. 23,2 m² w rodzinach małżeństw z jednym dzieckiem a w 2011 r. – 24,9 m², 19,62 m² w rodzinach małżeństw z dwojgiem dzieci a w 2011 r. – 21,5 m²; 16,13 m² na osobę w rodzinach wielodzietnych a w 2011 r. – 17,7 m²; 22,58 m² w rodzinach samotnych matek w 28,1 m² w 2011 r.

Co piąte (20,3%) rodzinne gospodarstwo domowe oceniło, że ich mieszkanie jest zbyt małe. Odsetek negatywnych ocen rósł wraz ze wzrostem liczby dzieci: w rodzinach z jednym dzieckiem opinie taka wyraziło 26,5%, z dwojgiem dzieci - 28,9% z trojgiem i większą liczbą – 36,6%, wśród samotnych rodziców z dziećmi – 25,9%.

Co dziesiąte gospodarstwo domowe rodzin z dziećmi na utrzymaniu oceniło, że użytkowane przez nie mieszkanie jest w niezadawalającym stanie technicznym z uwagi na wilgoć; dotyczyło to częściej samotnych rodziców (15,8%) i rodzin wielodzietnych (14,4%). Kolejnym mankamentem zajmowanych mieszkań jest niewystarczające ogrzewanie, ze względu na brak sprawnego technicznie ogrzewania lub brak dostatecznej izolacji budynku. Opinie taką wyraziło 15,8% ogółu rodzinnych gospodarstw domowych i 22,8% samotnych rodziców z dziećmi.

Tylko nieliczne gospodarstwa domowe nie posiadają łazienek wyposażonych w wannę lub prysznic (4%) lub nie posiadają ustępu spłukiwanego bieżącą wodą. Większy odsetek takich mieszkań znajduje się na wsi (brak łazienek – 7% gospodarstw domowych, brak ustępu z bieżącą wodą - 6,9%). Również wyposażenie mieszkań w bieżącą wodę ciepłą przedstawia się gorzej na wsi (7,1%, dla ogółu - 4,1%).

Mieszkania są towarem, jednakże z uwagi na ich wysoką cenę niezbędne jest tworzenie bardziej lub mniej rozbudowanego systemu pomocy finansowej stwarzającego szansę zdobycia własnego mieszkania również osobom niezamożnym oraz usamodzielniającym się młodym rodzinom. Jednakże z uwagi na niską zdolność kredytową tych grup ludności trudno mówić o powszechnej dostępności kredytów hipotecznych. Szczególnie trudna jest sytuacja ludzi ubogich, którzy nie są w stanie własnymi siłami zaspokoić swoich potrzeb mieszkaniowych.

Od 2004 r. zmieniała się znacząco struktura rodzaju budowanych mieszkań. Przede wszystkim zmniejszył się udział budowanych mieszkań spółdzielczych i budownictwa indywidualnego, a wzrósł udział mieszkań budowanych na sprzedaż i wynajem. Takie trendy sugerują, że młode

⁴⁹ Na podstawie wyników badania EU-SILC 2011, *Warunki życia rodzin w Polsce*, GUS, Warszawa 2014.

⁵⁰ W 2002 r. wskaźnik ten wynosił 70%.

pokolenie, utrzymujące się z przeciętnych wynagrodzeń za pracę, wciąż ma ograniczone szanse na własne, samodzielne mieszkanie i stabilizację w tym zakresie, chociaż natężenie problemu wydaje się maleć.

Gospodarstwa domowe ogółem w Polsce w pierwszych latach XXI wieku są coraz lepiej wyposażone w przedmioty trwałego użytku.⁵¹ Szczególnie szybki postęp dokonuje się w obszarze wyposażenia w komputer, w tym z dostępem do Internetu, co można uznać za ważny czynnik informatyzacji i zdobywania wiedzy (dostęp do technologii informacyjnej). W 2011 roku komputer posiadało ¾ gospodarstw rodzinnych. Najbardziej powszechny był w rodzinach z dziećmi na utrzymaniu; komputer stacjonarny miało 72,5% małżeństw z jednym dzieckiem, 83,6% - z dwojgiem dzieci, 85,5% z trojgiem i większą liczbą dzieci, 72,1% - samotnych rodziców; komputer przenośny: z jednym dzieckiem- 57,5%; z dwojgiem 50,5%; samotni rodzice z dziećmi – 49,4%, najrzadziej małżeństwa z 3 i większą liczbą dzieci = 39,8%. Dostęp do Internetu miało ogółem 70,7 % rodzinnych gospodarstw domowych, w tym małżeństwa z jednym dzieckiem -89,4%, z dwojgiem – 88,0%, z 3 i więcej – 82,8%, samotni rodzice – 82,2%.

Powszechne jest wyposażenie gospodarstw domowych z dziećmi w odbiorniki telewizyjne, telefon komórkowy, pralkę, odkurzacz i chłodziarkę lub zamrażarkę. Coraz powszechniejszy staje się dostęp do telewizji satelitarnej. Samochodem osobowym dysponują w podobny zakresie małżeństwa z dziećmi, przy czym liczba dzieci różnicuje stan posiadania w niewielkim stopniu (np. wśród małżeństw z 1 dzieckiem samochód posiada 86,5%, z dwojgiem – 88,2%, z 3 i więcej dzieci 83%). Najrzadziej samochód posiadają rodzice samotnie wychowujący dzieci (51,4%), zwłaszcza matki samotne (49,8%).

Gorsze niż innych typów rodzin z dziećmi jest wyposażenie rodzin samotnych matek i ojców w zmywarkę do naczyń, kamerę wideo czy zestaw kina domowego. Pod względem majątku trwałego, ocenianego przez posiadanie dóbr trwałych, sytuacja rodzin niepełnych jest więc gorsza niż w pozostałych typach biologicznych rodzin z dziećmi.

3. Rodziny w trudnej sytuacji

Rodziny ubogie

Pomiędzy 2010 a 2014 rokiem wzrósł odsetek osób żyjących w sferze ubóstwa skrajnego. Dotyczyło to w zasadzie wszystkich typów rodzin z wyjątkiem gospodarstw tworzonych przez matkę lub ojca z dziećmi na utrzymaniu. W 2014 roku odsetek osób zagrożonych ubóstwem relatywnym wyniósł 16,2% i był niższy o 1,2 p. proc. od wskaźnika zanotowanego w roku 2010.

Tablica 4. Wskaźniki zagrożenia ubóstwem typów gospodarstw domowych w latach 2010–2014

Wyszczególnienie	% osób w gospodarstwach domowych o wydatkach poniżej								
	Granicy ubóstwa skrajnego (minimum egzystencji)			Relatywnej granicy ubóstwa			Ustawowej granicy ubóstwa		
OGÓLEM	2010	2012	2014	2010	2012	2014	2010	2012	2014
		5,8	6,8	7,4	17,4	16,3	16,2	7,4	7,2	12,2
Typy gospodarstw domowych									
1 osobowe	2,0	2,4	2,3	6,6	6,5	5,5	2,3	2,1	2,2
Małżeństwa:									
bez dzieci na utrzymaniu ^a	1,5	1,7	1,8	6,1	5,2	5,2	0,9	1,0	1,6
z 1 dzieckiem ^a	1,9	2,5	2,7	7,5	7,7	6,4	1,9	2,1	3,6
z 2 dziećmi ^a	3,9	4,2	4,5	15,1	12,3	11,2	5,5	4,9	9,0
z 3 dziećmi ^a	9,9	9,8	11,2	28,0	24,9	24,1	14,3	13,4	21,8

⁵¹ Należy przy tym podkreślić, że w roku 2000 niektóre z tych dóbr w ogóle nie były nawet ujmowane w statystykach, np. zestaw kina domowego czy telefon komórkowy.

z 4 dzieci i więcej na utrzymaniu ^a	24,0	26,6	26,9	44,2	47,4	48,3	34,3	32,7	47,8
Matka lub ojciec z dziećmi utrzymaniu ^a	7,3	8,1	5,6	17,9	19,5	14,5	9,7	9,1	12,1

^a Dziecko na utrzymaniu to osoba w wieku 0–14 lat (włącznie) będąca w składzie gospodarstwa domowego lub osoba w wieku 15–25 lat, o ile nie posiada własnego źródła utrzymania i nie pozostaje w związku małżeńskim lub związku nieformalnym.

Źródło: *Ubóstwo w Polsce w świetle badań GUS*, GUS, Warszawa 2013 (Tabl. 1.3., str. 18, *Ubóstwo w Polsce w latach 2013 i 2014*, GUS, Warszawa 2015 (tabl.1.9, s. 27).

Największe zmiany dotyczyły osób żyjących poniżej tzw. ustawowej granicy ubóstwa W 2012 r. sfera skrajnego ubóstwa objęła 12,2% osób, co oznacza wzrost wartości wskaźnika o blisko 5 p. proc. w odniesieniu do roku 2010. Ten raptowny wzrost spowodowany był zmianą kryterium uprawniającego do świadczeń z pomocy społecznej, którego wysokość uznawana jest z granicy ubóstwa ustawowego (tzw. próg interwencji socjalnej).

Zagrożenie ubóstwem skrajnym dotyka rodzin o następujących cechach:

Rodziny wielodzietne. W 2014 r. poniżej minimum egzystencji żyła co dziesiąta osoba w gospodarstwach małżeństw z 3 dzieci oraz około 27% osób w gospodarstwach małżeństw z 4 i większą liczbą dzieci. Osoby tworzące rodziny niepełne (*samotni rodzice z dziećmi na utrzymaniu*) były we względnie lepszej sytuacji. Wskaźnik zagrożenia ubóstwem skrajnym dla rodzin niepełnych wyniósł 5,6% i był wyższy o 1,1 pkt. proc. niż w rodzinach z dwojgiem dzieci.

Rodziny z osobą niepełnosprawną, szczególnie z przynajmniej jednym niepełnosprawnym dzieckiem do lat 16 (posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności). W 2014 roku w skrajnym ubóstwie żyło 10,8% osób wchodzących w skład gospodarstwa domowego z co najmniej jedną osobą niepełnosprawną, w tym 10,2% w gospodarstwach z niepełnosprawną głową gospodarstwa i 14,6% w gospodarstwach z niepełnosprawnym dzieckiem. Skala ubóstwa którą dotknięte są te rodziny poszerzyła się między rokiem 2011 a 2014 o - ogółem o 1,5 p. proc., a w grupie gospodarstw z niepełnosprawnym dzieckiem o 4,4 p. proc. (dla porównania – dla gospodarstw domowych bez osoby niepełnosprawnej wzrost ten wyniósł 0,4p.proc).

Rodziny osób bezrobotnych. W 2014 r. wśród gospodarstw domowych, w skład których wchodziła przynajmniej jedna osoba bezrobotna stopa ubóstwa skrajnego wynosiła ok. 18%, podczas gdy wśród gospodarstw, w których nie było osób bezrobotnych – ok. 5%. Większa liczba osób bezrobotnych w gospodarstwie domowym znacząco zwiększa ryzyko ubóstwa skrajnego. W gospodarstwach domowych, w których bezrobotne były przynajmniej dwie osoby stopa ubóstwa skrajnego wynosiła ponad 33%.

Rodziny utrzymujące się z tzw. innych niezarobkowych źródeł - ok. 21% żyło w sferze ubóstwa skrajnego, w tym przede wszystkim gospodarstwa, których podstawę utrzymania stanowiły świadczenia społeczne inne niż renty i emerytury (stopa ubóstwa skrajnego na poziomie 28%).

Rodziny osób pracujących na stanowiskach robotniczych. W gospodarstwach, których główny strumień dochodów pochodził z pracy najemnej na stanowisku robotniczym, stopa ubóstwa skrajnego kształtowała się na poziomie ok. 10% (wobec ok. 2% wśród gospodarstw utrzymujących się głównie z pracy najemnej na stanowiskach nierobotniczych).

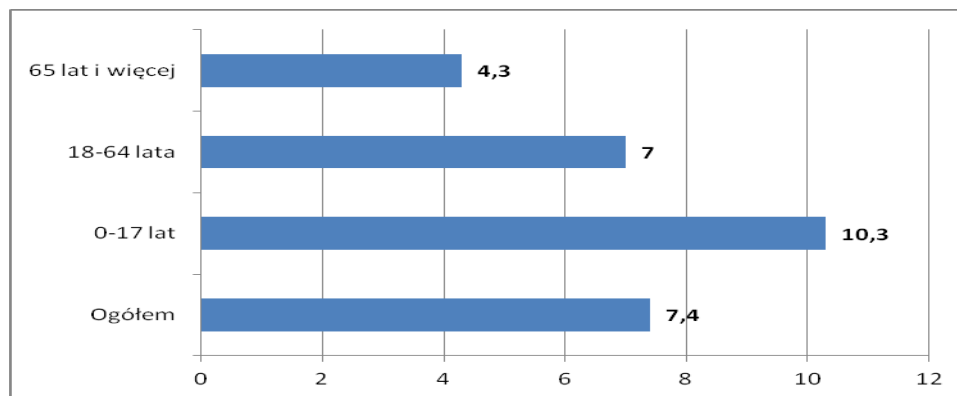
Rodziny osób o niskim poziomie wykształcenia. Niski poziom wykształcenia jest bardzo istotnym czynnikiem zwiększającym ryzyko popadnięcia w ubóstwo. W gospodarstwach domowych, w których głowa gospodarstwa miała wykształcenie co najwyżej gimnazjalne, wskaźnik zagrożenia ubóstwem skrajnym w 2014 r. kształtował się na poziomie ok. 18,2%, a w przypadku wykształcenia zasadniczego zawodowego – 10,1%. Wykształcenie wyższe natomiast odsuwa zagrożenie ubóstwem skrajnym (0,9%).

Rodziny zamieszkałe na terenach wiejskich. Na wsi odsetek osób żyjących poniżej minimum egzystencji wyniósł 11,8%, natomiast wśród mieszkańców miast – 4,6% (od 1% w

największych miastach, do 8,5% w miastach poniżej 20 tys. mieszkańców).

Grupą najbardziej zagrożoną ubóstwem są dzieci. W 2014 roku wskaźnik zagrożenia ubóstwem skrajnym wśród dzieci i młodzieży w wieku 0-17 lat wyniósł 10,3%, a osoby w tym wieku stanowiły prawie jedną trzecią populacji zagrożonej ubóstwem skrajnym (w populacji ogółem do tej grupy wiekowej należała mniej więcej co piąta osoba).

Wykres 9. Zasięg ubóstwa skrajnego wg grup wieku w 2014 r. (% osób w gospodarstwie domowym)



Źródło: *Ubóstwo w Polsce w latach 2013, 2014*, GUS, Warszawa 2016, s. 12.

Dzieci są również tą grupą, która w najwyższym stopniu zagrożona jest ubóstwem trwałym; w 2014 roku wskaźnik zagrożenia ubóstwem trwałym⁵² dla całej populacji wynosił 9,0%, dla osób w wieku 0-17 lat 12,7%. Wprawdzie w porównaniu z 2008 rokiem obniżył się o blisko 3 pkt. proc, nadal jednak był najwyższy na tle innych grup wyodrębnionych według wieku.

Porównanie *warunków życia rodzin* (gospodarstw domowych) żyjących poniżej granicy ubóstwa skrajnego (minimum egzystencji) z rodzinami powyżej tej granicy wskazuje, że przeciętny miesięczny poziom wydatków w przeliczeniu na jedną osobę ekwiwalentną⁵³ w ubogich gospodarstwach domowych był ponad 3 razy niższy niż w żyjących powyżej tej granicy ubóstwa (wydatki wynosiły odpowiednio 447 zł i 1464 zł). Luka wydatkowa gospodarstw domowych znajdujących się poniżej minimum egzystencji (ubóstwo skrajne) wynosiła w 2014 r. 19%. Oznacza to, że przeciętne wydatki ekwiwalentne były o 19% niższe niż przyjęta w omawianym roku granica ubóstwa (minimum egzystencji w 2014 r. wynosiło 540 zł w 1 osobowym gospodarstwie domowym i 1458 zł dla gospodarstwa 4 osobowego składającego się z 2 osób dorosłych i 2 dzieci do lat 14).

Podstawową pozycję w strukturze wydatków w gospodarstwach ubogich są tzw. wydatki sztywne czyli niezbędne do życia, takie jak żywność (44% ogółu wydatków), oraz na użytkowanie mieszkania (24%). Wskaźnik zróżnicowania wydatków rodzin⁵⁴ (gospodarstw domowych) żyjących w ubóstwie skrajnym i powyżej tej granicy wynosił w 2014 r w odniesieniu do poszczególnych grup wydatków: odzież i obuwie – 6,0; zdrowie- 5,3; eksploatacja prywatnych środków transportu 5,1; higiena osobista – 3,7; usługi związane z rekreacją i kulturą 3,2; **usługi związane z edukacją - 12,7-krotność!**

Rodziny żyjące w skrajnym ubóstwie mają *gorsze warunki mieszkaniowe* niż gospodarstwa nieubogie. Wyraża się to mniejszą powierzchnią użytkową przypadającą na 1 osobę (18,6

⁵² Wskaźnik zagrożenia ubóstwem trwałym został skonstruowany w odniesieniu do ubóstwa relatywnego; Eurostat przyjmuje, że za zagrożone ubóstwem trwałym uważa się osoby w gospodarstwach domowych, których poziom dochodu ekwiwalentnego do dyspozycji w roku badania i przynajmniej w ciągu dwóch z trzech poprzednich lat był niższy od przyjętego dla danego roku proggu ubóstwa relatywnego ustanowionego na poziomie 60% mediany dochodu ekwiwalentnego.

⁵³ *Ubóstwo w Polsce w latach 2013 i 2014* GUS, Warszawa 2015, str.74-75

m² podczas gdy w rodzinach nieubogich jest to 27,7m²), większą liczbą osób przypadających na 1 pokój (odpowiednio : 1,5 i 0,9 osób), gorszymi warunkami sanitarnymi i wyposażeniem w instalacje.

Gorsze jest też wyposażenie ubogich gospodarstw domowych w dobra trwałego użytku, zwłaszcza takich jak zmywarka do naczyń, pralka automatyczna, komputer z dostępem do Internetu, samochód.

W Strategii Europa 2020 przyjęto dodatkowy wskaźnik zagrożenia ubóstwem i wykluczeniem społecznym definiowany jako odsetek osób zagrożonych ubóstwem relatywnym lub pogłębianą deprivacją materialną, lub żyjących w gospodarstwach domowych o bardzo niskiej intensywności pracy. Wykorzystanie tego wskaźnika⁵⁵ w analizie sytuacji rodzin w Polsce wskazuje na wcześniej ustalone prawidłowości:

- zagrożenie ubóstwem i wykluczeniem społecznym jest wyższe w grupie dzieci i młodzieży do lat 17; w 2008 roku wskaźnik zagrożenie wyniósł 32,9% w 2014r. - 28,2%. Oznacza to, że na ubóstwo i wykluczeniem społeczne narażone jest blisko co trzecie dziecko;

- zagrożenie powyższe w większym stopniu dotyka *rodzin wielodzietnych* (wskaźnik zagrożenia ubóstwem i wykluczeniem społecznym wyniósł w 2008 r. 45,4%, w 2014 – 41,9%) i *rodziny samotnych rodziców z dziećmi na utrzymaniu* (odpowiednio: 51,9% i 43,5%, przy czym obniżenie wartości wskaźnika dla samotnych rodziców z dziećmi było większe niż w przypadku rodzin wielodzietnych); dla ogółu gospodarstw domowych odpowiednio: 30,5% i 24,7%;

- miejsce zamieszkania; zagrożenie ubóstwem i wykluczeniem społecznym częściej dotyka mieszkańców wsi (w 2013 r. wskaźnik wynosił 32,1%) niż miast (21,5%, przy wyraźnej zależności od wielkości miast: 25,5% w przypadku miast o liczbie mieszkańców poniżej 20 tys., i 16,9% w miastach powyżej 500 tys. mieszkańców).

Rodziny wielodzietne

Wg danych NSP 2011 w Polsce żyje 1008,5 tys. rodzin z trojgiem i więcej dzieci do lat 24, co stanowi 12,9% % ogółu rodzin z dziećmi na utrzymaniu (do lat 24). Większość (59%) zamieszkuje na wsi, przy czym w przypadku rodzin z trojgiem dzieci rodziny wiejskie stanowią 55,8%, a w przypadku rodzin z czworgiem i więcej dzieci – 68,6%.

Wśród rodzin wielodzietnych większy udział niż w pozostałych rodzinach mają małżeństwa z dziećmi. Znacznie mniej jest natomiast wielodzietnych rodzin niepełnych. Rodziny z czworgiem i większą liczbą dzieci częściej niż wśród małżeństw występują wśród coraz liczniejszych związków partnerskich, w tym tworzących tzw. rodziny rekonstruowane, (*patchworkowe*), w których wspólnie wychowuje się potomstwo partnerów z poprzednich związków oraz ich wspólne dzieci.

W rodzinach wielodzietnych w Polsce wychowuje się co piąte dziecko w wieku do lat 24-cho pozostające na utrzymaniu, ale dzietność dużych rodzin także maleje: blisko ¾ z nich to rodziny z trojgiem dzieci na utrzymaniu, podczas gdy w 2002 roku ta zbiorowość stanowiła około 2/3 tzw. dużych rodzin⁵⁶.

Rodziny wielodzietne to najczęściej rodziny z jednym tylko żywicielem. Ich sytuacja dochodowa jest więc rezultatem ograniczonego (nie zawsze z wyboru) udziału matek wśród osób aktywnych zawodowo i w pozyskiwaniu dochodów z pracy, przy bardzo wysokich wskaźnikach aktywności zawodowej ojców⁵⁷.

⁵⁶ *Gospodarstwa domowe i rodziny. Charakterystyka demograficzna - NSP 2011, Aneks tabelaryczny*, http://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5670/5/1/1/1_gospodarstwa_domowe_i_rodziny_nsp2011_aneks_tabelaryczny.xls (dostęp w dniu 13 marca 2016 r.) oraz *NSP 2002 – Gospodarstwa domowe i rodziny*, http://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5738/5/1/1/nsp2002_gospodarstwa_domowe_i_rodziny.xls - data dostęp: 13.03.2016 r.

⁵⁷ *Raport monitorujący sytuację rodzin w Polsce 2015 (projekt)*, www.prezydent.pl/dobryklimatdlaRodziny/raporty, dostęp w dniu 13 stycznia 2015, tabl. 59 (obliczenia IBS na podst. BAEL 2013)

Posiadanie trzeciego i kolejnych dzieci wyraźnie sprzyja bierności zawodowej matek. Jedną z przyczyn jest racjonalna ocena kosztów i korzyści takiej sytuacji dla rodziny i uznanie, że ponoszenie kosztów opieki pozarodzielskiej nad dziećmi jest nieopłacalne, zwłaszcza w relacji do możliwych do osiągnięcia dochodów z pracy. Dlatego też w rodzinach wielodzietnych niższy jest udział dochodów z pracy w strukturze źródeł utrzymania rodziny (51%), niż w rodzinach małodzietnych (67-63%), natomiast coraz większego znaczenia nabierają świadczenia społeczne: pieniężne, skoncentrowane głównie na ograniczaniu ryzyka ubóstwa, oraz świadczenia w naturze, skupione na poprawie sytuacji dzieci i wyrównywaniu ich szans rozwoju poprzez preferencyjne warunki dostępu do usług społecznych. Jednocześnie w rodzinach wielodzietnych dochody ze świadczeń rodzinnych są najwyższe spośród wszystkich typów rodzin (przeciętnie 274 zł w stosunku do 54 zł w rodzinach z dziećmi ogółem) i mają największy udział⁵⁸ w kształtowaniu tych dochodów (odpowiednie 6,2 proc. w stosunku do 1,2 proc. dochodów).

Rodziny wielodzietne (m.in. z uwagi na przeciętnie niski poziom wykształcenia rodziców) znacznie częściej znajdują się wśród gospodarstw o niskich dochodach i częściej niż pozostałe typy rodzin znajdują się wśród zagrożonych ubóstwem – bez względu na sposób jego pomiaru. Ich dochód w przeliczeniu na jedną osobę w rodzinie w 2013 roku stanowił mniej niż 2/3 średniej dla wszystkich typów rodziny. Dlatego też prawie 52 % wszystkich gospodarstw z trojgiem i większą liczbą dzieci na utrzymaniu lokuje się wśród 20 proc. najuboższych (w pierwszym kwintylu dochodowym). Duże rodziny dwukrotnie częściej⁵⁹ też niż rodziny mniej dzietne deklarują, że z wielką trudnością wiązą koniec z końcem.

Niskie dochody i ubóstwo to głównie zagrożenie dla rozwoju dzieci i młodzieży żyjących w rodzinach wielodzietnych. Rodzice np. rzadziej mogą zapewnić im przynajmniej co drugi dzień posiłek z mięsa, drobiu, ryb, owoce czy warzywa (zdarza się to 4 razy częściej niż w rodzinach z jednym dzieckiem). Ponadto w blisko 14% rodzin wielodzietnych z powodów finansowych zrezygnowano z kupienia dzieciom wszystkich podręczników (w rodzinach z jednym dzieckiem – w 3,4%)⁶¹. Z dodatkowych płatnych zajęć uzupełniających zrezygnowała z kolei co trzecia rodzina wielodzietna, a z zajęć nadobowiązkowych – 29,4% (w rodzinach z 1 dzieckiem było to odpowiednio 7,2 i 7,3%)⁶². 2/3 rodzin wielodzietnych zmuszonych było z braku pieniędzy do rezygnacji z wysłania dzieci na tygodniowy wypoczynek raz w roku (to dwukrotnie częściej niż przeciętnie w rodzinach z dziećmi)⁶³. Ponadto w co piątą z rodzin wielodzietnych dzieci nie miały możliwości uczestniczenia w wyjściach i innych imprezach organizowanych przez szkołę, w których niezbędny był udział finansowy rodziców (w rodzinach z jednym dzieckiem odsetek ten nie przekroczył 9%)⁶⁴. Z wizyt dzieci u lekarzy specjalistów zrezygnowało w 2013 roku 9,9% rodzin wielodzietnych (w porównaniu do 5% rodzin z jednym dzieckiem), z płatnych wizyt dzieci u dentystów zrezygnowało ponad 14 proc. rodzin wielodzietnych (4,2% rodzin z jednym dzieckiem)⁶⁵. Z zakupu przepisanych dzieciom leków, witamin i innych preparatów zrezygnowało 6,7 proc. gospodarstw rodzin wielodzietnych (2,6 % gospodarstw z jednym dzieckiem)⁶⁶.

Ponad 2/3 rodzin z trojgiem i większą liczbą dzieci mieszka w przeludnionych mieszkaniach, w których dzieci nie mają ani własnego miejsca do spania, ani miejsca do nauki.

Powyższe czynniki kształtujące warunki życia rodzin wskazują na występowanie w rodzinach wielodzietnych skumulowanych problemów dnia codziennego, nasilonych znacznie bardziej niż w rodzinach mniej dzietnych. Dlatego ponad 47 % tych rodzin deklaruje, iż oczekiwało by wsparcia finansowego, a 35% chciałoby skorzystać z pomocy rzeczowej lub w formie usług (tj. ponad dwukrotnie częściej niż w rodzinach z jednym dzieckiem lub dwojgiem dzieci).

⁵⁸ Warunki życia rodzin w Polsce, GUS, Warszawa 2014, s. 67.

⁵⁹ Tamże, s. 62–77.

⁶⁰ Tamże, s. 41–42.

⁶¹ Tamże, s. 43.

⁶² Tamże, s. 43.

⁶³ Tamże, s. 46.

⁶⁴ Tamże, s. 47.

⁶⁵ Tamże, s. 44.

⁶⁶ Tamże, s. 45.

Rodziny niepełne (samotni rodzice z dziećmi na utrzymaniu)

Liczba rodzin niepełnych w Polsce, podobnie jak w innych krajach europejskich, bardzo szybko wzrasta, przy czym ich dynamika jest większa niż dynamika liczby rodzin ogółem. Jak wynika ze spisów powszechnych w latach 1978 -2011 liczba ogółu rodzin biologicznie pełnych z dziećmi na utrzymaniu ogółem *zmalala* z 5,04 mln do 4,16 mln czyli o ok.17%, natomiast liczba rodzin biologicznie niepełnych z dziećmi na utrzymaniu *wzrosła* z 710 tys. do 1288,0 tys. czyli o 181%.

W liczbie rodzin biologicznie niepełnych z dziećmi na utrzymaniu 86% to rodziny samotnych matek, a 14% to rodziny samotnych ojców.

Najczęstszą przyczyną rozpadu małżeństwa jest zgon jednego z małżonków, częściej mężczyzny. W 2014 r. na 1000 istniejących małżeństw 17,1 rozpadło się na skutek śmierci współmałżonka. Kolejną przyczyną to rozwody, których liczba wzrasta z 61,3 tys. w 2010 r. i 64,6 tys. w 2011 r. 65,8 tys. w 2014 r.⁶⁷ a na 1000 małżeństw rozpada się na skutek rozwodów 24,4.

Obecnie dynamicznie wzrasta znaczenie takiej przyczyny powstawania rodzin niepełnych jak urodzenia pozamałżeńskie, których liczba w ostatnich latach wzrasta: z 45,5 tys. w 2000 r. do 85 tys. w 2010 r., 86,5 tys. w 2013 roku i 90,8 tys. w 2014 r.⁶⁸. Udział urodzeń pozamałżeńskich w ogólnej liczbie urodzeń wykazuje tendencję wzrostową. W 2014 r. udział tych urodzeń powiększył się w porównaniu z 1980 r. ponad czterokrotnie, odpowiednio: ogółem w Polsce o 403,68%, w miastach o 408,87% oraz o 400,43% na wsi. W stosunku do 2013 r. udział urodzeń pozamałżeńskich w 2014 r. był wyższy 0,8 pkt. proc. Oczywiście nie wszystkie urodzenia pozamałżeńskie świadczą o powstaniu rodziny niepełnej. Część matek bowiem żyje w konkubinacie lub później zawiera związek małżeński.

Do grupy rodzin niepełnych faktycznie należą rodziny osób migrujących za granicę, w których jeden z małżonków pozostaje z dzieckiem w kraju.

Według danych Narodowego Spisu Powszechnego z 2011 r. w rodzinach samotnych matek i samotnych ojców wychowywało się co piąte dziecko do lat 24-ch (19,2% w rodzinach samotnych matek i 2,1% - w rodzinach samotnych ojców).

Samotni rodzice wychowują najczęściej jedno dziecko.

Rodziny niepełne z dzieckiem uzyskały w 2004 r. preferencje w systemie świadczeń rodzinnych, co skutkowało wzrostem liczby powództw o rozwód i orzeczeń⁶⁹.

Podstawowym źródłem dochodu w rodzinach samotnych rodziców pozostaje praca; jej brak oznacza niemal automatycznie zagrożenie ubóstwem. Na ogólnie trudną sytuację na rynku pracy - braku ofert pracy - nakłada się trudniejsza sytuacja kobiet poszukujących zatrudnienia. Niechęć pracodawców do zatrudnienia kobiet, wynikająca z postrzegania ich przez pryzmat obowiązków macierzyńskich i opiekuńczych, może nasilać się wówczas, gdy kandydatka do pracy jest matką samotnie wychowującą dziecko/ci.

Znaczenie relatywne dochodu z pracy (w przychodach netto) w rodzinach niepełnych wzrasta, jednak jego wysokość pozostaje na niższym poziomie niż w przypadku rodziny tworzonych przez małżeństwa/ związki nieformalne z dziećmi na utrzymaniu (dochód z pracy najemne w rodzinach samotnych rodziców wynosił w 2011 r. 1458,39 zł miesięcznie na gospodarstwo domowe podczas gdy w rodzinach z 2 dziećmi 3249,18zł, a z 3 i większą liczbą dzieci - 2328,26zł.). Drugim, po pracy, ważnym źródłem dochodu są „pozostałe dochody”, w tym głównie dary, zwłaszcza od osób prywatnych i alimenty. Kwota ta jest większa niż w innych rodzinach (odpowiednio - 1003,28 zł w rodzinach samotnych rodziców; 779,60 zł w małżeństwach/związkach nieformalnych z 2 dziećmi i 768,54 zł – z 3 i więcej dzieci). Udział „pozostałych dochodów” w strukturze dochodu rodzin osób samotnie wychowujących dzieci wynosił w 2011 r. 33,6%.

⁶⁷ Rocznik Demograficzny 2014, GUS

⁶⁸ Rocznik Demograficzny 2014, GUS, s. 262

⁶⁹ Opinia zawarta w raporcie *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2009-2010* (RRL, 2011), s. 62 i 65.

Również dochody uzyskiwane z tytułu świadczeń rodzinnych są wyższe niż w rodzinach małodziejnych (93,73 zł, podczas gdy w rodzinach z 2 dziećmi -54,98 zł), niższe natomiast niż w rodzinach wielodziejnych (265,28 zł). W systemie świadczeń rodzinnych samotne rodzicielstwo jest traktowane z uprzywilejowaniem poprzez ustanowienie dodatku do zasiłku rodzinnego z tytułu samotnego wychowywania dziecka, świadczenia z Funduszu Alimentacyjnego, z którego wypłacane są świadczenia w razie nieściągalności zasądzonych sądowo alimentów, przy spełnieniu wyższego kryterium dochodowego niż to, które uprawnia do innych świadczeń rodzinnych.

Poziom dochodów przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym osób samotnie wychowujących dzieci w niewielkim stopniu odbiega od poziomu dochodu małżeństw/związków nieformalnych z 2 dziećmi; dla samotnego rodzica jest to 794,44 zł dla rodziny z 2 dziećmi 898,44 zł. Natomiast poziom wydatków na 1 osobę nie różni się w obu typach gospodarstw; w przypadku osób samotnie wychowujących dzieci jest to 783,73 zł, w przypadku pełnej rodziny z 2 dziećmi – 783,97zł. Zagrożenie ubóstwem rodzin niepełnych jest większe niż małżeństw z jednym lub z dwójką dzieci, ale znacznie mniejsze niż rodzin wielodziejnych.

Zwrócenie uwagi na sytuację rodzin niepełnych wynika przede wszystkim z warunków w jakich wychowują się dzieci, pozbawione jednego z rodziców, najczęściej ojca. Sytuację dzieci różnicuje przyczyna powstania rodziny niepełnej.

Śmierć jednego z rodziców jest z pewnością sytuacją kryzysową w życiu dziecka. Przeżycia dziecka mogą być związane z okresem choroby rodzica i jego zgonem. Natomiast nieżyjący rodzic może odegrać pozytywną rolę jako wzór osobowościowy. Faktyczny brak ojca wpływa jednak negatywnie na proces wychowawczy, zwłaszcza wtedy, gdy matka stojąca wobec problemów życiowych, wynikających z nowej sytuacji wykazuje bezradność w sprawach wychowawczych. Pojawiają się wówczas kłopoty wychowawcze, głównie w postaci złych wyników w nauce, wagarów, zwiększonej agresji wobec rodziców i kolegów.

Dzieci z rodzin niepełnych pozostałych na skutek rozwodu rodziców podlegają szczególnie niekorzystnym sytuacjom związanym z rozpadem rodziny. W okresie przed rozwodowym dziecko jest świadkiem sytuacji prowadzących do rozbicia rodziny. Rodzice, zajęci swoimi problemami mogą nie okazywać dziecku zainteresowania, co traktowane jest przez dziecko jako przejaw braku miłości i odrzucenie. W celu zwrócenie na siebie uwagi dziecko staje się nieposłuszne, opuszcza się w wynikach w nauce, niekiedy jego zachowania naruszają normy społeczne i prawne np. kradzież itp. Zdarza się, że rodzice wciągają dziecko w sferę wzajemnych konfliktów, co pozostawia trwałe ślady w psychice dziecka w postaci zaburzeń emocjonalnych. Negatywne konsekwencje rozwodu mogą się bowiem ujawnić dużo później w postaci trudności w uczeniu się i innych zaburzeń. Brak ojca w rodzinie niepełnej (większość dzieci po rozwodzie decyzją sądu pozostaje z matką) oznacza brak wzorców osobowych dla dziecka, brak autorytetu, a czasami brak „silnej ręki”. Matki, chcąc zrekompenzować dziecku nieobecność drugiego rodzica stają się niekiedy za bardzo pobłażliwe, niekonsekwentne w działaniach wychowawczych. Może to prowadzić do zaburzeń prawidłowości procesu socjalizacyjnego.

W rodzinach matek niezamężnych kłopoty wychowawcze są następstwem specyfiki ich sytuacji związanej z brakiem ojca w rodzinie oraz często brakiem kontaktów z nim. Umiejętność wytłumaczenia odmienności jego sytuacji jest zadaniem trudnym i odpowiedzialnym, ma ono duże znaczenie nie tylko na samopoczucie dziecka, ale także na cały proces wychowawczy. Zdarzają się przypadki, że matka przedstawia dziecku ojca w niekorzystnym świetle z odczuciem wrogości, jako człowieka, który opuścił własne dziecko. Niektóre matki uważają dziecko za karę za swoje postępowanie lub dopatrują się w nim ujemnych cech charakteru odziedziczonego po ojcu i stosują rygorystyczne metody wychowawcze, aby zapobiec rozwojowi tych skłonności (więcej: Balcerzak-Paradowska red.2014).

Rodziny z osobą niepełnosprawną

Według danych NSP 2011⁷⁰ spośród ponad 13 mln gospodarstw domowych w kraju ponad 3798 tys. (tj. 28% wszystkich gospodarstw domowych) to gospodarstwa z osobami niepełnosprawnymi (w 2002 r. – 32%)⁷¹.

Dane spisowe wskazują też, że w Polsce jest 190,2 tys. dzieci w wieku 0-19 lat niepełnosprawnych prawnie i biologicznie. Liczba niepełnosprawnych dzieci w wieku 0-15 lat⁷² wyniosła 184,8 tys. i stanowiły one 3,0% ogółu dzieci w tym wieku. Większość dzieci niepełnosprawnych (86%) doświadcza ograniczeń wykonywaniu codziennych obowiązków. Wśród nich najwięcej, bo ponad 73%, odczuwa ograniczenia w stopniu umiarkowanym, ponad 17% w stopniu poważnym/znacznym, natomiast 9,4% dzieci ma ograniczenia sprawności określane jako całkowite⁷³.

Ponad 1/3 tych gospodarstw (38,7%) utrzymuje się z pracy. Obecność osoby niepełnosprawnej ma widoczny wpływ na poziom dochodu gospodarstwa domowego. Przychody i rozchody gospodarstw domowych z osobą/osobami niepełnosprawnymi są o ponad 20% niższe niż gospodarstw bez osób niepełnosprawnych. W strukturze dochodów gospodarstw domowych z osoba niepełnosprawną znaczenie dochodów z pracy jest relatywnie niewielki; dochody z pracy najemnej stanowią 33,4%, z pracy na własny rachunek – 3,9%, pracy w gospodarstwie rolnym – 3,9%. Znaczenia nabierają dochody z tytułu świadczeń społecznych (z emerytur – 22,9%;⁷⁴ rent – 14,4%, świadczenia rodzinne – 2,8%), dochody „pozostałe;” (w tym dary) – 12,8%⁷⁵.

W gospodarstwach rodzinnych wyłącznie osób niepełnosprawnych, zagrożonych ubóstwem było 18,4% (w miastach 15,2%, na wsi 26,2%), a w gospodarstwach osób niepełnosprawnych z innymi osobami – 19,1% (w miastach 14,0%, na wsi 25,9%). Wyraźnie niższe wartości wskaźnika zagrożenia ubóstwem odnotowano wśród gospodarstw rodzinnych bez osób niepełnosprawnych (14,3% ogółem, 10,1% w miastach i 22,5% na wsi)⁷⁵.

W 2014 r. stopa ubóstwa skrajnego wśród osób w gospodarstwach domowych z co najmniej jedną osobą niepełnosprawną wyniosła ok. 11%, a w gospodarstwach domowych z przynajmniej jednym dzieckiem do lat 16 posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności ok. 15%. Dla porównania, odsetek osób zagrożonych ubóstwem w gospodarstwach domowych bez osób niepełnosprawnych kształtował się w omawianym okresie na poziomie 6,5%.

Z badań EU-SILC 2011 wynika znacznie gorsza jakość życia gospodarstw osób niepełnosprawnych niż tych, w których takich osób nie ma. I tak, co trzecie z rodzinnych gospodarstw domowych, w skład których wchodzi osoba niepełnosprawna deklarowało brak możliwości konsultacji z lekarzem specjalistą z powodów finansowych (w gospodarstwach bez osób niepełnosprawnych – co piąte).

Gospodarstwa z osobami niepełnosprawnymi częściej też wskazywały na inne czynniki sytuujące je w gorszej sytuacji niż gospodarstwa bez osób niepełnosprawnych.

⁷⁰ *Ludność i gospodarstwa domowe. Stan i struktura społeczno-ekonomiczna. Część I. Ludność - NSP 2011*, http://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5670/11/1/2/ludnosc_i_gospodarstwa_domowe_stan_i_struktura_spoeczno-ekonomiczna_nsp2011.zip (dostęp w dniu 26 marca 2015)

⁷¹ Większość to gospodarstwa osób starszych (65+), utrzymujących się z emerytury lub renty (źródło: jw.).

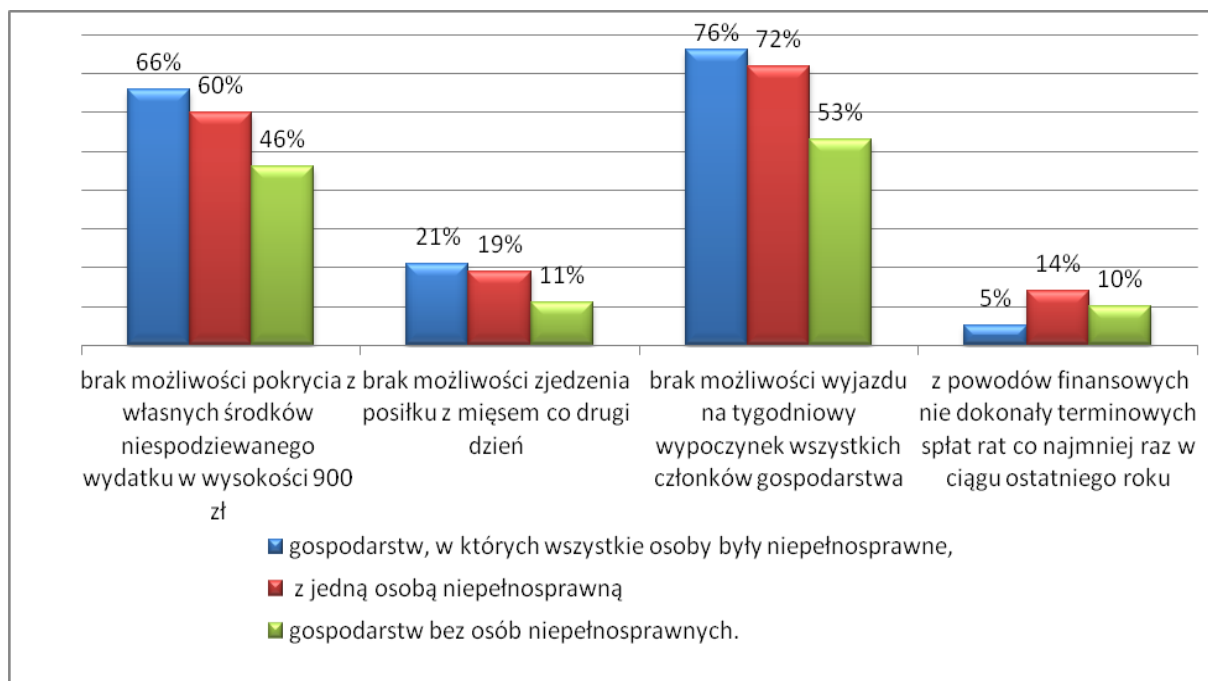
⁷² Za dziecko niepełnosprawne uznano osobę w wieku od 0-15 lat, która posiadała aktualne orzeczenie o niepełnosprawności oraz dzieci bez prawnego orzeczenia, ale odczuwające ograniczenia sprawności w wykonywaniu czynności podstawowych dla swojego wieku. Informacji na temat dzieci udzielali rodzice lub opiekunowie. Zatem, pozyskane w spisie informacje o niepełnosprawności dzieci oparte są przede wszystkim na deklaracji i subiektywnej ocenie dorosłego respondenta i nie zawsze poparte prawnym orzeczeniem.

⁷³ *Ludność i gospodarstwa op.cit.*

⁷⁴ *Warunki życia rodzin w Polsce*, GUS, Warszawa 2014, s.150

⁷⁵ *Warunki życia rodzin w Polsce*, GUS, Warszawa 2014

Wykres 10. Gospodarstw domowych wg wybranych kryteriów oceny materialnego poziomu życia



Zródło: *Warunki życia rodzin w Polsce*, op. cit., s. 152–160.

Rodziny z niepełnosprawnym dzieckiem to często rodziny biedne: dochód do dyspozycji na gospodarstwo rodzinne wynosił w nich w 2013 r. przeciętnie 3310 zł, podczas gdy w gospodarstwach bez osoby niepełnosprawnej - 4016 zł. Z kolei dochody do dyspozycji na osobę w gospodarstwach rodzinnych z osobami niepełnosprawnymi wynosił 966 zł, a w gospodarstwach bez takich osób 1194 zł.

W roku 2011 poniżej minimum egzystencji żyło 9,7% (w 2008 r. – 11,5%) w gospodarstwach z przynajmniej jednym dzieckiem do lat 16 posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności. Podobnie w przypadku przyjęcia ustawowej linii ubóstwa: poniżej tego poziomu żyło 12,3% w 2011 r. i 25,8% w 2008 r. gospodarstw domowych z dzieckiem niepełnosprawnym). Jest to ciągle 2-krotnie więcej niż w przypadku gospodarstw bez osób niepełnosprawnych

W gospodarstwach rodzinnych wyłącznie osób niepełnosprawnych, zagrożonych ubóstwem było 18,4% (w miastach 15,2%, na wsi 26,2%), a w gospodarstwach osób niepełnosprawnych z innymi osobami – 19,1% (w miastach 14,0%, na wsi 25,9%).

Rodziny dotknięte dysfunkcją⁷⁷ lub patologią

W Polsce co piąta rodzina korzystająca z pomocy społecznej uzyskuje pomoc z powodu bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych, przy tym najczęściej dotyczy to rodzin niepełnych (6,7% ogółu rodzin objętych pomocą z wymienionego powodu), a w mniejszym stopniu – rodzin wielodzietnych (24,5%). Z powodu biedy i dysfunkcji w sferze materialnej z pomocy społecznej w 2011 r. korzystało 1905,3 tys. rodzin, w tym 36% z powodu ubóstwa, a w 2014r. 1192 tys. (67% z powodu ubóstwa)

Patologia w rodzinie jest najczęściej spowodowana przez *alkoholizm*. Według danych Ministerstwa Zdrowia 12% nadużywa alkoholu, natomiast dane z badania w ramach Diagnostyki

⁷⁶ *Dzieci korzystające ze świadczeń pomocy społecznej w Polsce w 2011 r.*, Studia i analizy statystyczne, Urząd Statystyczny, Kraków 2013.

⁷⁷ Do tej grupy zaliczono rodziny z następującymi dysfunkcjami: niewydolność wychowawcza rodziców, nieporadność wychowawcza wobec dzieci oraz dysfunkcja w zakresie realizacji ekonomicznej funkcji rodziny, przejawiającą się w syndromie ubóstwa.

⁷⁸ Sprawozdanie MPiPS-03-R za I-XII 2014 r., www.mrpips.gov.pl – dostęp w dniu 2 kwietnia 2016 r.

Spółecznej z 2015 r. wykazują, że przyznaje się do tego około 6%-7%, i odsetek ten utrzymuje się na zbliżonym poziomie od kilku lat⁷⁹. Ministerstwo Zdrowia szacuje, że 600-700 tys. osób są to alkoholicy (2% ogółu społeczeństwa). Powyższe dane w przybliżeniu ilustrują ilościową skalę zjawiska pijaństwa i alkoholizmu. Ma ono także swój bardziej dramatyczny wymiar zarówno w znaczeniu indywidualnym jak i skutków dla życia rodzinnego. Wśród najważniejszych konsekwencji życia w rodzinie z problemami alkoholowymi wyróżnia się szkody fizyczne, psychosomatyczne, psychologiczne, emocjonalne i psychospołeczne.

Według danych PARP w rodzinach z problemami alkoholowymi, w których co najmniej jedna osoba pije w sposób szkodliwy dla niej i dla członków tej rodziny, żyje 3–4 mln osób, w tym 1,5-2 mln dzieci, 2,5 mln osób nadużywających alkoholu oraz 700–900 tys. osób uzależnionych. Członkowie rodzin z problemami alkoholowymi są grupą ryzyka, która jest szczególnie narażoną na przemoc;⁸⁰ ponad 86% przypadków zaobserwowane przemoc w rodzinie miała związek z alkoholem.

W roku 2011 16,4 tys. rodzin było objętych pomocą społeczną z powodu przemocy w rodzinie. W roku 2014 było to 20,5 tys. Rodzin – dane MRPiPS). Natomiast więcej rodzin otrzymuje wsparcie z pomocy społecznej w przypadku alkoholizmu członka rodziny: w 2011 r. – 86,6 tys.; w 2014 – 86,9 tys.

Szczególnie dotkliwą społecznie kwestią jest **przemoc wobec dzieci** (głośne medialnie przypadki porzuceń noworodków, maltretowania i zabójstw). Przemoc przybiera formę przemocy fizycznej, emocjonalnej, wykorzystywania seksualnego oraz zaniedbania⁸¹. Ze względu na sprawcę przemocy i miejsce, gdzie do niej dochodzi, wyodrębnia się specyficzne formy przemocy wobec dzieci, a mianowicie: rodzinną (sprawcy to dorośli członkowie rodziny), rówieśniczą (sprawcami i ofiarami są dzieci – uczniowie szkół i koledzy z podwórka w miejscu zamieszkania), instytucjonalną (np. w szkole, placówce opiekuńczo-wychowawczej, kiedy dorośli opiekunowie stosują przemoc wobec podopiecznych – dzieci), komercyjne seksualne wykorzystywanie (prostyucja dziecięca, produkcja materiałów pornograficznych z udziałem dzieci, handel dziećmi w celach seksualnych), rozwijająca się w XXI wieku przemoc w mediach, cyberprzemoc, czyli przemoc z użyciem technologii informacyjnych i komunikacyjnych (komputer, telefon komórkowy itd.) polegająca na nękanii, zastraszaniu, publikowaniu ośmieszających, kompromitujących informacji, zdjęć itp. W świetle statystyk policyjnych na przełomie XX i XXI wieku liczba dzieci do lat 18, które padły ofiarą przemocy wzrastała z roku na rok, w szczególności w odniesieniu do dzieci młodszych do 3. i 13. roku życia. W 2000 r. zarejestrowano 116,6 tys. ofiar przemocy, w tym 27,8 tys. to dzieci do lat 13. W roku 2004 ofiar tych było już 150,3 tys., w tym 35,2 tys. dzieci do lat 13, zaś w 2006 r. – odpowiednio 157,9 tys. i 38,2 tys. W roku 2007 odnotowano spadek do 130,6 tys., w tym wśród dzieci do 31 tys. (w 2009 r. – 132,8 tys., w tym 27,5 tys. dzieci do lat 13)⁸².

Według badania CBOS w 2012 r. **przemocy w rodzinie** doświadczył blisko co 10ty Polak (9%, przy czym odsetek ten wzrósł w porównaniu z 6% w 2009 r.)⁸³. Ustalenie faktycznej skali tego zjawiska jest trudne, ze względu na ukrywanie faktów przez osoby zainteresowane i postawy części społeczeństwa traktującej to zjawisko jako problem „wewnątrzrodzinny”. Ofiarami przemocy są dzieci. Według procedury Niebieskiej Karty w 2011 roku było ich 20 tys. dzieci do lat 13, czyli 0,5% ogółu populacji w tym wieku. Do pobicia dzieci ze skutkiem w postaci urazu fizycznego przyznało się 6% rodziców. Drastyczną formą przemocy jest wykorzystywanie seksualne dzieci; szacuje się, że dotyka to ok. 5 tys. dzieci do 15 roku życia rocznie. W rejestrach policji figuruje natomiast następująca liczba dzieci–ofiary wykorzystywania seksualnego: 2000 r. – 1518, 2003 r. – 1817, 2007 r. – 1882. Według różnych badań skala zjawiska wykorzystywania kobiet i mężczyzn w dzieciństwie jest określana od 5% do

⁷⁹ *Diagnoza społeczna*, 2015 str.277

⁸⁰ Dane na podstawie Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011–2015 s.22–23

⁸¹ Sajkowska, Szymczak (2009), op. cit. s. 29.

⁸² RRL (2010), tab. 23, s. 67.

⁸³ *Przemoc i konflikty w rodzinie, Komunikat z badan CBOS*, Warszawa 2012 BS/82/2012.

16% w odniesieniu do kobiet i od 3% do 18% w odniesieniu do mężczyzn⁸⁴. (Oficjalne dane wskazują na 1132 przypadki skazania za przestępstwo obcowania seksualnego z małoletnim⁸⁵). Wzrasta też liczba przypadków prezentowania małoletnim treści pornograficznych przez dorosłych.

W środowisku rówieśniczym w szkole agresja fizyczna jest większa wśród uczniów szkół podstawowych i gimnazjów niż w szkołach ponadgimnazjalnych. Ofiarami systematycznego dręczenia w szkole pada około 12% jedenastolatków, 10,5% – dwunastolatków i niecałe 7% – 15-latków⁸⁶. Niemal co piąty uczeń zaś przyznał, że zdarzyło się to raz lub dwa razy. Dość często przemoc fizyczna spotyka wychowanków domów dziecka – 34% z nich doświadczyło takiej przemocy najczęściej ze strony koleżanek/kolegów⁸⁷.

Przyczyną patologii w rodzinie jest także *narkomania* jednego z rodziców⁸⁸ lub młodzieży. Z badań wynika, że spory odsetek młodzieży popada w nałogi. W 2011 r. doświadczenie z paleniem papierosów miała ponad połowa badanych (57%) (uczniów III klasy gimnazjum i II klasy szkół ponadgimnazjalnych). Przy czym dla 22% uczniów ze szkół gimnazjalnych i 33% - ponadgimnazjalnych palenie wyszło poza fazę eksperymentalną (prób)⁸⁹.

W czasie 12 miesięcy przed badaniami doświadczenie z piciem alkoholu miało 78% młodszych i 92% - starszych uczniów, a w czasie 30 dni przed badaniami odpowiednio: 58 i 80%.⁹⁰ Najbardziej popularne jest picie piwa (uczniowie młodszy 57%, starsi -78%), ale picie wódki jest częstsze niż picie wina (41% uczniów młodszych i 63% starszych przyznało się że piło wódkę w czasie 30 dni przed badaniami. Szczególnie niepokojący jest fakt, że 49% uczniów młodszych i 70% starszych przyznało się do przekroczenia progu nietrzeźwości przynajmniej raz w życiu, a co piąty uczeń młodszy i co trzeci starszy doświadczył tego w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem.

Bardzo niepojęce jest narastanie zjawiska zażywania substancji psychoaktywnych; tendencja ta narasta od 1995 r. w zakresie wszystkich rodzajów narkotyków. Do zażywania marihuany przyznało się w 2011 r. 24% uczniów młodszych (w 1995 r – 19%) i 37% uczniów starszych (w 1995r 17%).

Z powodu narkomanii coraz więcej rodzin jest obejmowanych wsparciem pomocy społecznej instytucji samorządowych. O ile w roku 2011 było to 3389 rodzin, to w 2014 - 4146.

Patologia w środowisku rodzinnym oraz systemowa dysfunkcja instytucji powołanych do organizowania pracy z rodziną to jedne z najczęstszych przyczyn konieczności umieszczenia dziecka poza rodziną naturalną. Patologia w rodzinie dziecka to głównie zjawisko alkoholizmu jednego z rodziców lub obojga. W świetle badań MPiPS w latach 2007 i 2009 najważniejszymi przyczynami dysfunkcji rodziny i umieszczenia dzieci w pieczy zastępczej są kolejno: bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych, ubóstwo, przemoc w rodzinie, choroba (w tym psychiczna), niepełnosprawność, pobyt za granicą co najmniej jednego z rodziców w związku z pracą zarobkową, nieodpowiednie warunki lokalowe. W uzasadnieniach do postanowienia sądu o umieszczeniu dziecka w placówce opiekuńczo-wychowawczej lub w rodzinie zastępczej jako oficjalna przyczyna umieszczenia w placówce pojawia się też wykonywanie seksualne dzieci, stan zdrowia rodziców (np. choroba psychiczna) uniemożliwia-

⁸⁴ RRL (2011), s. 31.

⁸⁵ *Rocznik statystyczny 2015*.

⁸⁶ RRL (2011), s. 68-69. .

⁸⁷ Sajkowska, Szymczak (2009), s. 29.

⁸⁸ W latach 1992–2011 odsetek dorosłych osób przyznających się do brania narkotyków wzrósł w latach 1992–2011 z 0,4% do 1,3% , w szczególności wzrost ten dotyczy młodych mężczyzn do 24. roku życia. Por. *Diagnoza społeczna 2011* (2012), s. 241–242.

⁸⁹ Sierosławski J. (2011), *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2011r.* Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

⁹⁰ Tamże str. 19

⁹¹ Dla przykładu: zmiany pomiędzy 1995 a 2011 rokiem w zażywaniu narkotyków to odpowiednio: kokaina 0,8-3,3%; heroina 0,8-1,3%, ecstasy 0,8-3,0%

jący osobiste sprawowanie opieki nad dzieckiem. W ostatnich latach jako nowy problem pojawia się porzucenie dzieci przez rodzica/rodziców wyjeżdżających do pracy za granicę.

Wzrasta liczba dzieci umieszczonych w rodzinach zastępczych z 49667 w 2005 r do 54 831 w 2014; większy wzrost odnotowuje się w grupie dzieci w wieku 0-3 lata (3850 w 2005 r. i 41 78 w 2014 r.) . Instytucjonalną pieczę zastępczą (placówki opiekuńczo –wychowawcze objętych jest około 2-0 tys. dzieci (liczba ta w ostatnich latach utrzymywała się na zbliżonym poziomie z lekka tendencją spadkową).⁹²

Z ogólnej liczby dzieci poza rodziną jedynie kilka procent to sieroty naturalne, a zdecydowana większość, ponad 95%, to sieroty społeczne (sieroty społeczne to dzieci, których rodziców sąd rodzinny i opiekuńczy pozbawił władzy rodzicielskiej, ograniczył ją lub zawiesił. W 2014 r. orzeczono 43 tys. takich spraw.

Rodziny osób migrujących

Nasilającym się w ostatnich latach zjawiskiem są migracje zagraniczne. Sprzyja temu wiele czynników. Tradycyjnie są to czynniki ekonomiczne, a więc brak pracy, brak perspektyw zawodowych w miejscu zamieszkania, chęć poprawy materialnego bytu. Ich znaczenie wzmacniają czynniki polityczne, przede wszystkim zasada swobodnego przepływu osób w ramach Unii Europejskiej, pociągająca za sobą otwieranie się europejskich rynków pracy zapewniających imigrantom dostęp do rynku pracy i do zabezpieczenia społecznego. Wzrasta akceptacja migracji jako wzoru postępowania lub strategii życiowej, wytwarzania się nowych wzorów konsumpcji, jako formy podwyższania statusu społecznego lub prestiżu (czynniki społeczne). Wspomnieć trzeba też o znaczeniu czynników kulturowych takich jak: orientacja indywidualistyczna, rodzenie się tożsamości kosmopolitycznej, zdolność do przyswajania wielu kultur.

Wyjazdy członków rodziny za granicę mają na celu zwiększenie dochodu, zredukowanie uczucia deprivacji i zagrożenia niedostatkiem. Istnieją przy tym różnice w natężeniu migracji, zależnie od fazy rozwoju rodziny. W okresie do urodzenia dziecka występuje duża ruchliwość małżonków związana z kształceniem, podjęciem pracy, poprawą szansy na własne mieszkanie, stworzeniem podstaw materialnych zapewniających lepsze perspektywy dla przyszłego potomstwa. Trudniejsza jest decyzja w fazie przyjścia na świat pierwszego i kolejnych dzieci, kiedy zwiększone są obowiązki opiekuńcze oraz w fazie stabilizacji liczebności rodziny oznaczającej zwiększone obowiązki wychowawcze wobec dzieci.

Długookresowa rozłąka małżonków powoduje trudności nie tylko w organizacji życia rodzinnego, za które odpowiedzialne jest tylko jedno z nich , pozostałe w kraju, ale rodzi wiele problemów natury psychicznej i moralnej, powodujących osłabienie więzi, a nierzadko kończących się oddaleniem emocjonalnym i rozpadem związku. Oczywiście zależy to od charakteru migracji; okresowa migracja jednego z małżonków pozwala na utrzymanie częstych, bezpośrednich kontaktów i w konsekwencji pozwala na akceptację rytmu życia podzielonego na etapy: migracje- powrót. Gorzej przedstawia się sytuacja migracji wahadłowej obojga rodziców, zwłaszcza wyjeżdżających w innych terminach oraz migracje długookresowe. Zaburzenia rytmu życia, brak bezpośrednich kontaktów prowadzi do poszukiwania ich w miejscu pobytu, a w następstwie do rozpadu związku⁹³

Emigracja rodziców ma szczególny wpływ na dzieci. Dziecku potrzebni są oboje rodzice: gdy pozostaje z jednym, uczy się samodzielności, ale nie uczy się relacji partnerskich, uczy się radzić samemu, ale zdarza się nadmierne obciążenie obowiązkami z którymi sobie nie radzi. Rozłąka może być przyczyną depresji, braku poczucia bezpieczeństwa, zaburzeń w zachowaniu dziecka. Dzieci źle znoszą rozłąkę i czują się sierotami. Określenie *eurosieroctwo* – termin przyjęty nie tylko w publicystyce ale i w naukach społecznych dla określenia tego zjawiska ma zatem swoje uzasadnienie.

Problemy wychowawcze jeszcze bardziej się pogłębiają, jeśli poza granicami kraju przebywa

⁹² Rocznik statystyczne 2015 s.392

⁹³ W 2013 r. dłuższa nieobecność (czego do końca nie można utożsamiać tylko z konsekwencjami migracji) była wyłączną przyczyną orzeczenia 1332 przypadków rozwodów, a w 371 przypadkach- przyczyną towarzyszącą innym. Stanowiło 2,5% w ogólnej liczbie rozwodów.

oboje rodziców. Wprawdzie dzieci na ogół są pozostawiane pod opieką: np. dziadków, dalszych krewnych czy opiekunów, ale nie mogą oni zastąpić rodziców zwłaszcza w procesach wychowawczych i wzorcotwórczych. Poczucie osamotnienia, a niekiedy – odrzucenia u dziecka, którego rodzice wyjechali za granicę może nie dotyczyć tylko stanu aktualnego, ale mieć konsekwencje w przyszłości w postaci zaburzeń osobowościowych. „Oswojeniu się” przez dziecko z nieobecnością rodziców sprzyjają często pozytywne, materialne konsekwencje tej nieobecności. Efektowne prezenty, poprawa warunków codziennego życia (jako następstwo nadsyłanych pieniędzy czy dóbr), poprawiające wizerunek zewnętrzny dziecka w środowisku rówieśniczym, przyćmiewają dyskomfort emocjonalny. Może to jednak wpływać na kształtowanie systemu wartości młodego człowieka, dla którego dobra materialne stają się wartością nadrzędną.

Skutków migracji dla życia rodzinnego nie można jednak rozpatrywać tylko w kategoriach negatywnych. Migracje przynoszą korzyści dla rodziny pozostającej w kraju w postaci poprawy sytuacji materialnej, możliwości zrealizowania planów (przy wyjazdach pozwalających na uzyskanie większych zasobów pieniężnych). Osoba migrująca dostarcza rodzinie nowych wzorców zachowań i aspiracji – mających pozytywny wpływ na rodzinę. Dla migrującego wyjazd taki oznacza możliwość zdobycie nowych umiejętności, które mogą zaowocować większą szansą na krajowym rynku pracy.

Niezależnie od konsekwencji dla rodziny zjawisko migracji zagranicznych, zwłaszcza długookresowych, a szczególnie – na pobyt stały ma skutki ogólnospołeczne. Poza wspomnianym powyżej negatywnym wpływem na realizację funkcji wychowawczej i emocjonalnej oznacza *odpływ potencjału demograficznego*: osób młodych, mężczyzn, coraz częściej kobiet w wieku aktywnego rodzicielstwa. Powoduje to dysproporcje w strukturze wg płci, i wywiera wpływ na zawieranie małżeństw oraz na dzietność i funkcjonowanie rodziny.

II. OCENA POLITYKI RODZINNEJ W POLSCE

Zapoczątkowany w pierwszych latach 90. spadek dzietności nie został początkowo potraktowany jako „sygnał alarmowy” dla wprowadzenia instrumentów polityki rodzinnej pozwalających na zahamowanie tempa negatywnych zmian. Narastanie niepokojących tendencji zaczęto dostrzegać w drugiej połowie dekady, co zaowocowało wyznaczeniem celu: „zahamowanie negatywnych trendów w rozwoju ludnościowym kraju i poprawa sytuacja demograficznej”, zapisanego w kilku dokumentach programowych⁹⁴. Cele związane z tworzeniem warunków sprzyjających pozytywnym decyzjom o posiadaniu dzieci zaczęto przekładać na zapisy ustawowe, stanowiące podstawę wprowadzania w życie stosownych instrumentów, jakkolwiek w sposób selektywny.

Oddziaływania na decyzje prokreacyjne

W tym obszarze można wyodrębnić świadczenia społeczne związane z urodzeniem dziecka.

Dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu urodzenia dziecka w wysokości 1000zł jednorazowo przysługuje osobom spełniającym kryterium dochodowe uprawniające do świadczeń rodzinnych, ma więc charakter selektywny.

Jednorazowa zapomoga w wysokości 1000 zł (tzw. „becikowe”) przyznana w 2007 r. na wszystkie rodzące się dzieci bez względu na sytuację dochodową rodziców. Świadczenie to wypłacane na zasadzie uniwersalnej od początku budziło poważne wątpliwości co do celowości (w niektórych środowiskach może być wykorzystane niezgodnie z przeznaczeniem, a więc nie na wyposażenie dziecka w niezbędne dobra), skuteczności, jeśli chodzi o funkcje pronatalistyczne (jako zachęta do posiadania dzieci), oraz co do słuszności jego przyznawania (mogły z niego skorzystać nawet osoby o bardzo wysokich dochodach). Pozytywnie należy uzależnienie uprawnienia do świadczenia od faktu pozostawiania przez kobietę pod opieką medyczną nie później niż od 10. tygodnia ciąży do dnia porodu.

⁹⁴ Por. np. *Polityka prorodzinna państwa* (1999). Cele „pronatalistyczne” zaczęły znajdować swoje miejsce w kolejnych dokumentach (*Założenia polityki ludnościowej w Polsce*, przygotowane przez Rządową Radę Ludnościową w 2004 r., przyjęte przez Radę Ministrów w 2007 r.; *Polityka rodzinna rządu J. Kaczyńskiego. Rząd w trosce o polskie rodziny*, 2007 r.; Program Polityki Rodzinnej Prezydenta RP *Dobry klimat dla rodziny*, 2013).

Od 1 stycznia 2013 r. jednorazowa zapomoga z tytułu urodzenia dziecka („becikowe”) przysługuje rodzinie, w której dochód na osobę nie przekracza 1922 zł netto⁹⁵.

Jednorazowe zapomogi z tytułu urodzenia dziecka lub **zwiększenie kwoty dodatków do zasiłku rodzinnego** z tego tytułu mogą być przyznawane przez samorządy gmin na mocy uchwały rady gminy; te dodatkowe świadczenia gminy finansują ze środków własnych.

Świadczenie rodzicielskie przysługuje od 1 stycznia 2016 r. osobom,⁹⁶ nie będącym pracownikami, a więc bezrobotnym (bez względu na fakt rejestracji w urzędzie pracy), studentom, rolnikom, osobom wykonującym pracę na podstawie umowy cywilnoprawnej. Świadczenie w wysokości 1000 zł miesięcznie przysługuje przez okres 52 tygodni (72 tygodnie w przypadku porodu wielorakiego) bez względu na wysokość dochodów (brak kryterium dochodowego). Uprawnienie to stawia grupę tych osób w pozycji uprzywilejowanej w stosunku do części pracowników; aby otrzymać zasiłek w wysokości 60% zarobków (przysługujący podczas urlopu rodzicielskiego) ich zarobki powinny wynosić wcześniej co najmniej 1666 zł netto. Ustawodawca ustalił zatem, że wysokość świadczeń pracowniczych (zasiłku macierzyńskiego i zasiłku za okres urlopu rodzicielskiego) nie może być niższa niż 1000 zł.

W zakresie rozwiązań mających na celu godzenie obowiązków zawodowych z rodzinnymi wprowadzane były sukcesywnie istotne zmiany:

Urlop macierzyński został zwiększony do 20 tygodni. Zrezygnowano z wydłużenia urlopu przy urodzeniu kolejnych dzieci, natomiast bardzo rozbudowano zależność między wielorakością porodu a długością urlopu (przy urodzeniu dwojga dzieci przy jednym porodzie jest to 31 tygodni i urlop wzrasta o 2 tygodnie przy urodzeniu dwojga, trojga, czworga i pięciorga dzieci przy jednym porodzie). Biorąc pod uwagę faktyczną częstotliwość urodzeń czworaczek, a zwłaszcza pięcioraczek, przepis ten w tym ostatnim zakresie może okazać się „martwy”.

Dodatkowy urlop macierzyński⁹⁷ w wymiarze:

– w latach 2012 i 2013 r. – 4 tygodni (w przypadku wykorzystywania tego uprawnienia w związku z urodzeniem jednego dziecka); 6 tygodni (przy narodzinach mnogich);

- od 2014 roku – odpowiednio: 6 tygodni i 8 tygodni. Istnieje możliwość łączenia tego urlopu z pracą w niepełnym wymiarze czasu u pracodawcy udzielającego urlopu. W ten sposób stworzono szanse pogodzenia interesu kobiety, która chce przez dłuższy czas opiekować się dzieckiem z interesem pracodawcy, dla którego dłuższa nieobecność pracownicy może powodować różne trudności organizacyjne. Taka możliwość leży również w interesie kobiety, która w okresie sprawowania opieki nad dzieckiem nie traci kontaktu z zawodem.

Urlop ojcowski w wymiarze: w latach 2010 i 2011 – 1 tydzień, od 2012 r. – 2 tygodnie przysługuje ojcu- pracownikowi, który może wykorzystać do czasu ukończenia przez dziecko 12. miesiąca życia. W ten sposób została stworzona szansa realizacji zasady współodpowiedzialności obojga rodziców za opiekę nad dzieckiem, partnerstwa oraz wzmocnienia sytuacji kobiet na rynku pracy poprzez osłabienie argumentu, że jest ona wyłącznym opiekunem małego dziecka.

Urlop rodzicielski,⁹⁸ w wymiarze 26 tygodni może być wykorzystany zarówno przez pracownicę – matkę jak i pracownika – ojca dziecka. W efekcie został wydłużony okres osobistej opieki nad dzieckiem do 52 tygodni i 72 w przypadku porodu mnogiego (łącznie urlop macierzyński, dodatkowy i rodzicielski).

W okresie korzystania z urlopu macierzyńskiego, dodatkowego urlopu macierzyńskiego i

⁹⁵ Ustawa z dnia 12 października 2012 r. o zmianie Ustawy o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2012 r. poz. 1255).

⁹⁶ Ustawa z dnia 24 lipca 2015 r o zmianie ustawy o świadczeniach rodzinnych oraz niektórych innych ustaw

⁹⁷ Ustawa z dnia 28 maja 2013 r. o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz niektórych innych ustaw (Dz.U.2013 poz. 675)

⁹⁸ Ustawa z dnia 28 maja 2013 r. o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz niektórych innych ustaw (Dz.U.2013 poz.675)

urlopu rodzicielskiego przysługuje **świadczenie pieniężne**. Jego wysokość zależna jest od sposobu i terminu złożenia wniosku o dodatkowy urlop macierzyński i urlop rodzicielski. Wysokość świadczenia wynosi 80% podstawy wymiaru (zarobków) podczas urlopu macierzyńskiego, dodatkowego urlopu macierzyńskiego i urlopu rodzicielskiego udzielanych łącznie (wnioski o dodatkowy urlop macierzyński i rodzicielski składany jest nie później niż 14 dni po porodzie) lub 100% podstawy wymiaru – podczas urlopu macierzyńskiego oraz dodatkowego urlopu macierzyńskiego oraz 60% podczas urlopu rodzicielskiego (w przypadku złożenia oddzielnych wniosków o dodatkowy urlop macierzyński i urlop rodzicielski).

Wydłużenie urlopu macierzyńskiego rodziło (i rodzi) obawy o osłabienie pozycji kobiet na rynku pracy. Prawne gwarancje zatrudnienia osób powracających do pracy po przerwie związanej z rodzicielstwem zostały wzmocnione zachętą dla pracodawców w postaci zwolnień z opłacania za tych pracowników składek na Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych.⁹⁹

Urlop wychowawczy przysługuje matce i ojcu na opiekę nad dzieckiem do lat 6-ciu (w przypadku dziecka niepełnosprawnego – do 18 roku życia). Każdy z rodziców (lub opiekunów) ma wyłączne prawo do jednego miesiąca urlopu wychowawczego w ramach ogólnego wymiaru tego urlopu (36 miesięcy), którego nie można przenieść na drugiego rodzica. Na urlopie mogą przebywać jednocześnie oboje rodzice, jednak nie dłużej niż 4 miesiące.¹⁰⁰ Rozwiązania te mają na celu stymulowanie pozytywnych postaw ojców wobec sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem. Pracownik przebywający na urlopie wychowawczym może podjąć pracę u dotychczasowego lub innego pracodawcy, albo prowadzić własną działalność gospodarczą, praca ta nie może jednak ograniczać sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem. Ustawodawca stworzył szansę na uzupełnienie dochodów rodziny, obniżonych w związku z korzystaniem z bezpłatnego (poza wyjątkami o których mowa poniżej) urlopu wychowawczego.

Dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu opieki nad dzieckiem podczas korzystania z urlopu wychowawczego przysługuje osobom o niższych dochodach (stanowiących kryterium uprawniające do świadczeń rodzinnych). Od 2004 r. (wejście w życie przepisów dotyczących świadczeń rodzinnych) wysokość tego zasiłku pozostaje na niezmiennym poziomie (400 zł). Od 2004 r. do 31 października 2012 r. nie było zmieniane kryterium uprawniające do tego świadczenia (dochodowe). Powodowało to zmniejszanie się liczby korzystających. Wprowadzona z dniem 1 listopada 2012 r.¹⁰¹ a następnie w latach 2014 i 2015 zmiana kryterium uprawniającego do zasiłku rodzinnego i związanych z nim dodatków daje szansę na zahamowanie spadku liczby osób uprawnionych. Obok względów finansowych barierą w korzystaniu z urlopu wychowawczego są obawy o utratę pracy lub osłabienie pozycji zawodowej na skutek dłuższej nieobecności w pracy.

Usługi opiekuńcze żłobków i przedszkoli służą ułatwieniu godzenia obowiązków zawodowych z rodzinnymi rodzicom pracującym. W tym zakresie istnieje głęboka dysproporcja między potrzebami rodziców, a możliwościami ich zaspokojenia. Zwiększenie liczby placówek wymaga nadania priorytetu dla tego typu inwestycji przez samorządy gminne, co wydaje się zadaniem trudnym zarówno ze względu na brak środków, jak i przyjmowanie przez władze samorządowe innych priorytetów do rozwiązania. Wzmocnieniu roli samorządów w tworzeniu placówek opieki nad małym dzieckiem służy rozwiązanie¹⁰², zakładające dotacje celowe gmin oraz dotacje celowe z budżetu państwa na dofinansowanie powstawania i prowadzenia instytucji opieki nad małym dzieckiem, w tym dzieckiem niepełnosprawnym. Ustawa reguluje sprawy związane z funkcjonowaniem żłobków, a ponadto dała podstawy prawne tworzenia nowych form opieki nad małym dzieckiem do lat trzech w gminie, takich jak: kluby dziecięce, nianie oraz opiekunowie dzienni. Wprowadzono także możliwość dofinansowa-

⁹⁹ W kwestii uprawnień rodzicielskich realizowane były działania w ramach Krajowego Programu Działań na Rzecz Równego Traktowania na lata 2013 – 2016 w obszarze II Równe traktowanie na rynku pracy

¹⁰⁰ Ustawa z dnia 23 lipca 2013 r. o zmianie ustawy – Kodeks pracy (Dz. U. p. 1028)

¹⁰¹ Rozporządzenie Rady Ministrów z 10 sierpnia 2012 r. w sprawie wysokości dochodu rodziny oraz dochodu osoby uczącej się, stanowiących podstawę ubiegania się o zasiłek rodzinny, oraz wysokości świadczeń rodzinnych (Dz. U. z 2012 r., poz. 959).

¹⁰² Ustawa z dnia 4 lutego 2011 o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (Dz. U. z 2013 r. poz. 1457)

nia w przypadku powstania i adaptacji żłobków i klubów dziecięcych oraz lokali dla dziennych opiekunów w ramach resortowego programu rozwoju instytucji opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 „MALUCH”.

Liczba żłobków wzrosła z 371 w 2005 r. do 1605 w 2014 roku a więc blisko pięciokrotnie. Podwoiła się liczba dzieci korzystających z tej formy opieki z 47,6 tys. w 2005 r. do 98,6 tys. w 2014 r. Kluby dziecięce i inne formy przewidziane ustawą były zdecydowanie rzadszej organizowane niż żłobki., niemniej jednak wzrasta liczba tych rozwiązań. Liczba klubów dziecięcych z 238 w 2013 roku wzrosła do 348 w 2014r. a liczba dzieci korzystających z nich z 4,1 tys. do 5,6 tys. W 2014 r. działało 442 opiekunów dziecięcy i 8276 nian zarejestrowanych w ZUS. W rezultacie odsetek dzieci do lat 3 objętych opieką instytucjonalną wzrósł z 2,1 w 2005 r. do 5,9 w 2014 r. Wskaźnik ten pozostaje jednak „daleko w tyle” od przyjętych 33%, określonych jako cel do osiągnięcia w 2010r. przez Szczyt UE w Barcelonie z 2002.

Od 2007 roku upowszechniane jest **wychowanie przedszkolne** dzieci w wielu 3–5 lat. Ważnym elementem tych przedsięwzięć jest budowanie wśród rodziców, nauczycieli oraz samorządów lokalnych i organizacji pozarządowych przekonania o znaczeniu upowszechnienia edukacji przedszkolnej, a także prawne, finansowe i programowe wsparcie tworzenia innych form wychowania przedszkolnego oraz oddziałów przedszkolnych w szkołach podstawowych. Koncepcja upowszechniania ma charakter systemowy. Rozwiązania obejmują: rozwój sieci placówek wychowania przedszkolnego i udostępnienie różnych form wychowania przedszkolnego dla dzieci w wieku przedszkolnym; wsparcie pedagogiczne oraz pomoc w rozwiązywaniu problemów dla rodziców wychowujących małe dzieci, w tym prowadzenie różnych form edukacji rodziców; zapewnienie pomocy psychologiczno-pedagogicznej i specjalistycznej, mającej na celu wspieranie rozwoju i edukacji dzieci, wyrównywanie opóźnień i dysharmonii rozwojowych oraz terapię zaburzeń. Efektem wdrażania systemu jest wzrost liczby przedszkoli, punktów przedszkolnych i zespołów wychowania przedszkolnego oraz liczby oddziałów przedszkolnych przy szkołach podstawowych. Ogółem liczba placówek wychowania przedszkolnego wzrosła z 17229 w roku szkolnym 2005/2006 do 21661 w roku 2014/2015, w tym przedszkoli odpowiednio z 7738 do 10939. Nadal istnieje dysproporcja między miastem a wsią; liczba przedszkoli w miastach wyniosła w roku szkolnym 2014/15 - 7316, na wsi -3623. Systematycznie wzrasta wskaźnik upowszechnienia wychowania przedszkolnego z 41,0% dzieci w wieku 3–5 latw roku szkolnym 2005/2006 do 79,4% w roku 2014/2015.

Obok żłobków i klubów dziecięcych w 2012r. działało 167 podmiotów gospodarczych w zakresie sprawowania opieki nad małym dzieckiem, które objęły opieką 3688 dzieci w skali roku. Opiekę sprawowało również 30 dziennych opiekunów i 9050 nian. (GUS 2014)

Systematycznemu zwiększaniu dostępności wychowania przedszkolnego służą dotacje celowe dla gmin na zwiększenie liczby miejsc i poprawę warunków wychowania przedszkolnego.¹⁰³ Założono, że od 1 września 2017 r. wszystkie dzieci w wieku od 3 do 5 lat będą miały zapewnione miejsca realizacji wychowania przedszkolnego w przedszkolach i innych formach wychowania przedszkolnego. Obejmuje to w kolejnych latach dzieci 5-letnie, od 1 września 2015 r. dzieci 4-letnie, a od 1 września 2017 r. także dzieci 3-letnie. Wychodząc naprzeciw potrzebom społecznym, a zwłaszcza młodych pracowników posiadających małe dzieci, ustawodawca wprowadził możliwość rozszerzenia bazy placówek opieki nad dziećmi przez tworzenie zakładowych żłobków, klubów dziecięcych, przedszkoli i innych form wychowania przedszkolnego. Służy temu możliwość finansowania kosztów ich tworzenia, a także dofinansowania ich funkcjonowania ze środków zakładowego funduszu świadczeń socjalnych (zfs). Fundusz może być także przeznaczany na udzielanie pomocy materialnej (finansowej lub rzeczowej) pracownikom w formie dopłaty do usług opieki nad małym dzieckiem w placówkach¹⁰⁴ świadczących takie usługi. Przychody pracowników z tytułu otrzymywanych dopłat z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych do kosztów

¹⁰³ Ustawa z dnia 13 czerwca 2013 r. o zmianie ustawy o systemie oświaty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2013, poz. 827)

¹⁰⁴ Ustawa z dnia 4 marca 1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych (tekst jednolity Dz. U. 2012r.Nr 592. z późn. zm.)

usług opieki nad dziećmi w żłobkach korzystają z bezlimitowego zwolnienia od podatku dochodowego od osób fizycznych.

Obowiązek tworzenia zfsś nałożony został na pracodawców z tzw. sfery budżetowej oraz pracodawców zatrudniających co najmniej 20 pracowników (w przeliczeniu na pełne etaty). Dla mniejszych firm rozwiązanie takie ma charakter fakultatywny: pracownicy mogą z nich korzystać, w zależności od ich możliwości finansowych. Oznacza to ograniczenie czy wręcz niemożliwość skorzystania z zakładowych świadczeń socjalnych przez pracowników mniejszych firm.

Rozwija się także działalność firm na rzecz godzenia życia zawodowego z rodzinnym tzw. **zatrudnienie przyjazne rodzinie**. Nie ma ona jeszcze szerszego zakresu, ale obejmuje (w różnych formach) stopniowo większy krąg pracowników. Jest to kierunek działań zasługujący na popularyzację i upowszechnienie, a także – na tworzenie systemu zachęt.

Jednym z instrumentów zatrudnienia przyjaznego rodzinie jest **czas pracy**. Zasady wymiaru i organizacji czasu pracy¹⁰⁵ podporządkowane są - z jednej strony realizacji funkcji ochronnej w odniesieniu do kobiet w ciąży (przyszłych matek) oraz rodziców mających małe dzieci, z drugiej – tworzą podstawy prawne umożliwiające niestandardową organizację czasu pracy.

W ramach funkcji ochronnej najistotniejsze jest ograniczeniem maksymalnej dobowej normy czasu pracy kobiet w ciąży; nie mogą pracować dłużej niż osiem godzin dziennie, niezależnie od obowiązującego ją rozkładu czasu pracy. Nie można też jej zatrudniać w godzinach nadliczbowych ani w porze nocnej, w systemie przerywanego czasu pracy (chyba, że pracownica wyrazi zgodę na taką organizację pracy). W takich rozkładach nie wolno też zatrudniać pracownika opiekującego się dzieckiem do ukończenia przez nie 4 roku życia.

Pracodawca jest zobowiązany udzielać pracownicy ciężarnej zwolnień od pracy na zlecenie przez lekarza badania lekarskie, jeżeli badanie te nie mogą być przeprowadzone poza godzinami pracy.

Żadna z wymienionych zmian dotyczących czasu pracy nie może pociągać za sobą ujemnych konsekwencji w sferze płacowej, co oznacza zachowanie uprawnień do wcześniej uzyskiwanego wynagrodzenia.

Niestandardowa organizacja pozwala na stosowanie różnych systemów tzn. reguł określających rozłożenie czasu pracy i czasu wolnego od pracy w ciągu dnia, tygodnia, i innych okresów rozliczeniowych¹⁰⁶.

W 2013 r. zostały wprowadzone zmiany w kodeksie pracy odnoszące się do czasu pracy. Najistotniejsze z nich to możliwość wydłużenia okresów rozliczeniowych do 12 miesięcy oraz możliwość stosowania przerywanego czasu pracy i możliwość sporządzania rozkładów czasu pracy na okres krótszy niż okres rozliczeniowy. Rozliczenie w skali roku oznacza, że w niektóre dni pracownik może pracować dłużej niż wynosi jego dzienna norma i czas ten nie

¹⁰⁵ Kodeks pracy, rozdział IV-Systemy i rozkłady czasu pracy

¹⁰⁶ Kodeks pracy przewiduje następujące systemy i rozkłady czasu pracy:

- system równoważnego czasu pracy (istnieją tu trzy formy organizacji czasu pracy z możliwością przedłużenia dobowego czasu pracy;
- system przedłużonego czasu pracy ;
- system przerywanego czasu pracy według z góry ustalonego rozkładu przewidującego nie więcej niż jedną przerwę w pracy w ciągu doby, trwającą nie dłużej niż 5 godzin;
- system zadaniowego czasu pracy;
- przerwa w pracy nie wliczana do czasu pracy (przerwę, w wymiarze nie przekraczającym 60 minut wprowadza się w układzie zbiorowym lub regulaminie albo w umowie o pracę);
- indywidualny rozkład czasu pracy w ramach systemu czasu pracy, którym pracownik jest objęty;
- system skróconego tygodnia pracy na pisemny wniosek pracownika;
- praca świadczona wyłącznie w piątki, soboty, niedziele i święta na pisemny wniosek pracownika;
- skrócenie czasu pracy poniżej obowiązujących norm dla pracowników zatrudnionych w warunkach szczególnie uciążliwych lub szkodliwych dla zdrowia (może polegać na ustanowieniu przerw w pracy wliczanych do czasu pracy albo obniżeniu obowiązujących norm).

jest traktowany jako godzinę nadliczbowe, gdyż w inne dni może pracować krócej. Zagwarantowane ma prawo do 11 godzinnego odpoczynku na dobę oraz półtorej doby w tygodniu.

Z punktu widzenia pracowników powstaje jednak perspektywa trudnego do przewidzenia natężenia godzin pracy w ciągu roku. Tymczasem dla harmonizowania pracy z życiem osobistym, a tym bardziej rodzinnym znaczenie mają stabilne rozwiązania, pozwalające zorganizować życie rodzinne w oparciu o w miarę regularne zasady. Zmienność natężenia pracy ciągnie za sobą w wielu przypadkach zróżnicowanie poziomu wynagrodzeń w różnym okresie. Z kolei dłuższy czas pracy w skali dnia, nie traktowany jako godziny nadliczbowe oznacza brak dochodów z tego tytułu, rekompensowany wartością „kapitału czasu” w ramach godzin i dni oddawanych za wydłużony czas pracę. Nie zawsze jednak wartość zdobytego w ten sposób wolnego czasu dla rodziny jest opłacalna ze względu na to, iż towarzyszy temu niższe wynagrodzenie, a w przyszłości – niższa emerytura. Ważnym kryterium pozytywnej oceny powinna być też dobrowolność podjęcia pracy w takiej, a nie innej formie.

Praktyka stosowania elastycznych form czasu pracy rozwija się w Polsce bardzo powoli. Badania GUS nt *Praca a obowiązki rodzinne*, przeprowadzone w 2010 roku wykazały, że zdecydowana większość pracowników najemnych (87,6%) miała stałe godziny rozpoczęcia i zakończenia dnia pracy, lub zmienne godziny ustalane przez pracodawcę. Za elastyczną formę pracy przyjęto w badaniu ustalenie łącznej liczby godzin do przepracowania w miesiącu. Z tej formy organizacji czasu pracy korzystało niecałe pięć procent badanych (4,6%). Więcej pracowników (5,7%) korzystało z ustalonej dziennej liczby godzin pracy, oznaczającej przepracowanie określonej liczby godzin w ciągu dnia, w przedziale podanym przez pracodawcę. Z najbardziej swobodnej formy jakim było indywidualne ustalanie własnego planu pracy, bez formalnych ograniczeń ze strony pracodawców korzystało 1,6% badanych.

Rozwiązania wspomagające rodzinę w ponoszeniu kosztów wychowania dziecka (nakłady inwestycyjne na rozwój młodego pokolenia).

Fundamentalną zasadą polskiego prawa rodzinnego jest **zasada dobra dziecka**. Jej podstawowym źródłem jest Konstytucja RP – art. 72. Przepis ten zobowiązuje państwo do zapewnienia ochrony praw dziecka: prawa do opieki i pomocy władz publicznych dla dziecka pozbawionego opieki rodzicielskiej, obowiązek państwa ochrony dziecka przed przemocą, okrucieństwem, wyzyskiem i demoralizacją, a nadto obowiązek władz publicznych oraz osób odpowiedzialnych za dziecko do wysłuchania i w miarę możliwości do uwzględnienia zdania dziecka w toku ustalania jego praw.

Podstawowym aktem prawnym regulującym stosunki rodzinne, w tym pozycję dziecka, jest Kodeks rodzinny i opiekuńczy¹⁰⁷. Postanowienia kodeksu opierają się na fundamentalnych zasadach, wśród których szczególne znaczenie ma zasada dobra dziecka i równych praw dzieci bez względu na ich pochodzenie (małżeńskie czy pozamałżeńskie) oraz zasada ochrony rodziny (głównego środowiska życia dzieci) przez państwo. Zasada dobra dziecka obowiązuje m.in. przy: dopuszczalności rozwodu, określaniu stosunków między rodzicami a dziećmi, szczególnie odnoszących się do władzy rodzicielskiej, kwestii przysposobienia, sprawach opieki i rodzin zastępczych, obowiązku alimentacyjnego rodziców.

Każde dziecko ma prawo do poziomu życia odpowiadającego jego rozwojowi fizycznemu, psychicznemu, duchowemu, moralnemu i społecznemu. (*Konwencja o Prawach Dziecka*). Realizacja tego prawa spoczywa głównie na rodzicach, ale państwo ma podejmować działania w celu wspomagania rodzin w realizacji tego prawa oraz udzielać pomocy materialnej i innej, zwłaszcza w zakresie żywności, odzieży i mieszkań. Realizacja tego prawa następuje w różnych formach, głównie przez transfery pieniężne.

Świadczenia rodzinne są przejawem socjalnego charakteru polskiej polityki rodzinnej; uprawnienia do nich zależą od kryterium dochodowego. Przez długi czas kryterium to utrzymywano na niezmiennym poziomie (504 zł), ustalonym w warunkach 2003 roku. Powodowało to zmniejszanie się liczby uprawnionych do świadczeń rodzinnych. Np. W 2012 roku rodzin pobierających świadczenia rodzinne uzależnione od dochodów było o 9,3% mniej niż w 2011 r. (GUS 2013). Mimo podniesieni kwoty stanowiącej kryterium uprawniające do

¹⁰⁷ Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz. U. z 1964 r. Nr 9, poz. 59 z późn. zm.).

świadczeń od 1 listopada 2012 r. do 539 zł na osobę dla ogółu rodzin i 623 zł dla rodzin wychowujących dziecko niepełnosprawne w 2014 r. pobierających świadczenia rodzinne uzależnione od dochodu było o 7,3% rodzin mniej niż w 2013 r. Od 1 listopada 2015 roku kryterium dochodowe wynosi odpowiednio: 674 zł (dla ogółu rodzin) i 764 zł (dla rodzin z niepełnosprawnym dzieckiem). Brak na razie informacji czy i w jaki stopniu pozwoli to na zahamowanie tendencji spadkowej, jeśli chodzi o zakres podmiotowy świadczeń. Od 1 stycznia 2016 r. ustalono nowy sposób ustalania wysokości świadczeń w przypadku przekroczenia kryterium dochodowego; zasiłek rodzinny wraz z dodatkami przysługuje w wysokości różnicy między łączną kwotą zasiłków wraz z dodatkami a kwotą, o którą został przekroczony dochód uprawniający do świadczeń (tzw. zasada „ złotówka za złotówkę”).

Zasiłek rodzinny jest podstawowym świadczeniem dla rodzin z dziećmi¹⁰⁸, który z założenia ma pomóc rodzinie w ponoszeniu kosztów wychowania dziecka i stanowić ich częściową rekompensatę. Na związek między kosztami ponoszonymi przez rodzinę a zasiłkiem rodzinnym wskazuje zasada uzależnienia jego wysokości od wieku dziecka¹⁰⁹ – koszty wychowania dziecka wzrastają wraz z jego wiekiem. Aktualnie kwoty zasiłku wynoszą: na dziecko w wieku 0-5 lat – 89 zł; w wieku 5-18 lat – 118 zł; w wieku 18-24 lata -129 zł.

Do zasiłku rodzinnego przysługują **dotatki** uwzględniające sytuacje wynikające z pewnych zdarzeń. Dodatki te związane są z trudniejszą sytuacją rodziny w wyniku zaistnienia określonych zdarzeń (np. urlop wychowawczy rodzica dodatek w wysokości 400 zł; wielodzietności – dodatek w wysokości 90 zł na trzecie i kolejne dziecko; samotne rodzicielstwo – dodatek 185 zł na dziecko, nie więcej niż 370 zł na wszystkie dzieci, w przypadku dzieci niepełnosprawnych – dodatkowo 80 zł, i 160 zł na wszystkie dzieci niepełnosprawne) lub ponoszeniem dodatkowych wydatków (związanych z rozpoczęciem roku szkolnego – jednorazowo 100 zł) lub z kosztami pobierania nauki poza miejscem zamieszkania (105 zł na internat/stancje lub 63 zł na dojazd do szkoły); z kształceniem i rehabilitacją dziecka niepełnosprawnego (80 zł na dziecko do 5 roku życia, 100 zł na dziecko w wieku 5-24 lata). Przez długi okres wysokości tych świadczeń utrzymywane były na niezmiennym poziomie (bez mechanizmu indeksacji), co powodowało spadek ich znaczenia w relacji do dochodów rodziny i w odniesieniu do kosztów utrzymania dziecka.

Świadczenia społeczna dla rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym

Z obecnością w rodzinie dziecka niepełnosprawnego wiążą się szczególne uprawnienia do wyższego progu dochodowego uprawniającego do świadczeń rodzinnych (764 zł wobec powszechnie obowiązującego 674 zł) oraz wspomniany dodatek do zasiłku rodzinnego.

Specjalną formą wsparcia są **świadczenia opiekuńcze**, przyznawane niezależnie od kryterium dochodowego:

- **świadczenie pielęgnacyjne**, przeznaczone dla rodzica (opiekuna lub innej osoby określonej w przepisach prawnych) rezygnującego z pracy na rzecz opieki nad niepełnosprawnym dzieckiem.¹¹⁰ Od stycznia 2015 roku wysokość świadczenia pielęgnacyjnego wynosi 1200 zł, a od 2016 r. – 1300 zł. Od 2017 roku została przewidziana coroczna waloryzacja tej wysokości w oparciu o procentowy wskaźnik o jaki zwiększać się będzie minimalne wynagrodzenia z pracę¹¹¹.

¹⁰⁸ Ustawa z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych (tekst jednolity: Dz. U. z 2006 r. Nr 139, poz. 992 z późn. zm.).

¹⁰⁹ Do 31 października 2009 r. wysokość zasiłku rodzinnego wynosiła: 48 zł na dziecko do lat 5, 64 zł na dzieci w wieku 5–18 lat, 68 zł na dzieci w wieku 18–24 lata. Kolejne podwyżki kwot zasiłków rodzinnych następowały w terminach: 1 listopada 2009 r.; 1 listopada 2012 r. ; 1 listopada 2015 r.

¹¹⁰ W 2012 r. rodzicom posiadającym uprawnienia do świadczenia pielęgnacyjnego w okresie od lipca do grudnia 2012 r. przyznano dodatkowe świadczenie w wysokości 100 zł miesięcznie (niezależnie od wieku dziecka) Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych warunków realizacji rządowego programu wspierania niektórych osób pobierających świadczenie pielęgnacyjne (Dz. U. z 2012 r., poz. 732).

¹¹¹ Na podstawie: WWW.mpips.gov.pl/wsparcie –dla-rodzin- z dziećmi/świadczenia –rodzinne/rodzaje- i – wysokość.

- *zasilek pielęgnacyjny*, w wysokości 153 zł miesięcznie;
- *specjalny zasilek opiekuńczy* w kwocie 520 zł miesięcznie, przy kryterium dochodowym 764 zł miesięcznie (o szerszym zakresie związane jest z opieką nad niepełnosprawną osobą dorosłą).

Okresowo (do 1 kwietnia 2013 r. do 13 grudnia 2014 r. przyznana została dodatkowa pomoc w wysokości 200 zł miesięcznie dla osoby pobierającej świadczenie pielęgnacyjne).

Świadczenie alimentacyjne.

Osoby uprawnione do alimentów, które nie mogą ich uzyskać od zobowiązanego mogą ubiegać się o świadczenie alimentacyjne.¹¹² Świadczenie alimentacyjne wypłacane jest po spełnieniu kryterium dochodowego wynoszącego nie więcej niż 725 zł miesięcznie na osobę. Świadczy to o priorytetowym traktowaniu tej grupy świadczeniobiorców w porównaniu z beneficjentami innych systemów (świadczeń rodzinnych, przez dłuższy okres czasu kryterium to było także wyższe, niż kryterium uprawniające do świadczeń rodzinnych rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym.) Świadczenie alimentacyjne przyznawane jest w kwocie zasądzonych alimentów, nie więcej niż 500 zł. O priorytetowym traktowaniu rodzin niepełnych w polityce rodzinnej świadczą wyniki analiz (przeprowadzone na bazie danych z lata 2011-2012; Szweida-Lewandowska 2014). Udział dochodów z tytułu świadczeń społecznych w dochodach rodzin niepełnych był znacznie wyższy, niż wśród rodzin pełnych- małodziejnych, a także - choć w mniejszym stopniu - przekraczał wysokość udziału świadczeń rodzinnych w dochodach rodzin wielodzietnych. W większym też stopniu wpływa na redukcję ubóstwa wśród rodzin niepełnych niż pozostałych. Rodziny niepełne są zatem tą kategorią rodzin, która w większym stopniu niż rodziny pozostałe jest wspomagana ze środków publicznych, które zastępują środki należne od drugiego z rodziców (więcej. Balcerzak-Paradowska red 2014 a).

Świadczenie wychowawcze jest nowym rozwiązaniem mającym na celu wsparcia rodziny w częściowym pokryciu wydatków związanych z wychowaniem dziecka¹¹³. Świadczenie to przysługuje na każde drugie i kolejne dziecko, do ukończenia przez nie 18 roku życia. Rodziny z jednym dzieckiem mogą otrzymać to świadczenie, jeśli ich dochodów w przeliczeniu na 1 członka nie przekracza 800 zł, a w przypadku rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym – 1200 zł. Wysokość świadczenie wynosi 500 zł miesięcznie. Ewentualna indeksacja ma charakter fakultatywny: Rada Ministrów może zwiększyć świadczenie biorąc pod uwagę prognozowany średnioroczny wzrost cen towarów i usług konsumpcyjnych. Z założenia świadczenie wychowawcze ma pokryć częściowe wydatki związane z wychowaniem dziecka, zwłaszcza z opieką nad nim i zaspokojeniem jego potrzeb życiowych. Faktyczne przeznaczenie dochodu uzyskanego przez rodzinę z tego tytułu pozostaje całkowicie w jej gestii, co jest traktowane jako wyraz respektowania podmiotowości rodziny. W przypadku wątpliwości co do wydatkowania świadczenia niezgodnie z jego przeznaczeniem lub marnotrawieniem ustawa dopuszcza możliwość przeprowadzenia wywiadu środowiskowego w celu wyjaśnienia wątpliwości. W przypadku potwierdzenia nieprawidłowości świadczenie może być przekazane w formie rzeczowej lub w formie opłacenia usług.

Nowy instrument polityki rodzinne w postaci pieniężnego świadczenia w relatywnie znaczącej wysokości (przypadku posiadania np. trojga dzieci będzie to 1000 zł miesięcznie, przy czworga – 1500 zł) wpłynie na zwiększenie dochodów rodzin. Stworzy szansę na dofinansowanie wydatków związanych z zaspokojeniem potrzeb dzieci. Czy faktycznie zwiększą się nakłady inwestycyjne na dzieci (co leży w interesie społecznym) czy pieniądze będą przeznaczane na zaspokojenia potrzeb całej rodziny będzie zależało od priorytetów poszczególnych rodzin. Brak jest bowiem stymulatorów skłaniających rodzinę do przeznaczania pieniędzy na cele związane z rozwojem dziecka, a więc brak gwarancji zaspokojenia potrzeb dziecka zgodnie ze społecznymi oczekiwaniami. Trudno też przewidzieć skutki dla rynku pracy, wyrażające się bądź ograniczeniem uczestnictwa części matek w rynku pracy, zwłaszcza kobiet o niskich kwalifikacjach i mających niskie wynagrodzenie, bądź reaktywizacją zawodo-

¹¹² Ustawa z dnia 7 września 2007 r. o pomocy osobom uprawnionym do alimentów (Dz. U z 2012 r. poz.1228 z póź. zm).

¹¹³ Ustawa z dnia 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci. (Dz.U. z 2015 r. poz.195).

wą tych, które nie mogły pogodzić obowiązków rodzinnych z zawodowymi, a którym świadczenie ułatwi pokrycie kosztów opieki nad dzieckiem.

Ulga prorodzinna jest rozwiązaniem polegającym na odliczeniu określonej kwoty na każde dziecko od podatku dochodowego (po odliczeniu składek na ubezpieczenie zdrowotne).

System ulg podatkowych preferuje rodziny mające więcej niż jedno dziecko, na które przysługuje ulga jeżeli łączny roczny dochód małżeństwa nie przekracza 112 tys. zł, dla samotnego rodzica -56 tys. zł. Kryterium dochodowe nie obowiązuje rodzin z dwojgiem i większą liczbą dzieci.

W 2014 roku na pierwsze i drugie dziecko można było odpisać 1112,04 zł w skali rocznej, na trzecie – 2001,74 zł a na czwarte i każde kolejne – 2558,90 zł. W 2015 r. kwoty ulg na pierwsze i drugie dziecko pozostają na tym samym poziomie co w roku 2014, na trzecie dziecko ulg uległa minimalnemu zmniejszeniu do kwoty 2000,04 zł, wzrosła na czwarte i kolejne dzieci do 2700 zł w skali rocznej.

Łącznie wysokość odpisów na dzieci wynosi (odniesieniu do 2015 r.): w przypadku dwojga dzieci - 2 224,08zł; trojga -4 224,12 zł; czworga 6 924,12 zł. w skali rocznej i wzrasta przy każdym kolejnym dziecku.

Nowością, korzystną dla rodzin o niższych dochodach jest wprowadzenie zwrotu odpisu przysługującego z tytułu ulg podatkowych na dzieci. Dotychczas obowiązywała zasada, że gdy kwota podatku była niższa od przysługującego odpisu, różnica przepadała na niekorzyść podatnika. Zmiana polega na umożliwieniu wypłacenia tej różnicy przez Urząd Skarbowy uprawnionemu.

Wprowadzenie ulgi prorodzinnej do systemu podatku dochodowego od osób fizycznych pozostawiło poza tą formą pomocy dzieci osób niepłacących tego podatku, a więc rolników i osoby utrzymujące się wyłącznie ze świadczeń o charakterze socjalnym (pomocy społecznej).

Świadczenia z pomocy społecznej są ukierunkowane na pomoc rodzinom w trudnej sytuacji. Rodzina jest tu traktowana jako całość; świadczenia są przyznawane dla rodziny, znacznie rzadziej dla poszczególnych jej członków. Częściej ma to miejsce w przypadku świadczeń rzeczowych, które mogą być w większym stopniu związane z zaspokojeniem indywidualnych potrzeb członka rodziny, także dziecka.

Pomoc społeczna, zwłaszcza realizowana poprzez świadczenia w naturze, może być związana z sytuacją, w której następuje zagrożenie realizacji praw dziecka lub gdy trudna sytuacja jest związana bezpośrednio z dzieckiem (np. z tytułu bezradności rodziców lub opiekunów sprawach opiekuńczo-wychowawczych). Pomoc w postaci pracy socjalnej, poradnictwa rodzinnego, terapii rodzinnej kierowana jest do całej rodziny jako głównego środowiska wychowawczego dziecka, ale ma przynieść poprawę sytuacji najmłodszych.

W ostatnich latach maleje liczba rodzin z dziećmi korzystających z pomocy społecznej. Większą dynamikę zmian (polegającą na spadku liczby korzystających) wykazuje grupa rodzin wielodzietnych, a znacznie mniejsze zmiany następują w grupie rodzin niepełnych (samotnych rodziców z dziećmi). Obniżenie się liczby świadczeniobiorców pomocy społecznej tylko w niewielkim stopniu można traktować jako przejaw poprawy sytuacji dochodowej rodzin; większe znaczenie ma fakt ograniczenia zakresu podmiotowego pomocy ze względu na utrzymanie od 2004 r. do 2009 r. poziomu kryterium dochodu uprawniającego do świadczeń pieniężnych.

Weryfikacja, która nastąpiła w 2009 r., podniosła dochód uprawniający do świadczeń dla osoby samotnej do 477 zł, dla osób w rodzinach do 351 zł. Były to wartości niższe niż próg interwencji socjalnej (PIS) szacowany przez IPISS dla warunków 2010 roku i wynoszący odpowiednio: dla osoby samotnej 612,37 zł, dla osoby w dwuosobowym gospodarstwie domowym – 525 zł, dla osoby w trzyosobowym gospodarstwie domowym – 456 zł. Od 1 października 2012 r. dochód uprawniający do świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej dla osoby samotnie gospodarującej wynosił 542 zł, dla osoby w rodzinie – 456 zł¹¹⁴. Kolejna zmiana nastąpiła od 1 października 2015 r.¹¹⁵; dochód uprawniający do

¹¹⁴ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 17 lipca 2012 r. w sprawie zweryfikowanych kryteriów dochodo-

świadczeń z pomocy społecznej dla osoby samotne został podniesiony do 634 zł (wzrost o 92 zł), dla osoby w rodzinie -514 zł (wzrost o 58 zł).

W zbliżonym stopniu do obniżenia się ogólnej liczby rodzin z dziećmi korzystających z pomocy społecznej obniżyła się liczba rodzin korzystających z poradnictwa specjalistycznego. Mniejszy był spadek liczby korzystających z interwencji kryzysowej i z pracy socjalnej, co można odczytywać jako symptom szerszego zakresu działań w ramach tych form pomocy.

Wspieraniu rodziny przeżywającej trudności w wypełnianiu funkcji opiekuńczo-wychowawczych służą postanowienia ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej¹¹⁶. Przewidują one pracę z rodziną i pomoc w opiece i wychowaniu dziecka poprzez m.in. rozwijanie stosownych umiejętności, pomocy w integracji i reintegracji rodziny, z aktywnym udziałem samej rodziny. Realizacji tych celów służy praca asystenta rodzinnego i placówki wsparcia dziennego.

Formą pomocy skierowaną bezpośrednio do dzieci pozbawionych częściowo lub całkowicie opieki rodzicielskiej jest **piecza zastępcza** sprawowana w formie rodzinnej (rodzina zastępcza spokrewniona, niezawodowa, zawodowa, rodzinny dom dziecka) i instytucjonalnej (placówki opiekuńczo-wychowawcze, regionalne placówki opiekuńczo-terapeutyczne, interwencyjne ośrodki preadopcyjne). Do obowiązków rodziny zastępczej należy zapewnienie dziecku warunków rozwoju i wychowania odpowiednich do stanu jego zdrowia i poziomu rozwoju. Rodziny zastępcze otrzymują wynagrodzenie oraz jest im udzielana pomoc pieniężna na częściowe pokrycie kosztów utrzymania dziecka, pomoc jednorazowa, pomoc rzeczowa. Zdecydowaną większość stanowią rodziny spokrewnione z dzieckiem. Umieszczenie dziecka w rodzinie spokrewnionej oznacza często pozostawienie go nadal w nieodpowiednim środowisku wychowawczym. Natomiast przy tworzeniu rodzin niespokrewnionych problemem jest najczęściej brak odpowiednich kandydatów.

Formą pomocy adresowaną bezpośrednio do dzieci jest **dożywianie**¹¹⁷. Skierowane jest głównie do dzieci do siódmego roku życia (w stosunku do pierwotnych założeń programu, adresowanego do uczniów szkół podstawowych zostały nim objęte także dzieci najmłodsze, co należy uznać za kierunek właściwy) i uczniów do czasu ukończenia szkoły ponadgimnazjalnej. Udzielana jest w formie posiłku, świadczenia pieniężnego na zakup posiłku lub żywności albo świadczenia rzeczowego w postaci produktów żywnościowych. Kryterium uprawniającym jest dochód na osobę, wyższy niż 150% kryterium uprawniającego do pomocy społecznej, programem mogą być objęte też dzieci, które wyrażą chęć zjedzenia posiłku, bez ustalania ich sytuacji rodzinnej.

Lokalna polityka rodzinna

Przekazanie uprawnień w zakresie prowadzenia polityki rodzinnej na szczebel lokalny miało na celu zwiększenie skuteczności i efektywności tej polityki, zgodnie z zasadą pomocniczości. Ponadto wymiar lokalny pozwala na lepsze zdiagnozowanie sytuacji rodzin i dostosowanie do nich odpowiednich rozwiązań.

Polityka rodzinna w wymiarze lokalnym jest najczęściej rozumiana jako działania wyłącznie na rzecz rodzin znajdujących się w trudnych sytuacjach, określonych w ustawie o pomocy społecznej, realizowane przy wykorzystaniu głównych instytucji i instrumentów systemu pomocy społecznej. Dominują zatem formy działań charakterystyczne dla pomocy społecznej.

Ich uzupełnieniem są gminne i powiatowe programy rozwiązywania problemów rodzin. W ramach tych działań pojawia się wątek działań na rzecz dzieci z tych rodzin. W ten nurt

wych oraz kwot świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej (Dz. U. z 2012 r., poz. 823).

¹¹⁵ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 14 lipca 2015 r. w sprawie zweryfikowanych kryteriów dochodowych oraz kwot świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1058)

¹¹⁶ Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 135, z późn. zm.).

¹¹⁷ Uchwała Nr 221 Rady Ministrów z 10 grudnia 2013 r. w sprawie ustanowienia wieloletniego programu wspierania finansowego gmin w zakresie dożywiania „Pomoc państwa w zakresie dożywiania” na lata 2014–2020 (M. P. z 2013 r. poz. 1024, z późn. zm.).

wpisują się lokalne programy rozwiązywania problemów alkoholowych, przeciwko przemocy w rodzinie i pomocy rodzinom bezradnym w sprawach opiekuńczych.

Ujawnia się również aktywność społeczności lokalnych w działaniach na rzecz rozwiązywania problemów społecznych, ukierunkowana również na dzieci, głównie ubogie czy krzywdzone. Szerszy zakres mają działania organizacji ponadlokalnych np. w zakresie organizacji opieki przedszkolnej, ale mają również szerszy zasięg – ogólnokrajowy. Przykładem tego jest inicjatywa Związku Dużych Rodzin trzy Plus wsparta przez coraz szerszy krąg samorządów terytorialnych wprowadzenia Karty Dużych Rodzin. Zapoczątkowana w odniesieniu do różnych środowisk lokalnych znalazła swoje przełożenie na skalę ogólnopolską wsparte regulacją prawną¹¹⁸. Karta uprawnia rodziny mające troje i więcej dzieci do ulg, zniżek i zwolnień z opłat za korzystanie z wybranych usług i zakupu towarów u sprzedawców, którzy włączyli się do programu. Szerszy zakres mają też działania organizacji ponadlokalnych np. w zakresie organizacji opieki przedszkolnej (np. działania Fundacji Rozwoju Dzieci im. Komeńskiego).

III. POLITYKA RODZINNA KRAJÓW UNII EUROPEJSKIEJ. WYBRANE PROBLEMY

W dyskusjach nad aktualnym kontekstem społecznych celów UE można zidentyfikować kluczowe cele bezpośredniej polityki rodzinnej, wśród których na pierwszym miejscu wymienia się dobrostan dzieci (*child wellbeing*), a ponadto równość płci i godzenie pracy z życiem zawodowym, dostrzegając ich wzajemne związki¹¹⁹.

Pierwszy cel polityki rodzinnej UE – dobrostan dzieci – ogniskuje się na dziecku jako członku rodziny i oznacza dążenie do tego, aby dzieci mogły rozwijać swój potencjał, co pozwoli im na większy udział w życiu społecznym i gospodarczym w przyszłości. Ważnym celem jest więc redukcja ubóstwa dzieci (wyższego niż w przypadku dorosłej populacji). Zwraca się też uwagę na ochronę zdrowia dzieci, poprawę dostępu do edukacji, w tym na redukcję zjawiska wypadania dzieci z systemu szkolnego.

Obecnie zwraca się coraz większą uwagę na zjawisko niskiej płodności jakkolwiek tylko w niewielu krajach bezpośrednim, wyartykułowanym celem oficjalnej polityki rodzinnej jest oddziaływanie na podniesienie dzietności. Może to wynikać ze świadomości, że bezpośrednie transfery pieniężne – podstawowy instrument polityki rodzinnej – mają na to niewielki wpływ¹²⁰. Stosuje się więc działania, które tworzą warunki do realizacji planów prokreacyjnych niż stymulują zwiększenie dzietności¹²¹. Dziecko staje się zatem głównym celem polityk rodzinnych, jakkolwiek sposób postrzegania tego celu i jego realizacja są zróżnicowane. Na przykład polityki krajów frankofońskich (Francja, Belgia) mają charakter polityk ukierunkowanych bezpośrednio na dzieci i ich dobrostan jak również na działania pronatalistyczne. Z kolei w krajach skandynawskich polityki rodzinne są oparte na idei indywidualizacji praw obywatelskich, w tym indywidualnych praw dziecka. W Niemczech, Austrii i częściowo w Holandii polityki rodzinne mają na celu w większym stopniu wsparcie rodziny tradycyjnej: z dziećmi i z jednym żywicielem, przy czym – przy dominacji ubezpieczeniowego charakteru systemu zabezpieczania społecznego – prawa dziecka do uczestnictwa w tym systemie mają charakter pochodny od praw ubezpieczonych rodziców. Polityka społeczna i rodzinna Wiel-

¹¹⁸ Ustawa z dnia 5 grudnia 2014r. o Karcie Dużych Rodzin (Dz.Ust. poz.1863)

¹¹⁹ Promowanie dobrostanu wszystkich rodzin oraz równości kobiet i mężczyzn we wszystkich aspektach i inicjatywach przewodnich strategii *Europa 2020* podkreśla się w dokumencie Rady UE dotyczącym godzenia pracy z życiem rodzinnym w kontekście zmian demograficznych. Por. *Projekt konkluzji Rady*, Rada Unii Europejskiej, Bruksela 26 maja 2011 r., 10324/11 (<http://register.consilium.europa.eu/pdf/pl/11/st10/st.10324.pl11.pdf> – dostęp w dniu 4 stycznia 2012 r.). Por. Komunikat Komisji *EUROPA 2020. Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu* (http://ec.europa.eu/eu2020/pdf/1_PL_ACT_part1_v1.pdf – data dostępu: 04.01.2012 r.).

¹²⁰ Jak wykazały analizy Anne H. Gauthier wzrost wartości świadczeń rodzinnych o 25% pociąga za sobą wzrost dzietności o 0,07 dziecka w przeliczeniu na jedną kobietę. Cytowana autorka zwraca też uwagę na to, że ważniejsze od wsparcia materialnego jest dostępność publicznych usług opiekuńczych oraz całość systemu wspierania rodziny, a zatem nie tylko wysokość poszczególnych świadczeń, ale ich powszechność, jakoś itp. (Gautier 2005:106).

¹²¹ Por. Lohmann, Frauke i in. (2009).

kiej Brytanii i Irlandii została ukierunkowana w ostatnim okresie na walkę z ubóstwem, głównie dzieci.

W politykach rodzinnych krajów południowej Europy dominuje zasada solidarności rodzinnej; dziecko jest postrzegane przez pryzmat rodziny – jej odpowiedzialności za jego wychowanie.

To co charakterystyczne dla większości polityk rodzinnych krajów UE to dostrzeganie związku między pracą, dietnością i sytuacją dzieci oraz realizacją zasady równości płci. Wyraża się to w rozwoju rozwiązań mających na celu godzenie sfery zawodowej z rodzicielską. Występuje tendencja do wydłużania urlopu macierzyńskiego, ale z wyraźnym wydzieleniem części przysługującej ojcu.

Następuje uelastycznienie okresu korzystania z urlopu rodzicielskiego (nawet do czasu ukończenia przez dziecko 8 lat), polegające na możliwości swobodnego jego podziału między rodziców dziecka i możliwość dzielenia go na części. Wysokość świadczeń wypłacanych w tym czasie jest uzależniona od dochodu rodziny lub zarobków korzystającego z urlopu. Istnieje też możliwość łączenia urlopu z pracą w niepełnym wymiarze czasu pracy. Natomiast świadczenie związane z urodzeniem dziecka najczęściej ma na celu wspieranie rodzin o niskich dochodach i wiąże się z warunkiem korzystania z przedporodowej opieki medycznej.

Podstawowym instrumentem polityk rodzinnych ukierunkowanych na wspieranie rodzin w ponoszeniu kosztów wychowania i rozwoju młodego pokolenia, traktowanych jako inwestycja w młodą generację, są świadczenia pieniężne. Zasady ich przyznawania są zróżnicowane, ale obecnie dominuje uniwersalność podstawowego systemu, jakim są zasiłki rodzinne. Oznacza to, że przysługują one rodzinom mającym na utrzymaniu dzieci, bez dodatkowych kryteriów dochodowych. Jednocześnie rozszerza się zakres stosowania specjalnych dodatków, wypłacanych rodzinom w trudnej sytuacji: wielodzietnym, niepełnym biologicznie, o niskich dochodach, z dziećmi niepełnosprawnymi.

Świadczenia pieniężne przyznawane są na dzieci, które spełniają kryterium wieku; najczęściej jest to wiek w granicach formalnej pełnoletniości. Dodatkowo uwzględnia się kryterium pozostawania dziecka w systemie nauki oraz fakt niepełnosprawności dziecka, co odczytywane jest również jako sytuacje obciążające rodziny utrzymaniem dzieci. Dominuje zasada zróżnicowania wysokości zasiłków rodzinnych zależnie od liczby dzieci w rodzinie. Oznacza to preferencje dla rodzin wielodzietnych.

Instrumentem polityki rodzinnej o charakterze redystrybucyjnym są elementy prorodzinne w systemie podatku od dochodów osobistych. Nie mają one jednak charakteru powszechnego, a występują głównie w systemach opartych na zasadzie familiaryzmu (model konserwatywny, południowoeuropejski). Uwzględnianie sytuacji rodzinnej podatnika przybiera różne formy, występujące oddzielnie lub równocześnie. Jest to np. możliwość wspólnego rozliczenia małżonków, podwyższenie kwoty wolnej od podatku zależnie od sytuacji rodzinnej, preferujące przede wszystkim rodziny o niższych dochodach, bezpośrednie ulgi podatkowe na dzieci, odpisy wydatków na cele edukacyjne, związane z wychowaniem dzieci. Najkorzystniejszym systemem jest iloraz rodzinny, uwzględniający liczebność i skład rodziny (Francja).

We wszystkich analizowanych krajach w większym lub mniejszym stopniu następuje rozwój rozwiązań mających na celu stworzenie możliwości zapewnienia opieki małym dzieciom. Podyktowane jest to dynamiką aktywizacji zawodowej kobiet, ale w jeszcze większym stopniu traktowaniem instytucjonalnych usług opiekuńczych jako elementu systemu oświaty. Działania idą w dwóch kierunkach: wspieranie opieki sprawowanej wewnątrzrodzinnej, głównie poprzez rozwiązania pozwalające godzić obowiązki zawodowe matki i ojca z obowiązkami rodzinnymi oraz wspieranie rozwoju placówek opiekuńczych. W krajach o aktywnej polityce rodzinnej (np. Francja, Irlandia) rozwój obu kierunków działań występuje równolegle.

Wyraźnie różnicuje rozwiązania na rzecz godzenia obowiązków zawodowych z rodzinnymi w poszczególnych państwach (i modelach *welfare state*) stopień zaangażowania pracodawców w działania w powyższym zakresie. Najbardziej rozpowszechniony jest w krajach modelu liberalnego (szczególnie w Wielkiej Brytanii), ale praktyka taka rozszerza się też w innych

krajach. Najczęściej stosowane rozwiązania to: organizacja zakładowych żłobków i przedszkoli, zakładowe świadczenia na rzecz pokrycia kosztów opieki nad dziećmi (zarówno w placówce, jak i sprawowanej przez opiekunki), różnego rodzaju urlopy i zwolnienia na czas opieki nad dzieckiem (ale także innymi niesamodzielnymi członkami rodziny).

Realizacja celu polityki rodzinnej, jakim jest wspieranie rodziny w zapewnieniu dziecku dobrych warunków rozwoju (*child wellbeing*), następuje poprzez stosowanie świadczeń społecznych i ulg podatkowych. Dąży się w różnym stopniu do rozwoju usług społecznych, głównie o charakterze opiekuńczo-edukacyjnym. Pełnią one bowiem funkcje prorozwojową i egalitaryzującą w odniesieniu do dzieci.

IV. REKOMENDACJE KIERUNKOWE

PRIORYTET I.1. Poprawa warunków powstawania i funkcjonowania rodzin oraz problemy rozrodczości (działania na rzecz powstawania, rozwoju i funkcjonowania rodzin)

I.1.1. Umacnianie wartości rodziny i dziecka w świadomości społeczeństwa – zwłaszcza wśród młodego pokolenia

- Przygotowanie młodego pokolenia do życia w rodzinie, między innymi przez rozwój edukacji „prorodzinnej” i wzmocnienie rangi i poziomu nauczania w szkołach przedmiotu przygotowującego młode pokolenie do małżeństwa i życia w rodzinie.
- Wspieranie i nagłaśnianie inicjatyw lokalnych (środowiskowych) związanych z podkreśleniem znaczenia rodziny dla jednostki i społeczeństwa lokalnego, z akcentowaniem znaczenia więzi rodzinnych, w tym międzygeneracyjnych.
- Rozwój poradnictwa rodzinnego, w tym wzmocnienia instytucji oraz popularyzacji idei mediacji w sprawach rodzinnych (rozwodowych).

I.1.2. Promowanie równouprawnienia płci i równości społecznej oraz dążenie do zapewnienie warunków swobodnego wyboru podziału ról kobiet i mężczyzn w rodzinie¹²²

- Promowanie partnerskiego modelu rodziny: zmiany w zasadach korzystania ze świadczeń i rozwiązań mających na celu godzenie obowiązków zawodowych z rodzinnymi w kierunku zwiększania zakresu uprawnień mężczyzn – opiekunów;
- Wzmocnienie pozycji kobiet i mężczyzn wychowujących dzieci i/lub obciążonych opieką nad niesamodzielnymi członkami rodziny jako pracowników poprzez szkolenia i akcje promujące równościowe (antydiskryminacyjne) zasady prawa oraz wzmocnienie prawnej ochrony pracujących rodziców przez poprawę w zakresie przestrzegania prawa.
- Wzmocnienie pozycji (prestżu w społeczeństwie, zwłaszcza wśród młodego pokolenia) rodziców niepracujących zawodowo, podkreślenie wartości nieopłacanej pracy w gospodarstwie domowym i rodzinnej opieki nad niesamodzielnymi członkami rodziny.

I.1.3. Tworzenie warunków sprzyjających samodzielności ekonomicznej młodego pokolenia i uzyskaniu ekonomicznej samodzielności rodzin

Do realizacji tego celu potrzebne są działania z różnych obszarów.

I.1.3.1. W sferze edukacji

- Zwiększenie dostępu do edukacji na wszystkich szczeblach zgodnie z zasadą wyrównywania szans.
- Rozwój doradztwa zawodowego od poziomu gimnazjum.
- Promocja kształcenia w kierunkach technicznych i w „zawodach przyszłości”, zgodnie ze zmieniającymi się wymaganiami rozwoju gospodarki opartej na wiedzy, dającymi większe szanse na znalezienie pracy.
- Rozwój systemu wsparcia dla młodzieży zdolnej (stypendia naukowe, staże zawodowe)

¹²² Zgodnie z wytycznymi dotyczącymi realizacji zadań określonych w Komunikacie Komisji z dnia 3 marca 2010 r. zatytułowanym *Europa 2020: Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu (COM(2010) 2020)* swobodny wybór podziału ról w rodzinie stanowi element – między innymi – działań na rzecz wzrostu zatrudnienia, ograniczania ubóstwa, ukierunkowanych na dążenie do zapewnienia spójności społecznej i walkę z wykluczeniem społecznym, ale też instrument istotny w warunkach starzenia się społeczeństw i realizacji zasady solidarności międzygeneracyjnej. Wytyczne w tej sprawie zapisano między innymi w: Council Decision 2010/707/EU of 21 October 2010 *on guidelines for the employment policies of the Member States* (Official Journal L of 24.11.2010).

I.1.3.2. W sferze zatrudnienia

- Ulgi podatkowe dla pracodawców inwestujących w kształcenie i szkolenia młodych pracowników, pozwalających im dostosować się do wymagań pracodawców.
- Ulgi podatkowe dla pracodawców-fundatorów stypendiów dla pracowników kontynuujących naukę, zdobywających nowe kwalifikacje oraz szkolących się; popularyzacja i nagradzanie takich działań .
- Wzmacnianie szans zatrudnienia i utrzymania się na rynku pracy młodych pracowników (m.in. zarządzania różnorodnością, zatrudnienia przyjaznego rodzinie, równowagi pracy) – szkolenia, promowanie liderów takich działań wśród pracodawców.
- Tworzenie warunków sprzyjających stabilizacji zatrudnienia dla osób młodych; ograniczanie skali zatrudnienia w oparciu o umowy cywilnoprawne i na czas określony; poszerzenie zakresu uprawnień, które przysługują pracownikom zatrudnionym w oparciu o umowę o pracę na osoby zatrudnione na podstawie umów cywilno-prawnych.

I.1.3.3. W sferze rozwoju przedsiębiorczości

- Rozwój na poziomie lokalnym sieci instytucji poradnictwa organizacyjno-prawnego; rozwój szkoleń i finansowego wsparcia dla zainteresowanych założeniem własnej firmy.
- Podniesienie jakości nauki podstaw przedsiębiorczości w szkołach średnich i wyższych; weryfikacja zakresu programowego przedmiotu, poziomu nauczania, przygotowania merytorycznego nauczycieli tego przedmiotu – cykliczna aktualizacja treści i form nauczania.
- Kontynuacja prac nad ułatwieniami organizacyjnymi dotyczącymi zakładania własnej firmy (monitorowanie mechanizmów „jednego okienka”).

I.1.3.4. W sferze polityki mieszkaniowej

Ułatwianie uzyskania samodzielnego mieszkania i dostosowania warunków mieszkaniowych do faz rozwoju rodziny, poprzez kontynuację działań:

- Wsparcie młodych osób do 35. roku życia, w formie dofinansowania wkładu własnego przy zaciąganiu kredytu na lokale mieszkalne i domy jednorodzinne (o określonym standardzie cenowym i powierzchniowym); wysokość wsparcia uzależniona od posiadania dzieci, dodatkowe wsparcie (w formie spłaty części kredytu) będzie udzielane beneficjentom, którym w ciągu 5 lat od nabycia mieszkania urodzi się trzecie lub kolejne dziecko (przyjęte na wychowanie)¹²³;
- Kontynuacja programu wspierania społecznego budownictwa czynszowego, realizowanego przez towarzystwa budownictwa społecznego i spółdzielnie mieszkaniowe oraz partnerstwa publiczno-prywatne; Rozwijanie na szczeblu lokalnym różnych form budownictwa mieszkaniowego, uwzględniających zróżnicowane możliwości finansowe rodzin;
- Prowadzenie na poziomie lokalnym (miasta, gminy, powiatu) bazy lokali do zamiany (zarówno lokali komunalnych, socjalnych, jak i spółdzielczych i własnościowych);
- Stabilizacja ogólnych zasad nabywania na własność mieszkań przez najemców; ujednolicenie przepisów prawnych w tym zakresie;
- Badanie warunków i potrzeb mieszkaniowych oraz możliwości finansowych rodzin w tym zakresie na poziomie lokalnym;
- Weryfikacja i monitorowanie zasad systemu hamowania dekapitalizacji zasobów mieszkaniowych.

¹²³ Ustawa o pomocy państwa w nabyciu pierwszego mieszkania przez ludzi młodych (Dz. U. z 2013 r. poz.1304 i 1608) umożliwia ubieganie się o wymienione formy wsparcia w latach 2014–2018.

I.1.4. Ułatwienia w zakresie godzenia ról zawodowych z opieką nad niesamodzielnymi członkami rodziny¹²⁴

– **Monitorowanie wydłużania urlopów macierzyńskich, ojcowskich i rodzicielskich pod kątem skuteczności w ułatwianiu decyzji o posiadaniu dzieci, wpływu wydłużenia urlopów na sytuacje zawodową kobiet – matek/mężczyzn – ojców i ich konsekwencji ekonomicznych.**

- Zróżnicowanie długości urlopu rodzicielskiego zależnie od liczby dzieci pod opieką;
- I etap – wydłużenie urlopu przy urodzeniu drugiego dziecka;
- II etap – wydłużenie urlopu przy urodzeniu trzeciego i kolejnych dzieci.
- Weryfikacja zasad korzystania z urlopów wychowawczych w celu zapewnienia większej swobody w korzystaniu z tego uprawnienia bez zagrożenia dla poziomu życia rodziny i pozycji rodziców na rynku pracy (częściowa rekompensata utraconych na skutek okresowej dezaktywizacji zarobków);
- Uelastycznienie zasad korzystania z urlopu wychowawczego ; stopniowe podwyższanie wieku dziecka jako uprawniającego do korzystania z urlopu wychowawczego (obecnie do ukończenia 5 lat) z zachowaniem dotychczasowego wymiaru urlopu (36 miesięcy);
- Rozwój różnych form pozarodzielskiej opieki nad małym dzieckiem oraz promowanie możliwości tworzenia międzyzakładowych żłobków i przedszkoli;
- Rozwój zatrudnienia przyjaznego rodzinie; popularyzacja idei, promocja dobrych praktyk przez instytucje publiczne, nagradzanie pracodawców; upowszechnianie wśród pracodawców możliwości zawieszenia odpisów na zakładowy fundusz socjalny w celu tworzenie żłobków i przedszkoli przyzakładowych; wprowadzenie ulgi podatkowej dla pracodawców dofinansowujących opiekę w żłobkach i przedszkolach dla dzieci swoich pracowników.
- Wprowadzenie dodatku do zasiłku rodzinnego na pokrycie opłat za opiekę instytucjonalną nad dziećmi w żłobkach i przedszkolach (dla rodzin o dochodach na poziomie uprawniającym do świadczeń rodzinnych).

PRIORYTET I.2. Tworzenie warunków sprzyjających rozwojowi młodego pokolenia w rodzinie jako czynnik poprawy jakości kapitału ludzkiego.

WSPIERANIE RODZINY W PONOSZENIU KOSZTÓW UTRZYMANIA I WYCHOWANIA DZIECI

I.2.1. Wzmocnienie znaczenia dochodów z pracy jako głównej podstawy egzystencji rodzin

- ustalanie poziomu płacy minimalnej i systematycznego (cyklicznego) podnoszenia jego wysokości, jako punktu odniesienia systemu wynagrodzeń.
- podjęcie działań na rzecz realizacji prawa do godziwego wynagrodzenia (płacy godziwej, płacy rodzinnej) z uwzględnieniem sytuacji społeczno-gospodarczej kraju, potrzeb pracowników i ich rodzin, kosztów utrzymania, ogólnego poziomu płac, wydajności pracy itp.: określenie kryteriów, według których będzie ustalana płaca godziwa (rodzinna) i mierników jej oceny.

¹²⁴ Zgodnie z notą Rady UE dotyczącej *Godzenia pracy z życiem rodzinnym w kontekście zmian demograficznych – Projekt konkluzji Rady*, Rada Unii Europejskiej, Bruksela 26 maja 2011 r. 10324/11 (<http://register.consilium.europa.eu/pdf/pl/11/st10/st.10324.pl11.pdf> – data dostępu: 04.01.2012 r.) należy promować elastyczne systemy pracy i różne formy urlopów zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn; zwiększać podaż odpowiednich, przystępnych cenowo i wysokiej jakości usług opieki nad dziećmi poniżej wieku, w którym zaczyna się obowiązek szkolny, a także zapewniać większe możliwości opieki nad innymi finansowo niesamodzielnymi członkami rodziny oraz zachęcać pracodawców do oferowania swoim pracownikom usług opieki nad dziećmi.

I.2.2. Wzmocnienie dochodowego znaczenia świadczeń rodzinnych

- utrzymanie sposobu określania kryterium uprawniającego do świadczeń rodzinnych w oparciu o konstrukcję koszyka dóbr i usług niezbędnych do zaspokojenia potrzeb rodzin jako całości, ale przede wszystkim podstawowych i rozwojowych potrzeb dzieci w różnych grupach wielu i wychowywanych w różnych typach rodzin.
- cykliczna weryfikacja kryterium uwzględniająca zmianę i rozwój potrzeb dzieci, których zaspokojenie jest uznawane za niezbędne ze społecznego punktu widzenia.
- przyjęcie zasady, że wysokość dodatków do zasiłku rodzinnego, związanych z określonymi sytuacjami rodzinnymi stanowić będzie określony procent kosztów ponoszonych w określonej sytuacji (np. wysokość dodatku z tytułu urodzenia dziecka – w relacji do kosztu wyprawki dla dziecka; wysokość dodatku z tytułu rozpoczęcia roku szkolnego – w relacji do kosztu wyprawki szkolnej zróżnicowanej wg wieku itp.).
- utrzymanie zasady „złotówka za złotówkę” – pozwalającej zachować prawo do świadczeń rodzinnych w pomniejszonej skali, proporcjonalnie do wysokości przekroczenia progu dochodu uprawniającego do świadczeń.

I.2.3. Wzmocnienie preferencji dla niektórych typów rodzin w systemie świadczeń rodzinnych

przywrócenia preferencji dla rodzin wielodzietnych w innych instrumentach polityki rodzinnej (dłuższy okres urlopu wychowawczego, liczba dni zwolnienia opiekuńczego proporcjonalna do liczby dzieci itp.),

- poprawa ściągalności zobowiązań alimentacyjnych drogą zintensyfikowanych działań egzekucyjnych ze strony komorników w stosunku do dłużnika,
- weryfikacji efektywności świadczeń rodzinnych dla rodzin niepełnych (osób samotnie wychowujących dzieci) w kontekście formalnego i faktycznego statusu tych rodzin.

I.2.4. Monitorowanie i weryfikacja zasad przyznawania świadczenia wychowawczego

monitorowanie skuteczności świadczenia wychowawczego pod kątem wpływu na zaspokojenie potrzeb dzieci;

monitorowanie skuteczności świadczenia wychowawczego pod kątem wpływu na decyzje prokreacyjne i poprawy dietności;

weryfikacja zasad przyznawania świadczenia wychowawczego; wprowadzenie obligatoryjnej zasady indeksacji wysokości świadczenia i progów dochodowych uprawniających do świadczeń rodziny z jednym dzieckiem i dzieckiem niepełnosprawnym;

zróżnicowanie wysokości świadczenia wychowawczego dla dziecka niepełnosprawnego zależnie od rodzaju i stopnia niepełnosprawności.

I.2.5. Rozwój przezorności rodzin w celu zabezpieczenia dzieci

tworzenie zachęt do wzmacniania przezorności rodziców w celu zabezpieczenia niespodziewanych wydatków lub wspomagających „start” młodzieży: fundusze oszczędnościowe dla dzieci na zasadach preferencyjnych wspomagane/uzupełniane dotacją ze środków publicznych; kwoty „odkładane” na specjalnych kontach / funduszach wolne od podatku (forma docelowego „zagospodarowania” świadczenia wychowawczego).

I.2.6. Wycena kosztów utrzymania i wychowania dzieci z uwzględnieniem kosztów pracy domowej

przeprowadzanie systematycznej wyceny „pracy domowej”, jako punktu wyjścia do określenia bezpośrednich i pośrednich kosztów rodzicielstwa i rozłożenia proporcji między udziałem rodziny i społeczeństwa w kosztach wychowania młodego pokolenia i jako podstawy określania wysokości świadczeń, ulg podatkowych, rekompensaty za bezpośrednią pracę na rzecz rodziny (świadczenie, opłata składek emerytalnych).

I.2.7. Rozwój usług społecznych dla dzieci i młodzieży sprzyjających rozwojowi młodej generacji

I.2.7.1. Rozwój usług przedszkolnych¹²⁵

Kontynuacja w zakresie:

- rozwoju sieci placówek wychowania przedszkolnego i udostępnienie różnych form wychowania przedszkolnego dla dzieci w wieku przedszkolnym, ich właściwe rozmieszczenie (tereny wiejskie), wyposażenie, zapewnienie wykwalifikowanej kadry;
- wsparcia rodziców w rozwiązywaniu problemów wychowawczych i dydaktycznych oraz rozwijanie ich umiejętności wychowawczych w celu wspomagania rozwoju dzieci i młodzieży;
- zapewnienia pomocy psychologiczno-pedagogicznej i specjalistycznej mającej na celu wspieranie rozwoju i edukacji dzieci, wyrównywanie opóźnień i dysfunkcji rozwojowych oraz terapie zaburzeń;
- nowe inwestycje realizowane w oparciu o środki przyznawane na zasadach preferencyjnych; tworzenie zachęt dla inwestorów (w tym przedsiębiorców.);
- poprawa warunków rozwoju przedszkoli niepublicznych (tworzenie zachęt sprzyjających ich powstawaniu),
- wykorzystanie istniejącego potencjału np. obiektów szkolnych, innych placówek itp. (np. przewidzianych do likwidacji).
- dotacje celowe dla gmin na zwiększenie liczby miejsc i poprawę warunków wychowania przedszkolnego;
- ograniczenie wysokości opłat pobieranych od rodziców za świadczenia przedszkolne.

I.2.7.2. Podnoszenie jakości usług edukacyjnych w systemie szkolnym

–zwiększenie dostępności dzieci i młodzieży do zajęć z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej, w szczególności napotykających trudności w nauce, oraz podnoszenie jakości udzielanej pomocy.

–objęcie opieką pozalekcyjną dzieci w szkołach podstawowych i gimnazjach, zwłaszcza dzieci dojeżdżających spoza miejsca zamieszkania; wzbogacenie oferty zajęć uwzględniających potrzeby rozwojowe i zainteresowania dzieci i młodzieży.

–rozwijanie współpracy psychologów, pedagogów, lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie opieki i wychowania dzieci i młodzieży, pomocy psychologiczno-pedagogicznej w przedszkolach, szkołach i placówkach w zakresie rozwiązywania problemów dydaktyczno-wychowawczych dzieci i młodzieży;

–działania na rzecz wyrównywania szans edukacyjnych dzieci poprzez specjalne programy rozwojowe.

I.2.7.3. Zwiększenie socjalnej funkcji szkoły

Rozwój i poprawa jakości usług świadczonych przez świetlice szkolne.

–rozwijanie sportu wśród dzieci i młodzieży; szkolenie sportowe młodzieży uzdolnionej, rozwijanie sportu dzieci (osób niepełnosprawnych).

–zapewnienie właściwego zaplecza infrastrukturalnego poprzez rozbudowę i remonty obiektów sportowych, w tym szczególnie przeznaczonych dla dzieci i młodzieży.

¹²⁵ Na konieczność kierowania wydatków publicznych na potrzeby najmłodszych i na pomoc rodzinom wielodzietnym, zwłaszcza w systemie pomocy w zakresie opieki nad dziećmi, zwraca się uwagę w Rezolucji Parlamentu Europejskiego w sprawie demograficznej przyszłości Europy.

Kontynuowanie programu żywienia dzieci w postaci ciepłych posiłków i drugiego śniadania w każdej szkole i przedszkolach;

- opracowanie i wprowadzenie systemu rozpoznania (monitorowania) trudnej sytuacji (rodzinnej, bytowej) uczniów przez szkoły.
- poprawa stanu bezpieczeństwa w szkołach i placówkach oświaty przez:

I.2.7.4. Rozwój usług społecznych sprzyjających poprawie zdrowia dzieci i młodzieży

- Poprawa jakości usług pielęgniarskich w szkole;
- Objęcie grupową profilaktyką próchnicy zębów w szkołach podstawowych i gimnazjach, zwłaszcza na terenach wiejskich;
- Edukacja żywieniowa uczniów i rodziców w ramach edukacji zdrowotnej;
- Zapewnienie w pełni powszechnych szczepień ochronnych.
- Rozwijanie poradnictwa psychologiczno-pedagogicznego w zakresie wspierania dzieci z zaburzeniami rozwoju, wadami i chorobami przewlekłymi;
- Promocja wśród dzieci i młodzieży oraz rodziców aktywnych form spędzania czasu wolnego;
- Zapewnienie stałego wzrostu środków budżetowych (państwa i jednostek samorządu terytorialnego) na realizację programów zdrowotnych z zakresu promocji i ochrony zdrowia mieszkańców poszczególnych regionów, przede wszystkim dzieci i młodzieży.

I.2.8. Stworzenie systemu pozwalającego na zapewnienie dostępu dzieci i młodzieży do usług społecznych na zasadzie równych szans

- Zmniejszanie nierówności w stopniu upowszechnienia edukacji przedszkolnej, poprzez projekty konkursowe dotyczące:
 - tworzenia przedszkoli (i innych form wychowania przedszkolnego) na obszarach wiejskich i w małych ośrodkach miejskich,
 - wydłużenie godzin pracy placówek, uruchomienie dodatkowych oddziałów, zatrudnienie dodatkowego personelu itp.
- Rozwój infrastruktury społecznej, przede wszystkim na wsi i w małych miastach;
- Rozbudowa i modernizacja obiektów sportowych, zwłaszcza przyszkolnych w środowiskach wiejskich, małych miejscowości, środowiskach strukturalnie zaniedbanych.
- Stworzenie systemu zapewnienia większego dostępu dzieci i młodzieży ze wsi i z małych miast oraz z rodzin z problemami do zajęć pozalekcyjnych;
- Zapewnienie większego dostępu młodzieży z ubogich rodzin oraz ze wsi i małych miast do szkolnictwa średniego i wyższego poprzez:
 - większe wsparcie w formie stypendiów (bonów na podręczniki, wyżywienie, transport itp.) dla dzieci i młodzieży,
 - zróżnicowanie wysokości ulg za bilety szkolne – większe ulgi dla dojeżdżających z dalszych odległości oraz z rodzin ubogich.

I.2.9. Włączenie rodziców do współpracy z instytucjami zaangażowanymi w proces wychowania i edukacji dzieci i młodzieży

Rozszerzenie aktywności samych rodziców przez bezpośrednie uczestnictwo w różnych przedsięwzięciach w placówkach usług społecznych dla dzieci.

Upowszechnianie wśród rodziców informacji o możliwościach wsparcia dzieci i młodzieży, rodziców i nauczycieli w placówkach systemu oświaty oraz rozwijanie oferty pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

PRIORYTET I.3. Zapobieganie wykluczeniu i marginalizacji. Integracja społeczna.

Pomoc rodzinom w trudnych sytuacjach: ubogim, wielodzietnym, niepełnym, z osobą niepełnosprawną, dotkniętym dysfunkcją lub patologią

I.3.1. Aktywizacja i reaktywizacja zawodowa

- Rozwój aktywizujących form w ramach pomocy społecznej.
- Promowanie i wspieranie (organizacyjne, finansowe) samopomocowych działań w środowisku lokalnym:
 - upowszechnianie dobrych praktyk w tym zakresie,
 - promowanie pozytywnych przykładów samozaradności.
- Wzmocnienie roli i zakresu oddziaływania PCPR jako centrum koordynacji działań różnych podmiotów na rzecz rozwiązywania problemów rodzin na danym terenie:
 - inicjowanie i koordynacja współpracy lokalnych podmiotów działających na rzecz rodzin,
 - edukacja społeczna,
 - tworzenie lokalnych systemów informacji o sytuacji i potrzebach rodzin (poziom gminy, powiatu).

I.3.2. Dostęp do usług opieki nad dzieckiem

Zwiększanie dostępności do usług społecznych, w tym zwłaszcza usług opieki nad dzieckiem, usług edukacyjnych dla dzieci i młodzieży (np. bony na zakup usług, zależnie od sytuacji dochodowej rodziny);

Zapewnienie wysokiej jakości usług społecznych.

I.3.3. Poradnictwo rodzinne, psychologiczne

Rozwój poradnictwa opartego na profesjonalnej kadrze, zwłaszcza służb społecznych pracujących z rodzinami, obok pracy socjalnej i asystenckiej; poszerzanie działań informacyjnych i promocyjnych.

I.3.4. Stworzenie możliwości poprawy warunków mieszkaniowych

Rozwój społecznego budownictwa czynszowego, realizowanego ze wsparciem państwa i samorządów przez towarzystwa budownictwa społecznego i spółdzielnie mieszkaniowe.

I.3.5. Tworzenie warunków na rzecz rozwoju dzieci i młodzieży na zasadzie równości szans

rozwój infrastruktury społecznej, w tym edukacji przedszkolnej i świetlic szkolnych, przede wszystkim w małych miastach i na wsi;

zwiększenie dostępu dzieci i młodzieży ze wsi i z małych miast do zajęć pozalekcyjnych, rozwijających umiejętności, talenty, ale i organizujących czas wolny.

wspieranie ubogiej młodzieży ubogą ze środowisk wiejskich, popegeerowskich, i małomiasteczkowych, w formie stypendiów zasiłków, zakupu wyposażenia do szkoły (np. program „wyprawka szkolna”, wojewódzkie programy pomocy stypendialnej, działań własnych samorządów terytorialnych).

I.3.6. Wspieranie rodzin wielodzietnych

I.3.6.1. Ograniczanie ubóstwa i zapobieganie marginalizacji rodzin wielodzietnych, jako warunek zapewnienia rozwoju młodego pokolenia

Tworzeniu warunków sprzyjających zwiększeniu szans pozostania i powrotu na rynek pracy rodzicom wielodzietnym poprzez:

- rozwijanie systemu szkoleń i różnych form kształcenia stwarzających szanse na podniesienie kwalifikacji zawodowych,
- rozwijanie systemu szkoleń zawodowych dla osób pragnących powrócić lub wejść po raz pierwszy na rynek pracy po okresie dezaktywizacji spowodowanej pełnieniem obowiązków opiekuńczych wobec dzieci,
- wzmocnienie roli kontraktu socjalnego w działaniach służb pomocy społecznej na rzecz rodzin wielodzietnych objętych długotrwałym wsparciem tych instytucji,
- subsydiowanie przez samorząd i państwo pracy społecznie użytecznej dla rodziców mających na utrzymaniu większą liczbę dzieci,
- pobudzanie przez władze samorządowe samoorganizacji rodziców rodzin wielodzietnych w formie podejmowania inicjatywy tworzenia i prowadzenia spółdzielni socjalnych.

Tworzenie warunków sprzyjających integracji społecznej poprzez:

–zwiększenie dostępu do usług społecznych; rozwój usług społecznych, w tym sieci placówek opieki nad małymi dziećmi (żłobki, przedszkola, świetlice) i dostosowanie zasad odpłatności za te usługi do możliwości finansowych ubogich rodzin wielodzietnych;

–zapewnienia uczniom dostępu do bezpłatnych podręczników oraz materiałów edukacyjnych;

–rozwój różnych form samopomocy, w tym poprzez udział w działaniach istniejących organizacji pozarządowych oraz tworzenie nowych własnych w celu rozwiązywania wspólnych problemów.

–zwiększanie nakładów na stypendia socjalne dla dzieci i młodzieży uczących się, pochodzących z ubogich rodzin wielodzietnych,

–spopularyzować i upowszechnianie inicjatyw samorządowe polegających na tworzeniu lokalnych preferencji dla rodzin wielodzietnych,

–upowszechnianie Ogólnopolskiej Kartę Dużej Rodziny.

I.3.7. Zapewnienie warunków dla prawidłowego realizowania funkcji ekonomicznej, opiekuńczej, wychowawczej i emocjonalnej rodziny niepełnej z dziećmi na utrzymaniu

I.3.7.1. Wsparcie rodzin niepełnych w wypełnianiu funkcji opiekuńczo-wychowawczej

Zapewnienie rodzicowi pracującemu uprzywilejowanego dostępu do usług opieki nad małymi dziećmi, w celu ułatwienia godzenia obowiązków zawodowych i rodzinnych.

Rozwój różnych form samoorganizacji i samopomocy dla rodziców samotnie wychowujących dzieci, zwłaszcza w formie organizacji pozarządowych.

Rozwój różnych form pomocy psychologicznej i poradnictwa zdrowotnego (w okresie ciąży, porodu, połogu, opieki nad noworodkiem i małym dzieckiem).

I.3.8. Pomoc rodzinom z osobą niepełnosprawną i zapobieganie ich wykluczeniu społecznemu

I.3.8.1. Zwiększenie dostępu do usług opiekuńczych

- rozwój różnych form opieki nad dzieckiem niepełnosprawnym, zwłaszcza na terenach wiejskich, obszarach peryferyjnych i w zaniedbanych dzielnicach miejskich;
- dostosowanie zakresu usług opieki zdrowotnej i społecznej tak, by odpowiadały potrzebom osób niepełnosprawnych;
- weryfikacja zasad wyboru podmiotów realizującego usługi opiekuńcze na poziomie uznanego standardu usług, uwzględniając dotychczasową efektywność ich pracy.

I.3.8.2. Zapobieganie ubóstwu rodzin z osobą niepełnosprawną

Weryfikacja wysokości świadczeń społecznych na niepełnosprawne dziecko pod kątem wysokości wydatków na zabiegi rehabilitacyjne, z uwzględnieniem rodzaju i stopnia niepełnosprawności.

I.3.8.3. Zwiększanie możliwości godzenia pracy z obowiązkami rodzinnymi przez matki dzieci niepełnosprawnych

Rozwój form opieki specjalistycznej i domowej umożliwiających rodzicom dzieci niepełnosprawnych wybór między rezygnacją z pracy w celu zapewnienia dziecku opieki, a uczestnictwem w rynku pracy.

I.3.8.4. Zwiększanie dostępu niepełnosprawnych dzieci do szkolnictwa ogólnodostępnego¹²⁶

Rozwój szkolnictwa integracyjnego:

- odpowiednie przygotowanie pracowników szkół,
- zapewnienie właściwego zaplecza technicznego, przystosowanie funkcjonalnego budynków szkół oraz ich otoczenia.

I.3.8.5. Zapobieganie patologii w rodzinie i środowisku uczniowskim oraz w miejscu zamieszkania

–poprawa organizacji czasu wolnego dzieci i młodzieży przez dalszy rozwój instytucjonalnych form typu świetlice środowiskowe, i ze strony rodziców/opiekunów; upowszechnianie różnych form organizacji czasu wolnego;

–organizowanie kampanii w szkołach w celu zwiększenia troski rodziców o kontakty rówieśnicze dzieci;

–kontrola zachowań uczniów w szkole przez wychowawców i nauczycieli oraz współpracę w tym zakresie z policją.

–zwiększanie dostępności do instytucji pomocy ofiarom przemocy, dotkniętym narkomanią i innymi uzależnieniami;

–rozwój systemu profilaktyki przeciwalkoholowej, przeciw narkomanii i przemocy na poziomie gmin;

–zwiększanie dostępu sprawców przemocy do programów korekcyjno-edukacyjnych;

–działania na rzecz pobudzenia wrażliwości społeczeństwa na zjawisko krzywdzenia dzieci; systematyczne nagłaśnianie zagrożenia; promocja dobrych praktyk i przykładów odpowiednich działań zapobiegawczych.

¹²⁶ Na znaczenie edukacji dla kreowania aktywności życiowej dzieci i młodzieży niepełnosprawnej kładzie się nacisk w „Future EU Strategy for Youth”, November 2009 (http://www.pfon.org/image/dodatki/200911_edf_youthpolicy.doc – dostęp w dniu 4.01.2012 r.).

I.3.9. Pomoc dzieciom pozbawionym środowiska rodzinnego

I.3.9.1. Rozbudowanie lokalnego środowiskowego zaplecza pomocy rodzinom w wychowaniu dzieci

–monitoring i diagnozowanie zagrożeń rozwoju dzieci, zwłaszcza dzieci najmłodszych, które są najbardziej narażone na skutki nieudolnej lub niewystarczającej bądź niewłaściwej opieki.

–stworzenie lokalnej oferty pomocy dzieciom i wsparcia dla rodziców, w tym przez rozwój i dofinansowanie usług opiekuńczych (nie tylko żłobki i przedszkola, ale i opiekunki dziecięcej w domu) oraz pomocy domowej.

rozwój działalności opiekuńczo-wychowawczej w szkołach w formie zajęć pozalekcyjnych oraz różnych form organizacji czasu wolnego dzieci i młodzieży w środowiskowych świetlicach i klubach.

–zapewnienie opieki medycznej w szkole w celu rozpoznania zagrożeń dzieci (niedożywienie, objawy przemocy w rodzinie czy w środowisku rówieśniczym, szkolnym) i niesienia pierwszej pomocy.

I.3.9.2. Doskonalenie rozwiązań w zakresie stanowienia form opieki zastępczej nad dzieckiem

–doskonalenie współpracy ośrodków pomocy społecznej (wsparcie środowiskowe rodzin) z sądami rodzinnymi oraz z placówkami prowadzonymi przez powiaty i powiatowe centra pomocy rodzinie.

–działania edukacyjno-szkoleniowe ukierunkowane na sędziów rodzinnych i kuratorów sądowych.

–doskonalenia procedury kwalifikacyjnej dla rodziców zastępczych.

I.3.9.3. Inwestowanie w tworzenie małych placówek opiekuńczo-wychowawczych i stworzenie lepszych rozwiązań w zakresie organizacji opieki medycznej nad wychowanymi placówek

I.3.9.4. Wzbogacenie programów usamodzielnienia się młodzieży (trafiającej do placówek na kilka lat przed usamodzielnieniem się)

–większe zróżnicowanie oferty edukacyjnej oraz możliwość nadrabiania luk i zapóźnień w nauce szkolnej.

–większe wsparcie w uzyskaniu własnego lokum, zakładając jako rozwiązanie przejściowe korzystanie z mieszkania chronionego.

V. POSTULOWANE KIERUNKI BADAŃ I ANALIZ

1. W zakresie realizacji celu, jakim jest **tworzenie warunków sprzyjających powstawaniu rodzin, przede wszystkim poprzez zawieranie małżeństw i realizację planów prokreacyjnych**, niezbędne są badania postaw i zachowań wobec małżeństwa, rodziny i dzietności. Potrzebna jest też stała analiza zmian w hierarchii wartości w społeczeństwie. Jednocześnie powinny być prowadzone badania uwarunkowań kulturowych, społecznych i ekonomicznych realizacji podstawowych funkcji rodziny – zwłaszcza w rodzinach młodych; w tym analiza zmian modelu rodziny, a zwłaszcza kształtowania się partnerskiego podziału zadań w gospodarstwach domowych.

Z uwagi na istotne znaczenie materialnych (a szczególnie dochodowych) uwarunkowań decyzji matrymonialnych i prokreacyjnych niezbędne są badania identyfikujące bariery aktywności w podejmowaniu działalności gospodarczej przez ludzi młodych. Ważne jest przy tym rozpoznanie empiryczne możliwości godzenia obowiązków rodzinnych z zawodowymi (analiza możliwości, jakie dają różne formy zatrudnienia, organizowania pracy i czasu pracy) oraz uwarunkowań korzystania różnych form opieki nad dzieckiem.

Ponieważ młode pokolenia często uzależniają swoje plany życia rodzinnego od posiadania pracy zarobkowej, potrzebne wydaje się też prowadzenie badań losów zawodowych absolwentów i skuteczności programów aktywizujących na rynku pracy wobec młodzieży.

Z uwagi na istotną rangę warunków mieszkaniowych dla decyzji o tworzeniu rodziny i jej rozwoju, wskazane jest również prowadzenie monitoringu efektywności instrumentów kreowania popytu na mieszkania (rządowych programów mieszkaniowych, ulg podatkowych, kredytów, mieszkaniowych, rachunków oszczędnościowych itp.).

Cykliczność powyższych badań i analiz pozwoli monitorować sytuację (potrzeby) i ocenę efektywności różnych instrumentów polityki rodzinnej w omawianym obszarze oddziaływania.

2. W celu realizacji zadań mających sprzyjać **tworzeniu warunków rozwoju młodego pokolenia w rodzinie, (poprawie jakości kapitału ludzkiego)** niezbędne jest stałe monitorowanie warunków życia dzieci, szczególnie poprzez cykliczne analizy efektywności świadczeń rodzinnych, ich funkcji dochodowej, egalitaryzującej, stymulującej.

Potrzebne są badania pozwalające na rozpoznanie motywacji korzystania z urlopów wychowawczych, w kontekście warunków życia rodzin i sytuacji na rynku pracy oraz empiryczne rozpoznanie uwarunkowań korzystania z uprawnień mających na celu godzenie obowiązków zawodowych z rodzinnymi zarówno przez kobiety, jak i przez mężczyzn.

Dla realizacji powyższego celu także ważna jest identyfikacja czynników warunkujących korzystanie z różnych form opieki nad dzieckiem. Potrzebny – z uwagi na dynamikę zjawiska i jego przestrzenne i środowiskowe zróżnicowanie – wydaje się tu stały monitoring zaspokojenia potrzeb na usługi placówek opiekuńczo-wychowawczych. Z tych samych przyczyn ważne jest także badanie stopnia i uwarunkowań zaspokojenia potrzeb edukacyjnych i kulturalnych w różnych środowiskach (typach rodzin, grupach wiekowych, środowiskach zamieszkania). Elementem stałym takich badań powinna być analiza kosztów wychowania i kształcenia dzieci w różnych typach i kategoriach rodzin. Zróżnicowania kulturowe i przestrzenne są też powodem, który wskazuje na potrzebę prowadzenia badań sytuacji społeczno-ekonomicznej dzieci i młodzieży w środowisku wiejskim (w tym: badanie dostępu do instytucji opiekuńczych, edukacyjnych, kulturalnych)

3. Efektywna realizacja zadań, których celem jest **zapobieganie wykluczeniu i marginalizacji, integracja społeczna oraz pomoc rodzinom w trudnych sytuacjach** wymaga prowadzenia pogłębionych badań dostępności i skuteczności (jakości) poradnictwa rodzinnego i psychologiczno-pedagogicznego. Istotne są tu cykliczne, okresowe analizy rozwoju instytucji wspierających rodzinę, programów edukacji przygotowującej do życia w rodzinie oraz poradnictwa rodzinnego.

Zróznicowanie warunków życia – jego poziomu i jakości – wskazuje na potrzebę prowadzenia analiz statystycznych i badań jakościowych poszczególnych kategorii rodzin zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym, mających na celu określenie – w skali lokalnej i globalnej – liczby takich rodzin, ich sytuacji społeczno-ekonomicznej, potrzeb i barier w zaspokajaniu potrzeb; zwłaszcza potrzeb dzieci i młodzieży. W tym obszarze szczególną uwagę należy poświęcić rodzinom wielodzietnym i niepełnym oraz rodzinom z dzieckiem niepełnosprawnym, jako szczególnym kategoriom rodzin. Ważne jest też empiryczne rozpoznanie relacji między niepełnosprawnością dziecka a realizacją funkcji opiekuńczej, zabezpieczającej i wychowawczej rodziny.

Potrzebne są też badania pozwalające ocenić wartość pracy kobiet w gospodarstwie domowym, jako – m.in. - podstawy wprowadzenia do systemu emerytalno-rentowego rozwiązań pozwalających na uzyskanie uprawnień do świadczeń.

Zarysowany powyżej zakres badań i analiz oraz zachowanie ich powtarzalności, cykliczności, pozwoli nie tylko na aktualne rozpoznanie sytuacji rodzin i ocenę efektywności instrumentów polityki rodzinnej, ale też na wskazanie kierunku zachodzących zmian odnośnie do rodzaju i skali potrzeb odczuwanych w rodzinach, których zaspokojenie wymaga wsparcia instrumentami tejże polityki.

BIBLIOGRAFIA

1. Chester E. (2011), *Młodzi w pracy. Jak zadbać o pracowników z pokolenia Y*, Wyd. Helion, Gliwice.
2. Council Decision on guidelines for the employment policies of the Member States, 2010/707/EU of 21 October 2010, Official Journal L of 24.11.2010.
3. Czapiński J., Panek T. (red.) (2011), *Diagnoza społeczna 2011*, Rada Monitoringu Społecznego (www.diagnoza.com – data dostępu: 22.02.2016 r.).
4. Czapiński J., Panek T. (red.) (2015). *Diagnoza społeczna 2015*, Rada Monitoringu Społecznego (www.diagnoza.com – data dostępu: 22.02.2016 r.).
5. *Dobry klimat dla rodziny*. Program Polityki Rodzinnej Prezydenta RP, (2013), KPRP, Warszawa.
6. Dyczewski L. (2007), *Małżeństwo i rodzina upragnionymi wartościami młodego pokolenia*, w: *Małżeństwo i rodzina w nowoczesnym społeczeństwie*, L. Dyczewski (red.), Wyd. KUL, Lublin.
7. *Dzieci korzystające ze świadczeń pomocy społecznej w Polsce w 2011 r.*, (2013), Studia i analizy statystyczne, Urząd Statystyczny, Kraków.
8. *EUROPA 2020. Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu* Komunikat Komisji Europejskiej (http://ec.europa.eu/eu2020/pdf/1_PL_ACT_part1_v1.pdf – dostęp w dniu 14 stycznia 2016 r.).
9. *Europa 2020: Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu* - Komunikat Komisji Europejskiej z dnia 3 marca 2010 r., Official Journal L. of 24.11.2010. (http://ec.europa.eu/eu2020/pdf/1_PL_ACT_part1_v1.pdf – dostęp w dniu 14 stycznia 2016 r.).
10. Gauthier A.H., (2005), *Trends in policies for family-friendly societies*, in: *The new demographic regime. Population changes and policy responses*, Macura M., MacDonald A.L., Haug W. (eds.) United Nations, New York and Geneva.
11. *Godzenia pracy z życiem rodzinnym w kontekście zmian demograficznych – Projekt Konkluzji Rady*, Nota Rady UE, Bruksela 26 maja 2011 r. 10324/11 (<http://register.consilium.europa.eu/pdf/pl/11/st10/st.10324.pl11.pdf> – data dostępu: 14.01.2016 r.).
12. GUS (2000-2014), *Roczniki Demograficzne*, Warszawa.
13. GUS (2006, 2009, 2010, 2014), *Budżety gospodarstw domowych*, Warszawa.
14. GUS (2014), *Gospodarstwa domowe i rodziny. NSP 2011*, Warszawa.
15. GUS (2014), *Ludność i gospodarstwa domowe. Stan i struktura społeczno-ekonomiczna. Część I. Ludność - NSP 2011*, Warszawa.
16. GUS (2014), *Warunki życia rodzin w Polsce*, Warszawa.
17. GUS (2015), *Rocznik statystyczny RP*, Warszawa.
18. GUS (2015), *Ubóstwo w Polsce w latach 2013 i 2014*, Warszawa.
19. GUS (2015), *Ubóstwo w Polsce w latach 2013 i 2014*, Warszawa.
20. *Kobiety i mężczyźni o podziale obowiązków domowych* (2006), Komunikat CBOS BS/183/2006, Warszawa.
21. *Kontrowersje wokół różnych zjawisk dotyczących życia małżeńskiego i rodzinnego* (2008), Komunikat z badań, CBOS, BS/54/2008, Warszawa.
22. Kotowska I.E., (red.), (2014), *Niska dzietność w Polsce w kontekście percepcji Polaków. Diagnoza Społeczna 2013*, Raport tematyczny, Warszawa.
23. Kotowska I.E., Matysiak A., Styrc M. i in. (2010), *Second European Quality of Life Survey Family Life and Work*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

24. Lohmann H., Frauke H.P., Rostgaard T., Spiess K. (2009), *Towards a Framework for Assessing Family Policies in the EU*, „OECD Social, Employment and Migration Working Papers” 88, OECD Publishing.
25. *Nie ma jak rodzina* (2008), Komunikat z badań CBOS, BS/40/2008, Warszawa.
26. *Postawy prokreacyjne Polaków* (2010), Komunikat z badań CBOS, BS/4/2010, Warszawa.
27. *Przemoc i konflikty w rodzinie*, Komunikat z badań CBOS, Warszawa 2012 BS/82/2012
28. *Raport monitorujący sytuację rodzin w Polsce 2015 (projekt)*, (www.prezydent.pl/dobryklimatdlaRodziny/raporty – data dostępu: 13.01.2015 r.).
29. *Rodzina – jej współczesne znaczenie i rozumienie* – Komunikat z badań CBOS, BS/33/2013.
30. *Równe traktowanie na rynku pracy*, (2013), Krajowy Program Działań na Rzecz Równego Traktowania na lata 2013 – 2016 w obszarze II, MPiPS, Warszawa.
31. RRL (2004), *Założenia polityki ludnościowej w Polsce*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa.
32. RRL (2011), *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2010–2011*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa.
33. RRL (2012), *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2011–2012*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa.
34. RRL (2013), *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2012–2013*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa.
35. RRL (2015), *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2014–2015*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa.
36. *Rząd w trosce o polskie rodziny. Polityka rodzinna rządu J. Kaczyńskiego.*, (2007), KPRM, Warszawa.
37. Sajkowska M., Szymczak J. (2009), *Dzieci-ofiary przemocy. Skala i charakter zjawiska. Potrzeba interwencji*, „Polityka Społeczna” nr 9.
38. Sierosławski J. (2011), *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2011r.* Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa
39. UNICEF (2012), *Ubóstwo dzieci. Najnowsze dane dotyczące ubóstwa dzieci w krajach rozwiniętych* Innocenti Research Centre, Report Card 10, Florencja.

CYTOWANE AKTY PRAWNE:

1. Rozporządzenie Rady Ministrów z 10 sierpnia 2012 r. w sprawie wysokości dochodu rodziny oraz dochodu osoby uczącej się, stanowiących podstawę ubiegania się o zasiłek rodzinny oraz wysokości świadczeń rodzinnych (Dz. U. z 2012 r., poz. 959).
2. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 14 lipca 2015 r. w sprawie zweryfikowanych kryteriów dochodowych oraz kwot świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1058)
3. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 17 lipca 2012 r. w sprawie zweryfikowanych kryteriów dochodowych oraz kwot świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej (Dz. U. z 2012 r., poz. 823).
4. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych warunków realizacji rządowego programu wspierania niektórych osób pobierających świadczenie pielęgnacyjne (Dz. U. z 2012 r., poz. 732).
5. Uchwała Nr 221 Rady Ministrów z 10 grudnia 2013 r. w sprawie ustanowienia wieloletniego programu wspierania finansowego gmin w zakresie dożywiania „Pomoc państwa w zakresie dożywiania” na lata 2014–2020 (M. P. z 2013 r. poz. 1024, z późn. zm.).
6. Ustawa z dnia 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci. (Dz.U. z 2015 r. poz.195)

7. Ustawa o pomocy państwa w nabyciu pierwszego mieszkania przez ludzi młodych (Dz.U. z 2013 r.poz.1304 i 1608) umożliwia ubieganie się o wymienione formy wsparcia w latach 2014–2018 r.
8. Ustawa z dnia 13 czerwca 2013 r. o zmianie ustawy o systemie oświaty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2013, poz. 827)
9. Ustawa z dnia 23 lipca 2013 r. o zmianie ustawy – Kodeks pracy (Dz. U. p. 1028)
10. Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz. U. z 1964 r. Nr 9, poz. 59 z późn. zm.).
11. Ustawa z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych (tekst jednolity: Dz. U. z 2006 r. Nr 139, poz. 992 z późn. zm.).
12. Ustawa z dnia 4 lutego 2011 o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (Dz. U. z 2013 r. poz. 1457)
13. Ustawa z dnia 4 marca 1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych (tekst jednolity Dz. U. 2012r.Nr 592. z późn. zm.)
14. Ustawa z dnia 5 grudnia 2014r. o Karcie Dużych Rodzin (Dz.U. poz.1863)
15. Ustawa z dnia 7 września 2007 r. o pomocy osobom uprawnionym do alimentów (Dz. U z 2012 r. poz1228 z póź. zm).
16. Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 135, z późn. zm.).

CEL II.

TWORZENIE WARUNKÓW SPRZYJAJĄCYCH INTEGRACJI W STARZEJĄCYM SIĘ SPOŁECZEŃSTWIE – ZMNIEJSZENIE SKALI ZAGROŻENIA WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM LUDZI STARSZYCH, NIESAMODZIELNYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH – Prof. dr hab. Józefina Hrynkiewicz

DIAGNOZA

1. Charakterystyka zmian demograficznych

Charakterystyka zmian demograficznych w Polsce obejmuje lata 2010–2035 oraz skutki zmian dla kształtowania się sytuacji populacji osób starszych⁹² (w wieku poprodukcyjnym), a także osób niepełnosprawnych i niesamodzielnych (niezdolnych do samodzielnej egzystencji). Ma służyć wskazaniu aktualnych i przewidywanych problemów wymagających rozwiązania w polityce ludnościowej i społecznej państwa. Zachodzące w Polsce w okresie obejmowanym prognozą procesy i zjawiska demograficzne, społeczne i ekonomiczne mogą tworzyć realne zagrożenia wykluczeniem społecznym wymienionych zbiorowości. Zmniejszy

⁹² Podstawowe **definicje** obejmują: procesy starzenia się populacji, osoby stare, starość powiązana z niepełnosprawnością; skutki społeczne, ekonomiczne starzenia się, wykluczenie społeczne ludzi starych, potencjał opiekuńczy rodzin, osoby niepełnosprawne, osoby niesamodzielne (niezdolne do samodzielnej egzystencji). Starość, starzenie się, niepełnosprawność są przedmiotem prac badawczych wielu dyscyplin naukowych (ekonomii, socjologii, psychologii, ekonomii, nauk medycznych i innych). W literaturze przedmiotu używa się różnych określeń dla osób w wieku poprodukcyjnym: osoby starsze lub stare. Wielu autorów podkreśla, że pojęcie „człowiek stary”, „ludzie starzy” ma w społecznym odbiorze pejoratywny wydźwięk. Wynika to z ukształtowanego w Polsce negatywnego stereotypu człowieka starego (osoby starej). Wyrażenia „starzec”, osoba „stara” w interpretacji niektórych autorów nie służą określeniu i opisaniu stanu odpowiednio do sytuacji, położenia i statusu osoby w zaawansowanym wieku, lecz powoduje naznaczenie negatywnymi skojarzeniami i stereotypami. Określenie osoba „starsza” tym bardziej nie opisuje osób w zaawansowanym wieku. Posługując się w opisie drugim stopniem przymiotnika (starszy), dokonujemy porównania z kimś, kto jest stary (pierwszy stopień), lecz nie jest najstarszy (trzeci stopień). Starszy może oznaczać też starszy od młodszego (bez względu na wiek). Trudności z definiowaniem wieku, od którego rozpoczyna się starość człowieka, nie jest zagadnieniem nowym. W czasach współczesnych powszechnego kultu nieustannej młodości i sprawności, powiększają się trudności z definiowaniem wieku, od którego zaczyna się starość. Być może w definiowaniu starości (podobnie, jak w określaniu przynależności do narodu) trzeba decyzję pozostawić każdemu, kto sam określi swoją przynależność do grupy wieku, bez względu na jego wiek metrykalny. Definicja taka socjologicznie jest niewątpliwie poprawna, ale z punktu widzenia polityki społecznej nie jest użyteczna. W pracach dotyczących starości, procesów starzenia się ludności wielu autorów stara się unikać pojęć „stary” i „starszy”, zastępując je określeniami: senior, seniorzy lub osoby trzeciego oraz czwartego wieku. Trzeci wiek to czas, gdy jednostka jest wolna od pracy zawodowej i zadań rodzicielskich, zaś czwarty wiek to czas życia, gdy jednostka ze względu na wiek traci samodzielność i niezależność, ma ograniczoną sprawność fizyczną i umysłową. Senior to ktoś najstarszy w danej zbiorowości, lecz stare mogą być osoby nie tylko najstarsze w danej zbiorowości, ale też i młodsze od nich, ale także stare. Żadne z podanych określeń nie jest jednak dostatecznie precyzyjne. Żadne z nich nie definiuje jednoznacznie ostatniej naturalnej fazy życia człowieka po zakończeniu aktywności zawodowej. Podejmowane próby uniknięcia określenia człowieka w zaawansowanym wieku jako osoby starej trudno ocenić jako zadowalające. Nie pozwalają one uniknąć negatywnych skojarzeń związanych ze starością, jakie powstały w świadomości społecznej. Unikanie pojęć „stary”, „starość” w opisie sytuacji najstarszego pokolenia utrwała negatywny stereotyp ukształtowany na zasadzie przeciwstawiania młodości jako „dobrego” czasu życia, starości zaś jako „złego” okresu życia.

się wielkość i struktura rodziny, tym samym zmniejszeniu ulegnie potencjał opiekuńczy rodzin.

Proces starzenia się ludności jest wynikiem zmian w procesach ruchu naturalnego, wydłużania przeciętnego dalszego trwania życia oraz międzynarodowych migracji ludności. Tempo starzenia się ludności jest różne w poszczególnych krajach. Europa należy do tej części świata, gdzie proces starzenia się ludności należy do najbardziej zaawansowanych. Szczególnie wysokie tempo starzenia się nastąpiło w latach 90. XX wieku i pierwszym dziesięcioleciu XXI wieku. Polska należy także do tych krajów, w których proces starzenia się jest już zaawansowany. W kolejnych latach do 2035 r. tempo wzrostu udziału ludności w wieku poprodukcyjnym będzie nadal wysokie, wskutek niskiego poziomu dzietności i wzrostu przeciętnego dalszego trwania życia (z 79,8 lat kobiety i 71,4 lat mężczyźni w 2010 r. do odpowiednio 82,9 i 77,1 lat w 2035 r.) oraz emigracji zarobkowych. Niepewność przewidywanej sytuacji demograficznej w Polsce może wynikać z trudności prognozowania przebiegu ruchów migracyjnych. Zależą one od wielu czynników, w tym kształtowania się sytuacji ekonomicznej w państwach przyjmujących emigrantów (oraz ich polityki imigracyjnej). Istotnych informacji dotyczących migracji mogą dostarczać wyniki Narodowego Spisu Powszechnego przeprowadzonego w 2011 roku⁹³.

Prognoza demograficzna GUS na lata 2010–2035 w odniesieniu do gospodarstw domowych wskazuje na zmniejszanie się wielkości gospodarstw domowych z 2,64 osób do 2,42. Wzrosnie też udział gospodarstw jednoosobowych (z 26,9% do 32,5%), dwuosobowych (z 26,5% do 28,7%) oraz gospodarstw bez dzieci z 67,6% do 75,8%⁹⁴. Gospodarstwa domowe na wsi nadal będą liczniejsze niż w mieście. Zmiany w strukturze rodzin i gospodarstw domowych będą wpływać na zmniejszanie potencjału opiekuńczego rodziny, z tego powodu usługi dla osób niesamodzielnych (dzieci, osób niepełnosprawnych, niesamodzielnych w zaawansowanym wieku) będą organizowane poza rodziną.

Zaawansowanie procesów starzenia się ludności oraz stanu ich zdrowia uzasadnia wyodrębnienie w aktualizowanych założeniach polityki ludnościowej na lata 2012–2020 trzech grup. W **zakresie podmiotowym** aktualizowane założenia obejmują:

- osoby starsze w wieku poprodukcyjnym, które zakończyły aktywność zawodową; według grup wieku od 60 (kobiety)/65 (mężczyźni) do 74 lat, 75–79 lat oraz w wieku 80 i więcej lat,
- osoby niesamodzielne w wieku produkcyjnym i poprodukcyjnym,
- osoby niesamodzielne (niezdolne do samodzielnej egzystencji) z powodu kondycji fizycznej lub/i psychicznej, wymagające stałej lub długotrwałej pomocy innych osób w zakresie zwykłych czynności dnia codziennego (przemieszczenia się, zaspokajania podstawowych potrzeb egzystencjalnych, pielęgnacji ciała itp.). Zdecydowana większość osób niesamodzielnych to osoby w wieku 75 i więcej lat (w tej części założenia nie obejmują niepełnosprawnych dzieci i młodzieży).

Wskazane kategorie osób nie są rozłączne: niepełnosprawne i niesamodzielne mogą być osoby w różnym wieku. Osoby w zaawansowanym wieku mogą być niezdolne do samodzielnej egzystencji lub/i niepełnosprawne). Wymienione grupy są zróżnicowane ze względu na: wiek, płeć, stan cywilny, stan rodziny, rodzaj gospodarstwa domowego, wykształcenie, zawód, stan zdrowia, poziom sprawności (stopień ograniczenia sprawności i samodzielności),

⁹³ NSP 2011 wykazał, że w Polsce przebywało 56,3 tys. stałych mieszkańców z innych krajów, w tym 40,1 tys. powyżej trzech miesięcy. Według danych szacunkowych w marcu 2011 r. za granicą powyżej trzech miesięcy przebywało ok. 2 mln osób, w tym ok. 1,5 mln przez co najmniej rok. Por. *Raport z wyników. Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011* (2012), s. 91 i nast.

⁹⁴ Dane liczbowe – jeśli nie zaznaczono inaczej – pochodzą z wydawnictw GUS: *Prognoza ludności Polski na lata 2010–2035* (2009) i *Rocznika Demograficznego* (wydania odpowiednie dla omawianych lat) oraz z innych wydawnictw GUS.

dochody, miejsce zamieszkania, potrzeby oraz inne cechy. Wyodrębnianie kategorii osób niesamodzielnych w analizach i założeniach polityki ludnościowej pozwoli na określenie skali potrzeb i form opieki oraz na pełniejsze poznanie struktury osób w zaawansowanym wieku, w związku z przedłużającym się czasem trwania życia, w tym utratę zdolności do samodzielnej egzystencji w zaawansowanym wieku ostatniej fazy życia.

Wyodrębnienie grupy osób niesamodzielnych pozwoli na bliższe poznanie przyczyn niesamodzielności, w tym wpływu warunków życia, działania (lub zaniechania działania) systemu ochrony zdrowia, jego sprawnej (lub niesprawnej) organizacji dostosowanej (lub nie) do potrzeb starzejącej się ludności. Wiele osób niesamodzielnych (np. z powodu wypadków, podeszłego wieku) to „ofiary” nieskutecznego działania i wadliwej organizacji systemu opieki medycznej; braku kompleksowej zintegrowanej wielo i wysokospecjalistycznej opieki nad pacjentem, przedłużających się proceduralnych postępowań w organizacji leczenia i rehabilitacji. Wielu przypadków niezdolności do samodzielnej egzystencji można byłoby uniknąć, gdyby w leczeniu pacjenta punktem wyjścia były jego potrzeby wynikające ze stanu zdrowia, a nie „podział” schorzeń według kompetencji, specjalności i dyscyplin medycznych oraz biurokratycznych procedur.

W dotychczasowej praktyce polityki społecznej osoby niezdolne do samodzielnej egzystencji włączone są do kategorii osób: 1) starych (niesamodzielni ze względu na kondycję psychofizyczną, np. osoby z chorobą Alzheimera, z demencją, w bardzo zaawansowanym wieku z daleko posuniętymi objawami starzenia się), 2) niepełnosprawnych z powodu skutków wypadku, chorób somatycznych, chorób psychicznych, wad wrodzonych⁹⁵. Kategoria osób niesamodzielnych najczęściej zaliczana jest do osób niepełnosprawnych. Jej wyodrębnienie spośród osób starych i niepełnosprawnych – w aktualnych założeniach polityki ludnościowej – jest uzasadnione bardzo istotnym różnicowaniem: od niepełnosprawności ruchowej (co nie zawsze musi oznaczać niesamodzielność) do niesamodzielności z powodu choroby psychicznej (pomimo całkowitej sprawności ruchowej).

Z przyczyn demograficznych i społecznych zmniejsza się potencjał opiekuńczy rodziny; stają się one mniej liczne, kontakty w nich są mniej intensywne, następuje osłabienie więzi krewniaczych, rozpadają się rodziny wielopokoleniowe, zanikają kręgi rodzinne. Utrzymuje się wciąż wysoki poziom emigracji zarobkowej zarówno wewnętrznej, jak i zewnętrznej. Liczba osób niesamodzielnych (niezdolnych do samodzielnej egzystencji), potrzebująca codziennej (stałej) opieki innych osób w czasie przewidywanym założeniami będzie rosła. Opieka nad osobą niesamodzielną musi być osobiście wykonywana przez opiekuna. Nie można jej sprawować dzięki czy za pomocą nowoczesnych technologii komunikacyjnych, informacyjnych lub urządzeń technicznych. Liczba osób potrzebujących opieki będzie rosła, natomiast liczba osób zobowiązanych i jednocześnie zdolnych do udzielenia opieki (z przyczyn demograficznych) sukcesywnie będzie się zmniejszać. W Polsce nie ma badań i analiz zawierających informacje o wielkości (i wartości) potencjału opiekuńczego rodziny. Potrzebne są systematyczne badania (monitoring) i ocena potencjału opiekuńczego rodziny.

Procesy starzenia się populacji są naturalnym procesem wynikającym z upływu czasu życia człowieka. W demografii procesy starzenia się są najpewniej przewidywalne, gdyż populacja osób urodzonych w danym roku (np. 1950, 2000) osiągnie określony wiek w określonym czasie. Z prognozy trwania życia i umieralności wynika czas dalszego przeciętnego trwania życia populacji. Określenie struktury wieku ludności w danym czasie jest możliwe na podstawie prognoz demograficznych, kształtowania się zjawisk (urodzenia i zgonu) oraz procesów demograficznych (migracje). Deformacja struktur demograficznych ludności – wzrost

⁹⁵ Według szacunków Eurostatu mężczyźni w Polsce przeżywają w zdrowiu (bez ograniczonej sprawności) 81% długości życia, kobiety – 77%. Osoby w wieku 65 lat mogą oczekiwać, że mniej niż połowę dalszego życia przeżyją w zdrowiu (kobiety 7,5 roku, czyli 39%, mężczyźni 6,7 lat, tzn. 45%). Por. szerzej: *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania* (2012), s. 12 i nast.

udziału najstarszej populacji w strukturze ludności – będzie znacznie zwiększać rozmiar zadań w zakresie opieki nad osobami starszymi i starymi. Wzrost zadań dotyczących opieki będzie też wynikać z ograniczającego się potencjału opiekuńczego rodziny oraz z przedłużającego się przeciętnego dalszego trwania życia. Potencjał opiekuńczy rodziny można zdefiniować jako zdolność rodziny do świadczenia opieki swoim starym, niesamodzielnym i niepełnosprawnym członkom. Uzależniony on jest od wielkości, struktury i statusu społeczno-ekonomicznego rodziny. Poziom urodzeń w Polsce na przełomie wieków XX i XXI ocenia się jako niski, nie zapewniający prostej zastępowalności pokoleń. Prowadzi to m.in. do naturalnego zmniejszania się potencjału opiekuńczego rodzin, co „wymusi” zastępowanie opieki rodziny – opieką instytucji.

W Polsce przyjmuje się powszechnie, że opieka nad osobą starą i niesamodzielną „należy do rodziny”. Potwierdzają to badania zrealizowane w 2011 r., których wyniki pokazały, że w świadomości lokalnych liderów samorządowych i społecznych problem opieki nad osobami starymi i niesamodzelnymi to „sprawa rodziny” lub jeszcze dobitniej: „to uciążliwy kłopot rodziny”. Następują procesy zmian w rodzinach, w środowiskach lokalnych wiejskich, w małych miastach dotkniętych masowym długotrwałym (permanentnym) bezrobociem; rodziny dezorganizują się wskutek migracji nie tylko młodego pokolenia za pracą⁹⁶. Powstaje problem wymagający pilnej odpowiedzi na pytanie: kto ma zastąpić rodziny w funkcji opieki nad członkiem rodziny - osobą niesamodzielną z powodu zaawansowanego wieku, przewlekłej lub długotrwałej choroby? Kto ma podjąć zadania opieki specjalistycznej? Z jakich źródeł zadania te mają być finansowane?

W Niemczech punktem wyjścia do zaprojektowania systemu finansowania i organizacji opieki była ocena potencjału opiekuńczego rodzin. W Polsce nie jest znany potencjał opiekuńczy rodzin; nie wiadomo, jakimi możliwościami opieki dysponują rodziny⁹⁷. Takich badań nikt dotychczas w Polsce nie prowadził, gdyż ich wyniki nikomu nie były potrzebne: funkcjonuje wciąż mit „troskliwej rodziny” dającej opiekę osobie niesamodzielnej. W warunkach rosnącej skali oraz kosztów „mit rodzinnej opieki” nie zastąpi profesjonalnego systemu, tym bardziej, że rodzina zmienia swoją liczebność i strukturę. Zmienia się też charakter więzi rodzinnych, rodzina staje się bardziej mobilna, dezorganizuje się, bywa też obciążona problemami określanymi mianem patologii społecznej. Wszystko to poważnie ogranicza zdolność rodziny w zakresie realizacji zadań opieki nad swoimi chorymi i niesamodzelnymi oraz najstarszymi członkami. W dotychczasowej praktyce opieki w Polsce zadania rodziny ma wspomagać (uzupełniać) pomoc społeczna. Badania wskazują, że działania pomocy społecznej w zakresie opieki są niewystarczające. W organizacji systemu opieki brakuje nie tylko usług kosztownej opieki o charakterze specjalistycznym. W środowiskach lokalnych nie ma sieci wsparcia rodzin w sprawowaniu opieki nad osobami niesamodzelnymi. Nie ma skutecznego systemu leczenia i rehabilitacji, pielęgnacji, które skutecznie ograniczałyby stopień niepełnosprawności i niesamodzielnności osób starszych.

Opieka rodziny na osobami starymi i niezdolnymi do samodzielnej egzystencji będzie (musi być) coraz częściej zastępowana opieką osób spoza rodziny lub opieką organizowaną przez instytucje. Skala pozarodzinnego zastępstwa w opiece wskutek zmian w rodzinie, niskiego poziomu urodzeń oraz wysokiego poziomu emigracji zarobkowych (zewnętrznych i wewnętrznych) jest trudna do oceny. Problem wymaga starannego, pogłębionego badania jakościowego na poziomie środowisk lokalnych.

⁹⁶ Szerzej: Raclaw (2011).

⁹⁷ Por. Pfau-Effinger Och, Eichler (2010); Messu (2010); Esping-Andersen (2010), s. 75 i nast.

2. Skutki społeczne i ekonomiczne starzenia się ludności

Starzenie się ludności ma ogromne konsekwencje dla położenia gospodarstw domowych, wydatków finansów publicznych oraz rynku towarów i usług. Opieka nad niesamodzielnymi członkami rodziny ogranicza możliwości utrzymania zatrudnienia osobom obciążonym obowiązkiem opieki. Wskutek zaprzestania pracy zarobkowej przez opiekuna obniżają się dochody gospodarstw domowych, a jednocześnie rosną wydatki spowodowane koniecznością zapewnienia opieki. Rosną wydatki budżetu państwa na świadczenia pieniężne (emerytury, renty, zasiłki) oraz wydatki samorządów (na organizację opieki). Wzrasta zapotrzebowanie na usługi ochrony zdrowia, opieki, pomocy z utrzymaniu gospodarstwa domowego, rehabilitacji, pielęgnacji. Konieczność organizacji i świadczenia usług opieki wywołuje wzrost zapotrzebowania na wiele usług. Powstaje rynek pracy, usług i towarów związany z opieką nad osobami starszymi, niepełnosprawnymi i niesamodzielnymi. W Polsce rynek ten jest niedostatecznie poznany; nie jest znana ani wielkość zatrudnienia, ani potrzeby wynikające ze skali potrzeb opieki. Nie jest też znane – zmieniające się wraz z prognozowaną zmianą sytuacji demograficznej – przyszłe zapotrzebowanie na wielkość zatrudnienia w tym sektorze usług. Szczególnym problemem staje się organizacja opieki na osobami niezdolnymi do samodzielnej egzystencji z powodu zaawansowanego wieku lub/i złego stanu zdrowia. W większości przypadków osoby niesamodzielne potrzebują specjalistycznej pielęgnacji i usług, których na ogół nie może dostarczyć rodzina; usługi takie muszą być świadczone przez profesjonalne służby lub/i instytucje.

2.1. Warunki życia osób starszych

Sytuacja bytowa

Kształtując poziom dochodów emerytów (emerytur i rent wraz z ustawowymi dodatkami), trzeba ocenić, czy ustalony poziom można uznać za dostateczny do zaspokojenia potrzeb uprawnionych do świadczeń. Ponad 90% osób w wieku ponad 60 lat ma własne źródło utrzymania, wysokość tych dochodów nie jest jednak wysoka. Przeciętna emerytura miesięczna wypłacana z ZUS wyniosła w 2011 r. 1783 zł (brutto, tj. 1440 zł netto)⁹⁸, a jej wysokość była zróżnicowana, w zależności od odrębnych uregulowań dla grupy, której dotyczyły świadczenia. Przeciętna renta z tytułu niezdolności do pracy w ZUS wyniosła około 1323 zł brutto (tj. 1069 zł netto), renta rodzinna zaś ok. 1543 zł brutto, (tj. 1246 zł netto). Analiza wysokości oraz struktury wypłacanych emerytur i rent nie może nastrajać optymistycznie. Średnioroczne minimum socjalne dla jednoosobowego gospodarstwa emeryckiego Instytut Pracy i Spraw Socjalnych oszacował w 2011 r. na poziomie 984,37 zł, a przeciętny dochód rozporządzalny na 1 osobę wynosił 1297 zł. Z ogólnej liczby emerytów pobierających świadczenie z ZUS dochód z emerytury dla 19,3% (tj. dla 1137,3 tys. osób) był niższy niż minimum socjalne (obliczone dla 2011 r. na kwotę 984,37 zł). W 2011 r. dochód niższy od poziomu minimum socjalnego osiągnęli ci wszyscy emeryci i renciści, których emerytura lub renta nie przekraczała 1200 zł. W przypadku rencistów pobierających rentę z tytułu niezdolności do pracy świadczenie poniżej minimum socjalnego pobierało 66,3% osób. Świadczenia KRUS są znacznie niższe niż świadczenia ZUS (a także niższe od rent wypłacanych z MON, MSW, MS); Dochód z przeciętnej emerytury wypłacanej przez KRUS w 2011 r. był o 15% niższy, niż minimum socjalne, a dochód z przeciętnej renty z KRUS z tytułu niezdolności do pracy wynosił 63,8%. Inaczej kształtują się świadczenia z systemów tzw. mundurowych (emerytura

⁹⁸ Wszystkie dane dotyczące wysokości emerytur i rent zaczerpnięto z publikacji GUS: *Emerytury i renty w 2011 r.* (2013). Sumy netto (dochód rozporządzalny) podano po odliczeniu podatku PIT oraz składki do NFZ.

z ZUS to 61,9% przeciętnej emerytury z MON, przeciętna emerytura z KRUS to 34% emerytury z MON)⁹⁹.

Ubóstwo ludzi starszych ma szczególnie charakter: jest dość płytkie, nie mają oni też perspektyw poprawy dochodów bieżących. Zatem nawet niewielka zmiana w strukturze i poziomie wydatków, wywołana nowymi potrzebami (np. z powodu pojawiającej się choroby, pogłębiającej się niepełnosprawności) może zachwiać względnie ustabilizowaną na niskim poziomie wydatków sytuacją dochodową. Niższe niż minimum socjalne były w 2011 r. świadczenia 2/3 rencistów (z ZUS) oraz ogółu rencistów pobierających renty z KRUS. Dla dużej grupy tych osób renta jako jedyne świadczenie nie pozwalała utrzymać się bez finansowej pomocy z innych źródeł. Ponad połowa emerytów z ZUS miała dochody wyższe niż 800 zł, ale niższe od 1600 zł, świadczenia ponad 66% rencistów były niższe niż 1000 zł. Silne spłaszczenie świadczeń sprawia, że tylko 8,7% emerytów i 5,4% rencistów miało świadczenia w wysokości 3 tys. zł. i wyższe, podczas gdy w końcu 2008 r. wynagrodzenie ponad 5380 zł (przy występującym w świadczeniach emerytalnych stopniu zastąpienia zapewniającym świadczenie tej wysokości – miało 6,7% kobiet i 13,2% mężczyzn). Znacznie wyższe (średnio o ponad 1 tys. zł) są tylko świadczenia górników i służb mundurowych – łącznie pobiera je ponad 610 tys. osób¹⁰⁰.

Osoby starsze pod względem sytuacji materialnej nie są grupą jednorodną. Oszacowanie siły nabywczej osób starszych wymaga uwzględnienia co najmniej wysokości dochodów do dyspozycji, kosztów utrzymania i preferencji konsumpcyjnych, zasobów majątkowych oraz potrzeb (wynikających choćby ze stanu zdrowia i sprawności). Wysokość dochodów do dyspozycji osób starszych jest szacowana na podstawie badania i analizy dochodów gospodarstw domowych. Nie wszystkie gospodarstwa domowe, w skład których wchodzi emeryci i renciści, są – zgodnie z przyjętą metodologią badań – gospodarstwami emerytów czy rencistów. Jednoosobowe gospodarstwa domowe emerytów i rencistów nie zawsze są gospodarstwami osób starszych. Od 1973 r. do 1996 r. gospodarstwa emerytów i rencistów były badane łącznie, zaś od 1997 r. są badane oddzielnie. Można zauważyć, że gospodarstwa emerytów mają wyższe dochody, są też w lepszej sytuacji bytowej niż gospodarstwa rencistów – renciści stanowią tę grupę, która zarówno obiektywnie, jak i subiektywnie przy uzyskiwanym dochodzie z trudnością zaspokaja swoje potrzeby. Sytuację tych gospodarstw można raczej porównać z gospodarstwami utrzymującymi się z niezarobkowych źródeł dochodu czy osób powiązanych z rolnictwem. Renciści – na ogół zresztą młodszy niż emeryci – mają nie tylko niższe dochody, ale też żyją w liczniejszych gospodarstwach domowych: oba te czynniki decydują o gorszym położeniu gospodarstw, w których żyją, a które nie zawsze, a być może też na ogół, nie są kwalifikowane jako gospodarstwa rencistów.

Gospodarstwa osób starszych mają niekorzystną strukturę wydatków, wynikającą z małej liczby osób w gospodarstwach i wysokiego udziału wydatków stałych. W gospodarstwach tych nie tylko znaczną, ale przede wszystkim wciąż rosnącą grupę stanowią wydatki związane z utrzymaniem mieszkania i ochroną zdrowia. O ile wydatki na żywność maleją zarówno ze względu na zmianę preferencji konsumpcyjnych, jak i z powodu wyraźnie niższej dynamiki wzrostu cen tych dóbr, to wydatki związane z utrzymaniem mieszkania i zdrowiem mają wysoką dynamikę wzrostu. W gospodarstwach emerytów wydatki na użytkowanie mieszkania i nośniki energii stanowiły w 2011 r. 24,5% (rencistów – 26,8%) wydatki na zdrowie – 10,2% (renciści – 10,8%), podczas gdy wartości średnie dla pozostałych grup gospodarstw były znacznie niższe¹⁰¹.

⁹⁹ Dane na podstawie: *Emerytury i renty w 2011 r.* (2013); obliczenia własne.

¹⁰⁰ Por. szerzej ekspertyzy: Gałązka-Petz (2011), s. 98–102; Ancyparowicz (2011), s. 83–97.

¹⁰¹ Por. systematyczne badania dotyczące wielkości i struktury minimum socjalnego i minimum egzystencji realizowane przez Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, publikowane cyklicznie w „Polityce Społecznej” oraz systematyczne badania warunków życia ludności realizowane przez GUS.

Analizując dochody emerytów, trzeba uwzględnić udział stałych wydatków w budżetach domowych, które w przypadku mało licznych gospodarstw domowych mogą pochłaniać istotną część dochodów. Z badania budżetów gospodarstw domowych realizowanych przez GUS wynika, że warunki życia emerytów są gorsze niż osób pracujących. Świadczy o tym wyższy udział wydatków na żywność, utrzymanie mieszkania (w tym nośniki energii), ochronę zdrowia. Ponadto niższy udział wydatków na wszystkie pozostałe cele: wyposażenie mieszkania i prowadzenie gospodarstwa domowego, odzież i obuwie, transport, łączność, kulturę, rekreację i inne. Gospodarstwa domowe emerytów charakteryzują się także gorszym wyposażeniem w przedmioty trwałego użytkowania niż pozostałe gospodarstwa domowe (m.in. telefony komórkowe, komputery, połączenie z Internetem, zestaw kina domowego, odtwarzacze DVD, kuchenki mikrofalowe). Wiele gospodarstw emerytów chciałoby posiadać nowoczesne urządzenia w gospodarstwie domowym, lecz nie stać ich na takie wydatki.

Ocena sytuacji materialnej gospodarstw domowych nie uwzględnia wartości nagromadzonego majątku, stanowiącego rodzaj zabezpieczenia na starość. Wartość tego majątku, niezależnie od jego formy, będzie z czasem coraz silniej różnicować sytuację ludzi starszych. W licznych badaniach można zauważyć, że właśnie ludzie starsi, emeryci są grupą społeczną, która najczęściej spośród wszystkich deklaruje, że przeznaczają swoje oszczędności na zabezpieczenie starości (podobnie osoby pracujące na własny rachunek). Majątek ten jest uwzględniony w badaniach budżetów przede wszystkim wtedy, gdy jest upłynniany: w innych sytuacjach nie jest on uwzględniany. Silnym motywem oszczędzania jest obawa o dochody w przyszłości. Badania gospodarstw domowych wykonane przez CBOS w latach 2003 i 2007 pokazują, że emeryci i renciści są tą grupą, która swoją przyszłą sytuację materialną ocenia najgorzej spośród wszystkich typów badanych gospodarstw domowych. Złej ocenie towarzyszą obawy wiążące się z rosnącymi kosztami utrzymania mieszkania, brakiem możliwości uzyskania dodatkowych dochodów, długotrwałą chorobą lub inwalidztwem.

Obserwowane w Polsce od wielu lat odwrócenie kierunku alimentacyjnego gospodarstw domowych jest wprawdzie widoczne w badaniach budżetów, ale w ograniczonym stopniu. Zarówno gospodarstwa emerytów, jak i rencistów przeznaczają więcej niż pozostałe typy gospodarstw na dary przekazywane innym. Sytuacja na rynku pracy powoduje ponadto rosnące zadłużenie tych gospodarstw, przy czym kredyty zaciągane są przez nie na rzecz członków rodziny nie posiadających „zdolności kredytowej” lub mających ją w ograniczonym stopniu. Rosnące zadłużenie dotyczy zarówno gospodarstw emerytów, jak i rencistów. Fakt tego zadłużenia może nie być uwzględniany w budżecie – będąc obciążeniem lub nie – z pewnością nie wywoła jednak korzystnych zmian w wyposażeniu tego gospodarstwa.

Sytuacja materialna osób starszych traktowana jest jako zaskakująco zadowalająca. Wypowiadane są poglądy, że problemem emerytów jest raczej wykluczenie społeczne, samotność, izolacja, brak aktywności, jaki odczuwa ta grupa, a więc „rozwiązaniem nie jest zwiększenie publicznych wydatków na emerytury i inne świadczenia pieniężne dla osób starszych”¹⁰². Na takie postrzeganie nakłada się też stereotypowa ocena sytuacji osób starszych: ludzie starsi stanowią kłopotliwe obciążenie budżetu, a także społeczeństwa ogółem. W Polsce istnieje powszechne oczekiwanie i akceptacja niewysokiego poziomu życia na emeryturze. Dotyczy to zarówno samych emerytów, jak i autorów publicznych wypowiedzi.

Z wielu badań opinii społecznej wynika, że w Polsce istnieje powszechna akceptacja dla niskich świadczeń emerytalnych (rentowych) oraz gorszych warunków życia ludzi starych i niepełnosprawnych. Powszechne przekonanie, że poziom życia emerytów musi być niewy-

¹⁰² Por. Kurowska (2009).

soki, a przejście na emeryturę musi oznaczać pauperyzację – dzielają sami emeryci. Poziom życia polskich emerytów, mierzony wskaźnikami ilościowymi, może być oceniany korzystnie. Inaczej trzeba ten poziom ocenić wówczas, gdy uwzględni się czynniki jakościowe: wyposażenie techniczne mieszkań i gospodarstw domowych, wymuszone strukturą kosztów utrzymania zmiany w wydatkach, a ponadto jeśli oceni się możliwości zaspokajania innych potrzeb niż potrzeby niezbędne (elementarne). Analiza struktury wydatków budżetów domowych emerytów (i rencistów) wskazuje bardzo niski udział wydatków emerytów na dobra inne niż bezwzględnie konieczne. Bardzo niski jest udział wydatków na wyposażenie mieszkania, odzież, obuwie, na zaspokojenie potrzeb kulturalnych, na utrzymywanie kontaktów towarzyskich, finansowanie rekreacji i wypoczynku. Ograniczone możliwości finansowe prowadzą emerytów do społecznej izolacji i pogłębienia ekonomicznego dystansu.

Status zbliżony do pracowniczego może zapewnić tylko połączenie kilku emerytur, wsparcie nagromadzonymi oszczędnościami (majątkiem) oraz praca zawodowa. Tymczasem gospodarstwa emerytów i rencistów należą do tych, które stosunkowo rzadko wykazują, że podejmują aktywne działania, w sytuacji gdy stałe dochody nie pozwalają na zaspokojenie potrzeb bieżących. W 2011 r. w gospodarstwach domowych emerytów dochody z różnych źródeł nie przekraczały 9% (w tym np. z pracy najemnej stanowiły nieco więcej niż 2% przychodów netto, a z pracy na własny rachunek – 0,3-0,1%. W gospodarstwach rencistów udział ten był jeszcze niższy (odpowiednio: 1% i 0,1%). Zapewne znaczną część dochodów z takich źródeł uzyskuje się w „szarej strefie”, ale powodem są też stosowane od lat rozwiązania makro i mikroekonomiczne w podejściu do pracy emerytów: stosowanie pułapów dorabiania do emerytury mające zniechęcić do podejmowania pracy, stosowanie zachęt do podejmowania pracy krótkotrwałej, z jednoczesnym wydawaniem zezwoleń na pracę w wybranych zawodach czy grupach zawodów tzw. deficytowych¹⁰³. Zgoda na podejmowanie pracy była wiązana także z restrukturyzacją gospodarki: zakazy – okresowe – dla tych, którzy przeszli na wcześniejszą emeryturę, ulgi za zwolnionych z powodów leżących po stronie pracodawcy. Zmiana przepisów, obostrzenia warunków przyznawania świadczeń sprzyjały pracy „na czarno”, rezygnacji z uprawnień pracowniczych i znikaniu informacji o tej pracy – także ze sprawozdawczości statystycznej. Wprowadzenie od 1. stycznia 2009 r. nowych zasad obliczania wysokości emerytury w ZUS (według tzw. zasad kapitałowych?) może istotnie niekorzystnie wpłynąć na zmianę sytuacji materialnej pobierających świadczenia¹⁰⁴.

2.2. Uwarunkowania prawne kształtowania świadczeń z ubezpieczenia społecznego w zreformowanym systemie zabezpieczenia społecznego

W zreformowanym systemie wysokość świadczeń z zabezpieczenia społecznego uzależniona jest bezpośrednio od wysokości zgromadzonego kapitału, a ten – od miesięcznego wynagrodzenia. W 2009 r. pracownicy otrzymujący płace brutto mniejsze lub równe przeciętnemu wynagrodzeniu miesięcznemu w gospodarce narodowej (3232 zł) stanowili ok. 65% ogółu pracowników. Zarobki mężczyzn były przeciętnie wyższe o ok. 10% (325 zł) od śred-

¹⁰³ Szerzej por. ekspertyza Gałązka-Petz (2011).

¹⁰⁴ *System emerytalny – problemy na przyszłość* (2011). W roku 2009 do obliczania wysokości emerytury w ZUS stosuje się zasadę tzw. kapitałową: wysokość zgromadzonego „kapitału” dzieli się przez dalsze trwanie życia jednakowe dla kobiet i mężczyzn.

niej krajowej, kobiet – niższe o ok. 10% (o 339 zł), co oznacza, że przeciętne wynagrodzenie mężczyzn było o 23% (o 664 zł) wyższe od przeciętnego wynagrodzenia kobiet¹⁰⁵.

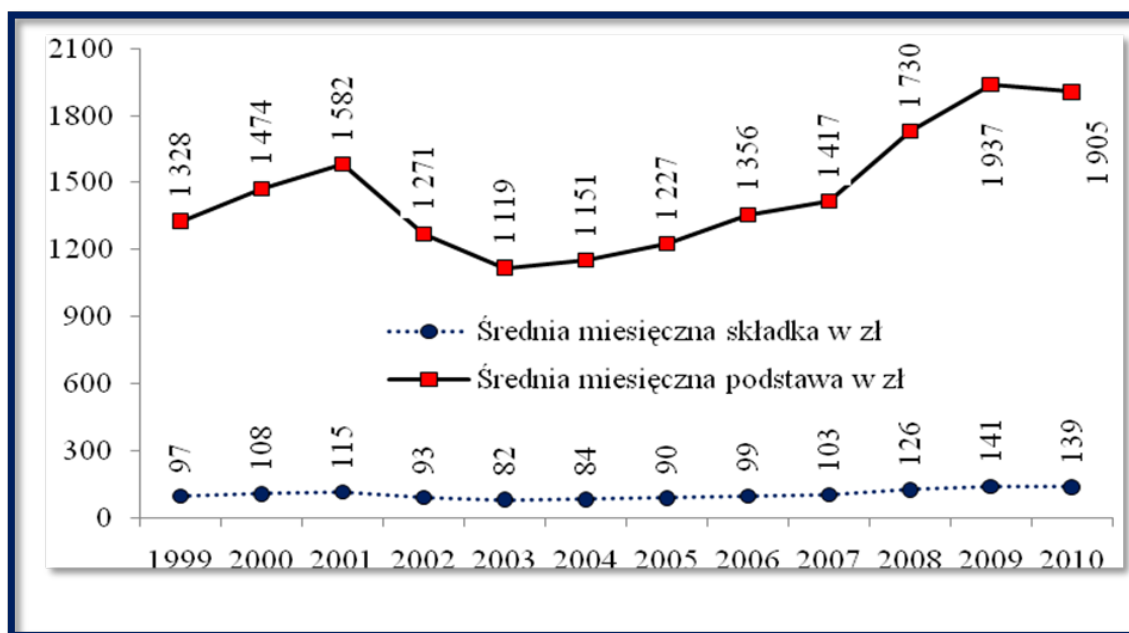
Od wysokości wynagrodzenia zależy wysokość składek na ubezpieczenia społeczne, w tym składki emerytalnej. Składki emerytalne były opłacane od kwoty mniejszej niż kwota bazowa w danym roku. Miało to związek z dominacją zatrudnionych uzyskujących zarobki niższe od przeciętnych, oszczędzaniem na kosztach ubezpieczeń społecznych przez osoby prowadzące działalność na własny rachunek (ok. 3 mln osób w 2010 r.), dużym udziałem „szarej” strefy w tworzeniu PKB (ok. 27%, tj. tylko o ok. 10 pkt. proc. mniej niż w Bułgarii i Rumunii). Wysokość średniej miesięcznej składki w latach 1999-2010 nie zależała od kwoty bazowej (która rosła), lecz od sytuacji na rynku pracy w danym roku. Wzrost popytu na pracę z opóźnieniem wpływał na wzrost podstawy naliczania składki emerytalnej¹⁰⁶. W latach 1999-2001 zarówno podstawa naliczania składki emerytalnej, jak i składka rosły. W okresie 2002-2007 podstawa naliczania składki oraz przeciętna składka były niższe (w wymiarze nominalnym) w porównaniu z poprzednim okresem. Sytuacja zmieniła się w 2008 r.; w 2009 r. mimo spowolnienia gospodarki zarówno kwota bazowa, jak i składka były wyższe niż przed rokiem, w 2010 r. – niższe. Zjawisko to wynika z ograniczania samozatrudnienia w okresach osłabienia koniunktury. Spadek samozatrudnienia częściowo wiąże się też z niską odpornością małych rodzinnych firm na kryzys, a częściowo z praktyką zatrudniania w tym trybie pracowników przez większe podmioty (daje to firmom oszczędności w wydatkach na ubezpieczenia społeczne).

Od 1 stycznia 1999 r. do 18 maja 2011 r. miesięczna składka emerytalna wyniosła średnio 109,76 zł (przy przeciętnej podstawie 1503,56). Oznacza to, że „kapitał” emerytalny zgromadzony w tym okresie (bez waloryzacji, która w istocie ma na celu ograniczenie wpływu inflacji na wartość świadczeń) wyniesie ok. 79 tys. zł. Osoby, które będą chciały skorzystać z prawa do emerytury, mogą zatem zgromadzić przeciętnie (w cenach z 2011 r.) kapitał emerytalny równy 160 tys. zł (po 25 latach opłacania składek). Jeśli oczekiwana długość życia wyniesie ok. 220 miesięcy, przeciętne świadczenie (brutto w cenach z 2011 r.) ukształtuje się na poziomie 750 zł brutto (ok. 600 zł netto). Kwota ta będzie niższa od przeciętnej renty (939 zł) wypłaconej w 2010 roku. Dlatego – przy utrzymaniu systemu zdefiniowanego świadczenia w ubezpieczeniu emerytalnym – korzystniej będzie przechodzić na rentę niż czekać na

¹⁰⁵ Pracownicy sektora publicznego zarabiali przeciętnie o 10% więcej niż pracownicy sektora prywatnego. Na tę średnią ma wpływ wyższy poziom wynagrodzeń w sektorze publicznym niż prywatnym na stanowiskach wykonawczych (pracownicy biurowi, świadczący usługi osobiste, sprzedawcy, rolnicy, leśnicy, robotnicy, rzemieślnicy, operatorzy maszyn i urządzeń). Na stanowiskach menedżerskich wyższe wynagrodzenia występowały w sektorze prywatnym. Najczęstsze wynagrodzenie miesięczne brutto (dominanta, wartość modalna) wyniosło 2091 zł (64,7% przeciętnego w gospodarce narodowej). Zarobki brutto (tj. suma wszystkich dochodów otrzymywanych z tytułu zatrudnienia u wszystkich pracodawców) nieprzekraczające 50% przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego brutto dla gospodarki narodowej) otrzymywało 18,5% zatrudnionych. Zarobki brutto równe co najmniej dwukrotnemu przeciętnemu wynagrodzeniu brutto w gospodarce narodowej otrzymywało 6,2% zatrudnionych. Były to grupy zawodowe określane jako przedstawiciele władz publicznych, wyżsi urzędnicy, menedżerowie (kierownicy). Zarobki powyżej 10 tys. zł otrzymywało 2,6% zatrudnionych. Analiza danych GUS i WUS dotyczących zatrudnienia wskazuje na niespójność i nieporównywalność danych, dlatego tak trudno o wnioskowanie o wysokości dochodów z pracy i należnych w związku z dochodami składek na ubezpieczenie społeczne.

¹⁰⁶ Na podstawie analizy wysokości opłacanych w 2010 r. składek na ubezpieczenie społeczne stwierdza się bardzo dużą koncentrację płacących składkę na poziomie najniższego wynagrodzenia. Z 14,3 mln osób opłacających składki na ubezpieczenie społeczne w ZUS 5,2 mln osób płaciło składki w wysokości niezależnej od osiąganego dochodu. Por. B. Więckowska, *Źródła dochodów a oskładkowanie na ubezpieczenie społeczne*, KPRM, Warszawa 12.12.2012 (<http://www.zus.pl/seminariaprognozy/seminariaprognozy/3.%20źródła%20dochodów%20a%20składkowanie.pdf> – dostęp: 17.06.2013).

Wykres 1. Zagrożenia dla systemu emerytalnego = zagrożenie dochodów osób starszych¹⁰⁷



emeryturę. Twórcy reformy emerytalnej zdali sobie z tego sprawę, toteż postulują wprowadzenie rent kapitałowych jako rozwiązania wchodzącego w skład pakietu konsolidacji finansów publicznych. Jest to sprzeczne z podjętymi przez Polskę zobowiązaniami ochrony praw pracowniczych. W szczególności minimalny poziom świadczenia wraz z zasiłkami rodzinnymi na dzieci nie może być niższy od 40% uprzednich zarobków wraz z zasiłkami na dzieci (Konwencja 102 MOP) bądź 50% (Konwencja 128 MOP). Świadczenia emerytalno-rentowe (mimo waloryzacji) rosną wolniej od przeciętnych wynagrodzeń. Dotyczy to w szczególności przeciętnej renty z tytułu niezdolności do pracy, która w 2003 r. stanowiła ok. 38% przeciętnego wynagrodzenia, zaś w 2010 r. już tylko 33,3% przeciętnego wynagrodzenia (55,3% przeciętnej emerytury). Szacunki przeprowadzone przy założeniu, że przeciętne wynagrodzenie będzie rosło, a wskaźnik waloryzacji świadczeń uwzględnia tylko część realnego wzrostu wynagrodzeń, proporcja najniższej renty do przeciętnego wynagrodzenia nadal będzie malała. W 2059 r. relacja ta ma wynieść 5–7%. Na tym poziomie w stosunku do przeciętnego wynagrodzenia będą zatem również renty rodzinne, jeśli zostanie wprowadzony system zdefiniowanej składki w ubezpieczeniach rentowych (rodziny).

Postulaty, aby Polacy zaczęli masowo oszczędzać na przyszłą emeryturę, nabywając dostępne na rynku produkty finansowe, są całkowicie oderwane od rzeczywistości, choćby ze względu na dwukrotnie wyższy niż w Unii Europejskiej wskaźnik wykluczenia finansowego (40% wobec 20%).

Zreformowany system zabezpieczenia społecznego i zagrożenie wykluczeniem społecznym z powodu ubóstwa

W systemie zabezpieczenia społecznego można wskazać zarówno wady w przyjętych rozwiązaniach, jak i błędy w realizacji projektu. Wykluczenie osób starych (niesamodzielnych, niepełnosprawnych) może wynikać zarówno z wad w systemie, jak też z zasad jego funkcjonowania. W przypadku błędów systemowych zmianie musi podlegać system. Może to

¹⁰⁷ Por. szerzej: ekspertyza Ancyparowicz (2011); *Otwarte fundusze emerytalne w systemie zabezpieczenia społecznego 1999-2010* (2010); Oręziak, OFE – źródło długu publicznego, zysków dla PTE i złudzeń dla emerytów, w: *Ubezpieczenie społeczne w Polsce – 10 lat reformowania* (2011), s. 104-134.

dotyczyć naczelnych wartości i zasad etycznych przyjętych do formułowania systemu, jak i zgodnych z nimi zasad prawnych konstytuujących dany system (a także metod finansowania, wymagań wobec kadry zarządzającej i realizującej zadania). W przypadku nieprawidłowości w funkcjonowaniu systemu zmiana musi obejmować zasady, na których został zbudowany oraz te jego elementy, które w praktyce powodują niepożądane skutki.

W polityce zabezpieczenia społecznego podstawowym celem systemu jest zapewnienie bezpieczeństwa socjalnego osobom niezdolnym do pracy z powodu: inwalidztwa (renta), zaawansowanego wieku (starości), utraty żywiciela rodziny (renta rodzinna), choroby (zasiłek) niezdolności do samodzielnej egzystencji. Bezpieczeństwo socjalne można ogólnie definiować jako wolność od ubóstwa, zapewnienie osobie (rodzinie) dotkniętej zdarzeniem losowym dostatecznych środków finansowych, materialnych i pozamaterialnych. Polski system zabezpieczenia społecznego ma szeroki zakres przedmiotowy i podmiotowy obejmujący niemal wszystkie wymieniane w dokumentach MOP i UE zdarzenia losowe (ryzyka socjalne). Podstawowym problemem polskiego systemu zabezpieczenia społecznego jest w zdecydowanej większości bardzo niski wymiar świadczeń z systemu zabezpieczenia społecznego. Dotyczy to głównie rent z tytułu niezdolności do pracy (inwalidztwa), rent socjalnych (przeznaczonych dla osób nie mających uprawnień do świadczeń ubezpieczeniowych), świadczeń rodzinnych, a także większości emerytur z systemu ubezpieczenia rolniczego oraz w znacznym odsetku emerytur i rent rodzinnych z systemu pracowniczego.

Niskie świadczenia z systemu ubezpieczenia społecznego nie są też w dostatecznym stopniu uzupełniane świadczeniami pozaubezpieczeniowymi (np. pomocy społecznej). Wynika to z przyjętych tzw. progów dochodowych, które pozbawiają osoby o niskich rentach i emeryturach możliwości korzystania ze świadczeń pomocy społecznej.

Zasiłek pielęgnacyjny przeznaczony jest dla osób zarówno niezdolnych do samodzielnej egzystencji, jak i dla tych, którzy ukończyli 75 lat i pobierają świadczenia ubezpieczenia społecznego. Nie spełnia on funkcji uzupełnienia dochodów osób niesamodzielnych na zwiększające się potrzeby w związku z postępującą wraz z wiekiem niesamodzielnością (nieśprawnością). Wartość zasiłku pielęgnacyjnego jest z założenia niska (wynosi 186,71 zł). W przypadku niskiej wartości renty lub emerytury stanowić może jedynie skromne uzupełnienie dochodu. W przypadku niezdolności do samodzielnej egzystencji wartość zasiłku pielęgnacyjnego nie daje jednak możliwości korzystania z pomocy innych osób (tym bardziej nie daje możliwości korzystania z usług o charakterze specjalistycznym).

W formułowaniu założeń polityki ludnościowej nie wystarcza ocena ukształtowanego do 2011 r. stanu zabezpieczenia społecznego. Niezbędne jest wskazanie kierunków koniecznych zmian w systemie. Wysokość świadczeń i kierunki reformowania systemu świadczeń z zabezpieczenia społecznego zostały określone w zmianach systemowych podjętych w latach 1997-1998. Kolejne reformy systemu (m.in. uchwalona 21 listopada 2008 r. ustawa o emeryturach kapitałowych) wskazują konsekwentnie kierunek zmian zmierzający do obniżenia wartości świadczeń z systemu ubezpieczenia społecznego¹⁰⁸. Zgodnie z regułą zawartą w wymienionej ustawie zmiana zasad wymiaru świadczenia emerytalnego prowadzi konsekwentnie do poważnego zmniejszenia wartości świadczenia emerytalnego i rent rodzinnych (nie ma wciąż decyzji dotyczących rent inwalidzkich). Emerytura kapitałowa zostaje od 2014 roku pozbawiona części solidarnościowej (tzw. kwoty bazowej), która prowadziła do podniesienia emerytur najniższych i obniżenia poziomu emerytur wysokich. Wysokość emerytury kapitałowej wynika wprost z podzielenia zgromadzonego podczas wszystkich lat pracy „kapitału” na wszystkie prognozowane dla danej populacji dalsze lata trwania życia. W stosunku do emerytury obliczanej na zasadach repartycyjnych (zdefiniowane świadczenie) emerytura według

¹⁰⁸ Por. Ustawa o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych z 17 grudnia 1998 r. (Dz. U. z 1998 r. Nr 162, poz. 1118. z późn. zmianami). Wprowadzony zmianą w 2008 r. art. 183 zmienia od 2014 r. system ubezpieczenia społecznego na system kapitałowy.

reguły kapitałowej (zdefiniowana składka) będzie znacznie niższa. W latach 2009-2013 emerytura jest obliczana według reguł mieszanych (repartycyjnej z coraz wyższym udziałem w kolejnych latach zasady kapitałowej). Od 2014 r. wymiar emerytury będzie obliczany w całości według zasad kapitałowych. W wyniku zastosowania zasady „zdefiniowanej składki” wymiar emerytury będzie o około 50% niższy niż emerytury obliczanej według zasady obowiązującej do końca 2008 r. (repartycyjnej). Stopa zastąpienia emeryturą utraconych dochodów z pracy wyniesie od około 26–28% (do 2008 r. stopa zastąpienia wynosiła około 50%).

Stopa zastąpienia dochodu z pracy utraconego – ze względu na zły stan zdrowia lub osiągnięcie wieku emerytalnego – świadczeniem z ubezpieczenia społecznego musi uwzględniać co najmniej możliwość zaspokojenia niezbędnych potrzeb. Analiza doświadczeń z przeszłości (ostatnia dekada XXI wieku) wykazuje, że stopa zastąpienia dochodu z pracy emeryturą kształtowała się na poziomie od 49,8% do 51,5% w 2000 roku. Wartość uzyskiwanego dochodu ze świadczenia z ubezpieczenia społecznego należy oceniać według kryterium: zmieniającej się siły nabywczej, porównania z wysokością utraconego dochodu z pracy oraz porównania ze zmieniającą się strukturą potrzeb, wydatków i rosnących wraz z wiekiem kosztów utrzymania gospodarstwa domowego. Koszty utrzymania gospodarstwa domowego emerytów i osób niepełnosprawnych oraz niesamodzielnych są przeciętnie wyższe niż pracujących. W gospodarstwach tych jest mniej osób, inna jest też struktura wydatków. Mniejsze są możliwości zmniejszenia wydatków ze względu na wysoki udział wydatków tzw. sztywnych (koszty utrzymania mieszkania, żywności, leków, usług opieki i pielęgnacji). Osoby starsze wraz z wiekiem mają też coraz mniejsze możliwości uzupełnienia dochodów bieżących dochodami z pracy.

Nowo przyznawane świadczenia emerytalne od 2009 r. sukcesywnie obniżały się w stosunku do emerytur przyznawanych do 2008 roku. Obniżenie świadczeń rosnącej liczbie osób stworzy trudną sytuację utrzymującym się głównie lub wyłącznie ze świadczeń. Problem ten będzie dotyczyć osób urodzonych po 1949 r. (populacja tzw. II wyżu demograficznego). Niskie świadczenia z ubezpieczenia społecznego (emerytury) będą wymagać uzupełnienia dochodów. Stworzy to trudną sytuację nie tylko w wymiarze jednostkowym dla osób pobierających niskie świadczenia. Ponownie musi być podjęta dyskusja, kto ma przyjąć na siebie odpowiedzialność za dostarczenie dostatecznych środków utrzymania osobom niezdolnym do pracy z powodu podeszłego wieku (śmierci żywiciela rodziny) oraz inwalidztwa¹⁰⁹.

Trwałość, pewność i wystarczający poziom dochodów ze świadczeń zabezpieczenia społecznego stanowi elementarną zasadę i warunek zapewnienia bezpieczeństwa socjalnego i ochrony osób niezdolnych do pracy przed ubóstwem i wykluczeniem z uczestnictwa w życiu społecznym i ekonomicznym. Jest to także podstawowy warunek celowości utrzymywania systemu ubezpieczenia społecznego. Jeżeli system ubezpieczenia społecznego nie spełnia funkcji gwarantujących bezpieczeństwo socjalne uprawnionym do świadczeń, to jego utrzymywanie staje się bezcelowe. Utrzymanie w Polsce od 2014 r. zasad wymiaru emerytur sformułowanych w ustawie o emeryturach kapitałowych z 2008 r. w istocie podważa cele, dla

¹⁰⁹ Trzeba przypomnieć, że głównym motywem organizowania w XIX w. systemów ubezpieczenia społecznego była konieczność dostarczenia środków utrzymania niezdolnym do pracy. Przyjęto zasadę odpowiedzialności państwa za taki podział dochodu społecznego, który tworzył solidarny system międzygeneracyjnego podziału dochodu. Jego założeniem było stworzenie systemu, w którym dochody z pracy miały być zastąpione dochodami z systemu zabezpieczenia społecznego. Przyjęto zasadę, że świadczenie ubezpieczenia społecznego (renta, emerytura) muszą wystarczać na samodzielne pokrycie niezbędnych potrzeb. Współcześnie „potrzeby niezbędne” można zdefiniować jako potrzeby: żywienia, ubrania, utrzymania mieszkania, dostępu do niezbędnych towarów i usług gwarantujących uczestnictwo w życiu społecznym możliwość korzystania z niezbędnych usług ochrony zdrowia i opieki, a w przypadku osób niepełnosprawnych i niesamodzielnych – opłacenie usług opieki, rehabilitacji i pielęgnacji. Szerzej: J. Hryniewicz, *Wartości, cele i zasady ubezpieczenia społecznego. Perspektywa historyczna i współczesna*, w: *Ubezpieczenia społeczne w Polsce...* (2011).

których powołano system ubezpieczenia społecznego. Zasady wymiaru rent inwalidzkich pozostały dotychczas (2012 r.) na zasadach sformułowanych w systemie repartycyjnym. Zgłaszane projekty zmian systemu rent inwalidzkich zmierzają do istotnego obniżenia świadczeń przez przekształcenie repartycyjnego systemu rentowego na system kapitałowy.

Przeprowadzenie zmian w systemie może być trudne ze względu na stan finansów publicznych. Wprowadzone w Polsce w latach 1997–1999 i kontynuowane w kolejnych latach do 2012 r. zmiany w systemie ubezpieczenia społecznego przeprowadzono za pomocą specjalistycznych technik kształtowania opinii publicznej¹¹⁰. Dzięki technikom PR (*public relations*) większość społeczeństwa przekonano do indywidualnych korzyści wynikających z zastosowania kapitałowego systemu emerytalnego (tzw. zdefiniowanej składki). Społeczeństwo przekonano też do odrzucenia systemu emerytalnego opartego na solidarności społecznej (repartycyjnego) jako systemu niesprawiedliwego i nieefektywnego. Powszechna akceptacja i społeczne przyzwolenie na utrzymywanie znacznych nierówności dochodowych to kolejna przeszkoda w przeprowadzeniu zmian w systemie ubezpieczenia społecznego. W społecznej świadomości Polaków jest bardzo duże przyzwolenie na utrzymywanie nierówności dochodowych poszczególnych grup społecznych. Jest to wynik uporczywie utrwalanego przekonania, że poziom dochodu powinien zależeć od osobistej przeczności, zaradności i dzielności ekonomicznej jednostki, jej przedsiębiorczości i zapobiegliwości (także bez względu na stosowane metody gromadzenia bogactwa). Postulat ten w warunkach głębokich zmian systemowych można uznać za utopijny.

Trudno dziś określić, czy można zasadnie założyć, że wraz z rosnącym masowym ubóstwem osób niezdolnych do pracy będzie się zmniejszać społeczna akceptacja dla utrzymywania takiego stanu. Poszukiwanie rozwiązania tego problemu może prowadzić do: 1) obciążenia rodzin kosztami utrzymania osób starych i niepełnosprawnych, 2) przeniesienia kosztów ich utrzymania na samorządy lokalne. Obciążenie rodzin lub/i samorządów kosztami utrzymania osób starych i niepełnosprawnych może nie uzyskać społecznej akceptacji, będzie bowiem prowadzić do nadmiernego obciążenia zarówno samorządów lokalnych (gmin), jak i rodzin. Wysokie obciążenie samorządów będą dotyczyć w szczególności tych gmin i miast, które charakteryzują się niskimi dochodami, wysokim poziomem bezrobocia oraz niekorzystną – z punktu widzenia potrzeb pomocy – strukturą demograficzną mieszkańców. Pod wpływem doświadczeń wyniesionych z funkcjonowania systemu kapitałowego, może ulec zmianie opinia społeczna dotycząca charakteru kapitałowego systemu ubezpieczenia społecznego oraz płynących z niego indywidualnych korzyści. Okaże się wówczas, że konieczny stanie się powrót do systemu solidarnościowego – repartycyjnego, odpornego na problemy kryzysu finansowego, systemu zapewniającego względną równowagę w podziale dochodu społecznego między różne grupy społeczne i pokolenia.

Propagowany od 2010 r. i wprowadzony przez wiele banków komercyjnych projekt tzw. odwróconej hipoteki nie może być skutecznym środkiem poprawy sytuacji materialnej emerytów. Problem „odwróconej hipoteki” może dotyczyć tylko właścicieli mieszkań o wysokim standardzie, a przede wszystkim o lokalizacji korzystnej z punktu widzenia rynkowej jego wartości. Nie rozwiązuje problemów wynikających z niskich dochodów osób starszych, gdyż bank (instytucja finansowa) będzie zainteresowany wyłącznie mieszkaniami dobrej jakości. „Odwrócona hipoteka” pozbawia też spadkobierców możliwości dziedziczenia mieszkania. Rozwiązanie „odwróconej hipoteki” jest niekorzystne z punktu widzenia budowania więzi między pokoleniami w rodzinie. Wiele spraw w funkcjonowaniu „odwróconej hipoteki” jest niejasnych; czy zobowiązania do wypłaty środków za przekazane w przyszłości mieszkanie będzie dożywotnie, czy też wypłata bankowa będzie realizowana do wyczerpania środków równych szacunkowej wartości mieszkania (i kosztów własnych banku). W przy-

¹¹⁰ Orestein (2008; wydanie polskie 2013 r.).

padku osób w bardzo zaawansowanym wieku wolny rynek obrotu mieszkaniami tworzy więcej problemów, niż ich rozwiązuje. Projekt „odwróconej hipoteki” tworzy wiele zagrożeń wynikających z wolnorynkowego obrotu między nierównymi stronami: bankiem posiadającym wysoko kwalifikowaną obsługę prawną a osobą w zaawansowanym wieku. Pomijając (rzeczywiste czy domniemane) nieprawidłowości w działaniu projektu, trzeba zwrócić uwagę na to, że może on mieć zastosowanie w bardzo ograniczonej skali. Banki komercyjne mogą przejmować mieszkania tylko w niektórych dzielnicach, głównie dużych miast. Nie rozwiązuje to problemów wynikających z niskich dochodów i skromnej zasobności materialnej osób niezdolnych do pracy z powodu zaawansowanego wieku.

Poziom dochodów osób niezdolnych do pracy musi być dostosowany do ich zmieniających się potrzeb, gdyż stanowi to zasadniczy warunek ich uczestnictwa w życiu społecznym, ekonomicznym oraz w konsumpcji. Jest to także warunek utrzymania zadowalającego stanu zdrowia, sprawności życiowej i ekonomicznej samodzielności w długim czasie. Możliwie najdłuższe życie w zdrowiu i sprawności ma także istotne znaczenie dla obniżenia kosztów leczenia, opieki i pielęgnacji.

W polityce kształtowania dochodów osób niezdolnych do pracy z powodu wieku lub/i stanu zdrowia istotne znaczenie ma określenie charakteru, funkcji i źródeł dochodów. Charakteryzując dochody, należy podkreślić, że powinny to być dochody wystarczające do znacznie zmieniających się wraz z postępującym procesem starzenia potrzeb osób pobierających świadczenia. Polityka kształtowania dochodów powinna zatem uwzględniać zmiany w:

- możliwościach pozyskiwania/uzupełniania dochodów ze świadczeń (emerytury, renty, zasiłek) dochodami z pracy lub innych przedsięwzięć zarobkowych (np. praca na własny rachunek),
- w stanie zdrowia i kosztach związanych z utrzymaniem dobrego stanu zdrowia i sprawności,
- poziomie sprawności i zdolności do samoobsługi w czynnościach życia codziennego,
- kosztach utrzymania osób trwale niezdolnych do samodzielnej egzystencji, wymagających stałej pomocy i opieki innych osób, w tym koszty korzystania z usług udzielanych przez profesjonalne instytucje.

W kształtowaniu pieniężnych świadczeń socjalnych stosowany mechanizm waloryzacji jest tak skonstruowany, że poziom zastąpienia dochodów z pracy świadczeniem zmniejsza się wraz z rosnącym wiekiem osoby pobierającej emeryturę. Świadczenia emerytalne w stosunku do wynagrodzeń stają się tym niższe, im dłuższy jest czas ich pobierania. Dlatego stosowane mechanizmy waloryzacji świadczeń wymagają zmiany, aby świadczenie odpowiadało potrzebom i możliwościom ich sfinansowania narastającym wraz z wiekiem pobierającego świadczenie. Źródłem uzupełnienia spadających dochodów i rosnących wraz z wiekiem wydatków osób w zaawansowanym wieku mogą być:

- powszechne, obowiązkowe, publiczne, gwarantowane i roszczeniowe ubezpieczenie pielęgnacyjne na wypadek niesamodzielności (finansowane ze składki na ubezpieczenie),
- świadczenia z budżetu państwa (renty socjalne/obywatelskie) dla osób, które nie opłacały składki,
- budżety samorządów lokalnych (przez partycypację w kosztach organizacji usług, ewentualnie wypłatę zasiłków pomocy społecznej na pokrycie kosztów usług opieki),
- świadczenie ze strony rodzin osób w podeszłym wieku (partycypacja rodzin zobowiązanych do alimentacji w rosnących kosztach utrzymania swoich bliskich),

- nagromadzony w ciągu życia dorobek materialny osoby w zaawansowanym wieku (wykorzystanie majątku na cele związane z kosztami utrzymania osoby w podeszłym wieku).

Problem rosnących kosztów i spadających dochodów gospodarstw domowych osób w zaawansowanym wieku nie jest nowym zagadnieniem. Poszukiwanie rozwiązania tego problemu rozpoczęto w RFN na przełomie lat 60. i 70. XX wieku w związku z licznymi badaniami i publikacjami środowisk akademickich wskazujących na narastające problemy finansowania kosztów utrzymania starzejącego się społeczeństwa. W dyskusji wskazywano różne możliwe rozwiązania. Po wielu latach publicznej debaty w Niemczech w 1995 r. uzyskano powszechną zgodę na wprowadzenie rozwiązania systemowego w celu wyeliminowania negatywnych dla położenia osób w zaawansowanym wieku skutków obniżających się dochodów w sytuacji rosnących wydatków. W 1995 r. w Niemczech wprowadzono (po ponad 20 latach debaty publicznej i uzyskaniu konsensu społecznego i politycznego) powszechne społeczne ubezpieczenie pielęgnacyjne przeznaczone dla osób, których stan zdrowia i sprawność wymaga codziennej pomocy innej osoby. Składka na ubezpieczenie pielęgnacyjne opłacana jest na zasadzie solidarności społecznej przez wszystkich pracujących jako określony odsetek ich dochodów z pracy. Świadczenie uzyskuje ten, kto ze względu na stan zdrowia i poziom sprawności wymaga pomocy. Wysokość świadczenia zależy od orzeczonego przez lekarza stopnia niesamodzielności życiowej (przyjmuje się trzy stopnie niesamodzielności). Uzyskane środki przeznacza się wyłącznie na opłacenie usług lub/i zakup przedmiotów, które zmniejszają dolegliwości stanu niesamodzielności. Nadzór i kontrolę nad jakością świadczonych usług oraz zgodnym z celem wykorzystaniem środków sprawuje kasa ubezpieczenia pielęgnacyjnego. W przygotowaniu rozwiązania problemu pozyskania środków na opiekę nad osobami niesamodzielnymi w Niemczech rozważano rozwiązanie alternatywne: wykorzystanie wartości majątku, zgromadzonego przez osobę potrzebującą opieki, na opłacenie kosztów tej opieki. Władze publiczne, które poczuwały się do odpowiedzialności za dostarczenie opieki niezdolnym do samodzielnej egzystencji obywatelom, w ten sposób finansowałyby jej koszty. Jednocześnie osoby zobowiązane do alimentacji byłyby pozbawione spadku po odchodzących krewnych, a w przypadku wyczerpania wartości majątku na cele opieki, brakujące środki uzupełniałyby z dochodów własnych osoby zobowiązane do alimentacji. Ostatecznie, w wyniku uzyskania społecznej zgody, przyjęto rozwiązanie obciążające solidarną składką wszystkich pracujących (osoby bezdzietne opłacają składkę nieznacznie wyższą niż osoby posiadające potomstwo)¹¹¹.

Problem uzupełnienia dochodów z powszechnego świadczenia emerytalnego (rentowego) dla osób tracących wraz z wiekiem samodzielność wymaga w Polsce pilnego rozwiązania ze względu na obniżanie się potencjału opiekuńczego wielu rodzin. Alternatywą dla ubytku potencjału opiekuńczego rodziny jest obciążenie dodatkowymi zadaniami samorządów lokalnych. Obciążenie samorządów zadaniem opieki nad osobami niesamodzielnymi wymaga przekazania im na ten cel środków odpowiadających skali zadań. W tym zakresie pojawia się problem oceny wielkości zadań, wypracowania metod, zakresu i standardów, jakie miałyby zapewnić samorzady w zorganizowaniu opieki osobom niesamodzielnym. Samorzady nie mają informacji o potrzebach, nie mają też wdrożonych procedur pozyskiwania i agregowania informacji oraz oceny potrzeb. Dochody i możliwości samorządów są zróżnicowane ze względu na różny poziom dochodów własnych samorządu i poziom zamożności mieszkańców. Wiele samorządów nie będzie w stanie przejąć nowych zadań opieki z powodu bardzo ograniczonych dochodów własnych (tam bowiem, gdzie występują niskie dochody, są bardzo duże potrzeby). W polskich warunkach najkorzystniejszym rozwiązaniem byłoby wprowadzenie, według wzoru niemieckiego, powszechnego, solidarnościowego ubezpiecze-

¹¹¹ M. Nita, *Ubezpieczenie pielęgnacyjne w Republice Federalnej Niemiec. Idea i realizacja*, w: *O sytuacji ludzi...* (2011), s. 159–189. Szerzej: M. Nita, *Ubezpieczenie pielęgnacyjne w Republice Federalnej Niemiec. Idea i realizacja* (praca magisterska), ISNS UW, Warszawa 2010, s. 197 (Promotor: J. Hryniewicz).

nia pielęgnacyjnego od skutków niezdolności do samodzielnej egzystencji. Świadczenie to byłoby przeznaczone dla osób niesamodzielnych bez względu na wiek i przyczynę stanu – zarówno dla osób w zaawansowanym wieku, jak i dla dzieci niezdolnych do samodzielnej egzystencji, ofiar wypadków i chorób¹¹².

Ubóstwo dla wielu osób starych jest główną przyczyną wykluczenia społecznego. Nie ma dostatecznych informacji o zróżnicowaniu położenia materialnego osób w zaawansowanym wieku. Sytuacja dochodowa emerytów jest oceniana według nominalnej wartości bieżącego dochodu pieniężnego. Według standardów Unii Europejskiej za granicę ubóstwa przyjmuje się dochody poniżej 60% średniego dochodu (w danym kraju). Przyjęte kryterium dochodowe oznacza, że zagrożenie ubóstwem jest stanem względnym, porównywanym do sytuacji ekonomicznej ogółu pozostałych grup społecznych. W przypadku osób w zaawansowanym wieku, niesamodzielnych do oceny dochodów jest konieczne wypracowanie nowych kryteriów oraz dostosowanie ich do zmieniających się potrzeb.

Společne wykluczenie osób starszych jest uwarunkowane wieloma czynnikami: niskimi dochodami, ubogą konsumpcją (ograniczoną do niezbędnych dla przeżycia towarów i usług), złym stanem zdrowia i powszechnie ograniczoną sprawnością, złymi w większości warunkami mieszkaniowymi pogarszającymi się wraz z upływem lat, ograniczonym dostępem (lub jego brakiem) do usług ochrony zdrowia, opieki, edukacji, kultury, wypoczynku, rynku pracy, a także ograniczającymi się wraz z wiekiem kontaktami społecznymi.

2.3. Sytuacja mieszkaniowa osób starszych

W kształtowaniu sytuacji bytowej osób starszych bardzo ważne znaczenie ma sytuacja mieszkaniowa, w tym przystosowanie warunków zamieszkania do potrzeb i poziomu sprawności (samodzielności) osoby starszej, niesamodzielnej i niepełnosprawnej, ułatwienia w zamianie mieszkania, tworzenie mieszkań chronionych, zapewniających bezpieczeństwo osobom starym i niepełnosprawnym. Zaspokojenie potrzeb mieszkaniowych osób starszych ma istotne znaczenie dla kształtowania warunków i jakości życia osób w wieku podeszłym, niesamodzielnych i niepełnosprawnych. Fundamentalną zasadą systemu pomocy tej grupie w zaspokojeniu zmieniających się potrzeb mieszkaniowych powinno być tworzenie warunków do jak najdłuższego pozostawania we własnym mieszkaniu, w znanym środowisku lokalnym, przy stopniowym zwiększaniu poziomu, rodzaju i charakteru usług – z jednoczesnym poszanowaniem swobody wyboru miejsca pobytu przez zainteresowanych.

Obszary problemowe sytuacji mieszkaniowej osób starszych

Procesy demograficzne będą wpływały na powstawanie i funkcjonowanie coraz liczniejszych gospodarstw domowych osób samotnych, szczególnie w zaawansowanym wieku. Ostatni okres życia dla wielu osób charakteryzuje się znacznymi ograniczeniami możliwości poruszania się. Osoby starsze, a szczególnie niesamodzielne, większość czasu z konieczności spędzają w mieszkaniu lub jego pobliżu. Wymaga to podwyższonego komfortu mieszkania oraz otoczenia urbanistycznego i społecznego, które muszą być dostosowywane do potrzeb osób w zaawansowanym wieku i o obniżonej sprawności ruchowej.

W Polsce zdecydowana część osób w wieku 50 i więcej lat zamieszkuje w miastach, w mieszkaniach budowanych z tzw. wielkiej płyty. Charakteryzują się one nieelastycznym układem mieszkań; nie ma w nich możliwości przeprowadzenia prac modernizacyjnych i dostosowawczych. Starzenie się populacji „wywoła” problem przystosowania tych mieszkań

¹¹² Projekt ubezpieczenia pielęgnacyjnego wraz z założeniami ustawy został opracowany przez zespół pod kierunkiem prof. dr hab. Anny Wilmowskiej-Pietruszyńskiej, powołany zarządzeniem Ministra Zdrowia Prof. Z. Religi w 2006 roku.

do potrzeb i możliwości osób starszych. Konieczne stanie się nie tylko usuwanie barier architektonicznych i urbanistycznych, ale także instalowanie wind, poręczy, uchwytów, pochylni, montaż posadzek antypoślizgowych, dostosowanie kuchni do postępujących ograniczeń ruchowych osób starszych. Problematyka przystosowania mieszkań jest zagadnieniem interdyscyplinarnym. Nie dotyczy ona jedynie wdrożenia idei *Universal Design*, lecz wymaga wielodyscyplinarnych studiów i prac określających architektoniczne, urbanistyczne i społeczne warunki zamieszkania osób o mniejszej (i zmniejszającej się) sprawności. Zmiany w tym zakresie wymagają nowego podejścia do rozwiązania problemu mieszkania licznej populacji osób w zaawansowanym wieku.

Wraz z upływem czasu ustępuje problem „starzy ludzie w starych domach”. Starzy mieszkańcy domów w naturalny sposób odchodzą, a wiele starych domów jest zdekapitalizowanych w takim stopniu, że są one wyburzane. Standardy zamieszkania starych ludzi ulegają poprawie, lecz są one wciąż gorsze niż ogółu ludności. Mieszkania obecnie zasiedlane przez starsze pokolenie oddawano do użytku głównie w latach 1950–1980 (mieszkania spółdzielcze i zakładowe). Problemem większości tych mieszkań jest niski ich standard oraz brak wind w domach 4-piętrowych. Lokalizacja mieszkań w starych zasobach mieszkaniowych stwarza ponadto problemy bezpieczeństwa osób w zaawansowanym wieku ze względu na obecność zjawisk patologii.

Osobnym problemem są warunki mieszkaniowe emerytów. Emeryci mieszkają w najstarszych zasobach mieszkaniowych, które charakteryzują się znacznie niższym standardem wyposażenia. Wiele mieszkań emerytów nie ma ciepłej wody, łazienki, WC, centralnego ogrzewania, dostępu do gazu. W warunkach braku wyposażenia mieszkania w podstawowe instalacje cywilizacyjne trudno zapewnić osobom niesprawnym, z ograniczoną sprawnością, obciążonym chorobami dobre warunki bytowe. W budżetach gospodarstw domowych koszty utrzymania mieszkania stanowią jedną z głównych pozycji w wydatkach osób starszych. W przypadku niskich świadczeń z zabezpieczenia społecznego koszt utrzymania mieszkania, szczególnie w przypadku osób samotnych, nierzadko przekracza ich możliwości finansowe, zmuszając do nieracjonalnych i nieuzasadnionych oszczędności znacznie pogarszających warunki życia (np. ograniczenia w ogrzewaniu pomieszczeń, zużyciu energii elektrycznej, wody itp.). Zagrożenie podwyższaniem kosztów utrzymania mieszkań (czynszów) argumentowane „nieustającym urealnieniem” może zmuszać osoby starsze do wymuszonych, niechcianych przeprowadzek do mieszkań o niższym standardzie, niekorzystnie zlokalizowanych ze względu na możliwości organizacji życia i zaspokojenia potrzeb. Niechęć do zmiany mieszkania w starszym wieku dyktowana jest „zakorzeniem” w danym środowisku społecznym, obawą przed pogłębieniem samotności i osamotnieniem w nowym środowisku, koniecznością rezygnowania z dotychczasowych „utartych” miejsc, kontaktów, instytucji, sposobów zaspokajania potrzeb. Zmiana mieszkania w starszym wieku nie może być wymuszana podnoszeniem kosztów utrzymania, gdyż koszty społeczne przymusowej ze względów finansowych zmiany mogą okazać się bardzo wysokie¹¹³.

Z badania opinii społecznej (CBOS 2009) wynika, że około 2/3 respondentów na starość chciałaby mieszkać we własnym mieszkaniu i uzyskiwać pomoc ze strony najbliższej rodziny. W opinii 3/4 badanych najlepszym rozwiązaniem „na starość” jest pozostanie w swoim mieszkaniu. Wiąże się to ze wspomaganiami osób starszych pozostających we własnym mieszkaniu.

Brakuje danych o skali pomocy mieszkaniowej (dodatków) dla osób starszych. Nie można też stwierdzić, czy ta forma pomocy w utrzymaniu mieszkania stanowi ważny element wspomaganie osób starszych. Osoby zajmujące mieszkania o dużej powierzchni nie mają uprawnień do dodatku mieszkaniowego. Problem pojawi się wówczas, gdy zostanie zmniejs-

¹¹³ Szerzej por. ekspertyza: Zrałek (2011), s. 103–125.

szony (projektowany) zakres podmiotowy uprawnionych do dodatku mieszkaniowego. Proponowane zmiany w ustawie o dodatkach mieszkaniowych wyeliminują z możliwości uzyskania dodatków właścicieli mieszkań i domów jednorodzinnych. Prowadzić to będzie do wymuszonej zamiany mieszkań, pozbywania się nieruchomości z powodu braku możliwości sprostania zobowiązaniom finansowym wynikającym z utrzymania mieszkania. Rozwiązanie to nie uwzględnia wielu istotnych aspektów społecznych związanych z użytkowaniem mieszkania przez osoby w zaawansowanym wieku, z tego powodu musi stać się przedmiotem szerokiej debaty publicznej, gdyż będzie dotyczyć coraz liczniejszej grupy społecznej.

Oczekiwania polskich seniorów są zgodne z podstawowymi ideami opieki wyrażonymi w Rezolucji ONZ nr 46/91 określającej Katalog Podstawowych Praw Ludzi Starych: *by dodać życia do lat, które dodano do życia*, a także w Europejskiej Karcie Społecznej (1996, art. 23), określającej prawo osób w podeszłym wieku do ochrony socjalnej. Problemy mieszkaniowe ludzi w podeszłym wieku muszą być rozpatrywane na trzech poziomach:

- mikrośrodowisko mieszkalne obejmujące: mieszkanie, dom, otoczenie przydomowe (charakter architektoniczny mieszkania, rodzaj budynku),
- szersze środowisko mieszkalne, na które składa się określony typ zabudowy zespołu mieszkalnego, osiedle, dzielnica,
- mikrośrodowisko mieszkalne obejmujące: sieć komunikacyjną, dostępność usług, dostęp do urządzeń infrastruktury technicznej, ośrodki ogólnomiejskie, miasto itp.

W wielu krajach powstało wiele narzędzi wspomagających podejmowanie decyzji dotyczących oceny wzajemnego dopasowania środowiska i ludzi (*P-E fit – Person-Environment fit*). Przy badaniu środowiska zamieszkania ludzi istotne mogą być narzędzia oceny, takie jak:

- UIHM (*Usability in my Home*) kwestionariusz – aspekty aktywności, osobiste i społeczne oraz fizyczne środowiska, pozwalające na ocenę nie tylko czynników psychologicznych, lecz także na subiektywną ocenę poziomu dopasowania środowiska mieszkaniowego do możliwości osoby starszej;
- HOOP (*Housing Options for Older People*) – kwestionariusz samooceny możliwości dalszego zamieszkania w obecnym środowisku;
- HE (*Housing Enabler*) – narzędzie sprawdzania dostosowania zabudowanego środowiska zamieszkania do ograniczeń fizycznych ludzi w podeszłym wieku.

Konieczne jest także stworzenie systemu poradnictwa dla osób starszych wspomagającego ich zarówno w rozwiązywaniu problemów technicznych mieszkania (np. naprawa, modernizacja itp.), jak i w podejmowaniu i realizacji decyzji o zmianie miejsca zamieszkania, ułatwienie przeprowadzki itp. Modelowe rozwiązania problemu mieszkaniowego osób w zaawansowanym wieku obejmują różne rozwiązania: zamieszkiwanie we własnym mieszkaniu, mieszkanie wspólnotowe, mieszkanie wspólnotowe chronione, oddział opieki ustawicznej w domu seniora¹¹⁴.

W poszczególnych krajach wykorzystuje się różne rozwiązania dostosowania sytuacji mieszkaniowej do zmieniających się potrzeb starzejącego się społeczeństwa. W Niemczech wybór miejsca i charakteru zamieszkania zależy od decyzji każdej osoby oraz stanu jej zdrowia. Osoby, które mogą ze względu na stan zdrowia pozostawać we własnym mieszkaniu, pozostają tam tak długo, jak długo tego sobie życzą. Inną formą są usługi dziennego domu pobytu, gdzie pacjenci korzystają z wszystkich potrzebnych usług (posiłki, rehabilitacja, leczenie, zabiegi higieniczne, odpoczynek, kontakty towarzyskie). Osoby wymagające całonocnej opieki mieszkają w domu opieki. Dostępne są domy opieki o różnym standardzie i różnym zakresie usług. W Australii sytuacja mieszkaniowa zmienia się wraz ze zmieniającą się

¹¹⁴ H. Zaniewska, M. Thiel, *Mieszkanie jutra osób starszych – nadzieja, czy zagrożenie?*, w: *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia* (2004).

kondycją zdrowotną i sprawnością poszczególnych osób. Osoba, która traci zdolność do samodzielnego prowadzenia gospodarstwa domowego, otrzymuje pomoc, aby mogła jak najdłużej pozostawać we własnym domu. Dalsza utrata sprawności prowadzi do zmiany dotychczasowego mieszkania na mieszkanie wspólnotowe chronione, aby zapewnić opiekę, bezpieczeństwo oraz dostęp do koniecznych usług. Zmniejszenie stopnia samodzielności prowadzi do zmiany mieszkania na mieszkanie w ośrodku zapewniającym opiekę przez całą dobę.

W zakresie sytuacji ekonomicznej i finansowej priorytetowe działania w zakresie zapewnienia osobom w zaawansowanym wieku odpowiednich warunków mieszkaniowych powinny koncentrować się na następujących zagadnieniach:

- wysokości dochodów bieżących dostosowanych do zmieniających się potrzeb osób w zaawansowanym wieku, w tym szczególnie na problemie dodatkowych dochodów dla osób, które wraz z wiekiem tracą zdolność do samodzielnej egzystencji;
- wypracowaniu i wdrożeniu rozwiązań dotyczących dostosowania mieszkań do potrzeb i możliwości osób starszych.

2.4. Zagrożenie dyskryminacją i wykluczeniem społecznym

Problem dyskryminacji i wykluczenia społecznego ludzi starych wynika z wielu przyczyn o charakterze społecznym, ekonomicznym, psychologicznym, kulturowym. Wykluczenie społeczne pozostaje w istotnym związku z niską pozycją ekonomiczną zdecydowanej większości ludzi starych i niepełnosprawnych utrzymujących się ze świadczeń społecznych (emerytury, renty inwalidzkie, renty socjalne, zasiłki). Zmieniają się warunki ekonomiczne położenia gospodarstw domowych osób utrzymujących się ze świadczeń. Wydłużający się czas życia po zakończeniu aktywności zawodowej oznacza zmniejszające się wraz z upływem czasu dochody bieżące gospodarstwa. Wraz z wiekiem następuje też wzrost wydatków powodowanych koniecznością opłacenia usług (rosną wydatki, ograniczają się możliwości ich pokrycia). Problemy wykluczenia wynikają też z postaw społecznych wobec ludzi starych, z upowszechnianego przekonania, że ludzie starzy są zbędnym i kosztownym obciążeniem młodego pokolenia.

W zakresie zapobiegania procesom wykluczenia społecznego ludzi starych można wskazać na braki systemowe wynikające z nieuwzględniania istotnych zmian demograficznych w programach i działaniach. Analiza polityk szczegółowych wykazuje, że żadna z nich nie uwzględnia w swoich programach zadań wynikających z istotnych zmian demograficznej sytuacji Polski.

W polityce zabezpieczenia społecznego, obejmującej tak ważne dla najstarszej populacji dziedziny, jak ubezpieczenie społeczne, pomoc i opieka, ochrona zdrowia, nie zostały uwzględnione zmiany demograficzne wynikające z rosnącej liczby i udziału w strukturze ludności osób w wieku poprodukcyjnym, w tym w wieku podeszłym (80+). W ubezpieczeniu społecznym konieczna jest zmiana zasad waloryzacji świadczeń, aby rosnącym w zaawansowanym wieku wydatkom odpowiadały rosnące dochody ze świadczeń. W systemie opieki i pomocy społecznej zmiana musi uwzględniać zmniejszający się potencjał opiekuńczy rodziny oraz jego skutki dla położenia najstarszej populacji. Dotyczy to koniecznych zmian w systemie pomocy społecznej i opieki oraz zmiany działalności instytucji opieki w środowiskach lokalnych. W ochronie zdrowia są konieczne pilne rozwiązania dotyczące zwiększenia dostępności usług w zakresie geriatry i rehabilitacji. Brak kompleksowego, geriatrycznego podejścia do opieki medycznej nad osobami w zaawansowanym wieku skutkuje nieuzasadnionym wzrostem kosztów leczenia, niesie też ze sobą możliwe do uniknięcia komplikacje w ich zdrowiu. Powszechny dostęp do rehabilitacji dla osób w wieku poprodukcyjnym pozwoliłby w wielu przypadkach uniknąć utraty sprawności ruchowej oraz zdolności do samodzielnego wykonywania codziennych czynności. Oszczędności w kosztach rehabilitacji są

więc bardzo „kosztowne”, gdyż ich skutkiem są wysokie koszty opieki i pielęgnacji osób niesamodzielnych.

W sferze zatrudnienia polski rynek pracy w całym okresie transformacji działa w warunkach nadmiaru wysoko wykwalifikowanych, młodych, tanich pracowników. Z przyczyn demograficznych okres obfitości zasobów taniej pracy młodych pracowników na polskim rynku dobiega końca. W nadchodzącym latach rynek pracy będzie być może zmuszony korzystać z zatrudnienia pracowników w starszych (niemobilnych) grupach wieku. Problem ten nie tylko nie jest rozwiązany, lecz wciąż pozostaje poza świadomością projektujących rozwiązania w polityce społecznej oraz pracowników i pracodawców. Zmiany w sytuacji demograficznej „wymuszają” na pracodawcach zatrudnianie pracowników w starszych grupach wieku, o kwalifikacjach innych niż te, które posiadają młodzi. Trzeba będzie zatrudniać pracowników o innych niż młodzi możliwościach adaptacji do zmieniającego się charakteru i warunków pracy. Problem ten wymaga bliższego zbadania oraz wskazania kierunków działań znacznie zmieniających na rynku pracy sytuację osób zaliczanych do tzw. *niemobilnych* grup wieku (45+). Istotną przeszkodą w powszechnym zatrudnianiu osób w wieku niemobilnym, w przedłużeniu wieku aktywności zawodowej może okazać się stan zdrowia populacji. Wyniki badania zdrowia ludności wykazują wciąż wysoki udział osób niepełnosprawnych oraz osób o złym stanie zdrowia, szczególnie w grupach w wieku powyżej 30. i 50. roku życia¹¹⁵. Porównanie oceny stanu zdrowia osób w wieku 50+ ze zmianami wieku emerytalnego, polegającymi na przedłużeniu zatrudnienia do 67 lat, które wprowadzono ustawą z dnia 11 maja 2012 r., wskazuje na ograniczone możliwości obowiązków pracy do 67 lat. Wydłużenie wieku emerytalnego w powszechnej skali może okazać się niemożliwe z uwagi na znaczny udział osób o złym stanie zdrowia, ograniczonej sprawności fizycznej i psychicznej. Wydłużanie wieku emerytalnego musi wpływać na istotne zmiany w polityce rodzinnej państwa w zakresie *opieki* nad najstarszym i najmłodszym pokoleniem. Późniejszy wiek emerytalny istotnie ograniczy potencjał opiekuńczy rodziny. Osoby wydłużające czas aktywności zawodowej są pozbawione możliwości zapewnienia opieki swoim niesamodzielnym członkom rodziny. Praca opiekuńcza członka rodziny może być zastępowana usługami instytucji lub osób spoza rodziny. Wpłyne to nie tylko na jakość opieki, ale także na istotny wzrost kosztów opieki realizowanej przez instytucje lub osoby spoza rodziny.

Ważnym czynnikiem kształtującym warunki życia osób starych i niesamodzielnych są *warunki mieszkaniowe*. Badania wskazują na niedostosowanie mieszkań do potrzeb i możliwości ludzi starszych i niepełnosprawnych, na ich niski standard techniczny i niedostateczne wyposażenie. Nie ma programu dostosowywania mieszkań do zmieniającej się sytuacji osób o ograniczonej – z powodu stanu zdrowia lub/i wieku – sprawności. Konieczne są zmiany w mieszkalnictwie, aby warunki zamieszkania nie obniżały poziomu i warunków życia starszych i niesamodzielnych osób.

Zmiany wymaga także obecny system *edukacji* osób starszych. Przygotowanie do aktywnej starości wymaga wdrożenia wielu programów z kilkunastoletnim wyprzedzeniem, aby uzyskać efekt aktywnego starzenia się w czasie odpowiednim dla danej populacji. W mediach publicznych, w przedsięwzięciach *kultury* musi zmienić się wizerunek i funkcja osoby starszej. Nie może być ona traktowana jako synonim zacofania, obciążenia finansów publicznych, głównej przeszkody w realizacji modernistycznych zamierzeń.

Konieczna jest zmiana zarówno języka opisującego ludzi starych, jak i negatywnego wizerunku, który uporczywie jest utrwalany w medialnych przekazach. Negatywne stereotypy osób starszych (starych) są upowszechniane przez kulturę szczególnie tzw. masową (popularną, niską). W społecznym odbiorze muszą one być traktowane jako formy przemocy, dyskryminacji i wykluczenia. Agresywny język, obraz upowszechniający negatywny wizerunek

¹¹⁵ Por. *Sytuacja zdrowotna ludności Polski* (2012), s. 38 i nast.; *Sytuacja zdrowotna mieszkańców Polski* (2008).

ludzi starych zagraża ich bezpieczeństwu. Tworzy atmosferę społecznego przyzwolenia na lekceważące, poniżające godność ludzi starych traktowanie i lekceważące zachowania wobec nich. Przemoc słowna prowadzi do stosowania innych rodzajów przemocy wobec osób starszych, do zagrożenia ich bezpieczeństwa w różnych sferach życia: od prawnej, ekonomicznej do sfery bezpieczeństwa w miejscu zamieszkania, w instytucjach finansowych oraz opieki, ochrony zdrowia, a także w rodzinach. Problem ten jest niemalże nieobecny w badaniach, w społecznym dyskursie, w działaniach polityki społecznej. Potrzebna jest edukacja społeczna i społeczne kampanie przeciwko wszelkim formom przemocy i wykluczenia osób starszych.

Doświadczenia krajów Unii Europejskiej

Polityki krajów UE dotyczące przeciwdziałania wykluczeniu osób starszych, niepełnosprawnych i niesamodzielnych obejmują wiele zróżnicowanych kierunków działania. W zakresie zabezpieczenia społecznego działania dotyczą: dostarczenia dochodów wszystkim osobom w zaawansowanym wieku (tzw. świadczenia obywatelskiego), gwarantowania świadczeń minimalnych ze środków publicznych, wprowadzenia społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego, dostępnego dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji, które wspomaga i uzupełnia dochody niezbędne do zaspokojenia zwiększonych potrzeb pielęgnacji i opieki. Wypracowane standardy dotyczące dochodów osób w zaawansowanym wieku obejmują gwarancje dochodu pozwalającego na samodzielność ekonomiczną gospodarstwom domowym osób starszych. W zakresie opieki i bezpieczeństwa usług dostarczanych osobom niesamodzielnym zostały wypracowane standardy publicznego nadzoru i kontroli nad jakością usług świadczonych na rzecz osób niesamodzielnych. Istotne ograniczenie działania zasad wolnego rynku w instytucjach świadczących usługi opieki na rzecz osób starszych i niesamodzielnych ma je ochronić przed nadużyciami ze strony dostarczających usługi. W kształtowaniu postaw i zachowań zapobiegających wykluczeniu społecznemu i przemocy wobec osób starszych są podejmowane wielokierunkowe działania edukacyjne. Podobnie bogate są programy przeciwdziałające wykluczaniu społecznemu osób starszych z rynku pracy. Zróżnicowane są też programy edukacji społecznej przygotowujące do aktywnego starzenia się. Z programów przeciwdziałających wykluczeniu społecznemu osób starszych, realizowanych w różnych krajach oraz z przykładów rozwiązań stosowanych w innych krajach płyną użyteczne wnioski dla Polski¹¹⁶.

Polityka ludnościowa przeciwdziałająca wykluczeniu osób starszych, sprzyjająca ich integracji w społeczeństwie jest realizowana za pomocą narzędzi prawnych, finansowych, instytucji, usług oraz szerokich programów społecznej edukacji. Obejmuje wszystkie istotne dziedziny polityki społecznej. Z analizy rozwiązań stosowanych w wielu krajach UE wynika, że są to programy w wysokim stopniu zaawansowane i zróżnicowane. Realizuje się je od wielu (dziesiątków) lat (np. dyskusję nad wprowadzeniem ubezpieczenia pielęgnacyjnego w RFN podjęto na początku lat 70. XX wieku, niemal 25 lat przed jego wprowadzeniem w życie w 1995 r.). Punktem wyjścia do projektowania rozwiązań przeciwdziałających wykluczeniu jest osoba zagrożona wykluczeniem, jej sytuacja i jej niezaspokojone istotne potrzeby. Rozwiązania są dostosowane do sytuacji i potrzeb osób starszych i niesamodzielnych. W Polsce nie ma dotychczas ani ważnych programów przeciwdziałających wykluczeniu osób starszych, ani tradycji zorganizowanego społecznikowskiego działania na rzecz osób starszych. Dlatego wskazanie doświadczeń innych krajów w zakresie polityki ludnościowej wobec osób starszych, niepełnosprawnych i niesamodzielnych może być inspiracją do opracowania własnych

¹¹⁶ M. Halicka, E. Krakowska, *Uczestnictwo ludzi starszych w rodzinie i społeczeństwie*, w: *Ludzie starsi...* (2011), s. 33-50.

programów, których celem byłoby zapobieganie wykluczeniu społecznemu oraz sprzyjanie różnym formom ich aktywności i społecznej integracji.

2.5. Stan zdrowia osób starszych i dostęp do usług medycznych

Utrzymanie sprawności i samodzielności osób w zaawansowanym wieku oraz niepełnosprawnych jest podstawowym warunkiem ich integracji społecznej. Z badania GUS (2009 r.)¹¹⁷ wynika, że w porównaniu z poprzednimi badaniami z 2004 r. samoocena stanu zdrowia społeczeństwa polskiego uległa poprawie; 34% badanych swoje zdrowie oceniło poniżej poziomu dobrego (w 2004 r. 39%). Odnotowana poprawa dotyczy ludności całego kraju. Najmniejszą poprawę odnotowano w grupie badanych w wieku 70 lat i więcej. Są regiony, w których poprawa stanu zdrowia jest znacznie mniejsza niż ogółem w Polsce. Należą do nich województwa: lubelskie (39%), świętokrzyskie (38%) i łódzkie (37%), gdzie ponad 37% badanych oceniło swoje zdrowie poniżej oceny dobrej. Ocena stanu zdrowia ludności wraz z wiekiem się pogarsza. Swoje zdrowie jako mniej niż dobre oceniło 72% osób w wieku 60–69 lat. Poniżej oceny dobrej swoje zdrowie oceniło 85% badanych w wieku powyżej 70 lat. Korzystniej oceniają swój stan zdrowia osoby o wysokim poziomie wykształcenia, gorzej osoby z niskim poziomem wykształcenia. Istotnym problemem zdrowotnym są długotrwałe i przewlekłe dolegliwości; 43% badanych zgłaszało istnienie chorób długotrwałych i przewlekłych (trwających dłużej niż pół roku). Choroby długotrwałe i przewlekłe częściej występują w mieście (45,2%) niż na wsi (39,4%), częściej dotyczą kobiet (47%) niż mężczyzn (39%). Częstotliwość występowania chorób długotrwałych i przewlekłych nasila się wraz z wiekiem: dotyczy to ponad 60% pięćdziesięciolatków, 79% sześćdziesięciolatków, 90% osób w wieku 80 i więcej lat. Pod koniec 2009 r. istnienie chorób przewlekłych i długotrwałych zanotowano u 51% badanych (w 2004 r. u 46%). Najczęściej niedomagania zdrowotne występują u osób mieszkających w woj. opolskim i dolnośląskim (55%). W miarę starzenia się populacji następuje pogorszenie stanu zdrowia; osoby w wieku 70 i więcej lat zgłaszają od 3,5–4,0 dolegliwości zdrowotnych.

Badania GUS obejmowały też zdolność badanych do wykonywania zwykłych czynności życiowych: sprawność i możliwość samoobsługi oraz wykonywanie czynności domowych przez osoby dorosłe. Z badań wynika, że ponad połowa sześćdziesięciolatków ma problemy ze wzrokiem. W wieku 80 i więcej lat problem ten dotyczy 70% badanych osób. Wśród osób w wieku 70 i więcej lat źle słyszy co trzecia osoba, w wieku 80 i więcej lat częściej niż co druga. Problemy z przemieszczaniem się (przejsięcie na odległość około 500 metrów) ma co druga osoba w wieku 70 i więcej lat, w tej grupie wieku 60% osób ma trudności z wejściem bez pomocy na I piętro. Badania obejmowały też sprawność w wykonywaniu codziennych czynności, takich jak: samodzielne spożywanie posiłku, kładzenie się i wstawanie z łóżka, siadanie i wstawanie z krzesła, ubieranie się i rozbieranie, umycie całego ciała, korzystanie z WC. Wyniki badania wykazały, że w Polsce ponad 2,6 mln osób dorosłych (9,4% ogółu populacji) ma istotne ograniczenia w wykonywaniu podstawowych czynności codziennych, w tym 218 tys. ma trudności z umyciem całego ciała, 1942 tys. osób ma trudności z wykonywaniem takich czynności, jak: kładzenie się, siadanie/wstawanie, ubieranie się/rozbieranie, korzystanie z WC, samodzielne spożywanie posiłku. Ograniczenia te najczęściej dotyczą osób starszych i schorowanych; a także co drugiej osoby w wieku 80 i więcej lat (mają one kłopoty z codziennym samodzielnym funkcjonowaniem), a także co trzeciej osoby w wieku 70 lat, częściej trudności takie mają kobiety. Z badań GUS wynika, że blisko 40% siedemdziesięcio-

¹¹⁷ Praca *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 roku* (GUS, 2011) informuje o stanie zdrowia społeczeństwa w podziale na: płeć, grupy wieku, miejsce zamieszkania (region, miasto, wieś), sytuacja osób na rynku pracy, stan rodzinny, poziom wykształcenia. Por. też ekspertyza: Wilmonska–Pietruszyńska (2010), s. 126–150 oraz *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania* (2012).

latków i osób starszych ma problemy z samoobsługą. Jednocześnie prawie co drugi badany mający trudności z samoobsługą w zakresie codziennych zwykłych czynności musi sobie sam radzić, gdyż nie ma żadnej pomocy. Co piąta osoba z takimi ograniczeniami chciałaby jakąś pomoc uzyskać bądź już uzyskaną pomoc znacznie poszerzyć, bo ocenia ją jako niewystarczającą. Z badań wynika, że ludzie starzy oczekują pomocy od innych osób, natomiast w mniejszym stopniu potrzebują specjalnych urządzeń czy wyposażenia technicznego.

Badania obejmowały także zdolność badanych osób dorosłych do samodzielnego prowadzenia gospodarstwa domowego. Na podstawie wyników badania ocenia się, że 1,3 mln osób ma trudności z codziennym przygotowaniem posiłków, 900 tys. ma trudności w korzystaniu z telefonu, 2,5 mln ma trudności z codziennymi zakupami, 660 tys. – z codziennym zażywaniem leków. Ograniczenia w wykonywaniu czynności domowych z powodów zdrowotnych ma, według badań GUS z 2009 r., 5,2 mln osób w wieku 15 i więcej lat, tzn. blisko co piąty dorosły Polak. W przypadku 1,4 mln osób ograniczenia sprawności są tak daleko zaawansowane, że ich egzystencja zależy od pomocy innej osoby. Trudności w wykonywaniu prac domowych odczuwa co trzeci sześćdziesięciolatek, 60% siedemdziesięciolatek i 85% osób w wieku 80 lat i więcej. Prawie co piąta osoba dorosła ma ograniczenia w prowadzeniu gospodarstwa domowego, lecz nie ma żadnej pomocy i musi sobie radzić sama. Badania wykazały, że istnieje w Polsce bardzo duża skala niezaspokojonych potrzeb dotyczących pomocy osobom starszym i niesamodzielnym w prowadzeniu gospodarstwa domowego (z pomocy innej osoby korzystało 835 tys., nie korzystało, mimo że jej potrzebowało, 600 tys. osób).

Niepełnosprawność

Niepełnosprawność może dotyczyć osób w różnym wieku. Wynika z wielu przyczyn (wady wrodzone, wypadki, urazy, choroby, zaawansowany wiek itd.). Wydłużające się życie zwielokrotnia ryzyko mniejszej sprawności fizycznej i psychicznej. Jedną z najważniejszych przyczyn jest zaawansowany wiek.

W Polsce orzekanie o niezdolności do pracy dla celów rentowych jest realizowane przez 5 instytucji: ZUS, KRUS, MON, MSW, MS, natomiast orzekanie dla celów pozarentowych realizują powiatowe zespoły do spraw orzekania i niepełnosprawności jako pierwsza instancja i wojewódzkie zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności jako druga instancja. W badaniach GUS uwzględniano (poza orzeczoną prawnie niepełnosprawnością) oświadczenie subiektywne osoby deklarującej ograniczoną sprawność. W Polsce liczba osób niepełnosprawnych z prawnie orzeczoną niepełnosprawnością w roku 2009 zmniejszyła się o 663 tys. (wynosiła 4155,3 tys.) w porównaniu z rokiem 2004 (4818,3)¹¹⁸. Osoby niepełnosprawne są starsze od ogółu populacji; wiek środkowy (mediana) osoby niepełnosprawnej w 2009 r. wynosił 61 lat (była to osoba o jeden rok starsza od populacji niepełnosprawnych w 2004 r.). Według metodologii Eurostatu pod koniec 2009 r. w Polsce żyło 8,1 mln osób niepełnosprawnych (tj. osób, które z powodu jakichkolwiek problemów zdrowotnych miały ograniczone zdolności wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle codziennie wykonują). Według definicji Unii Europejskiej, co piąty Polak został zaliczony do kategorii niepełnosprawnych, z tej grupy 1/3 (tj. 2,7 mln osób) ma poważne ograniczenia w wykonywaniu czynności samoobsługi. Częstość ograniczeń w wykonywaniu czynności gwałtownie rośnie wraz z wiekiem, szczególnie po przekroczeniu wieku 50 lat. Według kryteriów UE wśród pięćdziesięciolatek, co trzecia osoba została zaliczona do niepełnosprawnych, wśród osiemdziesięciolatek

¹¹⁸ Według danych GUS, na podstawie NSP 2011 niepełnosprawni stanowili 12,2% ogółu ludności Polski, tj. 4679,1 tys. osób (w tym: 2530,4 kobiet i 2148,7 mężczyzn). Liczba niepełnosprawnych utrzymuje się w Polsce na poziomie znacznie wyższym niż w 15 krajach UE.

2/3 populacji. Polska należy do krajów, gdzie poziom niepełnosprawności jest nieco niższy niż w wielu krajach Europy Środkowej i Wschodniej.

Z badań GUS wynika, że pod koniec 2009 r. liczba niepełnosprawnych (prawnie i subiektywnie) wynosiła 5,3 mln osób (i była o prawie 950 tys. mniejsza niż przed pięciu laty). Niepełnosprawność „rośnie” wraz z wiekiem; w ogólnej liczbie badanych niepełnosprawni stanowili 13,9%, w grupie 50–69 lat – 25%, w wieku 70 i więcej lat – 45,2%. Występują istotne różnice w poszczególnych województwach. W grupie osób najstarszych (70 i więcej lat) najwyższy odsetek niepełnosprawnych występuje w województwie małopolskim (55,6%), kujawsko-pomorskim (51,5%), najmniej w woj. świętokrzyskim (37,3%) i zachodniopomorskim (38,5%). Blisko 78% niepełnosprawnych posiada orzeczenie o niepełnosprawności, pozostałe 22 % nie ma takiego orzeczenia. Aż 84% osób niepełnosprawnych to osoby bierne zawodowo, tylko co szоста osoba pracuje lub poszukuje pracy. Ponad 60% orzeczeń o znacznym stopniu niepełnosprawności posiadają osoby w wieku poprodukcyjnym, 25% takich orzeczeń mają osoby w wieku produkcyjnym. Osoby niepełnosprawne gorzej oceniają swój stan zdrowia, częściej występują u nich choroby przewlekłe i długotrwałe, także częściej niż pozostałe osoby korzystają z pomocy medycznej. W grupie osób niepełnosprawnych najczęściej występują: choroby i uszkodzenia narządu ruchu (56%), choroby układu krążenia (50%), schorzenia neurologiczne (33%), uszkodzenia narządu wzroku (27%), uszkodzenia narządu słuchu (14%), schorzenia psychiczne (10%), inne schorzenia 27%.

Około 10% osób w wieku 65+ ma zespoły otępienne, około 2 mln osób w tym wieku ma ograniczoną zdolność do samoobsługi w wykonywaniu czynności dnia codziennego. Na podstawie danych uzyskanych w badaniu GUS stwierdza się, że 64% osób niepełnosprawnych z trudem wykonuje czynności domowe. Co piąta osoba niepełnosprawna ma trudności z ugotowaniem sobie posiłku, co trzecia – z robieniem codziennych zakupów, co dziesiąta – z samodzielnym stosowaniem (zażywaniem) leków. Ponad 30% populacji niepełnosprawnych ma trudności z wykonywaniem lekkich prac domowych. Problemy ze sprawnością w zakresie samoobsługi występują z różną częstotliwością, nasilają się wraz z upływem lat życia. „Znaczna część populacji w podeszłym wieku przy wykonywaniu codziennych czynności bezwzględnie wymaga pomocy ze strony innych osób”¹¹⁹. Liczba **niepełnosprawnych dzieci w wieku 0-14 lat wynosi 183 tys.** – 46 tys. to dzieci niepełnosprawne prawnie i biologicznie, 123 tys. prawnie, 11 tys. tylko biologicznie; w miastach mieszka 111 tys., na wsi 68 tys.

Choroba może prowadzić do niepełnosprawności i niesamodzielności, co wywołuje konieczność stałej i długotrwałej opieki oraz pomocy innych osób w zakresie zwykłych czynności codziennych (przyjmowanie posiłków, ubieranie się, przemieszczanie się, pielęgnacja i higiena ciała itp.). Wzrost potrzeb w zakresie pomocy i opieki osobom niesamodzielnym w zaawansowanym wieku będzie spowodowane przez wiele czynników: wydłużenie przeciętnej długości życia, wzrost liczby osób starych, zmiana sytuacji rodzinnej wywołanej niskim poziomem dzietności, wysoki poziom emigracji zarobkowych oraz oczekiwanie lepszej jakości życia. Wszystkie badania i dostępne dane statystyczne wskazują, że wraz z wydłużaniem się przeciętnego trwania życia, z postępującym procesem starzenia się ludności powiększają się potrzeby w zakresie usług ochrony zdrowia.

Wpływ na wzrost potrzeb mają także warunki życia we współczesnym świecie; rośnie liczba osób, które korzystają ze stałej ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej; w 2010 r. w Polsce było to 1396 tys. osób. Liczba pacjentów psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej w latach 1997–2010 wzrosła o 88%. W latach 1997–2009 liczba leczonych w ramach całodobowej opieki psychiatrycznej wzrosła o połowę; w 2009 r. było to 209 tys. osób. Jednym

¹¹⁹ *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 roku* (2011), s. 75.

z najważniejszych wskaźników zdrowia psychicznego jest współczynnik zgonów z powodu samobójstw; jest on w Polsce o 68% wyższy od średniego dla krajów UE¹²⁰.

2.6. Korzystanie z usług medycznych oraz ich dostępność

Leczenie w szpitalach obejmuje głównie dwie grupy: małe dzieci (0–4 lata) oraz osoby w wieku 50 lat i więcej. Odsetek osób, które leczyły się w ostatnich 12 miesiącach w szpitalach, wzrasta wraz z ich wiekiem. Odsetek osób w wieku 50–59 lat leczonych w szpitalu wynosił w 2009 r. 12,8%; w wieku 60–69 lat – 18,3%, 70–79 lat – 24,1%, 80 lat i więcej – 26,2%. Wraz z wiekiem rosła też długość kuracji szpitalnej: liczba dni leczenia szpitalnego dla najstarszej kategorii osób wynosiła 3,4 dni, dla osób w wieku 50–59 lat – 1,7 dni (przeciętna dla 1 statystycznego mieszkańca Polski wynosiła 1,3 dnia pobytu w szpitalu). Osoby niepełnosprawne ponad trzykrotnie częściej są leczone w szpitalach, a osoby z długotrwałymi problemami zdrowotnymi prawie czterokrotnie częściej. Mieszkańcy wsi bez względu na wiek, płeć i stan zdrowia rzadziej niż mieszkańcy miast korzystają z leczenia w szpitalach. Częściej niż co czwarta dorosła osoba hospitalizowana trafiała ponownie do szpitala w okresie badanych 12 miesięcy. Najczęściej były to osoby w wieku powyżej 60 lat, niepełnosprawne i przewlekle chore. Co ósma badana osoba zrezygnowała z wizyty u lekarza chociaż jej potrzebowała. Główne powody rezygnacji to: długa lista oczekujących, brak czasu na wizytę, brak decyzji, brak pieniędzy, chęć „przeczekania” choroby. Z wizyt u lekarza znacznie częściej rezygnują osoby niepełnosprawne i mocno schorowane; powodem rezygnacji jest długa kolejka do lekarza i brak pieniędzy na opłacenie leczenia.

Rozwiązania poprawiające jakość opieki nad osobami starszymi wymagają innego niż dotychczas podejścia do tej grupy pacjentów w systemie ochrony zdrowia. Według oceny Zespołu ds. Geriatrii przy Ministrze Zdrowia, który przygotował kompleksowy program strategii rozwoju geriatrii, funkcjonujący system opieki zdrowotnej i społecznej nad osobami starszymi w Polsce jest niedostosowany do potrzeb tej populacji, gdyż oferuje zdeintegrowane, rozproszone i niespójne świadczenia. System nie spełnia standardów podejścia geriatrycznego – powszechności, jakości, dostępności i kompleksowości zaspokajania złożonych potrzeb zdrowotnych osób w zaawansowanym wieku. Mimo iż geriatryka została uznana za priorytetową dziedzinę medycyny, to specjalizacja ta nie ma większego udziału w systemie opieki zdrowotnej¹²¹. Stan opieki geriatrycznej w Polsce znacznie różni się od poziomu osiągniętego w Unii Europejskiej. W większości krajów europejskich, geriatryka i badania nad starzeniem stanowią priorytet w działalności opieki medycznej na rzecz ludzi w zaawansowanym wieku¹²².

Geriatryka, zwana też medycyną wieku starszego, wywodzi się z interny, jest poszerzona o elementy innych specjalności i problemów typowych dla starszego wieku. Zajmuje się stanami wielochorobowymi oraz ich skutkami funkcjonalnymi, do których usposabia starzenie. Standardem w geriatrii jest całościowa ocena i kompleksowe podejście do pacjenta – to wyróżnia geriatrykę wśród innych specjalności medycznych. Największe korzyści z leczenia geriatrycznego odnoszą osoby najstarsze i/lub poważnie zniedołężniałe, wymagające długiego i kompleksowego leczenia. Opieka zdrowotna nad ludźmi starszymi wymaga podejścia holistycznego, obejmującego aspekty zdrowia fizycznego, psychicznego, funkcjonalnego i spo-

¹²⁰ Por. *Sytuacja zdrowotna ludności Polski...* (2012), s. 172 i nast.

¹²¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2003 r. oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 maja 2009 r.

¹²² Por. *Silver Paper*, dokument wydany na zakończenie Szczytu Europejskiego na Temat Starzenia, Wrocław, 11–13 września 2008 r.

łeczno-ekonomicznego. **Rozwój geriatry i podejście geriatryczne** do pacjentów w zaawansowanym wieku może im przynosić istotne korzyści. W warunkach permanentnego deficytu środków finansowych podejście geriatryczne pozwala też zmniejszyć koszty leczenia. Zasady i procedury w opiece geriatrycznej zawarte są w Projekcie Rozporządzenia Ministra Zdrowia: „Standardy postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu geriatry”. Dokument wskazuje na konieczność zdefiniowania roli geriatry w systemie ochrony zdrowia, poprawę jakości świadczeń geriatrycznych i opieki zdrowotnej nad osobami starszymi, a ponadto na zwiększenie wiedzy o specyfice i odrębnościach chorób i problemów wieku podeszłego wśród lekarzy, rozwoju kadry i bazy gerontologicznej i geriatrycznej. Narodowy Fundusz Zdrowia musi stosować kryteria standardów przy kontraktowaniu procedury zwanej „całościową oceną geriatryczną” (COG), która jest fundamentalną zasadą postępowania w geriatry. COG jest interdyscyplinarnym procesem wielowymiarowej i standaryzowanej oceny poziomu funkcji życiowych, niezbędnym do planowania etapów leczenia i opieki nad pacjentem. Pozwala porządkować proces diagnozowania i kwalifikowania do określonych procedur medycznych i świadczeń, umożliwia właściwe dostosowanie leczenia i opieki do stanu pacjenta w wieku podeszłym. Stosowanie całościowej oceny geriatrycznej zwiększa precyzję diagnozy, poprawia sprawność fizyczną i umysłową pacjentów, zmniejsza ich umieralność, ogranicza liczbę przyjmowanych leków, redukuje zbyteczne świadczenia, liczbę hospitalizacji i przyjęć do stacjonarnych placówek opiekuńczych. W konsekwencji redukuje koszty opieki zdrowotnej i poprawia jakość życia osób starszych. Całościowa ocena geriatryczna stosowana przy przyjęciu do szpitala pozwala przewidzieć czas pobytu w szpitalu, konieczność umieszczenia pacjenta w instytucjach opiekuńczych. Z powodzeniem jest stosowana w określeniu rokowania u pacjentów hospitalizowanych (np. chemoterapii, krwawienia do przewodu pokarmowego, zabiegu na klatce piersiowej, rehabilitacji po zabiegu zespolenia złamania szyjki kości udowej i in.)¹²³.

Za pilnym rozwojem geriatry – podejścia geriatrycznego w ochronie zdrowia osób w zaawansowanym wieku – przemawiają argumenty demograficzne, ekonomiczne i społeczne. Stawia to szczególne zadania w organizowaniu opieki zdrowotnej nad ludźmi starymi. Diagnoza aktualnego stanu zdrowia i opieki zdrowotnej nad osobami starszymi w Polsce wykazuje, że stan zdrowia i sprawność osób w wieku 75+ są niezadowalające. Świadczą o tym subiektywne i zobiektywizowane wskaźniki ilustrujące stan zdrowia ludzi starszych, a także porównania z innymi krajami europejskimi.

Obecna polityka zdrowotna wobec ludzi starszych w Polsce sprzyja polipragmazji, która w podwójny sposób generuje olbrzymie koszty: przez finansowanie niepotrzebnych leków i konieczność leczenia niepożądanych działań ubocznych tych leków (objawy jatrogenne u osób starszych są przyczyną około 20% wszystkich hospitalizacji). W systemie leczenia osób starszych brakuje koordynacji opieki wysokospecjalistycznej z podstawową opieką medyczną (m.in. z powodu niedostatecznego przygotowania lekarza rodzinnego do opieki geriatrycznej). Jest to ważna przyczyna nieskuteczności leczenia lub/i działań niepożądanych u dużej części chorych w starszym wieku. W systemie ochrony zdrowia w Polsce występuje dyskryminacja ze względu na wiek w zakresie procedur diagnostycznych i leczniczych. Mamy też do czynienia z kwalifikowaniem osób w zaawansowanym wieku do procedur wysokospecjalistycznych bez pełnej geriatrycznej analizy przeciwwskazań, bez oceny proporcji spodziewanych korzyści i ryzyka.

Z diagnozy wynika, że w praktyce opieka geriatryczna jako świadczenie udzielane w Polsce przez lekarzy geriatrów jest świadczeniem marginalnym; brakuje kadry i bazy geriatrycznej. NFZ nie finansuje odpowiednio do kosztów usług i czasu pracy interdyscyplinarnego zespołu, włącznie z fizjoterapeutami i neuropsychologami, których wymaga do kontrakto-

¹²³ Por. ekspertyza: Bień (2011), s. 159–158.

wania świadczeń geriatrycznych. Płaci jedynie za hospitalizację z powodu jednej wybranej choroby. Kontraktuje jedynie świadczenia szpitalne i ambulatoryjne. Pomija tzw. hospitalizację dzienną oraz bardzo potrzebne domowe wizyty geriatry. Kadra geriatrów w Polsce w lutym 2012 r. to 259 lekarzy; nie wszyscy są zatrudnieni zgodnie ze specjalizacją. Wskaźnik lekarzy geriatrów na 100 tys. ogółu mieszkańców wynosi 0,33 (1 geriatra na 300 tys.)¹²⁴. W ostatnich kilku latach nieco wzrosły wskaźniki lekarzy specjalizujących się w geriatric. Niedoszacowane są nadal koszty całościowej opieki geriatrycznej (pomimo wzrostu od 2008 r.). Rozwój bazy szpitalnej i poradni nie nadąża za szybko rosnącymi potrzebami, gdyż wysokie standardy oceny i opieki geriatrycznej generują zadłużenie jednostek geriatrycznych. W 2011 r. liczba łóżek w oddziałach geriatrycznych w Polsce wynosiła 782, ogółem było w Polsce 37 oddziałów szpitalnych i 307 poradni geriatrycznych. Wskaźnik łóżek geriatrycznych na 10 tys. mieszkańców w wieku 65+ wynosi 0,7. Należy on do najniższych w Europie (w Holandii – 4,6, w Czechach – 4,0, we Włoszech – 3,0). Większość świadczeń geriatrycznych dostępnych jest w województwie śląskim (218 łóżek) i małopolskim (52 łóżka). W wielu województwach (np. w najludniejszym mazowieckim) w ogóle nie ma łóżek geriatrycznych. Wskaźnik **łóżek geriatrycznych na 10 tys. mieszkańców** ogółem wynosi **w Polsce 0,09**, podczas gdy w Wielkiej Brytanii – 4,7, w Szwecji – 3,45, w Niemczech – 1,98. W Niemczech, Austrii i Belgii, zgodnie z zaleceniem uzgodnionym na poziomie instytucji państwowych, wskaźnik ten docelowo ma osiągnąć 5 łóżek na 10 tys. ogółu mieszkańców. Wartość ta mogłoby być rekomendowana również dla Polski; wówczas należałoby zwiększyć liczbę łóżek geriatrycznych do 19 tysięcy (!). Osiągnięcie średniej europejskiej wartości tego wskaźnika (tj. 2 łóżka na 10 tys. mieszkańców) wymaga **utworzenia 7,6 tysięcy łóżek geriatrycznych** (w ramach częściowej zamiany łóżek internistycznych, reumatologicznych czy neurologicznych na geriatryczne). Z danych NFZ wynika, że najwięcej szpitalnych świadczeń geriatrycznych zrealizowano w woj. śląskim (218 łóżek geriatrycznych), mniej w lubelskim (69), w małopolskim (52) i wielkopolskim (43). Województwa posiadające po około 20 łóżek to: podlaskie, dolnośląskie, kujawsko-pomorskie, lubuskie, gdzie wartość poszczególnych kontraktów nie przekraczała 1 mln zł¹²⁵.

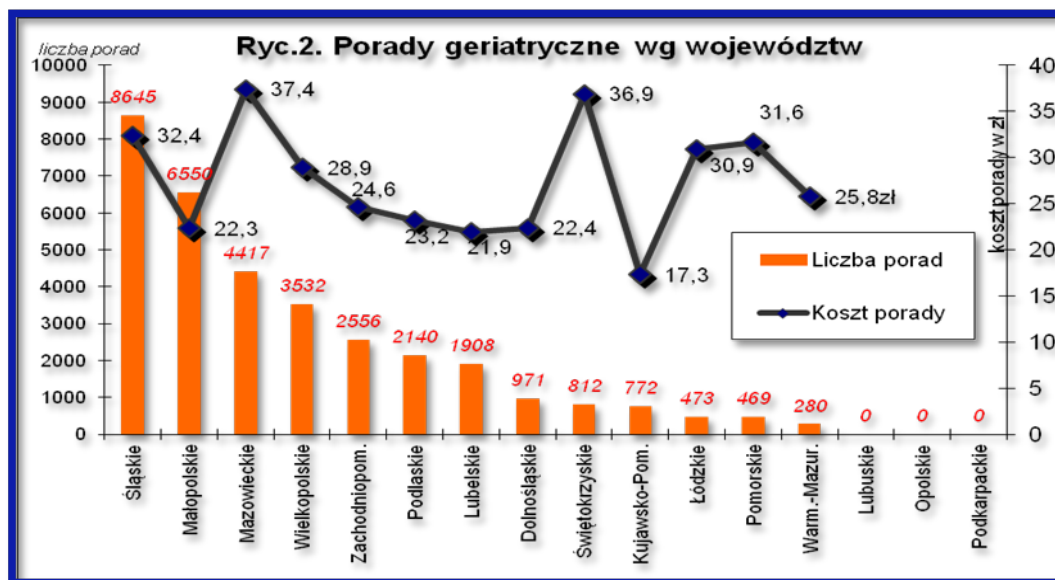
Część województw dysponujących lekarzami geriatrami nie ma szans udzielania świadczeń szpitalnych z uwagi na brak placówek (województwa: mazowieckie, świętokrzyskie, łódzkie, pomorskie, podkarpackie). Niektóre województwa posiadając tego typu placówki preferują rozliczanie w NFZ świadczeń szpitalnych w ramach innej specjalności, gdyż jest to bardziej korzystne finansowo. Wycena punktowa procedur geriatrycznych przez NFZ jest niedoszacowana ze względu na poszerzony zakres diagnostyki i terapii geriatrycznej oraz standardy leczenia geriatrycznego. Z tego powodu nawet nielicznym oddziałom i poradniom geriatrycznym grozić może ich zamykanie (lub likwidacja), ponieważ placówkom ochrony zdrowia „nie opłaca się” kontraktować świadczeń przynoszących straty finansowe.

W geriatrycznej opiece ambulatoryjnej w 2007 r. udzielono 33,5 tys. porad (tj. około 0,04% wszystkich porad specjalistycznych; dla porównania w Wielkiej Brytanii 480 tys.). Skrajnie niska liczba takich porad w Polsce potwierdza, że niemal wszyscy seniorzy są skazani na leczenie, często równoległe, u wielu specjalistów. Generuje to niepotrzebne koszty, zwiększa ryzyko polipragmazji, zmniejsza dostępność do porad specjalistów.

¹²⁴ Analogiczne dane to: dla Szwecji – 7,8, Austrii – 7,4, Islandii – 5,9, Wielkiej Brytanii 4,9, Belgii i Słowacji – po 2,5, Czech – 1,5.

¹²⁵ Bień (2008).

Rysunek 2. Porady geriatryczne według województw



Źródło: *Strategia rozwoju systemu opieki geriatrycznej i rozwiązań poprawiających jakość opieki nad osobami starszymi w systemie ochrony zdrowia*, opracował Zespół pod kierunkiem prof. dr hab. Barbary Bień, Przewodniczącej Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia, Warszawa 2010 (druga edycja opracowania z 2007 r.).

Analiza aktualnych danych statystycznych, opublikowanych przez GUS w 2012 roku¹²⁶, wskazuje, że opieka geriatryczna w 2011 r. stanowiła marginalną specjalność w ochronie zdrowia. W roku 2011 w szpitalach świadczyło usługi 20 oddziałów geriatrycznych (w tym 3 w szpitalach niepublicznych). Posiadały one 558 łóżek (w tym 107 w szpitalach niepublicznych). Ogółem leczono w nich 14 244 pacjentów (w tym 2755 w szpitalach niepublicznych). Przeciętny czas leczenia na oddziałach w szpitalu publicznym wynosił 9,7 dni, a w niepublicznym 9 dni. Przytoczone w cytowanym wydawnictwie GUS dane wskazują, że w kilku województwach nie ma oddziałów geriatrycznych. Wykorzystanie łóżek na oddziałach geriatrycznych wynosiło przeciętnie 255 dni w roku.

Z danych przekazanych przez Ministra Zdrowia w ramach interpelacji poselskich wynika, że w 2011 r. było ogółem 37 oddziałów geriatrycznych z 782 łózkami (ale tylko 20 z nich świadczyło usługi ochrony zdrowia, co oznacza, że pozostałe nie miały kontraktu z NFZ). Liczba poradni geriatrycznych wynosiła 307, a liczba lekarzy – 252. W województwach: mazowieckim, pomorskim, świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim nie było ani jednego oddziału geriatrycznego. Wartość refundacji NFZ za poradę geriatryczną wynosiła od 37,40 zł w województwie mazowieckim do 17,30 zł w kujawsko-pomorskim. W 2007 r. NFZ wydał na ambulatoryjne i szpitalne świadczenia geriatryczne ogółem kwotę – 19 929 412 zł; stanowiło to 0,005% (pół promila) rocznego budżetu NFZ.

¹²⁶ *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 roku* (2012).

Upowszechnienie świadczeń geriatrycznych może istotnie obniżyć koszty leczenia ludzi starych w Polsce. Koszty opieki zdrowotnej rosną w związku z rozwojem technologii medycznej oraz starzeniem się populacji. Koszty leczenia w ostatnim roku życia pacjenta w zaawansowanym wieku należą do najwyższych. Standardy leczenia geriatrycznego nie tylko redukują koszty opieki, ale wydłużają czas przeżycia pacjenta, zwiększają sprawność funkcjonalną, odraczają fazę niepełnosprawności i poprawiają jakość życia. Wprowadzanie geriatry do medycyny daje **długotrwały efekt inwestycyjny w zdrowie populacji osób najstarszych**, szczególnie dzięki zespołowemu podejściu geriatrycznemu, prewencyjnemu efektowi wizyt domowych i konsultacyjnemu serwisowaniu opieki długoterminowej.

Programy prewencyjne mają ważne znaczenie dla redukcji kosztów opieki zdrowotnej nad osobami starszymi. Nie jest to możliwe z powodu braku kadry i bazy geriatrycznej. Konieczne jest szybkie wprowadzenie strategii rozwoju geriatry wraz z inwestowaniem w bazę i kształcenie geriatrów. Bez podjęcia w bliskim czasie wielokierunkowych działań w zakresie rozwoju geriatry w związku ze starzeniem się społeczeństwa szybko będą rosły koszty opieki zdrowotnej w przyszłości. Procedury geriatryczne, jak wiele innych procedur klinicznych, są finansowane przez NFZ. Ich prawidłowa wycena w stosunku do włożonych nakładów na diagnostykę, prewencję powikłań chorób, terapię i rehabilitację pacjentów w wieku starszym nie powinna generować szpitalom długów, a przynosić długofalowe oszczędności dla systemu ochrony zdrowia.

Kadry geriatry

Krytyczny niedobór specjalistów geriatry to problem nie tylko Polski, ale także wielu krajów. W Stanach Zjednoczonych przewiduje się do 2030 r. czterokrotnie wyższe niż obecnie zapotrzebowanie na geriatrów. Podejmowanie tej specjalizacji w Polsce zniechęca lekarzy: niskie wynagrodzenia, słabe zaplecze badawcze, skromna baza akademicka, niedobór kadry nauczającej, brak placówek geriatrycznych. Przy założeniu, wzorem Wielkiej Brytanii, że jeden geriatra powinien przypadać na ok. 4000 osób po 75. roku życia i jeden na 8 tysięcy osób w wieku 65–74 lata, **potrzeby w zakresie liczby geriatrów w Polsce należy ocenić na minimum 800 specjalistów**. Uwzględniając możliwości kształcenia, należy wprowadzić system tzw. „krótkiej ścieżki” specjalizacji z geriatry adresowany do specjalistów chorób wewnętrznych, którzy mają co najmniej 3 lata stażu pracy w oddziałach chorób wewnętrznych. Konieczne jest przyznanie miejsc dla geriatrów w specjalistycznej opiece zdrowotnej, uznanie geriatry za specjalizację podstawową, wprowadzenie geriatry do programów specjalizacji z medycyny rodzinnej oraz przygotowanie lekarzy rodzinnych do poprawy opieki nad osobami starszymi. Celowe jest pilne przeszkolenie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej z zakresu podstaw geriatry.

Kształcenie w zakresie geriatry w uczelniach medycznych

Obowiązujące standardy kształcenia na kierunku lekarskim **nie uwzględniają** w żadnym z przedmiotów podstawowych treści dotyczących starzenia i starości oraz chorób i problemów opiekuńczych związanych z tym procesem. W treści przedmiotów kierunkowych, znajdują się jedynie wyrywkowe, skrótowe, niespójne wzmianki, które nie uwzględniają istoty i standardu kompleksowej oceny geriatrycznej. Pominięcie w standardach nauczania aspektu starości i starzenia, jak również przedmiotu „geriatria”, może wyjaśnić opieszałość, a nawet opór uczelni medycznych przed powoływaniem jednostek klinicznych specjalizujących się w geriatry. Przedmiot ten realizowany jest fakultatywnie, w stopniu zróżnicowanym zarówno pod względem treści, formy zajęć, jak i wymiaru godzin. Obowiązkowo jest realizowany tylko dla studentów anglojęzycznych ze względu na wymagania krajów ich pochodzenia. Na studiach medycznych na kierunku lekarskim geriatria powinna być włączona do

standardów nauczania. Do tego celu powinny być też powołane kliniki geriatryi zapewniające lekarzom dostęp do kształcenia i specjalizowania się w geriatryi. Według opinii Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia, jest konieczne powołanie w każdej uczelni medycznej koordynatora ds. rozwoju kadry i bazy gerontologicznej oraz kształcenia z zakresu geriatryi. Kliniki geriatryi w uczelniach medycznych, powinny stanowić profesjonalną bazę do kształcenia studentów innych kierunków w zakresie aspektów gerontologicznych, m.in. pielęgniarstwa, zdrowia publicznego, fizjoterapii, dietetyki.

Obecnie jedynie na kierunku „pielęgniarstwo” jest przedmiot „geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne” (z powodu braku kadry geriatrów niektóre uczelnie nie realizują zajęć z tego przedmiotu). Powszechne kształcenie studentów medycyny w zakresie geriatryi zaprocentuje w przyszłości lepszym przygotowaniem do starości pacjentów wszystkich grup wieku, aby mogli świadomie i pozytywnie kształtować własny przebieg procesu starzenia.

Pożądana struktura opieki geriatrycznej w Polsce

System specjalistycznej opieki nad pacjentem w wieku podeszłym wymaga dopiero zorganizowania (gdyż w istocie nie istnieje). Lekarze rodzinni nie mają przygotowania do właściwego postępowania profilaktycznego i diagnostyczno-terapeutycznego wobec ludzi starych, nie mają też wsparcia leczenia geriatrycznego. Brakuje programów rozwoju opieki nad osobami starszymi, wspieranych przez Ministerstwo Zdrowia i NFZ, co uniemożliwia wdrażanie standardów opieki geriatrycznej. Sprostanie potrzebom skutecznej opieki zdrowotnej nad ludźmi starymi wymaga stworzenia kompleksowego systemu opieki obejmującego zróżnicowane formy:

- (1) – całodobowa opieka geriatryczna w geriatrycznym oddziale szpitalnym zorganizowanym na wzór innych specjalności, tzn. w oparciu o trzy poziomy referencyjne,
- (2) – dzienna opieka geriatryczna w dziennym ośrodku opieki geriatrycznej; krótkotrwała diagnostyka i leczenie pacjentów w starszym wieku bez konieczności całodobowej hospitalizacji,
- (3) – specjalistyczna ambulatoryjna opieka geriatryczna realizowana w poradni geriatrycznej,
- (4) – opieka domowa prowadzona przez geriatryczny zespół opieki domowej przy poradni geriatrycznej,
- (5) – geriatryczny zespół konsultacyjny dla leczenia zamkniętego i opieki długoterminowej przy oddziale geriatrycznym lub przy poradni geriatrycznej,
- (6) – wdrożenie standardów i procedur medycznych dla osób starszych,
- (7) – zwiększenie liczby miejsc w zakładach opieki długoterminowej w celu skrócenia czasu oczekiwania na przyjęcie do zakładu opieki.

Wprowadzenie geriatryi do systemu ochrony zdrowia ma wpłynąć na poprawę jakości życia i dobrostanu osób starszych. Istotą proponowanych działań jest bowiem upodmiotowienie starszego pacjenta – traktowanie go holistycznie jako całość psychofizyczną, a nie konglomerat wielu chorób lub przedmiot opieki paliatywnej bądź długoterminowej.

Problem dostępności usług ochrony zdrowia dla osób w zaawansowanym wieku, w tym dla osób niesamodzielnych (niezdolnych do samodzielnej egzystencji) wymaga zmian w zakresie wszystkich funkcji ochrony zdrowia: promocji zdrowia, profilaktyki, diagnostyki, leczenia i rehabilitacji. Żadna z tych funkcji nie jest realizowana w stopniu zapewniającym pacjentom w zaawansowanym wieku skuteczną pomoc w chorobie. Skutkiem niewłaściwej, niedostosowanej do stanu zdrowia starzejącego się społeczeństwa systemu organizacji ochrony zdrowia są nie tylko rozwiązania utrudniające korzystanie z usług, ale także nieracjonalne użycie ograniczonych środków finansowych. Ważne propozycje przedstawił w 2007 roku Zespół ds. Geriatryi przy Ministerstwie Zdrowia, kierowany przez prof. dr hab. Barbarę Bień (Krajowego Konsultanta ds. Geriatryi), prezentując koncepcję holistycznego podejścia do pacjenta w zaawansowanym wieku. Projekt ten, uzupełniony o funkcje promocji zdrowia i reha-

bilitacji osób w starszym wieku, może być punktem wyjścia do opracowania całościowego programu organizacji ochrony zdrowia dla osób w starszych grupach wieku.

Dostęp do opieki nad osobą niesamodzielną

Starzenie się organizmu jest naturalnym procesem fizjologicznym, nie zawsze wiąże się z chorowaniem. Często jednak przewlekłe dolegliwości, wielochorobowość, pogarszająca się wraz z wiekiem sprawność organizmu mogą prowadzić do poszerzającej się niesamodzielnosci życiowej, znacznie częściej występującej u ludzi w starszym wieku. Osoby starsze przeciętnie częściej chorują na choroby przewlekłe i długotrwanie. Ocena stanu zdrowia pogarsza się wraz z wiekiem; osoby w wieku 70 i więcej lat zgłaszają istnienie wielochorobowości (3–4 dolegliwości zdrowotne). Wraz z pogarszaniem się stanu zdrowia zmniejsza się sprawność i zdolność badanych do wykonywania codziennych czynności oraz możliwość samoobsługi w zwykłych czynnościach. Według szacunków Eurostatu mężczyźni w Polsce przeżywają w zdrowiu (bez ograniczonej sprawności) 86% długości życia, a kobiety 84%. Potrzeby opieki i pomocy ludziom w wieku podeszłym mają złożony charakter. **Typowym w wieku zaawansowanym kłopotem ze zdrowiem towarzyszą trudne problemy społeczne i ekonomiczne** wpływające na stan zdrowia. Należą do nich: pogarszająca się sytuacja finansowa, wzrost kosztów utrzymania gospodarstwa domowego, niedostosowane do potrzeb niepełnosprawnej osoby warunki mieszkaniowe, niekorzystnie zmieniająca się sytuacja rodzinna, brak wsparcia ze strony otoczenia. Potrzeby opieki zmieniają się istotnie wraz z postępującym procesem starzenia się. W początkowych latach po zakończeniu okresu aktywności zawodowej (do wieku 70–75 lat) większość osób nie ma problemów z samodzielnym utrzymaniem gospodarstwa domowego. W kolejnych latach pojawiają się naturalne skutki procesu starzenia się; znacznie obniża się sprawność i zdolność do samodzielnego zaspokojenia potrzeb. **Po 75. roku** życia częściej pojawia się niesamodzielnosc i problemy wynikające z procesów starzenia się. Następują zaburzenia pamięci i funkcji poznawczych. Pogarsza się sprawność w wykonywaniu codziennych czynności, co zwiększa zapotrzebowanie na pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego oraz na usługi opiekuńcze. W następstwie niesamodzielnosci pojawia się popyt na usługi opieki medycznej i specjalistyczne świadczenia pielęgnacyjne¹²⁷.

Zasadniczym celem polityki ludnościowej wobec starszych populacji jest tworzenie warunków życia dostosowanych do potrzeb osób w zaawansowanym wieku, w tym: dostarczenie usług opieki, ochrony zdrowia, zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego, organizacja środowiska zamieszkania. Rosnąca liczba osób starszych w społeczeństwie i rosnące w związku z tym potrzeby pomocy i opieki stanowią poważne wyzwanie dla polityki społecznej. Wyzwania te obejmują system: pomocy społecznej, ochrony zdrowia, ubezpieczenia społecznego. Nakładają na samorządy lokalne zwiększone zadania wynikające z ich odpowiedzialności za zorganizowanie w środowisku usług opieki dostosowanych do potrzeb starzejących się mieszkańców. Usługi ochrony zdrowia dla ludzi starych muszą realizować zadania promocji zdrowia, edukacji w zakresie zachowań prozdrowotnych, samokontroli zdrowia, utrzymania oraz poprawy sprawności fizycznej i psychicznej, wczesnego wykrywania chorób i zapobiegania problemom zdrowotnym. Konieczne jest wdrożenie powszechnie dostępnego systemu leczenia geriatrycznego dostosowanego do potrzeb starzejących się osób (wielochorobowość, przewlekłość). Powszechna dostępność usług ochrony zdrowia powinna obejmować pomoc: lekarza geriatry, lekarza rodzinnego (podstawowej opieki zdrowotnej), pielęgniarki środowiskowej, pracownika socjalnego oraz innych osób, dostosowaną do indywidualnej sytuacji osoby. Osoby niezdolne do samodzielnej egzystencji, nie mające zapewnionej odpowiedniej do stanu zdrowia i sprawności opieki, osoby wymagające specjalistycz-

¹²⁷ Stan zdrowia ludności Polski w 2009 roku (2011).

nej opieki powinny być umieszczane w odpowiednich placówkach opieki, w tym w placówkach opieki długoterminowej.

W starzejącym się społeczeństwie specjalnym zadaniem polityki ludnościowej jest zapobieganie niepełnosprawności i niesamodzielności. W systemie ochrony zdrowia w Polsce szczególnie trudna i niekorzystna jest sytuacja pacjentów w starszych grupach wieku. Leczenie osób starszych jest trudniejsze i bardziej kosztowne. Podejmowanie leczenia bez wykonania pogłębionej diagnozy (lub przy niskiej jej jakości) może powodować uszczerbek na zdrowiu pacjenta. Niska jakość usług ochrony zdrowia powoduje, że pacjenci w zaawansowanym wieku stają się przewlekle i trwale chorzy, niepełnosprawni, niezdolni do samodzielnej egzystencji. Przeniesienie systemu kontroli jakości usług na grunt instytucji finansowych ubezpieczających lekarzy przed wypłatą odszkodowania za szkody na zdrowiu pacjenta nie chroni interesów pacjenta, podobnie jak skierowanie poszkodowanego w ochronie zdrowia pacjenta na grunt rozstrzygnięć sądowych. Zarówno ubezpieczenie, jak i sądowy tryb dochodzenia roszczeń nie rozwiązują problemu kontroli jakości usług oraz braku nadzoru nad usługami ochrony zdrowia pacjentów. Kontrola i nadzór nad tak ważną dziedziną, jaką jest ochrona zdrowia, nie może być przedmiotem „wolnego rynku”; musi należeć do państwa i jego wyspecjalizowanych organów. W funkcji kontroli jakości w ochronie zdrowia nie mogą zastąpić państwa i jego instytucji ani wolny rynek, ani orzeczenia sądów powszechnych. Pacjent w zaawansowanym wieku zawsze „przegra zdrowie” w placówkach ochrony zdrowia, które coraz szerzej będą stosować mechanizmy rynkowe. Na wolnym rynku usług nie można oczekiwać poprawy sytuacji osób starszych w zakresie dostępności i jakości usług ochrony zdrowia.

Nie maleje w Polsce liczba osób niepełnosprawnych i osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji. W orzecznictwie lekarskim nie ma ustalonych standardów orzekania. Powoduje to posługiwanie się w praktyce orzecznictwa „kryteriami” uznaniowymi. Bez pogłębionej diagnozy funkcjonuje też system orzekania o niepełnosprawności, o niezdolności do pracy oraz niesamodzielności. Tylko w okresie zatrudnienia około 2 mln osób stało się niepełnosprawnymi w takim stopniu, że utraciło zdolność do pracy. Wskazuje to na poważne błędy systemowe w zatrudnieniu, ochronie pracy, w organizacji systemu ochrony zdrowia, w tym także w medycynie pracy, a ponadto – w orzekaniu o niepełnosprawności, o niezdolności do pracy oraz w ubezpieczeniu społecznym. Celem tych systemów nie jest „produkowanie” osób niezdolnych do pracy, niepełnosprawnych i niesamodzielnych, lecz utrzymanie najdłużej, jak to jest tylko możliwe, każdej osoby w zdrowiu, w miarę w pełnej sprawności oraz w zdolności do pracy. Systemowe oddzielenie ochrony zdrowia od systemu ubezpieczeń społecznych tworzy dla pacjentów trudną sytuację w ochronie zdrowia, a także powoduje znaczny wzrost kosztów funkcjonowania obu systemów.

Z doświadczenia **Niemiec w zakresie ubezpieczenia od wypadków przy pracy i chorób zawodowych** wynika, że kosztami wszystkich skutków wypadku i choroby zawodowej (leczenie, rehabilitacja, odszkodowanie, renta) obciąża się kasę ubezpieczenia wypadkowego, która czerpie dochody wyłącznie ze składek pracodawców. Pracodawca dopuszczający do wypadków i chorób zawodowych opłaca bardzo wysokie składki, które powodują, że działalność gospodarcza staje się nierentowna. Ograniczenie niepełnosprawności w Polsce wymaga innego podejścia do ponoszenia kosztów za skutki wypadku. Koszty zadośćuczynienia ofiarom wypadku w pracy oraz choroby zawodowej, a także koszty ich skutków powinny ponosić ten podmiot, który przyczynił się do powstania wypadku lub choroby zawodowej.

Warunkiem właściwej opieki nad osobami starszymi i niezdolnymi do samodzielnej egzystencji jest pogłębiona aktualna diagnoza potrzeb w środowisku lokalnym, właściwa koordynacja pracy różnych instytucji i organizacji, odpowiedni do potrzeb poziom finansowania usług, monitoring, systematyczna ewaluacja i skuteczna kontrola wykonania zadań, realizowana przez instytucje publiczne. Organizacja właściwej opieki nad osobami w zaawansowanym wieku, niepełnosprawnymi i niesamodzielnymi wymaga przeprowadzenia i stałej aktua-

lizacji (co najmniej jeden raz w roku) diagnozy potrzeb. Pozwoli ona określić liczbę osób oraz ich potrzeby w zakresie opieki i pielęgnacji. Używając narzędzi całościowej oceny geriatrycznej, która obejmuje sprawność, stan psychiczny, zdolność funkcjonowania w środowisku społecznym, warunki życia, można określać liczbę osób starszych, przewlekle chorych, niesamodzielnych, wymagających stałej opieki i leczenia, a ponadto liczbę osób z trwałym upośledzeniem sprawności, wymagających stałej opieki lekarskiej i specjalistycznej opieki pielęgniarskiej.

W zakresie organizacji środowiska zamieszkania i usług opieki obowiązki samorządu lokalnego powinny obejmować wszystkie zagadnienia związane ze zmieniającymi się wraz z upływem lat potrzebami osób starszych: dostosowanie zakresu potrzebnych i dostępnych usług, stymulowanie poprawy funkcjonowania środowiska lokalnego i dostosowania go do potrzeb mieszkańców w zaawansowanym wieku. Organizacja opieki powinna zapewnić osobom w starszym wieku jak najdłuższe samodzielne funkcjonowanie w środowisku domowym, zapobiegać niepełnosprawności fizycznej i psychicznej dzięki powszechnej prewencji i szeroko dostępnej rehabilitacji. Celem podejmowanych działań powinno być zapobieganie instytucjonalizacji opieki nad osobami starszymi.

Według podziału kompetencji w 2011 r. zadania opieki nad osobami starszymi i niesamodzielnymi są przekazane różnym instytucjom i podmiotom zarządzającym. Zadania opieki, pielęgnacji i rehabilitacji finansowane są z różnych źródeł publicznych, niepublicznych i prywatnych. Źródła publiczne to środki budżetu państwa, samorządu gminy, miasta, powiatu, NFZ. Źródła niepubliczne to środki organizacji społecznych, wyznaniowych, fundacji, stowarzyszeń. Źródła prywatne to dochody osobiste podopiecznego lub jego rodziny. Organizatorami opieki są gminne (dzielnicowe, miejskie) ośrodki pomocy społecznej oraz powiatowe (miejskie) centra pomocy rodzinie (PCPR). Zadania pomocy i opieki w stosunku do osób mieszkających we własnym mieszkaniu są realizowane przez pracowników socjalnych, opiekunów środowiskowych, przez personel specjalistyczny (pielęgniarkę, fizjoterapeutę, terapeutę zajęciowego itp.) w zakresie usług opiekuńczych specjalistycznych. Ważną rolę w realizacji zadań opieki pełni lekarz rodzinny (poz). Zapewnienie stałej i kompleksowej pomocy i ciągłej opieki wymaga współpracy i koordynacji wielu podmiotów: lekarza rodzinnego (poz) ze specjalistami, pielęgniarką środowiskową, instytucjami opieki i pomocy społecznej, wolontariuszami, organizacjami społecznymi, instytucjami działającymi na wolnym rynku, które mogą wspomagać instytucje publiczne i rodziny w realizacji zadań opieki.

Opieka nad osobami zwłaszcza niezdolnymi do samodzielnej egzystencji wymaga stworzenia lub wskazania instytucji, która koordynuje realizację zadań, oraz finansowania usług opieki. Ze względu na stan zdrowia i niesprawność podopiecznych jest potrzebna systemowa kontrola realizacji zadań wykonywanych przez poszczególne podmioty. Poważnym problemem organizowania pomocy i opieki, jej koordynacji i kontroli są nieprecyzyjnie określone źródła finansowania poszczególnych rodzajów świadczeń. Instytucje unikają ponoszenia kosztów, gdy nie ma w przepisach prawa jednoznacznie określonych i przypisanych im pozycji świadczeń, które są zobowiązane finansować. W sytuacji gdy dane świadczenia nie mają jasno i jednoznacznie określonych źródeł finansowania, poszczególne instytucje starają się „przerzucić” koszty takich świadczeń i usług na inne. W praktyce precyzyjne podzielenie kosztów poszczególnych świadczeń jest bardzo trudne, co w wielu przypadkach ogranicza dostęp do świadczeń lub tworzy biurokratyczne bariery w ich dostępie. Brak koordynacji oraz kontroli świadczonych usług prowadzi do istotnego obniżenia jakości opieki oraz nieefektywnego wykorzystania środków. Poprawa stanu opieki na osobami niezdolnymi do samodzielnej egzystencji wymaga podejścia podmiotowego; podmiotem opieki powinna być osoba jej potrzebująca. Punktem wyjścia do projektowania zadań instytucji opieki muszą być potrzeby osób – potencjalnych podopiecznych. W Polsce w projektowaniu rozwiązań w polityce społecznej, w tym w opiece nad osobami starszymi i niesamodzielnymi, dominuje podejście

przedmiotowe, instytucjonalne; w wielu zastosowanych rozwiązaniach ważniejsze okazują się interesy instytucji, a nie osób, którym instytucje te mają udzielać pomocy i opieki.

Doświadczenia wielu krajów wykazują, że niezwykle zróżnicowane są formy pomocy, zasady finansowania oraz metody dostarczania środków opieki, koordynacji i współdziałania podmiotów, źródła finansowania i zasady kontroli. We wszystkich krajach mających rozwinięte formy i zakres opieki ważną rolę w kontroli i koordynacji opieki mają władze publiczne. Występują prawne ograniczenia działania form wolnorynkowych oraz szeroko rozbudowana prawna i organizacyjna ochrona interesów osób starszych i niesamodzielnych. Funkcjonujące w różnych krajach systemy opieki powstawały w procesie adaptacji do zmieniających się potrzeb i warunków. Doświadczenia innych krajów w budowaniu systemu opieki są bardzo cenne, jednakże trudne do zastosowania w odmiennych warunkach.

Główne **wydatki na świadczenia pielęgnacyjne i opiekę długoterminową** w wydatkach NFZ w 2011 r. wyniosły 947,3 mln zł (wydatki NFZ ogółem to 58,2 mld zł). W ogólnej kwocie wydatków NFZ wydatki na opiekę długoterminową i świadczenia pielęgnacyjne stanowiły w 2011 r. 1,63% (w 2006 r. 1,61%). ZOL (zakłady opiekuńczo-lecznicze) i ZPO (zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze), zgodnie z definicją OECD, to instytucje opieki długoterminowej, które są przeznaczone dla pacjentów wymagających stałej opieki na skutek przewlekłego upośledzenia i ograniczonego stopnia zdolności do samodzielnej egzystencji. Do stacjonarnych zakładów długoterminowej opieki zdrowotnej zalicza się też zakłady udzielające całodobowych świadczeń zdrowotnych osobom przewlekle chorym, upośledzonym fizycznie lub psychicznie oraz osobom w podeszłym wieku. W Polsce zakłady opieki długoterminowej obejmują ZOL, ZPO i hospicja. Wskaźnik łóżek opieki długoterminowej w szpitalach na 1000 mieszkańców wyniósł w 2006 r. 0,4 (np. w Finlandii 3,8). W 2011 r. funkcjonowało w Polsce łącznie 505 zakładów długoterminowej opieki zdrowotnej, tj. zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych o charakterze ogólnym i psychiatrycznym, oraz 79 hospicjów (z 1263 łózkami, pacjentów 17 100). Zakłady opieki długoterminowej miały: w zakładach opiekuńczo-leczniczych łącznie **21 118 łóżek**, w pielęgnacyjno-opiekuńczych **5699 łóżek**, objęły opieką stacjonarną **54 495 osób**. W stacjonarnych zakładach pomocy społecznej w 412 domach dla osób w wieku podeszłym przebywało **19 655** pensjonariuszy. Pozostałe placówki opieki przeznaczone są dla osób w różnym wieku: przewlekle chorych somatycznie (19 822 miejsc), dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie (14 749), przewlekle chorych psychicznie (20 954). Według danych GUS (2011 r.) z usług opiekuńczych i specjalistycznych w miejscu zamieszkania korzystało 98 tys. osób¹²⁸. Pacjenci ZOL są w różnym wieku; w wieku 60 lat i więcej było około połowy pensjonariuszy. W zakładach opieki długoterminowej przeważającą grupę pacjentów stanowiły osoby w wieku 75 lat i więcej (ponad 50%) oraz w wieku 61–74 lat (ponad 20%).

System ochrony zdrowia w Polsce nie ma sprawnych mechanizmów adaptowania się do zmieniających się potrzeb starzejącego społeczeństwa, ignoruje uznane w świecie standardy opieki nad ludźmi starszymi. Dlatego długotrwała opieka nad niedołączonymi i poważnie chorymi osobami w starszym wieku spoczywa głównie na rodzinie, która nie jest dostatecznie wspomagana usługami medycznymi i pozamedycznymi systemu opiekuńczego państwa. Opiekę w instytucjach (domy pomocy społecznej, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, zakłady opiekuńczo-lecznicze oraz hospicja) mogło w 2010 r. uzyskać 1,2% osób starszych (w wieku 60+). Instytucje te oferowały łącznie 78 455 miejsc (dla 2,4 mln niesprawnych osób starszych).

Potencjał opieki w środowisku lokalnym może być rozumiany ilościowo jako wskaźnik demograficzny określający kształtowanie się relacji osób dorosłych do osób w starszym wieku lub/i jako jakościowa cecha potencjału opiekuńczego określająca postawę goto-

¹²⁸ *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2012 (2012).*

wości do udzielenia opieki (okazania troski) osobom starszym. Ilościowy potencjał opieki możemy określić na podstawie analizy sytuacji demograficznej (obecnej i prognozowanej) wskazującej na relacje liczby ludności w poszczególnych grupach wieku, na stan i zmiany w strukturach rodzin i gospodarstwach domowych oraz społeczności lokalnych. W jakościowym określeniu potencjału opieki wkraczamy w sferę rozważań filozoficznych i socjologicznych, gdzie postawy, zachowania, spójność, więzi i zobowiązania rodzinne, dobra wola jednostek, presja społecznych zobowiązań, poczucie spójności grupy ogniskują dyskusje i wyłaniają problemy badawcze (i praktyczne). W jakościowym aspekcie potencjał opieki (troski) budują (mogą budować) solidarnościowe działania instytucji i akty wzajemnego wsparcia na poziomie indywidualnym.

Wnioski z badań w społecznościach miejskich i wiejskich, w regionach ubogich i nisko zurbanizowanych nie są optymistyczne. W relatywnie małych i ubogich społecznościach lokalnych problem starości i demograficznego starzenia ludności (społeczności lokalnej) jest rodzajem „separowanego doświadczenia” rodziny. Obowiązek opieki nad osobami starszymi i niesamodzielnymi jest powierzony rodzinie („spychany na rodzinę”). Uzasadniane to jest zasadą pomocniczości, zredukowaną do obowiązku działania jednostek mniejszych bez względu na to, czy są one zdolne do wykonywania skomplikowanych zadań. Interwencja instytucji i władz publicznych występuje tylko w sytuacjach skrajnego zaniedbania obowiązków opieki nad osobą starszą (niepełnosprawną, niesamodzielną) przez rodzinę i koniecznością umieszczenia jej w instytucji opieki¹²⁹.

Opiekuńcze pole działań instytucjonalnych ogranicza się do ustawowych zadań z zakresu pomocy społecznej. Jest to opieka środowiskowa realizowana przez opiekunki pomocy społecznej. Nie są one przygotowane do świadczenia usług pielęgnacyjnych. Brakuje pielęgniarek środowiskowych. Nie ma też nieformalnych działań sieci krewniaczych i sąsiedzkich. Osoby starsze nie kwalifikują się do materialnego wsparcia ze środków pomocy społecznej, ponieważ „próg interwencji socjalnej” jest niższy niż najniższe świadczenia z systemu zabezpieczenia społecznego. Problem ubóstwa ludzi starych nie jest obecnie ujawniany w dyskursie publicznym („ubogie są dzieci”). Sytuacja może jednak ulec zmianie w niedalekiej przyszłości. Wraz ze wzrostem liczby seniorów (wśród nich osób w zaawansowanym wieku, niesamodzielnymi) oraz z obniżeniem wartości świadczeń emerytalnych (rentowych) pomocy społecznej może być przypisana rola „bufora” zmian systemowych w ubezpieczeniu społecznym. Pomoc społeczna będzie musiała przyjmować nowe rzesze klientów – spauperyzowanych emerytów (rencistów). Innym rozwiązaniem może być ewentualne ustalenie – na jeszcze niższym niż obecnie poziomie – progu interwencji socjalnej. Środki finansowe na uzupełnienie niskich i obniżających się dochodów będą pochodziły z budżetów samorządów gmin (miast).

Z cytowanych badań M. Raclaw¹³⁰ wynika, że w społecznościach lokalnych funkcjonuje „mit” samowystarczalności rodziny, silnych i trwałych więzi rodzinnych, nawet w przypadku fizycznej nieobecności migrujących krewnych. Opieka powierzana jest nierzadko nieformalnym opiekunom osób starszych, którzy w lokalnej polityce społecznej są „podmiotami niewidocznymi”. Opiekunowie nieformalni działają na pograniczu systemu komercyjnego i nieformalnego. Wykorzystują niekiedy dostępną ofertę publiczną, której koszt uzyskania (tak materialny, jak i niematerialny) jest wysoki, gdyż o publicznie zlecone zadania opieki trzeba zabiegać (wychodzić, wyprosić itp.). Jakość usług świadczonych przez opiekunów nieformalnych jest oceniana jako niska. Władze i instytucje lokalne przyjmują założenie, że jeżeli problemów opieki nie zgłasza się do nich, to takich problemów po prostu nie ma. W środowiskach lokalnych nie zauważa się problemów wynikających ze zmian demograficznych, ze zmiany struktury rodziny, kurczenia się jej potencjału opiekuńczego. Nie widzi się trudności ze sprawowaniem opieki nad seniorem w sytuacji aktywności zawodowej członków

¹²⁹ Raclaw (2011) – Ekspertyza.

¹³⁰ Tamże.

rodziny (są natomiast „badania” pokazujące zadowolenie kobiet z łączenia obowiązków pracy zawodowej z zadaniami opieki nad seniorem i wnukami).

W działaniach z zakresu opieki nad osobami starszymi i niesamodzielnymi w środowiskach lokalnych (i nie tylko) w zasadzie nieobecne są inicjatywy tzw. sformalizowanego społeczeństwa obywatelskiego (NGO). Nieliczne inicjatywy działania na rzecz osób starszych

związane są z zagospodarowaniem czasu wolnego (stowarzyszenia, kluby seniora). Znamienny jest brak inicjatyw parafialnych: w badaniach osoby duchowne definiowały problem opieki nad osobami starszymi jako problem „osób uciążliwych” dla najbliższych lub „migrantów wewnętrznych”. Z badań (Raclaw, 2011) wynika, że władze lokalne nie mają wiedzy o sytuacji demograficznej na swoim terenie. Nie wiedzą, jakimi cechami społeczno-demograficznymi odznaczają się starsi i najstarsi mieszkańcy gminy. Nie wiedzą, ile jest osób niesamodzielnych i niepełnosprawnych wymagających pomocy i opieki. Nie wiedzą, w jakich rodzinach czy gospodarstwach domowych te osoby mieszkają, ani jacy są ich opiekunowie (i czy w ogóle są). Nie wiedzą zatem, jakie są ich potrzeby oraz oczekiwania. Z badań wynika też, że potrzebna jest rzetelna diagnoza lokalna ukazująca zakres i charakter potrzebnej opieki. Podobnie konieczna jest diagnoza potencjału opieki w środowisku lokalnym: jakimi możliwościami opieki dysponuje to środowisko.

Każde środowisko lokalne charakteryzuje się odmiennymi cechami demograficznymi. W poszczególnych środowiskach inna jest też reakcja władz lokalnych na problemy wynikające ze starości i starzenia się populacji, na problemy niesamodzielnosci i niepełnosprawności. Każde ze środowisk lokalnych powinno poszukiwać równowagi pomiędzy działaniami opiekuńczymi i działaniami aktywizującymi seniorów. Tymczasem aktywizacja seniorów to bardzo często pozorne działania wpisane w program samorządu, ograniczone do festynów i lokalnych uroczystości. Nierzadko są to działania uprzedmiotawiające seniorów, gdyż nie zna się ich potrzeb i oczekiwań. W środowiskach lokalnych konieczne jest rozwijanie kwalifikowanej opieki środowiskowej, udostępnianie usług opieki dziennej (podczas nieobecności aktywnego zawodowo krewnego). Musi nastąpić indywidualizacja wsparcia środowiskowego rodzin obciążonych opieką nad osobami starszymi (niesamodzielnymi): opiekun/rodzina i senior.

Osobom pracującym, obciążonym obowiązkiem opieki nad osobą starszą, niesamodzielną, trzeba stworzyć możliwość korzystania z urlopu opiekuńczego i świadczenia związanego z opieką nad seniorem (rekompensata utraconego dochodu z pracy). W środowiskach lokalnych należy ocenić potencjalne zasoby opieki, tworzyć możliwości wykorzystania lokalnego potencjału opieki, wykorzystać: zasoby parafialne, sąsiedzkie, ewentualnie organizacje pozarządowe jako sieci wsparcia rodziny. Konieczne jest udostępnienie informacji i poradnictwa dla rodzin i seniorów. Potrzebna jest informacja o usługach dla opiekunów nieformalnych i seniorów; „pustka informacyjna” jest powszechnym doświadczeniem rodzin, seniorów i ich opiekunów, zwłaszcza w nagłych sytuacjach krytycznych. Podstawowym zagadnieniem w środowiskach lokalnych jest utrzymywanie potencjału wsparcia i opieki: jak zapewnić stabilizację życiową ludziom młodym w małych, biednych, wiejskich i małomiasteczkowych gminach? W świetle danych dotyczących stanu zdrowia ludności Polski, liczby osób, które w następstwie chorób stały się niepełnosprawne czy niezdolne do samodzielnej egzystencji, poziomu finansowania systemu ochrony zdrowia w Polsce na tle innych krajów UE oraz liczby miejsc i finansowania opieki długoterminowej, zmniejszającego się potencjału opieki w środowiskach lokalnych oraz zmiany sytuacji demograficznej jest zasadne rozważenie podjęcia następujących działań:

- racjonalizacja systemu opieki zdrowotnej czyli stosowanie następującej kolejności działań: prewencja → diagnostyka → leczenie → rehabilitacja → kompensacja,

- zwiększenie nakładów finansowych na ochronę zdrowia,
- utworzenie Narodowego Programu Rehabilitacji,
- wdrożenie jednolitych zasad orzekania o niepełnosprawności i niezdolności do samodzielnej egzystencji oraz przyspieszenie prac nad wydaniem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie umiejętności w zakresie węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych (orzecznictwo lekarskie), zwiększenie liczby specjalistów geriatrów i opiekunów medycznych,
- realizacja projektów informatycznych pozwalająca na ujednoczenie, gromadzenie, analizę, udostępnianie danych dotyczących stanu zdrowia populacji, jego zagrożeń, a także następstw chorób pozwalających na monitorowanie zdrowia i działań w zakresie zdrowia publicznego,
- wprowadzenie ubezpieczeń pielęgnacyjnych w celu zapewnienia godnego życia ludziom niezdolnym do samodzielnej egzystencji.

Wprowadzenie proponowanych działań pozwoli na poprawę stanu zdrowia osób w zaawansowanym wieku, na dłuższe utrzymanie stanu sprawności i samodzielności, na dłuższe przebywanie we własnym mieszkaniu i środowisku lokalnym. Stan zdrowia ludności Polski po roku 1991 ulega systematycznej poprawie, ale w porównaniu ze stanem zdrowia ludności wielu krajów Unii Europejskiej sytuacja jest wciąż niezadowolająca, a tempo poprawy stanu zdrowia zbyt wolne. Szczególnie poprawa stanu zdrowia i sprawności starszej populacji Polaków nie jest zadowolająca. Bardzo wysoki jest też udział osób niepełnosprawnych wśród ogółu ludności w wieku produkcyjnym w Polsce. Liczba ta (według szacunków UE) jest najwyższa wśród krajów członkowskich.

2.7. Uczestnictwo osób starszych w życiu społecznym

O jakości życia osób starszych, niepełnosprawnych i niesamodzielnych decydują rodzina, środowisko lokalne oraz oni sami. Wpływ na jakość życia osób starszych ma ich status materialny, zawodowy i społeczny, struktura rodziny, warunki mieszkaniowe, aktywność oraz zdolność do uczestnictwa w życiu społecznym¹³¹.

Naturalnym środowiskiem człowieka starego jest rodzina, co wynika z wielowiekowych doświadczeń ludzkich społeczności. Obecne warunki ekonomiczne, społeczne, a przede wszystkim demograficzne nakazują poszukiwanie takich rozwiązań, które byłyby zdolne do pomocy rodzinie osób (lub z osobą) w zaawansowanym wieku oraz, w przypadku braku rodziny, do jej zastąpienia, nie ograniczając się jedynie do funkcji interwencyjnych, naprawczych bądź kompensacyjnych. Z analiz i badań wynika, że współcześnie ludzie starsi coraz częściej żyją w samodzielnych gospodarstwach domowych. Rodzina dla człowieka starego to najważniejsza grupa odniesienia, kontaktów, aktywności i satysfakcji; jest dla nich gwarantem bezpieczeństwa, pozycji społecznej. Współczesne zmiany modelu rodziny, jej wielkości, stylu życia, a także zwiększająca się ruchliwość przestrzenna (m.in. migracje za pracą) powodują rozluźnienie i osłabienie więzi rodzinnych. Zmienia się charakter kontaktów w rodzinie. Kontakty stałe zastępowane są kontaktami okazjonalnymi. Pogłębia się poczucie osamotnienia, izolacji, a w konsekwencji marginalizacji i wykluczenia społecznego osób starszych.

Człowiek stary w rodzinie wielopokoleniowej nie stanowi problemu dopóty, dopóki jest sprawny; pomaga w prowadzeniu gospodarstwa domowego, w opiece nad młodym pokoleniem. Problem powstaje i nasila się, gdy starszy człowiek staje się niesprawny i na rodzinie spoczywa obowiązek udzielenia pomocy, opieki i pielęgnacji. W Polsce rodzina często nie może uzyskać pomocy w spełnianiu tych obowiązków od odpowiedniej instytucji. Nie ma

¹³¹ E. Bojanowska, *Ludzie starsi w rodzinie i społeczeństwie*, w: *O sytuacji ludzi starszych...* (2012), s. 19–32.

bowiem dostatecznej liczby placówek (miejsc w placówkach), które wspomagałyby rodzinę w sprawowaniu opieki nad osobami starszymi lub/i przejmowały opiekę, gdy osoba w zaawansowanym wieku nie ma rodziny zdolnej do udzielenia pomocy lub potrzebuje stałej specjalistycznej opieki. Problem braku instytucji i kadry wspierającej rodzinę w obowiązku opieki nad niesamodzielnymi (z powodu podeszłego wieku lub/i złego stanu zdrowia) członkami rodziny będzie narastał wraz z coraz dłuższym trwaniem życia oraz wzrostem liczby osób w wieku podeszłym żyjących w samotnych gospodarstwach domowych. Problem ten wymaga systemowego rozwiązania: nowych regulacji prawnych, stworzenia systemu finansowania kosztów opieki, utworzenia odpowiednich instytucji, przygotowania kadry, rozwoju systemu edukacji przygotowującej do aktywności w starszym wieku. Wymaga też tworzenia systemu edukacji społecznej o problemach starzejącego się społeczeństwa. Istniejące obecnie rozwiązania nie tworzą spójnego systemu opieki i pielęgnacji niesprawnych osób starszych, niezdolnych do samodzielnej egzystencji. System ten stworzono w innych warunkach oraz w odmiennej sytuacji demograficznej. Zmiany, jakie następują w sytuacji ludnościowej, w strukturach rodzin i gospodarstw domowych, wymagają przekształcania tych form i tworzenia nowego spójnego systemu, odpowiadającego zmianom sytuacji demograficznej i społecznej. Dotychczas ukształtowane formy, cały system opieki i pielęgnacji osób starszych i niesamodzielnych, opierają na spójnej rodzinie. Założenie to było słuszne, gdy większość seniorów miała rodziny. Lecz potencjał opiekuńczy rodziny poważnie zmniejszył się wskutek wyjazdu dzieci i wnuków za pracą do odległych miast, regionów czy za granicę. Współczesne rodziny, bez istotnej pomocy podmiotów zewnętrznych, fachowych kadr, dodatkowych środków finansowych, nie są w stanie rozwiązywać problemów związanych z opieką nad swoimi starszymi krewnymi szczególnie wówczas, gdy pojawia się potrzeba dostarczenia osobom niezdolnych do samodzielnej egzystencji specjalistycznej opieki i pielęgnacji.

W rodzinie odbywa się transfer międzypokoleniowy pomiędzy generacjami w postaci pomocy materialnej (rzeczowej i finansowej), transferów czasu (w postaci świadczonych usług), jak i pomocy emocjonalnej. Transfery materialne w postaci rzeczowej i pieniężnej płyną przede wszystkim od rodziców do dzieci, od starszych do młodszych członków rodziny. Poprawne relacje między generacjami w rodzinie na mocy istniejących więzi zawsze tworzą możliwości wzajemnej wymiany dóbr, świadczenia usług i pomocy. Nie mogą one jednak być wymuszone, związane z koniecznością zrezygnowania z innych form aktywności, np. z pracy zawodowej albo edukacji przez młodszych członków wspólnoty rodzinnej. Dlatego rodzina, aby mogła zachować swoje funkcje i prawidłowo wypełniać zadania opieki nad niesamodzielnymi, najstarszymi członkami, musi otrzymać istotną pomoc ze strony instytucji zewnętrznych wobec rodziny. Szczególnie wówczas, gdy pogłębia się niesamodzielność, pojawia się potrzeba dostarczania specjalistycznych usług opieki i pielęgnacji. Koszty takiej opieki nierzadko przekraczają finansowe możliwości rodziny, dlatego konieczne jest uzupełnienie niskich dochodów osoby niesamodzielnej świadczeniami społecznymi.

Skuteczną formą profilaktyki niesprawności, osamotnienia i izolacji w zaawansowanym wieku jest przygotowanie do starości dzięki edukacji oraz promocji zasad aktywnego starzenia się. Rodzina zawsze będzie zajmowała najwyższą pozycję w hierarchii aksjologicznych preferencji ludzi starszych. Nie może ona jednak stanowić alternatywy dla braku samodzielności czy bezradności. Dlatego konieczne jest budowanie i wzmacnianie motywacji do inwestowania w siebie, w swoją przyszłość, w zdrowie, sprawność, kondycję, edukację, a także niezależność ekonomiczną.

Wypełnienie przez rodzinę funkcji opiekuńczych i pielęgnacyjnych w stosunku do starszego pokolenia wymaga stworzenia odpowiednich warunków, które umożliwią jej wypełnienie tych funkcji. Problemy zapewnienia przez rodzinę opieki osobom starym czy chorym będą narastać wskutek zmian w polskich rodzinach: rozpadła się struktura rodziny wielopokoleniowej, która gwarantowała swoim członkom pomoc i opiekę. W wyniku migracji wie-

le starszych osób pozostaje bez opieki. Naturalne procesy starzenia się powodują rozluźnienie kontaktów z ludźmi, utratę wielu dotychczas pełnionych ról społecznych. Rodzina nie może być stawiana w dramatycznej sytuacji odmowy opieki swoim chorym, starym czy niepełnosprawnym członkom z powodu trudności mieszkaniowych, ekonomicznych lub braku możliwości łączenia obowiązków rodzinnych i zawodowych. Polityka społeczna i gospodarcza musi uwzględniać dobro rodziny. Polityka rodzinna w Polsce musi skupić się na realnym wspieraniu funkcji opiekuńczej wobec starszych członków rodziny. Pomoc rodzinie w wypełnianiu jej funkcji wiąże się z koniecznością rozwoju w środowisku zamieszkania wielu usług społecznych, w tym m.in. usług dotyczących kultury, rekreacji, sportu, ochrony zdrowia, rehabilitacji oraz usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych wspomagających rodzinę w wypełnianiu jej funkcji szczególnie wobec osób chorych czy starych. Wszystkie funkcje rodziny muszą być w polityce społecznej potraktowane integralnie, ponieważ rodzina stanowi wyodrębniony podmiot, który może wypełniać wszystkie przypisane mu funkcje, jeśli zostaną stworzone do tego odpowiednie warunki. Rodziny bez koniecznej pomocy ze strony licznych, działających *non profit* instytucji usług społecznych będą zmuszone pozbywać się obowiązku opieki i pomocy swoim niesamodzielnymi członkami. Kierunek rozwoju polityki społecznej polegającej na wspieraniu rodziny w wypełnianiu jej wszystkich funkcji jest w Polsce ciągle nieobecny nie tylko w realizacji, lecz także w pracach teoretycznych i programach politycznych polityki społecznej; tak jak nieobecny jest czynnik demograficzny w projektowaniu kierunków społecznego i gospodarczego rozwoju kraju.

Środowisko lokalne dla osób starszych jest (może być) miejscem aktywności i uczestnictwa w życiu społecznym. Badania i analizy wykazują, że środowisko lokalne nie jest przygotowane do stworzenia warunków dla „aktywnej starości”. Rozwiązywanie problemów osób starszych w koncepcji samorządu lokalnego jest określone w ustawie o pomocy społecznej. Ustawa ta zawiera deklaracje pomocy w razie starości, samotności i bezradności. Nie ma w niej jednak określonej specyfiki pomocy osobom w zaawansowanym wieku. Nie ma też zdefiniowanych obowiązków i odpowiedzialności służb społecznych za warunki życia i zaspokojenie potrzeb najstarszych mieszkańców środowiska lokalnego. Warunkiem udzielenia skutecznej pomocy jest bieżące monitorowanie potrzeb ludzi starych w zakresie prowadzenia gospodarstwa domowego, zaspokojenia potrzeb ochrony zdrowia, kontaktów w sprawach urzędowych, wsparcia w sytuacji osamotnienia. W praktyce pomocy społecznej zwykle oczekuje się, że osoby potrzebujące pomocy same się po nią zgłoszą. Osoby starsze, mimo że potrzebują pomocy, rzadko się po nią zgłaszają. Dlatego w przypadku osób starszych, a także niepełnosprawnych i niesamodzielnych pomoc powinna być udzielana bez aktywnego zabiegania o nią w instytucjach. Określone w prawie procedury ubiegania się o pomoc oraz ukształtowana praktyka działania nie jest dostosowana do potrzeb i sytuacji osób starszych, a szczególnie osób niesamodzielnych. Nieskuteczność pomocy społecznej wobec osób starszych wynika też z uznaniowego charakteru pomocy społecznej. W praktyce oznacza to stosowanie zasady tzw. „administracyjnego uznania roszczenia” z uwzględnieniem „interesu społecznego i słusznego interesu obywateli”.

Uznaniowość pomocy, płynne i nieostre pojęcia „niezbędnej potrzeby życiowej” czy „warunków odpowiadających godności człowieka” powodują, że nie tylko ludzie starsi, ale także osoby niepełnosprawne, bezradne, niesamodzielne, z powodu braku wiedzy o swoich prawach, w obawie przed odmową, przed biurokratycznymi procedurami, a także z powodu wstydu – rzadko decydują się prosić o wsparcie. Osoby te tym bardziej nie korzystają z uciążliwej drogi administracyjnej dochodzenia prawa do świadczeń czy odwołania do sądu. Powierzenie instytucjom pomocy społecznej zadań związanych z kształtowaniem sytuacji osób starszych i niesamodzielnych zakłada bierne podejście do pomocy tej grupie osób, traktowanie ich jako podopiecznych (klientów) pomocy czy osób potrzebujących opieki.

Wydłużające się trwanie życia, starania, aby osoby w starszym wieku jak najdłużej były sprawne i aktywne w życiu społecznym wymaga różnorodnych działań wspierających ich aktywność i sprawność. Ograniczenie działań samorządów w tej sferze do okazjonalnych imprez (popularne „dni seniora”) nie wystarcza, tym bardziej w warunkach istniejącego już obecnie w niektórych środowiskach, a w innych – nadchodzącego w bliskich latach „wyżu” osób w zaawansowanym wieku. Potrzebne są szerokie programy działania o charakterze aktywizującym osoby starsze, dostosowane do ich zróżnicowanych potrzeb i warunków, ambicji i aspiracji; od działań edukacyjnych po szerokie działania promocji i profilaktyki zdrowia oraz rehabilitacji pozwalającej najdłużej, jak to jest możliwe, zachować aktywność, sprawność i samodzielność do samoobsługi. Ten rodzaj działań animacyjnych i aktywizujących osoby starsze w środowiskach lokalnych jest szeroko znany w różnych krajach (szeroko opisany w literaturze przedmiotu)¹³². Od samorządów gmin, miast należy wymagać rozległych programów pracy aktywizującej osoby starsze – programów wynikających z pogłębionej diagnozy i systematycznego monitorowania sytuacji osób starszych. Dla samorządu lokalnego wyniki przeprowadzonego w 2011 r. Narodowego Spisu Powszechnego mogą stanowić dobrą podstawę do oceny sytuacji demograficznej; struktury wieku mieszkańców, struktury rodzin i gospodarstw domowych, oceny potencjału opiekuńczego rodzin, źródeł utrzymania, warunków mieszkaniowych, mogą być też podstawą oceny potrzeb. Pogłębiona analiza sytuacji społecznej i demograficznej może stanowić punkt wyjścia do opracowania programu działania dostosowanego do obecnej i zmieniającej się sytuacji demograficznej i potrzeb mieszkańców w zaawansowanym wieku.

Samorzady lokalne nie znają na ogół sytuacji demograficznej, nie mają pogłębionej diagnozy, nie mają programów, nie mają kadry przygotowanej do działań animacyjnych i aktywizujących osoby starsze. Stan ten musi szybko ulec zmianie, gdyż nadchodzący „wyż ludzi starych” może spowodować tak wysoki wzrost kosztów opieki, że samorzady (którym w podziale kompetencji przydzielono to zadanie) nie będą w stanie im sprostać. Działania aktywizujące osoby starsze zmniejszą też istotnie koszty opieki medycznej. Staną się też ważną pomocą dla rodzin. Najważniejsze: podniosą istotnie jakość życia osób starszych, wyzwolą ich ogromne możliwości oraz wielki potencjał wiedzy, doświadczenia i aktywności.

Środowisko lokalne stanowi najlepszą przestrzeń organizowania pomocy. Podstawą organizowania wsparcia i aktywności osób starszych są zasady nieingerowania w styl życia oraz akceptacja wszystkich składowych przyjaznej dla człowieka starszego przestrzeni życiowej. Popularną obecnie w Europie formą wsparcia i integracji ludzi starszych w środowisku zamieszkania jest angażowanie ich w codzienne funkcjonowanie najbliższego środowiska, w tym do rozwoju różnego typu usług, także opiekuńczych. W krajach skandynawskich funkcjonują np. spółdzielnie socjalne, świadczące usługi realizowane przez osoby dojrzałe i starsze wiekiem. Ważne jest angażowanie do pomocy wolontariuszy, tworzenie sieci współpracy sąsiedzkiej czy rodzinnych domów pomocy.

W Polsce nie ma odpowiadających potrzebom społecznym form pracy środowiskowej ułatwiającej człowiekowi staremu pozostawanie w środowisku zamieszkania. Na rynku pracy brakuje osób przygotowanych do pracy w zawodach związanych ze wspieraniem człowieka starego w środowisku zamieszkania: opiekunów osób niepełnosprawnych, opiekunów osób starszych, pielęgniarek środowiskowych, opiekunów medycznych itp. W opiece nad osobami starszymi dominuje tendencja (np. Dania, Szwecja, Holandia) zastępowania opieki instytucjonalnej pomocą w środowisku zamieszkania. Podobnie w Niemczech i we Włoszech powszechną formą pomocy osobom o ograniczonej sprawności i mobilności jest zatrudnianie opiekunek domowych.

¹³² Por. E. Trafiałek, *Warunki integracji i ryzyka dyskryminacji ludzi starszych w rodzinie i środowisku lokalnym*, w: *O sytuacji ludzi w starszym...* (2012), s. 151–170.

Zgodnie z priorytetami wspólnotowej polityki spójności i solidarności aktywizacja osób po 50. roku życia wzmacnia potencjał tkwiący w środowisku lokalnym. Osoby w starszym wieku mogą zaspokoić potrzeby: użyteczności, aktywności, akceptacji oraz znaczenia dzięki pełnieniu ważnych ról w społeczności lokalnej. Aktywne starzenie się, aktywna, nacechowana samodzielnością faza życia w starości, oznaczają też sprawność psychiczną i fizyczną, czynny udział w życiu społecznym i kulturalnym, kontakty i więzi oraz uczestnictwo w życiu wspólnoty lokalnej. Pozwala to jednostkom realizować marzenia, pragnienia, aspiracje i zaspokajać potrzeby więzi i przynależności. Aktywne starzenie się to też możliwość optymalnego wykorzystanie potencjału wiedzy i doświadczenia osób starszych.

Polityka promowania pomyślnego starzenia się oraz aktywnej, samodzielnej starości (*active ageing*) wymaga systematycznych pogłębionych badań, których wyniki mogą stać się podstawą zintegrowanych, wielodyscyplinarnych przedsięwzięć; sukcesywnej zmiany w prawie, podziale dochodu społecznego, w instytucjach, organizacjach, działaniach samorządów, a także na rynku pracy i w systemie zabezpieczenia społecznego. Jakość życia ludzi w starszym wieku zawsze będzie zależać od rodziny i spójności środowiska lokalnego. Jakość życia najstarszych członków społeczeństwa w przyszłości będzie kształtowana pod wpływem ograniczającej się sieci powiązań między generacjami, wzrostu liczby gospodarstw jednoosobowych. Przestrzenne oddalenie członków rodzin, wywołane migracjami zarobkowymi, może osłabić związki emocjonalne między członkami rodzin. Wzrośnie znaczenia psychologicznych źródeł wykluczenia społecznego w fazie starości (izolacja, samotność). Czynnikiem wzrostu jakości życia osób w zaawansowanym wieku może być zwiększający się poziom wykształcenia najstarszej populacji, większa świadomość praw ludzi starych, większy dostęp do wiedzy i informacji, wyższe aspiracje i oczekiwania. Trudności z zaspokojeniem aspiracji starszego pokolenia mogą spowodować zbyt niskie w stosunku do potrzeb świadczenia emerytalno-rentowe (na poziomie znacznie niższej niż w 2011 r. zastępowalności dochodów utraconych z pracy).

W programach socjalnych Unii Europejskiej zainteresowanie potrzebami ludzi starych obejmuje pomoc w gospodarstwie domowym, opiekę pielęgnacyjną, działania o charakterze integracyjnym, tworzenie przyjaznej przestrzeni życiowej, budowanie i utrwalanie więzi wewnątrz pokoleń oraz między pokoleniami. Wspólnotowa strategia obejmuje wspieranie osób starszych w przygotowaniu do starości, pobudzanie aktywności oraz stymulowanie samodzielności. We wszystkich krajach europejskich intensywnie poszukuje się adekwatnych do potrzeb i sytuacji osób w zaawansowanym wieku form pomocy, gdyż w społeczeństwach narasta powszechne przekonanie o stygmatyzacji i deficytach życia w starości. W starzejącym się społeczeństwie Europy kwestia samodzielności (także ekonomicznej) najstarszych obywateli, ich aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym, budowanie bezpiecznej przyjaznej przestrzeni życiowej oraz solidarności lokalnej jest przedmiotem wielu przedsięwzięć i programów.

W edukacji społecznej, kształtowaniu postaw wobec osób starych, niesamodzielnych i niepełnosprawnych trzeba skupić się na dwóch problemach.

1. Kształtowanie postaw wobec starości – starości nie zorientowanej na przygotowaniu się na śmierć, lecz rozumianej jako faza życia obejmująca w zależności od płci 15–25 lat, wymagająca przygotowania na różnych płaszczyznach, spośród których trzeba wymienić: ekonomiczną, zdrowotną, więzi i relacji, społeczną, technologiczno-edukacyjną, polityczną i normatywno-duchową, o wymiarach bezpośrednio odnoszących się do różnych sfer życia społecznego. Dodać należy jeszcze jeden wymiar – przestrzenny – jako warunek, bez uwzględnienia którego aktywne uczestnictwo w pozostałych sferach życia społecznego nie jest możliwe; z uwagi na postęp technologiczny w coraz większym stopniu uwaga ta dotyczy płaszczyzny technologiczno-edukacyjnej. Kształtowanie postaw wymaga wyrobienia u jednostek i władz publicznych świadomości myślenia długookresowego, przekraczające-

go zwyczajowy horyzont uwzględniany we wszelkiego rodzaju kalkulacjach: kilka, kilkanaście lat w przypadku jednostki, kadencja w przypadku władz publicznych. Konieczne jest utrwalanie myślenia o starości jako o okresie aktywności i produktywności społecznej. Termin ten odnosi się do każdej podejmowanej w życiu aktywności (kariery), która przyczynia się do wytworzenia jakiejś „wiązki użyteczności” nie tylko dla osoby podejmującej daną aktywność, ale też dla innych. Na przykład praca zawodowa przynosi wynagrodzenie i satysfakcję osobie ją wykonującej, wzrost możliwości konsumpcyjnych i niższe prawdopodobieństwo konfliktów w rodzinie pracownika, zwiększenie oferty dóbr i usług, zaś podatki zwiększają dochody publiczne, wpływają na zmniejszenie sfery ubóstwa i przynoszą korzyści społeczeństwu. Produktywność społeczna związana jest nie tylko z rolą (karierą) zawodową czy wolontariatem, ale również z rolami (karierami) rodzinnymi: małżeńską, rodzicielską, babci/dziadka czy karierą sąsiada, przyjaciela, konsumenta. Źródłem korzyści dla jednostki i społeczeństwa mogą być poza rolą zawodową, również i inne role dostępne osobom starszym.

2. Wzmacnianie społecznej produktywności w okresie starości. Należy zdawać sobie sprawę z tego, iż nie uda się osiągnąć założonego celu bez świadomego oddziaływania na przebieg interesujących nas ról zawodowych, życiowych na wcześniejszych etapach życia. Dlatego też należy odejść od eksponowania polityki wobec ludzi starych na rzecz polityki wobec starości jako fazy życia, polityki definiowanej z punktu widzenia oddziaływania na cały cykl życia po zakończeniu kariery zawodowej. Większość starań ukierunkowanych na charakteryzującą się aktywnym uczestnictwem starość powinna zacząć się w okresie znacząco poprzedzającym wystąpienie starości, tj. w fazie życia wcześniejszej o 2–3 dekady niż początek starości. **Bierne „przedpole starości” będzie prowadzić do biernej starości.** Oceniając potrzeby osób starszych, trzeba brać pod uwagę ich części wspólne z potrzebami innych grup – młodych rodziców, dzieci, osób niepełnosprawnych – poprzez odwołanie się do koncepcji ładu społecznego dla wszystkich grup wieku. Nadmierna ekspozycja potrzeb ludności jednej grupy wieku może prowadzić w dłuższym czasie do przeciwstawiania interesów różnych grup, w konsekwencji do konfliktu międzypokoleniowego. Porozumienie między kolejnymi pokoleniami jest niezbędne w rodzinie oraz w społeczeństwie, aby mogło ono pomyślnie się rozwijać¹³³.

2.8. Bezpieczeństwo, dyskryminacja i przemoc wobec osób starszych

Normy prawne jako potencjalny obszar dyskryminacji i wykluczenia ludzi starych

Konstytucja RP z 1997 r. zawiera gwarancje wolności, równych praw osobistych, politycznych, ekonomicznych, socjalnych i kulturalnych dla wszystkich obywateli, bez względu na ich wiek, płeć, stan cywilny lub inne cechy jednostek. W żadnym z dokumentów nie ma przejawów nierównego traktowania czy dyskryminacji osób w starszym wieku, niepełnosprawnych i niesamodzielnych. Konstytucja RP oraz liczne dokumenty krajowe i międzynarodowe (m.in. Konwencja Rzymska o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, Europejska Karta Społeczna czy Europejski Kodeks Zabezpieczenia Społecznego) gwarantują prawa do: bezpieczeństwa osobistego, poszanowania życia prywatnego, rodzinnego, ochrony zdrowia, zabezpieczenia społecznego. W licznych ustawach regulujących poszczególne sfery życia społecznego nie wymienia się ludzi starszych, co ma podkreślić ich równe traktowanie w prawie. Inaczej w Europejskiej Karcie Społecznej (dokument UE), gdzie wyraźnie formułowane są prawa człowieka starego.

¹³³ Ianus – projekt uczenia się w ciągu całego życia, Austria, Graz 2009.

Kodeks rodzinny i opiekuńczy mało miejsca poświęca opiece i kurateli dotyczącej osób chorych, niepełnosprawnych, bezradnych, starych, w tym także rodzicom lub krewnym. Obowiązek alimentacyjny dzieci względem rodziców powstaje w sytuacji braku możliwości samodzielnego zaspokojenia podstawowych potrzeb mieszkaniowych, zdrowotnych, wyżywienia, ubrania, w niektórych przypadkach także potrzeb edukacyjnych, rehabilitacyjnych, kulturalnych, wypoczynku. Obowiązek alimentacji względem rodziców może być wykonywany w formie świadczeń pieniężnych lub przez dostarczenie żywności, opału, jedzenia, lekarstw. Egzekucję tego obowiązku ma poprzedzać odpowiedni pozew i prawomocny wyrok sądowy.

W sytuacji ludzi w wieku zaawansowanym trudno oczekiwać aktywności w egzekwowaniu – przy pomocy sądu – obowiązku alimentacji od najbliższych. Obowiązek ten musią przyjąć na siebie instytucje publiczne.

Kodeks cywilny odnosi się też do darczyńców. „Darczyńca może odwołać darowiznę nawet już wykonaną, jeżeli obdarowany dopuścił się względem niego rażącej niewdzięczności. (...) Darowizna nie może być odwołana po upływie roku od dnia, w którym uprawniony dowiedział się o niewdzięczności obdarowanego” (art. 898, § 1). Możliwość cofnięcia darowizny nie powinna być obwarowana żadnymi terminami, stanowiąc tym samym dla człowieka starożytności gwarant godnego traktowania w rodzinie. W mieszkaniach zastępczych, w hostelach i domach pomocy społecznej przebywa wiele osób (brak statystyk na ten temat) w starszym wieku, które przekazały majątek dzieciom, wnukom. Wskutek zaniedbań lub przemocy stosowanej przez obdarowanych dawni właściciele stali się podopiecznymi pomocy społecznej, ośrodków interwencji kryzysowej czy instytucji opiekuńczych. W Kodeksie cywilnym w dziale „dożywocie” postanawia się, że „jeżeli w zamian za przeniesienie własności nieruchomości nabywca zobowiązuje się zapewnić zbywcy dożywotnie utrzymanie (umowa o dożywocie), powinien on w braku odmiennej umowy, przyjąć zbywcę jako domownika, dostarczać mu wyżywienia, ubrań, mieszkania, światła i opału, zapewnić mu odpowiednią pomoc i pielęgnowanie w chorobie oraz sprawić mu własnym kosztem pogrzeb odpowiadający zwyczajom miejscowym” (art. 908). „Prawo dożywocia jest niezbywalne”. „Sąd może zmienić prawa dożywocia na dożywotnią rentę odpowiadającą wartości tych uprawnień” (art. 912). Kodeks cywilny nie ustanawia kuratora do kontrolowania takich zobowiązań, a dożywotnia renta jest trudna do wyegzekwowania. Wobec doznawanej w rodzinie krzywdy ludziom starym trudno dochodzić swoich praw. Prawodawca nie wskazał żadnego podmiotu, który reprezentuje ich interesy, gdyż zakładał, że rodzina dostatecznie ochroni prawa człowieka starożytności, a w rodzinie nie grozi mu konflikt interesów¹³⁴.

Rynek pracy jako obszar potencjalnego wykluczenia społecznego osób starszych

Formą przemocy mogą być ustanawiane w prawie (np. w prawie pracy czy prawie zabezpieczenia społecznego, np. emerytalnym) granice wieku. W prawidłowej polityce rynku pracy o zaprzestaniu aktywności zawodowej powinien decydować zainteresowany, a wiek emerytalny wymaga elastycznego traktowania, gdyż możliwości kontynuowania pracy zależą do wielu czynników i warunków osobowych (stanu zdrowia, sprawności fizycznej i intelektualnej, sytuacji rodzinnej itp.). Sytuacja demograficzna Polski skłania do aktywizowania zawodowego osób w wieku 50+; nie może to jednak odbywać się w warunkach stosowania prawnego przymusu, lecz indywidualnego wyboru jednostki o rodzaju aktywności w starszym wieku.

¹³⁴ Por. E. Trafiałek, *Warunki integracji i ryzyka dyskryminacji ludzi starszych w rodzinie i środowisku lokalnym*, w: *O sytuacji ludzi w starszym...* (2012).

Sfera zatrudnienia może stanowić istotny obszar wykluczenia z życia społecznego i ekonomicznego ludzi starszych i niepełnosprawnych. Zatrudnienie w gospodarce rynkowej jest tą dziedziną, w której najistotniejszym sprawdzianem ekonomicznej wartości pracownika jest jego wysoka sprawność (i wydajność) w wykonywaniu zadań zawodowych, do których został zatrudniony. Powierzenie niektórych zadań zawodowych osobom w starszym wieku lub niepełnosprawnym ograniczają normy prawne, dopuszczając do pracy ze względu bezpieczeństwa osoby o określonych cechach. Ten zakres ograniczeń wyłączony jest z dalszych rozważań jako istotny czynnik ochrony. W systemie pogłębiającego się podziału pracy istnieje jednak wiele takich zadań, które można powierzyć pracownikom o mniejszej z powodu wieku czy stanu zdrowia sprawności. W Polsce pracodawcy nie są zainteresowani zatrudnieniem pracowników niepełnosprawnych oraz w zaawansowanym wieku, o czym świadczą niskie współczynniki zatrudnienia tych kategorii pracowników. W III kwartale 2010 r. współczynnik zatrudnienia osób w wieku 55–59/64 wynosił około 40%, jeszcze niższy jest współczynnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych, który w 2010 r. wynosił 21,9%.

Niskie współczynniki zatrudnienia osób starszych mają przyczyny w występującej dotychczas w Polsce obfitości zasobów pracy; pracodawcy nie muszą sięgać po pracowników o mniejszych niekiedy możliwościach lub tworzyć warunków zatrudnienia osobom o specjalnych wymaganiach. Podejmowane działania na rzecz zainteresowania pracodawców zatrudnianiem osób starszych i niepełnosprawnych nie przynoszą znaczących efektów.

Działania te skutecznie niweluje łatwość pozyskiwania pracowników bez jakichkolwiek ograniczeń. W przypadku osób starszych wiekiem istotnym czynnikiem zniechęcającym są wysokie, znacznie wyższe niż młodych pracowników, wymagania wobec pracodawcy: żądanie wyższego wynagrodzenia, zatrudnienia na podstawie umowy o pracę, wypłaty należnego dodatku za staż pracy i inne. Młodzi pracownicy wchodzący na rynek pracy gotowi są przyjmować zatrudnienie tymczasowe, bez gwarancji dalszego zatrudnienia, bez dostępu do szkolenia i rozwoju kwalifikacji zawodowych. Pracodawcom łatwiej i taniej pozyskiwać młodych pracowników za pośrednictwem agencji pracy, gdyż nie oni ponoszą konsekwencje nietrafnego doboru pracownika. W II kwartale 2011 r. 51% z 91,2 tys. pracowników zatrudnianych za pośrednictwem agencji stanowiły osoby do 26. roku życia, osoby w wieku 50+ tylko 6%. Obecnie odnotowuje się wzrost zainteresowania pracodawców zatrudnieniem osób niepełnosprawnych ze znacznym i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności z uwagi na możliwość uzyskania większego wsparcia finansowego ze środków publicznych (PFRON). Dofinansowanie do wynagrodzeń oraz inne korzyści (np. zwrot kosztów dostosowania stanowiska pracy) pracodawcy mogą otrzymać jedynie w przypadku zatrudnienia osoby niepełnosprawnej na podstawie umowy o pracę, wyższe – w przypadku zatrudnienia osób ze znacznym i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności i tzw. schorzeniami szczególnymi, mającymi mniejsze szanse na znalezienie zatrudnienia.

Zmiany w sytuacji osób starszych, niepełnosprawnych (i młodych) na rynku pracy wynikają z mentalności – siły oddziaływania stereotypów i uprzedzeń w odniesieniu do osób niepełnosprawnych i do ich zatrudnienia. Wyrównanie szans osób z poszczególnych grup wieku na rynku pracy wymaga także zmian systemowych w zakresie istotnego ograniczenia stosowania tzw. elastycznych form zatrudnienia, eliminacji sytuacji pozwalających na zatrudnienie „na czarno”, likwidację preferencji (a tym samym dyskryminacji) w zatrudnieniu osób z poszczególnych grup wieku. Staje się to tym bardziej konieczne, że w Polsce mija bezpowrotnie (w przewidywanej prognozie demograficznej przyszłości) czas obfitości zasobów pracy na rynku.

Ubytek ludności w wieku produkcyjnym będzie ogromny i wyniesie w okresie 2010-2035 około 3,8 mln osób, w tym w latach 2011–2015 około 835 tys., w latach 2016-2020 około 1,2 mln osób, w latach 2021–2025 około 878 tys. Lata 2011-2025 charakteryzują się największym ubytkiem zasobów pracy (łącznie ponad 2,9 mln osób). Zmieni się struktura

ludności w wieku produkcyjnym. Ubytek dotyczyć będzie zasobów pracy w wieku tzw. mobilnym (18–44 lata); w całym prognozowanym okresie (2010–2035) wyniesie on 4433 tys., największy będzie w dekadzie 2021–2030. W grupie wieku niemobilnego liczba ludności w wieku produkcyjnym zmniejszy się tylko w latach 2011–2020 (łącznie o 846 tys.), w kolejnych latach istotnie się zwiększy (1475 tys.). Ograniczające się zasoby pracy i zmiany w strukturze wieku ludności powinny skłaniać do podjęcia polityki zatrudnienia zmierzającej do oszczędnego i racjonalnego gospodarowania zasobami pracy, do odstąpienia od utworzonych w prawie i podziale dochodu społecznego preferencji dla pracodawców. Ocena kosztów tych preferencji, jeśli uwzględnimy w niej wszystkie składniki, a nie tylko doraźne korzyści wybranych pracodawców, może okazać się bardzo wysoka.

Celem polityki ludnościowej w zakresie zatrudnienia jest racjonalne gospodarowanie dostępnymi zasobami pracy; tworzenie warunków do pełnego zatrudnienia, w tym także osobom o mniejszych możliwościach (niepełnosprawnym i w starszych grupach wieku). Decydować o tym powinny zarówno względy ekonomiczne (osoby pracujące płacą podatki i składki na ubezpieczenie, mają własne wyższe od świadczenia społecznego dochody z pracy). Ważne są też względy społeczne; zapewnienie wszystkim zdolnym do pracy, także osobom starszym – pomimo ich niekiedy mniejszych możliwości – uczestniczenia w tworzeniu dóbr i usług, wykorzystania zdolności do pracy, doświadczenia i umiejętności zawodowych, przeciwdziałanie ich społecznej izolacji i wykluczeniu. Praca zawodowa może pozytywnie wpływać na osoby niepełnosprawne i w starszym wieku – na jakość ich życia, na utrzymywanie i poszerzanie kontaktów społecznych, na lepszą organizację własnego czasu, na potwierdzenie własnej wartości dzięki wykorzystaniu nierzadko wysokich kwalifikacji zawodowych w kontaktach z innymi pracownikami.

Pracodawcy w Polsce nie są przygotowani do szerszego niż obecnie zatrudniania osób starszych (w wieku przed uzyskaniem prawa do emerytury i po nim). Nie ma istotnych działań w polityce kadrowej przedsiębiorstw sprzyjających zatrudnieniu pracowników w starszym wieku lub niepełnosprawnych. W zarządzaniu personelem nie stosuje się zasad zarządzania wiekiem, to jest takiego podejścia, które uwzględnia wiek pracowników, cykle ich życia oraz procesy starzenia się. Zarządzanie wiekiem to działania nakierowane na pracowników starszych wiekiem, ułatwiające im pracę i dostosowujące zadania zawodowe do ich możliwości. Są to działania o charakterze ergonomicznym, dostosowujące organizację czasu pracy, zakres obowiązków oraz szkolenia do potrzeb i możliwości pracowników. Zarządzanie wiekiem w polityce personalnej firmy pozwala na indywidualne podejście do kariery pracownika, na najpełniejsze wykorzystanie możliwości w kolejnych cyklach życia, zapobiega wypaleniu zawodowemu, podtrzymuje ambicje i chęć do pracy. Pozwala tworzyć wielopokoleniowe, uzupełniające się zespoły, sprzyja budowaniu motywacji do pracy i lojalności pracowników.

W polskich warunkach, projektując narzędzia polityki ludnościowej, należy pamiętać o ogromnym zróżnicowaniu populacji przechodzącej w najbliższych dekadach w stan spoczynku. W najbliższych 10–15 latach rynek pracy będzie opuszczać liczna generacja osób (I powojenny wyż demograficzny) urodzonych w latach 40. i 50. XX wieku (w znacznej części była wielkoprzemysłowa klasa robotnicza). Pokolenie to charakteryzuje się niższym od pokolenia ich dzieci (a przede wszystkim wnuków) poziomem formalnego wykształcenia. W znacznej części są to osoby z wykształceniem podstawowym i zasadniczym. Niskie wykształcenie dla wielu z nich było i jest istotną przeszkodą w zdobywaniu nowych kwalifikacji, w poznawaniu nowych technik i technologii, nowych systemów komunikacji. W tej populacji jest też liczna grupa, która pracowała w warunkach trudnych, szkodliwych i uciążliwych dla zdrowia. Wiele osób z tej generacji doświadczyło bezrobocia wskutek masowej likwidacji miejsc pracy w przemyśle w początkach transformacji systemowej, wiele po utracie pracy nie miało możliwości powrotu na rynek pracy. Nierzadko pozostawali przez pewien czas bezrobotnymi lub z konieczności życiowej podejmowali się dorywczych prac zarobkowych. Jedno-

częście ta grupa została włączona do nowego systemu emerytalnego, który jest wyjątkowo niekorzystny dla osób o niskich dochodach z pracy i krótkim (udokumentowanym) stażem pracy.

Polskie badania dotyczące pracy zawodowej osób w zaawansowanym wieku nie wyróżniają istotnych cech pracowników, które mają istotny wpływ na postawy wobec przedłużonego (ponad obowiązujący w 2011 r. wiek emerytalny) pozostawania w zatrudnieniu. Odejście na emeryturę z pracy monotonnej, wyczerpującej fizycznie, bez elementów twórczych, wykonywanej nierzadko w złych warunkach, stanowiącej wieloletni życiowy przymus, jest lub może być zdarzeniem oczekiwanym, a przejście na emeryturę – nadzieją na znacznie lepszą jakość życia. Praca twórcza przynosząca satysfakcję, prestiż i uznanie środowiska, zapewniająca wiele interesujących kontaktów jest natomiast dobrem pożądanym, godnym najdłuższego kontynuowania. Utrata takiej pracy może istotnie wpłynąć na pogorszenie jakości życia.

Nieuprawnione są zatem wnioski wskazujące na roszczeniowość osób w wieku przedemerytalnym, na „mitologizację”, „gloryfikowanie” emerytury, traktowanie jej jako okresu odpoczynku, co ma zaświadczać o „prosocjalistycznych” postawach ludzi w starszym wieku. Środowisko osób w wieku przedemerytalnym jest zróżnicowane ze względu na poziom wykształcenia, zawody, stan zamożności, możliwości zawodowe, aspiracje i stan zdrowia.

Tworzenie warunków prawnych i organizacyjnych zatrudnienia wszystkich osób zdolnych do pracy w latach 2012–2035 stanie się konieczne z uwagi na postępujące zmiany demograficzne. Osiągnięcie pożądanego stanu: wysokich współczynników zatrudnienia osób w starszym wieku oraz niepełnosprawnych wymaga **likwidacji nieuzasadnionych praktyk dyskryminacyjnych w zatrudnianiu niektórych grup pracowników**, w tym osób niepełnosprawnych, osób w wieku 50+ i młodzieży wchodzącej na rynek pracy oraz tworzenia szerokiego dostępu osób w wieku niemobilnym do edukacji, w tym do edukacji zawodowej. Pozwoli to na stałe utrzymywanie wysokiego poziomu nowoczesnych kwalifikacji tej grupy pracowników. Warunkiem osiągnięcia pożądanego stanu w zakresie zatrudnienia jest racjonalne gospodarowanie zasobami pracy przez pracodawców, w tym prawidłowe gospodarowanie kwalifikacjami pracowników. Konieczne jest także szerokie włączenie pracodawców do realizacji programów kształcenia zawodowego, w tym włączenie pracodawców do współfinansowania kosztów kształcenia, szkolenia i doskonalenia zawodowego, co pozwoli przybliżyć programy kształcenia i przygotowania zawodowego do potrzeb rynku pracy.

Przedłużanie zawodowej aktywności populacji jest konieczne z powodu zmian w sytuacji demograficznej: starzenia się zasobów pracy i niskiego ich przyrostu w młodszych grupach wieku. Problem ten wymaga rozwiązania z obiektywnych względów. Nie jest on jednak tak prosty i oczywisty, jak wynikałoby z toczonej w Polsce od ponad 10 lat debaty. Zwolennicy dłuższej aktywności zawodowej – główni uczestnicy debaty – nie dostrzegają trudności wynikających z kilku istotnych uwarunkowań. W latach 2031–2035 wiek emerytalny będą osiągać osoby urodzone na początku lat 70. XX wieku (według obowiązujących do 2013 r. reguł wiek kończenia pracy to 59/64 lat). Większość z nich rozpoczęła dorosłe życie „na bezrobociu (na tzw. „kuroniówce”), podejmowała pracę na początku lat 90., często pracę dorywczą, „śmieciową”, bez możliwości osiągnięcia wysokich kwalifikacji. Zdecydowana większość populacji urodzonych w latach 70. zdobywała wykształcenie i kwalifikacje w trakcie szkolnej edukacji, która nie była dostosowana do warunków pracy w gospodarce rynkowej. Przedłużenie zatrudnienia osobom z II wyżu demograficznego (urodzeni w latach 70. i 80. XX wieku) naruszy tej grupie prawa nabyte oraz prawa w trakcie nabywania (co należy do elementarnych wartości i zasad systemu zabezpieczenia społecznego). Ustawowe przedłużenie obowiązkowego czasu zatrudnienia do uzyskania uprawnień emerytalnych naruszy prawa nabyte i prawa w trakcie nabywania, co jest niezgodne z prawem UE i podpisanymi przez Polskę konwencjami MOP. Możliwe natomiast jest wprowadzenie elastycznego wieku eme-

rytalnego, pozwalającego ubezpieczonemu samodzielnie decydować o wcześniejszym lub późniejszym okresie kończenia aktywności zawodowej.

Postawy wobec ludzi w zaawansowanym wieku

Ryzyko marginalizacji osób starszych występuje znacznie częściej niż pozostałych grup społecznych. Z powodu wielu ograniczeń plasowani są oni – zarówno w odczuciach własnych, jak i w odbiorze społecznym – w kategoriach niskiego statusu społecznego. Na ryzyko ich wykluczenia wpływają czynniki natury ekonomicznej, społecznej i kulturowej. Najistotniejsze z nich mieszczą się w strukturach podstawowych aktywności ludzkich tworzących przestrzeń życiową: rynek pracy, ochrona zdrowia, zabezpieczenie społeczne, dostępność dóbr i usług, stan posiadania, postawa najbliższego otoczenia (rodziny, środowiska lokalnego). Współczesny stereotyp utożsamia ludzi starych z ubóstwem, niepełnosprawnością, bezradnością, dyskryminacją indywidualną i instytucjonalną. To z kolei rodzi postawy i reakcje społeczne: od negacji, przez obojętność, do litości. Wszystkie one są odbierane przez ludzi w starszym wieku jako przejaw odrzucenia, braku akceptacji, redukowania prawa do funkcjonowania w roli pełnoprawnych członków społeczeństwa, środowiska lokalnego, wspólnoty rodzinnej. Utrwalanie tych stereotypów i utrzymywanie dyskryminacyjnych relacji będzie skutkowało pogłębianiem konfliktów międzypokoleniowych, marnotrawieniem kapitału tkwiącego w pokoleniowym przekazie. Postawy życzliwości wobec seniorów są odwrotnie proporcjonalne do poziomu wykształcenia i zamożności środowiska: im niższe wykształcenie i gorsze materialne warunki bytu respondentów, tym większa skłonność do krytycznej oceny stosunku otoczenia do najstarszych.

Stosunek otoczenia utrwała niekorzystne postawy i zachowania osób w wieku podeszłym do społecznego uczestnictwa. Co czwarty Polak prezentuje wobec ludzi starych postawy dystansu, obojętności lub niechęci. I choć w ciągu ostatnich sześciu lat wzrósł poziom życzliwości rodziny (z 69% do 79%), sąsiadów (z 64% do 68%) i wspólnot parafialnych (z 58% do 64%) wobec tej grupy, to ludzie starzy nadal są w swoim środowisku traktowani bardzo różnie, co oznacza powszechny brak akceptacji i życzliwości (CBOS, 2010). Procesom integracji nie sprzyja powszechna skłonność najstarszych mieszkańców środowiska do wycofywania się z życia społeczności. W świetle badań CBOS z 2010 r., zdecydowana ich większość nie tylko nie udziela się społecznie, ale i nie pomaga osobom spoza swojego gospodarstwa domowego, izoluje się, ograniczając aktywność do kontaktów z rodziną. Nadal jednak poziom zadowolenia z życia osoby starsze uzależniają w pierwszej kolejności od relacji z rodziną oraz od najbliższego otoczenia, które wymieniają na drugim miejscu. Cykliczne badania CBOS wykazują, że stan zdrowia, sprawności, samodzielności i optymizmu ludzi starszych jest bardzo niski. Czują się oni bezradni wobec różnych przejawów dyskryminacji, tym bardziej że pozostałe grupy badanych wyodrębnione według wieku są skłonne do dalszego ograniczania ich praw (np. do pracy), wskazywania na trudności związane z opieką nad osobami starszymi, chorymi niż do zwracania uwagi na potrzeby wprowadzenia zmian w celu optymalnego przebiegu tej fazy życia, ponieważ sami o starości rzadko myślą lub nie myślą wcale.

W dokumentach pomocy społecznej nie ma wyodrębnionych kategorii: przemoc wobec ludzi starych, wiek podopiecznych ośrodków interwencji kryzysowej, formy wsparcia świadczonego na rzecz najstarszych mieszkańców środowiska itp. Przemoc w rodzinach wobec ludzi starych nigdzie nie jest rejestrowana; nie broni ich w Polsce żadne prawo, gdyż nie ma klasyfikacji prawnej tego zjawiska – choć samo zjawisko istnieje. Z analizy treści telefonów do „Niebieskiej Linii” (lata 2003–2006) wynika, że tylko 1,2% starszych rodziców dręczonych przez dzieci szuka pomocy u rodziny lub znajomych, a 14% – u pracowników so-

cyjnych. Przypadki przemocy z reguły zgłaszają świadkowie, bo ofiary obawiają się konsekwencji ze strony oprawców oraz biurokracji w instytucjach. W rodzinach dysfunkcyjnych ludzie starzy nierzadko są ofiarami przemocy fizycznej i psychicznej. Nie ma na ten temat odpowiednich danych ani statystyk, ale fakty przemocy wobec ludzi starych i niepełnosprawnych dobrze znane są ośrodkom interwencji kryzysowej, pomocy społecznej, sądom czy policji.

Bezpieczeństwo socjalne ludzi starych w dużej mierze zależy od dochodów, które pozwalają zaspokoić ich podstawowe potrzeby bytowe (wyżywienie, ubranie, mieszkanie) oraz zapewnią dostęp do leków, koniecznych usług rehabilitacji, ochrony zdrowia. Koszty niezbędnych dóbr i usług rosną znacznie szybciej niż ustawowe kryteria upoważniające do pomocy społecznej czy urzędowe współczynniki waloryzacji świadczeń emerytalno-rentowych. Ubóstwo jest ważnym, chociaż nie jedynym źródłem marginalizacji ludzi starych w Polsce. Ubóstwo części ludzi starych nierzadko jest skutkiem finansowego wykorzystywania ich przez członków rodziny. Na wsi świadczenia emerytalne nierzadko stanowią jedyne stałe źródło utrzymania całych rodzin. Ludzie starzy niezależnie od stanu zdrowia i sprawności zmuszeni są do pracy w gospodarstwie. W mieście samotni i niepełnosprawni, o niskich dochodach zmuszani są do bardzo oszczędnego życia, nierzadko do rezygnacji z zakupu leków, ubrań, żywności. Bieda, choć doświadcza jej wielu utrzymujących się ze świadczeń społecznych, nie jest w Polsce jedynym źródłem braku poczucia bezpieczeństwa socjalnego najstarszych, pokolenia, które dobrze zna życie w warunkach wielu ograniczeń. U podstaw marginalizacji ludzi starych leży też ich bezradność, ograniczona sprawność, obojętność najbliższego otoczenia, anomia środowisk lokalnych, konformistyczne „wpisywanie się” w powszechny stereotyp starości bądź deprywacja potrzeb. Poza ograniczeniami ekonomicznymi marginalizacja nierzadko generowana jest niskim poziomem wykształcenia, brakiem aspiracji, lękiem przed światem, kompleksami, poczuciem winy za problemy najbliższych.

Diagnozowanie warunków życia ludzi starych, podobnie jak i wskazywanie potencjalnych źródeł ich wykluczenia społecznego jest w Polsce zadaniem wyjątkowo trudnym z uwagi na brak podstawowych danych źródłowych na ten temat. Niewiele jest badań jakościowych dotyczących tej populacji; brakuje stałego monitorowania potrzeb oraz poziomu ich zaspokojenia. Pomimo dużej liczebności tej grupy, nadal jest ona traktowana marginalnie zarówno w obowiązujących ustawach, jak i w strategiach polityki społecznej na lata 2007–2013.

3. Rekomendacje

W świetle analizy działań oraz wyników badań problem wykluczenia osób starszych dla różnych podmiotów życia społecznego przedstawia się jako dziedzina „nowa” i znana jedynie ogólnie, w bardzo ograniczonym zakresie. Wykluczenie społeczne ludzi starych ma wymiar społeczny, kulturowy, ekonomiczny i polityczny. Potwierdzają to zarówno badania opinii publicznej, jak i badania jakościowe o charakterze socjologicznym i socjograficznym. Wykluczenie społeczne obejmuje wszystkie istotne dziedziny życia społecznego: prawo, ochronę zdrowia, zabezpieczenie społeczne, zatrudnienie, kulturę, warunki mieszkaniowe, dochody.

Instytucje odpowiedzialne za kształtowanie polityki społecznej, w tym polityki ludnościowej wobec najstarszego pokolenia, nie mają wiedzy o sytuacji demograficznej i potrzebach osób starszych, nie monitorują zjawisk i procesów związanych z potrzebami starzejącego się społeczeństwa, osób niepełnosprawnych i niesamodzielnych. Nie ma w Polsce szerszych programów działania. Problem wykluczenia społecznego osób starszych nie jest zagadnieniem istotnym dla różnych podmiotów życia społecznego. Nie jest przedmiotem dyskursu społecznego. Nie prowadzi się szerszych badań w tym zakresie. Działalność instytucji na rzecz osób starszych, jeśli istnieje, ma charakter działań wrywkowych, okazjonalnych. Nie

ma pomiaru potrzeb, nie ma standardów ich zaspokojenia ani wskaźników – mierzalnych lub opisowych – wskazujących na stopień wykluczenia czy poziom niezaspokojenia ważnych potrzeb.

Nie ma w Polsce systemu monitorowania realizacji polityki ludnościowej w odniesieniu do osób starych, niepełnosprawnych, niesamodzielnych. System taki trzeba dopiero stworzyć. Nie prowadzi się ewaluacji działań podejmowanych przez poszczególne podmioty na rzecz osób starszych, niepełnosprawnych i niesamodzielnych (podmioty, które prowadzą działania, także nie ewalują swoich działań).

Przedstawione poniżej priorytety, działania kierunkowe i szczegółowe mają na celu realizację II celu polityki ludnościowej: *tworzenie warunków sprzyjających integracji w starzejącym się społeczeństwie – zmniejszenie skali zagrożenia wykluczeniem społecznym ludzi starych, niesamodzielnych i niepełnosprawnych.*

PRIORYTET II.1. Przeciwdziałanie ubóstwu, gwarancja dochodu(ów) rozporządzalnego na poziomie zapewniającym samodzielność finansową gospodarstwom domowym, warunki mieszkaniowe dostosowane do potrzeb, pomoc w utrzymaniu mieszkania ze środków publicznych, dostępność mieszkań chronionych

II.1.1 Zapewnienie trwałej samodzielności ekonomicznej gospodarstwom domowym osób starych i niepełnosprawnych, wolność od ubóstwa; zagwarantowanie minimalnego dochodu rozporządzalnego na poziomie 60% przeciętnego dochodu w Polsce

Kierunki działań

- Weryfikacja zasad określania wysokości świadczeń z systemu zabezpieczenia społecznego (renty socjalne, renty inwalidzkie, renty wypadkowe, emerytury), tak aby świadczenie z systemu zabezpieczenia społecznego oraz inne dochody stałe zapewniały samodzielność ekonomiczną gospodarstwom domowym ludzi starych (zagwarantowanie dochodu minimalnego zgodnego ze standardami UE równego 60% przeciętnego dochodu rozporządzalnego w Polsce): w szczególności wymaga oceny zasada określania wysokości emerytur tzw. kapitałowych (na podstawie ustawy z dnia 21 listopada 2008 r.) oraz ocena zasad uzyskiwania emerytur tzw. pomostowych dla osób zatrudnionych w warunkach szkodliwych dla zdrowia pracownika. Ocena i weryfikacja „progów dochodowych” upoważniających do pomocy ze środków publicznych – ocena funkcjonalności świadczeń z systemu ubezpieczenia społecznego, w tym szczególnie ocena świadczeń najniższych (renta, emerytura) i dostosowanie ich wysokości do minimalnych kosztów utrzymania.
- Weryfikacja i ocena zasad łączenia dochodu ze świadczeń ubezpieczenia społecznego i świadczeń pomocy społecznej.
- Wprowadzenie nowego zakresu powszechnego ubezpieczenia społecznego: ubezpieczenie od niesamodzielności (niezdolności do samodzielnej egzystencji) dla osób wymagających trwałej i systematycznej pomocy innych).
- Rozszerzenie zakresu podmiotowego ustawy o rentach socjalnych; objęcie prawem do renty socjalnej osób starych pozbawionych własnych środków utrzymania (na zasadach świadczenia obywatelskiego).

II.1.2. Stworzenie warunków do zamiany i dostosowania mieszkania do potrzeb osoby starej i niepełnosprawnej, ułatwienie w zamianie mieszkania

- Tworzenie systemu sprzyjającego zamianie mieszkań.
- Tworzenie mieszkań chronionych dostosowanych do potrzeb osób starych i niepełnosprawnych.
- Pomoc mieszkaniowa (dopłaty) w zakresie koniecznym do utrzymania mieszkania na poziomie odpowiadającym niezbędnym standardom.

II.1.3. Zwiększenie możliwości dostępu do konsumpcji dóbr i usług, ochrony zdrowia, kultury, edukacji, rekreacji i wypoczynku

- Weryfikacja zasad kontroli i nadzoru nad warunkami i podmiotami realizującymi zadania opieki nad osobami starszymi i niepełnosprawnymi w placówkach i wszystkich rodzajach form opieki.

PRIORYTET II.2. Dostęp osób starszych i niepełnosprawnych do usług ochrony zdrowia

Realizacja tego priorytetu pozwoli na przedłużenie czasu życia w zdrowiu oraz w kondycji pozwalającej na samodzielność życiową (samodzielność w zakresie wykonywania zwykłych czynności życiowych) oraz na zapobieganie niepełnosprawności i niesamodzielności życiowej.

Kierunki działań

- Systematyczna ocena potrzeb w zakresie usług ochrony zdrowia dla osób starszych niepełnosprawnych i niesamodzielnych oraz ocena dostępności i poziomu ich zaspokojenia w środowiskach lokalnych.
- Ocena dostępności do profilaktyki, diagnostyki i leczenia oraz rehabilitacji finansowanych ze środków publicznych (m.in. NFZ).
- Rejestracja oraz kontrola przebiegu procesu profilaktyki, diagnostyki, leczenia i rehabilitacji osób starych, niepełnosprawnych, niesamodzielnych.
- Kontrola realizacji zadań związanych z podstawową opieką zdrowotną w celu przeciwdziałania zaawansowanym stanom chorobowym.
- Udostępnienie koniecznych usług ochrony zdrowia osobom starszym, niepełnosprawnym i niesamodzielnym w odpowiednich warunkach oraz w realnym czasie oczekiwania na usługę; zapobieganie niepełnosprawności i niesamodzielności życiowej wskutek zbyt długiego oczekiwania na usługę.
- Powszechna dostępność usług ochrony zdrowia niezbędnych dla osób w zaawansowanym wieku (rehabilitacja, profilaktyka, opieka i leczenie geriatryczne).
- Powszechny dostęp do rehabilitacji w miejscu zamieszkania.
- Kontrola jakości usług ochrony zdrowia; koordynacja leczenia w systemie opłacanym przez NFZ i systemie opłacanym przez pacjentów (w sektorze publicznym i prywatnym).
- Systematyczne monitorowanie oraz ocena dostępności i jakości usług ochrony zdrowia dla osób starych, niepełnosprawnych i niesamodzielnych.
- Stworzenie narzędzi monitorowania realizacji zadań ochrony zdrowia w stosunku do osób starych, niepełnosprawnych i niesamodzielnych.

- Stworzenie narzędzi oceny i kontroli dostępności oraz jakości usług ochrony zdrowia,
- Ocena stanu i dostępność urządzeń infrastruktury ochrony zdrowia w środowisku lokalnym (zamieszkania) potencjalnych pacjentów placówek leczniczych.
- Tworzenie w środowiskach lokalnych ośrodków dziennej rehabilitacji, terapii i opieki dla osób starszych, niepełnosprawnych i niesamodzielnych.
- Powszechny dostęp do różnych form aktywności fizycznej w miejscu zamieszkania, promocja zdrowego stylu życia m.in. w mediach publicznych.
- Promocja tzw. zdrowego stylu życia w ramach kształcenia ustawicznego, w programach mediów publicznych.

PRIORYTET II.3. Dostęp osób niesamodzielnych (niezdolnych do samodzielnej egzystencji) do usług opieki, w tym opieki długoterminowej

Celami do osiągnięcia są: **stworzenie powszechnego ubezpieczenia społecznego dla osób niesamodzielnych, stworzenie systemu pomocy rodzinie w zapewnieniu odpowiednich warunków opieki osobom niesamodzielnym oraz tworzenie placówek opieki dostosowanych do stopnia i rodzaju niesamodzielnosci.**

Kierunki działań

- Ocena obecnych i przyszłych potrzeb w zakresie opieki nad osobami niesamodzielnymi w środowiskach lokalnych.
- Opracowanie, przyjęcie i wdrożenie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym.
- Stworzenie systemu opieki nad osobami niesamodzielnymi w rodzinie, środowiskach lokalnych, w placówkach opieki dostosowanych do stopnia i rodzaju niesamodzielnosci (opracowanie i wdrożenie systemu).
- Przygotowanie fachowych kadr medycznych oraz opiekunów osób niesamodzielnymi.
- Stworzenie systemu monitorowania, kontroli i nadzoru nad opieką sprawowaną nad osobami niesamodzielnymi.

PRIORYTET II.4. Uczestnictwo ludzi starszych i niepełnosprawnych w różnych dziedzinach życia społecznego (w sferze publicznej)

Celami do osiągnięcia są: **systematyczne zwiększanie uczestnictwa ludzi starych i niepełnosprawnych w różnych formach życia społecznego, kulturalnego, ekonomicznego i politycznego, aktywne promowanie w mediach aktywności osób starszych i niepełnosprawnych oraz rozbudowa w środowiskach lokalnych i zawodowych instytucji różnych form aktywności i uczestnictwa dostosowanych do zróżnicowanych potrzeb potencjalnych użytkowników.**

Kierunki działań

- Promowanie i edukacja w zakresie aktywnego starzenia się.
- Rozwijanie różnych form edukacji, rozwój systemu kształcenia ustawicznego dla osób starszych i niepełnosprawnych.

- Promowanie uczestnictwa w życiu zawodowym, w tym tworzenie zachęt do przedłużania zatrudnienia oraz do działalności w charakterze wolontariusza.
- Promowanie rozwoju i kształtowania zainteresowań oraz zajęć o charakterze hobbystycznym.
- Promowanie uczestnictwa w organach przedstawicielskich samorządów, partii politycznych, związków i stowarzyszeń.
- Rozwijanie form aktywności ruchowej, działalności turystycznej, rekreacyjnej, kulturalnej.
- Upowszechnianie „dobrych praktyk” dotyczących uczestnictwa seniorów w życiu społecznym.
- Animowanie i rozwijanie różnych form aktywności i uczestnictwa społecznego.

PRIORYTET II.5. Eliminacja dyskryminacji, przemocy oraz zapewnienie bezpieczeństwa osobom starym, niepełnosprawnym i niesamodzielnym

Cele do osiągnięcia: **niezbędna jest eliminacja wszelkich form dyskryminacji, przemocy i zagrożenia bezpieczeństwa osób starych, niepełnosprawnych i niesamodzielnym oraz promowanie postaw szacunku dla słabszych, poszanowania praw i godności, rozwijanie form sprzyjających społecznej integracji.**

Kierunki działań

- Eliminowanie form wykluczenia i dyskryminacji, upowszechnianych w mediach; aktywne reagowanie na powszechne posługiwanie się negatywnymi stereotypami w mediach i życiu publicznym.
- Walka ze stereotypami osób starych jako „obciążeniem” społeczeństwa i rodziny.
- Eliminowanie z języka, szczególnie używanego w sferze publicznej, wyrażeń i form dyskryminujących osoby starsze, niepełnosprawne, niesamodzielne.
- Walka z upowszechnionym w naszym społeczeństwie poglądem, że osoby stare „zasługują” jedynie na najniższe świadczenia i niski standard zaspokojenia ich potrzeb.

Rozwiązania szczegółowe

- Kampanie medialne na rzecz przywrócenia ludziom starym należnej im godności i szacunku.
- Kampanie społeczne na rzecz przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu osób starszych i niepełnosprawnych.
- Monitorowanie mediów ze względu na naruszanie godności oraz upowszechnianie fałszywych stereotypów ludzi starych i niepełnosprawnych.
- Zapewnienie bezpieczeństwa osobom starym w przestrzeni publicznej i miejscu zamieszkania.
- Walka z dyskryminacją i wykluczeniem osób starszych w prawie.
- Eliminowanie zagrożeń związanych z wykluczeniem z rynku pracy starszych pracowników.

- Eliminowanie zagrożeń wynikających z nieuczciwego działania instytucji finansowych i ubezpieczeniowych wobec osób starszych i niepełnosprawnych (programy tzw. „odwróconej hipoteki”, niekorzystne umowy notarialne itp.).
- Eliminowanie zagrożeń osób starszych i niepełnosprawnych w sferze publicznej, w tym w miejscu zamieszkania.
- Tworzenie systemów ochrony bezpieczeństwa osób starych i niepełnosprawnych.

CEL III. POPRAWA STANU ZDROWIA LUDNOŚCI I OGRANICZANIE UMIERALNOŚCI

DIAGNOZA

Ogólna ocena sytuacji zdrowotnej ludności Polski

Zdrowie jest podstawową wartością w życiu ludzi, a prawo do zdrowia należy do katalogu podstawowych praw człowieka. Realizacja tego prawa w stopniu gwarantującym zaspokojenie potrzeb zdrowotnych obywateli ma istotne znaczenie z punktu widzenia polityki ludnościowej i musi być wspierana skuteczną polityką państwa.

Zmiany demograficzne, w tym starzenie się społeczeństw, wpływają na zwiększenie częstości i zmianę struktury chorób, znacząco podnoszą koszty leczenia i zagrażają równowadze systemów ochrony zdrowia. Zmiany warunków środowiskowych, w tym związanych z poszerzającą się sferą nierówności społecznych zwiększają ryzyko masowych katastrof, zagrożeń epidemicznych, patologii społecznych. Rozwój nowych strategii zdrowia publicznego oraz nowych technologii rewolucjonizuje sposób, w jaki promuje się zdrowie, zapobiega zagrożeniom zdrowotnym i leczy choroby oraz stwarza szanse poprawy stanu zdrowia ludności i ograniczenia umieralności.

W obliczu tych wyzwań Unia Europejska przyjęła na lata 2008–2013 trzy cele strategiczne:

- 1) wspieranie poprawy stanu zdrowia w starzejącej się Europie poprzez promocję zdrowia i zapobieganie chorobom;
- 2) ochrona obywateli przed zagrożeniami dla zdrowia;
- 3) wspieranie rozwoju dynamicznych systemów zdrowotnych i nowych technologii.

W 2014 r. Parlament Europejski i Rada (UE) ustanowiły Trzeci Program działań Unii w dziedzinie zdrowia na lata 2014–2020¹⁴⁰. Jest to nieodłączny element programu „Europa 2020: Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu”. Cele ogólne Programu to: *poprawa zdrowia obywateli Unii i zmniejszenie nierówności w zdrowiu poprzez promowanie zdrowia, zachęcanie do innowacji w dziedzinie zdrowia, zwiększanie stabilności systemów zdrowotnych oraz ochrona obywateli Unii przed poważnymi transgranicznymi zagrożeniami zdrowotnymi.*

Właściwie ukierunkowane inwestycje na rzecz promowania zdrowia i profilaktyki chorób mogą – w obliczu przemian demograficznych i procesu starzenia się społeczeństwa – doprowadzić do zwiększenia liczby „lat zdrowego życia” i do stworzenia warunków, aby osoby starsze mogły cieszyć się zdrowym i aktywnym życiem pomimo upływu lat. Uwzględnienie zasady „zdrowie we wszystkich politykach” stanowi nieodzowny warunek efektywności tych inwestycji.

¹⁴⁰ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 282/2014 z dnia 11 marca 2014 r. w sprawie ustanowienia Trzeciego Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia (2014–2020) oraz uchylające decyzję Nr 1350/2007/WE

Choroby przewlekłe są przyczyną ponad 80% przypadków przedwczesnych zgonów w UE i dlatego Program ma identyfikować, upowszechniać i promować wdrażanie opartych na dowodach i dobrych praktykach, efektywnych kosztowo, sposobów promowania zdrowia i profilaktyki chorób. Skuteczna profilaktyka jest warunkiem zwiększenia finansowej stabilności systemów opieki zdrowotnej. Środki powinny być przeznaczone w szczególności na ograniczanie najważniejszych czynników ryzyka, których zdrowotne następstwa kumulują się w wieku starszym, takich jak: palenie tytoniu, zażywanie narkotyków, nadużywanie alkoholu, nieprawidłowe nawyki żywieniowe, otyłość i brak aktywności fizycznej, jak również HIV/AIDS, gruźlica i wirusowe zapalenie wątroby. Program powinien przyczyniać się do profilaktyki chorób we wszystkich jej aspektach (pierwszego, drugiego i trzeciego stopnia) oraz w całym cyklu życia, do promowania zdrowia i rozwijania środowiska sprzyjającego zdrowemu stylowi życia, z uwzględnieniem podstawowych czynników o charakterze społecznym i środowiskowym, w tym problematyki płci, jak również wpływu pewnych rodzajów niepełnosprawności na zdrowie. Cele ogólne mają być realizowane za pośrednictwem celów operacyjnych i zadań szczegółowych, których skuteczność jest oceniana za pomocą wielu mierników.

Odnosząc się w tym kontekście do polityki ludnościowej Polski, należy mieć na uwadze zmieniającą się w czasie ostatniego ćwierćwiecza sytuację zdrowotną i konieczność podejmowania działań wykraczających poza sferę ściśle medyczną.

W pierwszej dekadzie transformacji ustrojowej nastąpiły w Polsce korzystne procesy w zakresie sytuacji zdrowotnej, w tym przede wszystkim systematyczny spadek umieralności niemowląt i znaczące obniżenie umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca, co przyczyniło się do stałego wzrostu przeciętnej długości życia. Te korzystne zmiany były efektem zarówno realizowanych programów polityki zdrowotnej państwa, jak i prozdrowotnych zmian w stylu życia ludności, zwłaszcza wzrostu spożycia tłuszczów roślinnych.

W kolejnej dekadzie, obejmującej początek XXI wieku, odnotowano w Polsce pewne niepokojące trendy zdrowotne, co wyrażało się m.in.:

- 1) utrzymaniem się dysproporcji przewidywanej długości życia w stosunku do przeciętnych wskaźników w krajach Unii Europejskiej; przeciętne dalsze trwanie życia noworodka płci męskiej w 2010 r. wynosiło 72,1 lat, natomiast przeciętne dalsze trwanie życia noworodka płci żeńskiej – 80,6 lat;
- 2) zmniejszeniem długości trwania życia w wyniku przedwczesnej umieralności; fakt ten powinien stanowić istotne wyzwanie dla polityki zdrowia publicznego w kontekście polityki ludnościowej, przedwczesna umieralność dotyka bowiem populacji o decydującym potencjale prokreacyjnym; w 2009 r. przedwczesna umieralność przed 65. rokiem życia powodowała w Polsce redukcję oczekiwanej długości życia aż o 6,42 lat (średnia dla krajów – członków UE od 2004 r. lub 2007 r. – 6,53 lat, średnia dla „starych” krajów UE – 4,04 lat);
- 3) silnym różnicowaniem długości życia przez czynniki społeczne, w tym wykształcenie i warunki bytu;
- 4) spowolnieniem spadku przedwczesnej umieralności z powodu chorób układu krążenia – schorzenia te były w analizowanej dekadzie znacznie częstszą przyczyną przedwczesnych zgonów mieszkańców Polski niż przeciętnie w UE;

- 5) wysoką śmiertelnością chorych z udarami mózgu przy stosunkowo niskiej na tle innych krajów śmiertelności szpitalnej w Polsce z powodu zawału serca;
- 6) gorszymi wynikami leczenia nowotworów w Polsce niż w krajach Europy Zachodniej, choć w pierwszej dekadzie XXI wieku uwidocznił się pewien postęp; wskaźniki przeżywalności znacznie poprawiły się u mężczyzn (32,9% – w latach 2000–2002; 37,3% – 2003–2005); u kobiet poprawa była nieco mniejsza (odpowiednio 51,2% i 53,5%);
- 7) wysokimi wskaźnikami przedwczesnych zgonów kobiet z powodu nowotworów, przy czym nie zmniejszającą się umieralnością kobiet z powodu raka sutka, a z powodu raka szyjki macicy zmniejszającą się bardzo powoli i wysoką na tle większości krajów UE;
- 8) powolnym trendem spadkowym natężenia zgonów z powodu ogółu przyczyn zewnętrznych tylko w przypadku kobiet, natomiast w przypadku mężczyzn nie zmieniającym się w ostatnich latach i znacznie wyższym od przeciętnego w UE (wśród zewnętrznych przyczyn zgonów dominujące znaczenie miały wypadki drogowe, w wyniku których ginęło jednak coraz mniej osób; mimo trendu spadkowego na uwagę zasługiwał wciąż wysoki udział pieszych – 32% w 2010 r. w liczbie osób zabitych w wypadkach drogowych, w tym osób starszych wiekiem; znaczenia nabierały zgony z powodu samobójstw, których częstość w pierwszej dekadzie XXI wieku wzrastała);
- 9) znacznym wzrostem liczby leczonych w psychiatrycznej opiece zdrowotnej, na co złożyły się pogorszenie kondycji psychicznej oraz wysoki poziom konsumpcji alkoholu i innych substancji psychoaktywnych;
- 10) dużą częstością hospitalizacji najmłodszych roczników, poniżej piątego roku życia, przy znacznie rzadszej hospitalizacji osób najstarszych, powyżej 75. roku życia, co sytuację w Polsce różniło od większości krajów UE;
- 11) wyższą niż przeciętna w krajach UE zapadalnością na wiele chorób zakaźnych, mimo stałej poprawy sytuacji epidemiologicznej; niewystarczającym rozwojem diagnostyki laboratoryjnej i jej zbyt małą dostępnością, co utrudniało rozpoznanie sytuacji epidemiologicznej niektórych chorób i opóźniało wypracowywanie skutecznych metod zapobiegania tym chorobom; niską wiarygodnością danych epidemiologicznych, w tym danych z rejestracji zachorowań;
- 12) utrudnieniami w nadzorze nad HIV/AIDS w Polsce z niedostatkami kluczowych informacji dotyczących aktualnych dróg szerzenia się wirusa w populacji; niebezpiecznym wzrostem liczby zakażeń WZW C; niepokojącym trendem wzrostowym zachorowań na kiłę wrodzoną; silnym trendem wzrostowym zachorowań na biegunki u dzieci do lat dwóch; zagrożeniami epidemicznymi na oddziałach położniczo-noworodkowych;
- 13) utrzymującym się problemem niepłodności będącej w dużym stopniu następstwem planowania potomstwa w późnych latach życia oraz chorób przenoszonych drogą płciową;
- 14) brakiem koordynacji oraz nadzoru nad realizacją zadań w zakresie opieki nad matką i dzieckiem przez organy założycielskie, brakiem dostępności dla edukacji rodziców, niską w wielu miejscach jakością opieki okołoporodowej;
- 15) zaniedbaniami zdrowia młodzieży, mimo iż ten okres życia decyduje o kapitale zdrowotnym, z jakim młodzi ludzie wchodzi w dorosłość;

- 16) nierównym dostępem dzieci i młodzieży szkolnej do profilaktycznej opieki zdrowotnej sprawowanej przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzy dentystów i pielęgniarki; istotną wadą tej organizacji było znaczne rozproszenie podmiotów świadczących usługi w zakresie profilaktyki, a także instytucji sprawujących nadzór nad tymi podmiotami;
- 17) nasilającą się od 2002 r. dysfunkcją systemu publicznej ochrony zdrowia, czego wyrazem były: niska pozycja zdrowia publicznego, w tym promocji zdrowia; zakłócenia w funkcjonowaniu opieki podstawowej, zwłaszcza opieki profilaktycznej nad kobietami, dziećmi i młodzieżą; niedostatki ambulatoryjnego leczenia specjalistycznego, zwłaszcza w opiece nad: dziećmi, młodzieżą, pacjentami z zaburzeniami zdrowia psychicznego, osobami w wieku podeszłym; problemy w funkcjonowaniu leczenia stacjonarnego, w tym oddziałów położniczo-noworodkowych, pediatrycznych, geriatrycznych i wysokospecjalistycznych; do tej dysfunkcji systemu przyczyniała się także migracja lekarzy i pielęgniarek, spowodowana brakiem satysfakcji finansowej pracowników ochrony zdrowia.

Opracowany w 2009 r. przez Zespół Doradców Strategicznych Prezesa Rady Ministrów raport na temat wyzwań rozwojowych Polski do roku 2030 potwierdził, że wysiłek reformatorski okresu transformacji, koncentrując się na udanej rekonstrukcji demokratycznych instytucji, budowie zrębów gospodarki rynkowej oraz tworzeniu podstaw samorządności i społeczeństwa obywatelskiego, jedynie w niewielkim stopniu niwelował deficyty związane z nierównomiernością szans i możliwości osób mniej wykształconych, o gorszej kondycji zdrowotnej, niskich dochodach czy w zaawansowanym wieku.

Rządowa Rada Ludnościowa w stanowisku na temat bezpieczeństwa zdrowotnego (2008 r.) zwracała uwagę na to, że wydatki na ochronę zdrowia w Polsce zarówno w przeliczeniu na jednego mieszkańca, jak i jako procent PKB należą do jednych z najniższych w krajach Unii Europejskiej. Na podstawie dogłębnej analizy obecnej sytuacji i wyważenia proporcji pomiędzy obciążeniem publicznym, obciążeniem państwa, a obciążeniem indywidualnym na zdrowie, RRL postulowała podjęcie systemowych zmian w ochronie zdrowia, mających na celu m.in. zwiększenie możliwości dostępu pacjentów do świadczeń zdrowotnych, zniesienie limitów w dostępności do świadczeń, podniesienie jakości świadczeń medycznych, dokonanie rzeczywistej wyceny świadczeń zdrowotnych, zwiększenie limitów przyjęć na studia medyczne (lekarze, pielęgniarki), a także połączenie tych działań z reorientacją opieki medycznej i dostrzeżeniem istotnej roli zdrowia publicznego w systemie ochrony zdrowia.

Jak wynika z porównania wyników Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia ((European Health Interview Survey – EHIS), przeprowadzonego przez Główny Urząd Statystyczny (GUS) w latach 2009 i 2014, a także z danych zamieszczonych w raportach i dokumentach Rządowej Rady Ludnościowej oraz w opracowaniach instytutów naukowo-badawczych, w pięcioleciu 2010–2014 zaobserwowano poprawę sytuacji w pewnych obszarach ochrony zdrowia i utrzymywanie się problemów w innych sferach:

- 1) subiektywna ocena stanu zdrowia mieszkańców Polski nieznacznie się poprawiła i tylko niespełna co trzeci mieszkaniec naszego kraju ocenił swoje zdrowie poniżej oceny dobrej;

- mimo poprawiającej się subiektywnej oceny stanu zdrowia 59% osób dorosłych zadeklarowało występowanie w ciągu ostatnich 12 miesięcy dolegliwości zdrowotnych lub chorób przewlekłych; pod koniec 2014 r. w Polsce żyło około 4,9 mln osób niepełnosprawnych (o prawie 353 tys. mniej niż w 2009 r.), co piąta osoba z tej grupy nie miała prawnego statusu osoby niepełnosprawnej; poprawa subiektywnej oceny zdrowia dotyczy także dzieci, jednak aż co czwarte dziecko w Polsce cierpi na przewlekłą chorobę;
- 2) nadmierną masę ciała ma już 62% dorosłych mężczyzn i 46% kobiet, przy czym proporcja masy ciała do wzrostu kwalifikuje częściej niż co szóstego mężczyznę i co siódmą kobietę do kategorii osób otyłych; wg EHIS u dzieci nie odnotowano wzrostu średniej masy ciała, a nawet niewielkie jej obniżenie;
 - 3) zmniejszył się nieznacznie odsetek osób dorosłych palących tytoń – codziennie pali 29% dorosłych mężczyzn i 17% kobiet (w 2009 r. 31% mężczyzn i 18% kobiet), jednak w grupie pięćdziesięciolatków (50–59 lat) tytoń pali prawie 36% mężczyzn i 27% kobiet;
 - 4) odsetek osób dorosłych regularnie pijących napoje alkoholowe uległ niewielkiej zmianie (spadł z 74% do 72%), a w strukturze rejestrowanej konsumpcji alkoholu dominuje picie piwa (blisko 60% konsumpcji), wysokoprocentowe trunki stanowią ponad jedną trzecią, a wino mniej niż 10%;
 - 5) wyraźnie zwiększa się liczba kobiet regularnie wykonujących badania cytologiczne (wzrost o 6 pkt. proc.) i badania mammograficzne (wzrost o blisko 7 pkt. proc.), niemal co piąty dorosły mieszkaniec Polski został chociaż 1 raz przebadany w kierunku wykrycia raka jelita grubego, wykonując kolonoskopię lub badanie obecności krwi utajonej w kale, ponadto co trzeci co najmniej 40-letni mężczyzna miał wykonane badanie lekarskie prostaty;
 - 6) prawie co czwarty mieszkaniec Polski potrzebujący pomocy doświadczył opóźnień w dostępie do opieki zdrowotnej z powodu zbyt długiego okresu oczekiwania na wizytę, natomiast brak środków finansowych deklarowała co trzynasta osoba potrzebująca opieki medycznej (sprawowanej przez lekarza) i co dziewięta osoba potrzebująca opieki dentystycznej; z kolei trudności z wykupieniem leków przepisanych na receptę deklarowała co dwunasta osoba;
 - 7) odnotowano systematyczny spadek natężenia zgonów i wydłużanie się przeciętnego dalszego trwania życia Polek i Polaków, co jest efektem utrzymywania się malejących trendów natężenia zgonów z powodu chorób układu krążenia i z przyczyn zewnętrznych, a także niektórych chorób nowotworowych – udział zgonów wywołanych tymi przyczynami w 2013 r. wyniósł 77,1% (w 2010 r. wynosił 77,6%); jednak ciągle utrzymuje się, a nawet narasta, zjawisko nadumieralności mężczyzn – w roku 2014 natężenie zgonów mężczyzn, mierzone współczynnikiem standaryzowanym, było o 88% wyższe niż wśród kobiet;
 - 8) w 2015 r., po dekadzie systematycznego spadku, odnotowano wzrost natężenia zgonów. Standaryzowany współczynnik zgonów zwiększył się z 737 w 2014r. do 754 na 100 000 ludności. W porównaniu do 2014 r. nastąpił także nieznaczny spadek oczekiwanej długości życia noworodka płci męskiej - o 0,17roku (średnio 73,58 lat życia) i noworodka płci żeńskiej 0,04roku (średnio 81,57 lat życia). Zakłóciło to dotychczasową, trwającą od lat, pozytywną tendencję systematycznego wydłużania oczekiwanej długości życia, będącą

przede wszystkim efektem zmniejszania się umieralności Polek i Polaków z powodu najważniejszych przyczyn zgonów: chorób układu krążenia, niektórych chorób nowotworowych i działania przyczyn zewnętrznych.

- 9) w zakresie sprawozdawczości występują narastające trudności dotyczące kompletności i jakości przekazywanych statystyce danych medycznych o zgonach – Polska jest wprawdzie krajem, gdzie 100% zgonów jest rejestrowanych, ale jest również krajem o bardzo niskiej jakości informacji o przyczynach zgonów; z danych dotyczących 2013 r. wynika, że w przypadku prawie 30% zgonów (ponad 114 tys.) lekarze orzekający zgon nieprawidłowo opisali jego przyczyny (w 2000 r. takie przypadki stanowiły niespełna 25% ogółu zgonów w Polsce);
- 10) w Polsce dokonano znaczącego postępu w leczeniu pacjentów hospitalizowanych z powodu zawału serca, jednak nadal wskaźniki zachorowalności oraz odległe wyniki leczenia zawałów są dalece niekorzystne w porównaniu z krajami UE15; nie istnieje nowoczesny, zintegrowany system organizacji i realizacji kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej i prewencji szpitalnej, np. tylko 22% chorych po zawale serca objętych jest kompleksową rehabilitacją kardiologiczną; w tym tylko 6% pacjentów powyżej 80. roku życia;
- 11) rosnącym problemem zdrowia publicznego są w Polsce choroby zakrzepowe naczyń, udary mózgu i nadciśnienie tętnicze, a także wzrost liczby nagłych zgonów sercowych, szczególnie wśród mężczyzn; zwraca przy tym uwagę fakt, że wg EHIS niemal co piętnasty dorosły mieszkaniec Polski nigdy nie miał mierzonego ciśnienia krwi i najwięcej takich przypadków odnotowano wśród młodzieży w wieku 15–19 lat – dotyczy to co trzeciego młodego człowieka i od dwudziestu lat sytuacja ta nie ulega poprawie;
- 12) dzięki realizacji od 2003 r. Programu POLKARD, a wcześniej w latach 1993–2001 Narodowego Programu Ochrony Serca i Naczyń, dokonał się w Polsce prawdziwy przełom w kardiologii i kardiologii, jednak poziom finansowania Programu systematycznie obniża się – w 2010 r. przeznaczono na ten cel 30 mln zł, a w 2013 r. trzykrotnie mniej; niedostateczne finansowanie negatywnie rzutuje przede wszystkim na wykonanie zadań z zakresu epidemiologii, promocji zdrowia i profilaktyki chorób układu krążenia;
- 13) od 1965 r. ogólna liczba nowotworów złośliwych w Polsce znacząco wzrosła; według danych Krajowego Rejestru Nowotworów bezwzględna liczba pierwszorazowych zgłoszeń zachorowania na nowotwory złośliwe w populacji mężczyzn w 1965 r. wynosiła 17 023 przypadków, zaś w 2013 r. – 78 236 przypadków, w populacji kobiet było to odpowiednio 20 621 oraz 78 251 przypadków;
- 14) przyrost liczby zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe w Polsce w ostatnim półwieczu wynika głównie ze zwiększania się liczby ludności po 65. roku życia oraz częstego narażenia populacji na czynniki rakotwórcze, przede wszystkim związane ze stylem życia Polaków, w tym z paleniem tytoniu;
- 15) niski w porównaniu z innymi krajami odsetek wczesnych rozpoznań nowotworów złośliwych (zwłaszcza raka szyjki macicy, piersi, jelita grubego) jest m.in. spowodowany niedostatecznym przygotowaniem lekarzy rodzinnych i innych specjalistów oraz niewystarczającym upowszechnieniem metod wczesnego rozpoznawania raka; związane jest to m.in. z ograniczonym finansowaniem prewencji pierwotnej i wtórnej nowotworów złośliwych, a także z niewystarczającym rozwojem edukacji onkologicznej w polskim

- środowisku medycznym; istotną przyczyną takiej sytuacji są także poważne zaniedbania w promocji zdrowego stylu życia ludności;
- 16) znaczący spadek umieralności okołoporodowej i umieralności niemowląt, jest jednym z najbardziej spektakularnych osiągnięć ostatniego ćwierćwiecza w Polsce; współczynnik obrazujący zgony niemowląt na 1000 urodzeń żywych zmniejszył się w tym czasie o niemal 80%. W 1990 r. zmarło 10,6 tys. niemowląt (19,3‰), w 2000 r. pierwszego roku życia nie przeżyło 3,1 tys. niemowląt (8,1‰), w 2010 r. – 2,1 tys. niemowląt (5,0‰), a od 2011 r. współczynnik umieralności niemowląt ukształtował się na poziomie poniżej 5,0 na 1000 urodzeń żywych, przy czym w 2014 r. odnotowano 1583 zgony niemowląt, tj. 4,2‰. W 2015 r. zmarło 1476 zgonów niemowląt co dało współczynnik 4,0‰; w ostatnich latach, obserwowany jest także znaczący spadek wartości współczynnika umieralności okołoporodowej: z do 6,8‰ w 2010 r., 5,6‰ w 2014 r. i 5,0‰ w 2015 r. ;
 - 17) istotnym problemem medycyny perinatalnej jest stały wzrost liczby urodzeń drogą cięcia cesarskiego; w 2011 r.– 35,4% porodów, a w 2014 r. aż 42% porodów odbyło się przez cesarskie cięcie; wpływa to niekorzystnie na zdrowie kobiet, przyczynia się do zmniejszenia ich płodności i pogorszenia sytuacji demograficznej;
 - 18) w ostatnim pięcioleciu utrzymuje się także stosunkowo duża liczba urodzeń dzieci z niską masą – poniżej 2500 g, w 2014 r. odnotowano 22 211 urodzeń z niską masą, co stanowiło 5,9% ogółu urodzeń żywych, podobnie jak rok wcześniej, natomiast 27 215 dzieci (ok. 7,3% ogółu urodzeń żywych) przyszło na świat przedwcześnie – przed 37. tygodniem ciąży i był to wzrost w porównaniu z rokiem poprzednim o 1091 dzieci przedwcześnie urodzonych; konieczna jest analiza sytuacji w tym zakresie, przygotowanie i zrealizowanie przedsięwzięć w kierunku zmniejszenia odsetka wcześniactwa, a także hipotrofii płodu;
 - 19) zdrowie dzieci i młodzieży szkolnej pozostaje poza głównym nurtem zainteresowania medycyny zarówno w odniesieniu do systemowych działań w obszarze promocji zdrowia oraz profilaktyki zagrożeń zdrowotnych i chorób, jak i skoordynowanej opieki leczniczej, mimo że wyniki EHIS oraz Międzynarodowe Ankiety Badania nad Zachowaniami Zdrowotnymi Młodzieży Szkolnej (HBSC) wyraźnie wskazują na takie potrzeby;
 - 20) od 2011 roku notuje się pewne oznaki ożywienia debaty na temat poprawy opieki zdrowotnej nad osobami starszymi, czemu towarzyszą podjęte działania w zakresie organizacji opieki geriatrycznej, tworzenia infrastruktury szpitalnej i poradnianej, rozwoju przed i podyplomowego kształcenia personelu medycznego; z perspektywy demograficznej i zdrowia publicznego aktualnym wyzwaniem pozostaje uzupełnienie obowiązującego dotychczas w odniesieniu do populacji osób starszych paradygmatu integracyjnego i nadanie równoprawnego znaczenia idei zdrowego, aktywnego, twórczego starzenia się, m.in. przez systemowe działania w zakresie promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej, profilaktyki zagrożeń i chorób;
 - 21) następuje znaczący wzrost rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych – w latach 1997–2014 liczba pacjentów w opiece ambulatoryjnej zwiększyła się z około 750 tys. do ponad półtora miliona, w opiece całodobowej liczba pacjentów wzrosła prawie o połowę; wskaźnikiem pogorszenia kondycji psychicznej jest najwyższy w historii wskaźnik samobójstw, których liczba wśród mężczyzn wzrosła w latach 2007–2012 o blisko 25%;
 - 22) mimo stabilnej i korzystnej w Polsce sytuacji epidemicznej większości chorób zakaźnych,

schorzenia te nadal stanowią i będą stanowić ważny problem zdrowia publicznego, co wynika m.in. z tego, że w miejsce starych, dobrze poznanych chorób, pojawiają się inne, nowe zagrożenia, np. takie jak: AH1N1 pdm09, gorączki krwotoczne, SARS, MERS CoV, zakażenia wirusem Zika) oraz choroby zawlekane do kraju w wyniku podróży i migracji; do innych ważnych wyzwań, które wymagają zdecydowanych działań specjalistów w obrębie istniejących regulacji prawnych należą: zakażenia szpitalne, antybiotykooporność oraz narastanie aktywności ruchów antyszczepionkowych;

aktualnym wyzwaniem zdrowia publicznego pozostaje nie w pełni zadowolająca czułość systemu nadzoru, w tym systemu monitorowania sytuacji epidemiologicznej HIV/AIDS, jak również stosunkowo niska jakość danych pochodzących z rejestracji zakażeń i chorób zakaźnych, w tym zakażeń szpitalnych, chorób przenoszonych drogą płciową i gruźlicy;

11 września 2015 r., po dwudziestu latach niemocy legislacyjnej, została uchwalona ustawa o zdrowiu publicznym, co powinno stanowić ważny krok na rzecz stworzenia nowoczesnego systemu zdrowia publicznego, opartego na rzetelnej ocenie aktualnej sytuacji zdrowotnej ludności Polski oraz uwzględniającego prognozowany wzrost natężenia chorób przewlekłych i niepełnosprawności, związany m.in. z rozwojem procesów demograficznych

Zdrowie publiczne, definiowane jako nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia oraz promowania zdrowia przez organizację zbiorowych wysiłków społeczeństwa, zawiera istotne odniesienia do polityki ludnościowej, rozumianej m.in. jako długofalowe oddziaływanie państwa i podmiotów publicznych na przebieg procesów ruchu naturalnego ludności w celu ukształtowania pożądanego stanu i struktury ludności, przez tworzenie warunków korzystnych dla przebiegu procesów demograficznych, zapewniających biologiczną ciągłość narodu i zrównoważony rozwój społeczno-ekonomiczny.

Rządowa Rada Ludnościowa od wielu lat wskazuje, że celami strategicznymi polityki zdrowia publicznego w obrębie polityki ludnościowej państwa powinny być przede wszystkim działania wielosektorowe umożliwiające: poprawę zdrowotnych warunków powstawania i funkcjonowania rodzin oraz podnoszenie poziomu urodzeń (wzrost dzietności), poprawę stanu zdrowia i ograniczanie umieralności populacji dzieci i młodzieży, kobiet i mężczyzn w wieku prokreacyjnym, a także poprawę stanu kondycji zdrowotnej starszego pokolenia.

W celu zaspokojenia istotnych z punktu widzenia polityki ludnościowej potrzeb zdrowotnych społeczeństwa musi funkcjonować zarówno skoordynowany, efektywny system zdrowia publicznego, jak i system opieki zdrowotnej – oba zorientowane na poprawę stanu zdrowia populacji, w szczególności matki i dziecka, zapobieganie niepełnosprawności i niezdolności do samodzielnej egzystencji, szczególnie osób starszych wiekiem, oraz na ograniczanie liczby zgonów, zwłaszcza przedwczesnej umieralności.

Współpraca zdrowia publicznego, w tym promocji zdrowia, oraz opieki zdrowotnej, jest ważna z punktu widzenia zwalczania głównych przyczyn umieralności przedwczesnej. Eksperti Amerykańskiego Towarzystwa Kardiologicznego (AHA) oraz autorzy europejskiego dokumentu *European Healthy Heart Charter* jednoznacznie podkreślają, że chorobom serca i naczyń można skutecznie zapobiegać pod warunkiem przeorientowania

systemu ochrony zdrowia w kierunku nowoczesnie rozumianej promocji zdrowia i profilaktyki. Także w *Europejskim Kodeksie Walki z Rakiem* zostały uwypuklone zadania zdrowia publicznego w zakresie prewencji chorób nowotworowych.

Poważne wyzwania dla polityki zdrowia publicznego związane są z kształtowaniem się demograficznej przyszłości Polski. Badanie wykonane na podstawie prognozy demograficznej GUS do roku 2035 wskazuje, że zmiany przewidziane prognozą będą miały znaczący wpływ na sytuację zdrowotną ludności. Tylko z powodu starzenia się populacji zwiększy się istotnie odsetek osób potrzebujących podstawowej i specjalistycznej opieki medycznej. Jeżeli nie zaistnieją inne czynniki – o charakterze pozytywnym, oddziałujące w odwrotnym kierunku – znacznie pogorszy się stan zdrowia populacji, wzrośnie odsetek osób obarczonych niepełnosprawnością i chorobami przewlekłymi, co zwiększy zarówno potrzeby, jak i wydatki na świadczenia medyczne oraz usługi opiekuńcze. Zgodnie z przyjętymi w przeprowadzonych obliczeniach założeniami metodologicznymi można się spodziewać znaczącego wzrostu odsetka populacji osób dorosłych cierpiących na: chorobę wieńcową, nowotwory, nadciśnienie tętnicze, astmę, cukrzycę, zapalenie stawów; mniejszy wzrost odsetka może dotyczyć chorób, które występują z istotną częstością również w młodszych grupach wieku dorosłego: schorzeń kręgosłupa i nerwicy. Można przewidywać także zmniejszenie udziału osób nie leczących się, a także: zwiększenie udziału pacjentów korzystających w ciągu roku z wizyt lekarskich czterokrotnie i częściej, udziału osób leczonych w szpitalach, istotny wzrost odsetka osób zażywających leki.

W piśmiennictwie światowym kwestionowana jest teza, iż starzenie się populacji odgrywa główną rolę w gwałtownym zwiększaniu kosztów opieki medycznej i związanych z tym problemów w funkcjonowaniu ochrony zdrowia. Podkreśla się natomiast istotny wpływ, trudno poddającego się kontroli, wzrostu cen leków i sprzętu medycznego oraz kosztów administracyjnych. Wydaje się więc uzasadnione twierdzenie, że wyzwaniom wynikającym z rozwoju procesów demograficznych w Polsce powinna sprostać odpowiednia polityka zdrowotna nakierowana zarówno na systemowe, adresowane do ludności na wszystkich etapach życia, działania w zakresie promocji zdrowia, profilaktyki zagrożeń i chorób oraz restytucji zdrowia, jak i na racjonalizację gospodarki lekami, aparaturą i sprzętem medycznym oraz na optymalizację kosztów administracyjnych.

Uwzględniając aktualną sytuację zdrowotną społeczeństwa oraz wyzwania związane z przyszłością demograficzną Polski, wydaje się, że osiągnięcie zarysowanych powyżej, strategicznych z punktu widzenia polityki ludnościowej celów polityki zdrowia publicznego będzie możliwe poprzez realizację następujących priorytetów:

- 1) poprawa opieki nad matką i dzieckiem;**
- 2) ograniczenie zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia;**
- 3) ograniczenie zachorowalności i umieralności z powodu chorób nowotworowych;**
- 4) poprawa stanu zdrowia psychicznego;**
- 5) ograniczenie zachorowalności i umieralności z powodu przewlekłych chorób niezakaźnych dzięki poprawie żywienia i zwiększeniu aktywności fizycznej społeczeństwa;**

6) profilaktyka i zwalczanie zakażeń, chorób infekcyjnych oraz zagrożeń transgranicznych;

7) promocja zdrowia jako strategia rozwiązywania współczesnych problemów zdrowotnych.

PRIORYTET III.1. Poprawa opieki nad matką i dzieckiem

Opieka nad dziećmi bywa niekiedy postrzegana w perspektywie krótkofalowej w kategoriach problemu, tymczasem w istocie zdrowe młode pokolenie stanowi szansę na rozwiązanie w przyszłości wielu problemów, z którymi borykamy się dzisiaj, także tych, które wynikają z prognoz demograficznych.

Trwający w Polsce od 1989 r. lat proces transformacji ustrojowej wywarł zróżnicowany wpływ na sytuację zdrowotną dzieci i młodzieży. Z jednej strony dzieci w Polsce cieszą się obecnie na ogół lepszym stanem odżywienia, zdrowia i rozwoju niż kiedykolwiek w przeszłości. Z drugiej strony osiągnięcia zdrowotne okresu transformacji rozkładają się nierówno wśród populacji polskich dzieci, a ponadto pozostały krytyczne wyzwania i ujawniły się nowe zagrożenia dla ich zdrowia i rozwoju.

Ubóstwo znacznej części społeczeństwa dotyka szczególnie dzieci, stając się jednocześnie największą, obok zaniedbań opieki i zjawisk patologicznych, przeszkodą w zaspokajaniu podstawowych potrzeb zdrowotnych, edukacyjnych, rozwojowych i socjalnych dzieci i młodzieży. W Polsce zagrożenie ubóstwem dzieci i młodzieży jest większe niż osób dorosłych. Według danych GUS w 2013 r. wskaźnik zagrożenia ubóstwem skrajnym – poniżej minimum egzystencji – wśród dzieci i młodzieży do lat 18 wyniósł 10,1% i był wyższy niż w 2011 roku o 0,4 pkt. proc., a osoby w tym wieku stanowiły prawie jedną trzecią populacji zagrożonej skrajnym ubóstwem. Grupę najbardziej zagrożoną ubóstwem skrajnym stanowiły rodziny wielodzietne. W 2013 r. poniżej minimum egzystencji żyła co dziesiąta osoba w gospodarstwach małżeństw z trojgiem dzieci oraz ok. 23% osób w gospodarstwach małżeństw z czworgiem i większą liczbą dzieci. W latach 2011–2013 znacząco wzrosła także ustawowa granica ubóstwa (próg interwencji socjalnej) z 11,2% do 20,3%.

Przyczyny wielu problemów zdrowotnych dzieci i młodzieży w Polsce tkwią także w istotnych ograniczeniach, jakie czasami narzucają dzieciom, ich rodzinom i opiekunom, niska jakość, wąski zakres i utrudniona dostępność do opieki profilaktyczno-leczniczej i pomocy socjalnej, a będących przejawem braku dotąd spójnej, konsekwentnej polityki państwa wobec dzieci.

Zdrowy start do życia i harmonijny rozwój młodego pokolenia są wyodrębnionymi, ważnymi celami programu ŚOZ – Zdrowie 21; zajmują ważne miejsce wśród celów i zadań kolejnych edycji Narodowego Programu Zdrowia oraz mają szczególną podbudowę legislacyjną w zapisach Konstytucji RP, Konwencji o prawach dziecka i dokumentach Światowych Szczytów w Sprawach Dzieci ONZ.

W kontekście polityki ludnościowej skupiono się na dwóch priorytetowych zagadnieniach: 1) tworzeniu warunków do prawidłowego przebiegu procesów prokreacji; 2) poprawie stanu zdrowia i warunków rozwoju dzieci i młodzieży.

Skoordynowane działania na rzecz poprawy opieki nad kobietą w ciąży, rodzącą i noworodkiem były podejmowane w latach 80. XX wieku w ramach Centralnego Programu Badawczo-Rozwojowego. W tym czasie Instytut Matki i Dziecka zaczął wprowadzać w kraju, zgodnie z ówczesnymi trendami światowymi, system trójstopniowej opieki okołoporodowej, którego celem było zróżnicowanie ośrodków według stopnia referencyjności i koncentracja wykwalifikowanego personelu medycznego, sprzętu i aparatury w ośrodkach akademickich, do których kierowano matki i dzieci z najpoważniejszymi schorzeniami. Jednocześnie wzmocniono system nadzoru specjalistycznego, centralnego, regionalnego i lokalnego, wprowadzając obowiązek prowadzenia przyczynowych analiz niepowodzeń położniczych, przede wszystkim zgonów matek, ale również martwych urodzeń i zgonów noworodków.

W latach 90. opracowano i wdrożono ogólnopolski Program Poprawy Opieki Perinatalnej. W większości stolic regionów utworzono i wyposażono Regionalne Ośrodki Opieki Perinatalnej. Celem Programu było wdrożenie kompleksowego podejścia do opieki perinatalnej, począwszy od okresu przedkoncepcyjnego oraz partnerska współpraca wielodyscyplinarna lekarzy położników, neonatologów, położnych i innych specjalistów.

System opieki medycznej nad dziećmi i młodzieżą szkolną realizowany w Polsce do początku lat 90. nie był wolny od wad: deklaratywności działań, niskiej atrakcyjności w porównaniu z medycyną kliniczną, niedofinansowania. System ten charakteryzował się jednak logiką organizacyjną, powszechnością i kompleksowością opieki profilaktycznej, leczniczej, orzecznictwa, korektywy i rehabilitacji. Lansowany od 1992 r. program „opieki profilaktycznej w środowisku nauczania i wychowania” w praktyce okazał się niezdolny do zapewnienia adekwatnej do potrzeb kompleksowej opieki medycznej dla uczniów, ograniczył świadczenia zdrowotne w szkole do czynności pielęgniarских, „wyprowadzając” personel lekarski poza szkołę. Destrukcję systemu medycyny szkolnej pogłębiło wprowadzenie w 1999 r. reformy służby zdrowia, wskutek czego doszło do poważnych zakłóceń w opiece profilaktyczno-leczniczej nad populacją w wieku 7–18 lat, m.in. w zakresie nadzoru, wczesnego wykrywania zaburzeń w stanie zdrowia i wykonawstwa szczepień ochronnych.

Od początku 2000 r. z inicjatywy Minister Zdrowia Franciszki Cegielskiej rozpoczęto wdrażanie programu odbudowy systemu nadzoru w opiece nad matką i dzieckiem ze szczególnym uwzględnieniem opieki perinatalnej oraz medycyny szkolnej, uzyskując w okresie dwóch lat widoczne, pozytywne rezultaty. Te dobre doświadczenia zostały praktycznie zaniechane począwszy od 2002 roku.

O ile w ostatnim pięcioleciu został podjęty wysiłek na rzecz poprawy standardów opieki perinatalnej, to fragmentaryczne rozwiązania w zakresie opieki profilaktycznej sprawowanej przez pielęgniarki, nie pozwalają na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych dzieci i młodzieży szkolnej. Jest to zarazem znaczący regres w stosunku do wypracowanego w latach 2000–2001 (wspólnie z kasami chorych, administracją rządową szczebla wojewódzkiego i z samorządami terytorialnymi) standardu opieki medycznej nad uczniami.

CEL SZCZEGÓŁOWY 1. Poprawa stanu zdrowia kobiet przed ciążą, matek podczas ciąży, porodu i pòłogu oraz dzieci przed urodzeniem i noworodków

Diagnoza sytuacji w ostatnim dziesięcioleciu i aktualnego stanu

Stan zdrowia prokreacyjnego odnosi się do samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego w obszarze związanym z dojrzewaniem seksualnym, współżyciem płciowym, płodnością, przebiegiem ciąży, porodu i połogu), schorzeniami narządów płciowych i piersi, w tym chorobami nowotworowymi, problemami zdrowotnymi o okresie okołomenopauzalnym. Jakość informacji na temat stanu zdrowia prokreacyjnego jest w Polsce zróżnicowana, często niewystarczająca. Jest to następstwo niepodejmowania badań epidemiologiczno-klinicznych i demograficznych, braku programów zdrowotnych dotyczących zdrowia prokreacyjnego oraz słabości nadzoru specjalistycznego. W Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007–2015 wśród ośmiu strategicznych celów zdrowotnej polityki państwa nie znalazł się żaden cel związany ze zdrowiem prokreacyjnym. Cel operacyjny 7 odnosił się do poprawy opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem, brakowało natomiast odniesienia do problemu, niepłodności, jej prewencji i leczenia. Kobiety stanowią 51,6% populacji całego kraju, ich przewaga liczbowa jest wyraźniejsza w miastach. Czas trwania życia noworodka płci żeńskiej zwiększył się w latach 2000–2014 o 3,1 roku i wynosił w 2014 r. 81,6 lat. W analogicznym okresie czas trwania życia noworodka płci męskiej zwiększył się o 1,7 lat i wynosił w 2014 r. 73,8 lat. Porównanie tych danych może wskazywać na większą w tym czasie poprawę stanu zdrowia populacji kobiet.

Następstwem „falowania demograficznego”, tj. zmian liczby urodzeń w kolejnych latach po II wojnie światowej, są różnice liczebności kolejnych roczników. Współczynnik dzietności ogólnej wyniósł w Polsce w 2014 r. 1,290, zmniejsza się w kolejnych latach. W roku 1990 wynosił 1,991, a w 2000 r. 1,367. Wartość tego współczynnika nie zapewnia zastępowalności pokoleń. Taka sytuacja miała miejsce w 1980 r., kiedy wartość współczynnika wynosiła 2,276.

Liczba żywych urodzeń żywych w 2009 r. zwiększyła się nieznacznie (mniej niż 3 tys.) w porównaniu z rokiem poprzednim. W roku 2010 zanotowano ponad 413 tys. urodzeń żywych, około 4 tys. mniej niż rok wcześniej. W roku 2014 było ogółem 376 501 żywych urodzeń, o 38 529 (10,1%) mniej niż w 2010 roku. Liczba urodzeń jest o około 40% mniejsza niż w latach 80. ubiegłego wieku, latach wyżu demograficznego. Późniejsze podejmowanie decyzji o urodzeniu dziecka jest jednym z najważniejszych czynników zmniejszenia płodności całej populacji kobiet. Wiek środkowy matek w momencie urodzenia dziecka wynosił 26,1 roku w 2000 r., a w 2014 r. 29,5 roku, zwiększył się więc w tym czasie o 3,4 roku. Najbardziej zaawansowany jest wiek środkowy matek w województwie mazowieckim; 30,3 roku, najmniej w województwie warmińsko – mazurskim: 28,8 roku. Czynniki te mogą obniżać szanse realizacji planów prokreacyjnych przez zwiększanie się wraz z wiekiem matki częstości poronień samoistnych oraz wad rozwojowych u dzieci, w tym wad letalnych. Wraz ze wzrostem wieku kobiet zachodzących w ciążę i rodzących zwiększa się również częstość ich zachorowań i zgonów w związku z ciążą, porodem i połogiem.

Płodność kobiet (liczba urodzeń żywych na 1000 kobiet) w wieku 20–24 lata, biologicznie optymalnym, kiedy częstość niepowodzeń prokreacji jest najmniejsza, zmalała w latach 2000–2014 z 83 do 48, a więc prawie dwukrotnie. W tym samym czasie płodność kobiet w wieku zaawansowanym, 35–39 lat zwiększyła się z 21 do 31.

Płodność kobiet w bardzo młodym wieku, pomiędzy 15 a 19 rokiem życia zmniejszyła się w latach 2000–2014 z 17 do 13. Należy to zjawisko uznać za korzystne z punktu widzenia zdrowia matek i rodzących się dzieci. Nie obserwuje się w Polsce zwiększonej częstości

zgonów młodocianych matek co jest zjawiskiem wyraźnie dostrzeganym w krajach rozwijających się, ale częstość porodów przedwczesnych jest u tych matek wyższa. Ciąża i poród u młodocianych to częściej urodzenie nieplanowane, zwykle pozamałżeńskie. Niedożywienie, niewłaściwy tryb życia, nierzadko palenie tytoniu są przyczyną hipotrofii płodu (małej masy ciała dziecka w porównaniu z należną dla danego wieku ciąży). Najwięcej porodów u młodocianych występuje w województwach północnych i zachodnich. Częstość urodzeń wśród kobiet przed 20. rokiem życia jest w Polsce mniejsza niż w prawie wszystkich krajach Europy Środkowej. W roku 2014 liczba urodzeń przez matki młodociane wynosiła 13 287 (w 2000 r. – 27 771).

Zwiększa się liczba urodzeń pozamałżeńskich. W 2000 r. ich odsetek wynosił 12,1, natomiast w 2013 r. – 23,4. Zróżnicowany jest odsetek ciąż pozamałżeńskich w poszczególnych województwach. Najwyższy odsetek jest notowany w województwach północno–zachodnich, najmniejszy – w południowych i wschodnich. Ciąża i urodzenie dziecka poza związkiem małżeńskim dla części kobiet jest wydarzeniem, które negatywnie wpływa na ich samopoczucie, samoocenę, łączy się nierzadko z perspektywą trudności ekonomicznych.

Zwiększa się odsetek kobiet z wyższym wykształceniem. Wpływa to na przebieg zjawisk demograficznych, na stan zdrowia prokreacyjnego. Wśród tej grupy kobiet mniejsza jest częstość nowotworów szyjki macicy czy powikłań ciąży i porodu, zwłaszcza porodów przedwczesnych. Wiek inicjacji seksualnej jest wyższy u studentek w porównaniu z młodzieżą pracującą. Kobiety z wyższym wykształceniem lepiej się odżywiają, częściej uczęszczają podczas ciąży do szkół dla rodziców. Jednocześnie jednak kobiety te rodzą swoje dzieci w bardziej zaawansowanym wieku, co z punktu widzenia biologii procesów prokreacji nie jest korzystne. Można ogólnie stwierdzić, że zmiany struktury wykształcenia kobiet oddziałują korzystnie na stan ich zdrowia prokreacyjnego.

Choroby przenoszone drogą płciową są istotnym czynnikiem ryzyka zaburzeń zdrowia prokreacyjnego kobiet. Sprzyjają rozwojowi niektórych nowotworów złośliwych narządów płciowych (wirus brodawczaka – HPV), mogą być przyczyną zapalenia narządów miednicy małej prowadzącego do przewlekłych bólów w podbrzuszu pogarszających jakość życia i do niepłodności (Chlamydia, rzeżączka). Stany przednowotworowe i nowotworowe szyjki macicy i nowotwory prowadzą do ograniczenia płodności.

Choroby przenoszone drogą płciową mogą być przyczyną zakażenia zarodka, płodu podczas ciąży, przyczyniając się do zwiększenia częstości poronień, wad rozwojowych, chorób płodu, mogą być przyczyną zakażenia noworodka. Na zakażenie szczególnie są narażone młode kobiety. Brak precyzyjnych danych epidemiologicznych utrudnia ocenę stopnia zagrożenia ze strony tych chorób dla zdrowia kobiet. Choroby nie są zgłaszane do rejestru, stosowane metody diagnostyki są niepewne. Nie mamy w Polsce programu zdrowotnego ukierunkowanego na profilaktykę pierwotną, na wczesne wykrywanie i leczenie chorób przenoszonych drogą płciową, zwłaszcza wśród młodzieży. Szczepienia mogą ograniczyć częstość zakażeń wirusami brodawczaka (HPV) i zmniejszyć dzięki temu zachorowalność na raka szyjki macicy. Ich stosowanie nie powinno zmniejszyć zainteresowania innymi skutecznymi metodami pierwotnej profilaktyki tego nowotworu, którymi są: opóźnienie inicjacji seksualnej, zmniejszenie liczby partnerów seksualnych, zaprzestanie palenia papierosów. Częstość zakażeń wirusem HIV jest w Polsce mniejsza w porównaniu z sąsiadującymi krajami. Liczba osób zakażonych HIV wynosi obecnie w Polsce

około 30–35 tysięcy. Przyczyną większości zakażeń wirusem HIV są kontakty heteroseksualne, szczególnie wśród młodych ludzi. Kobiety stanowią około 16% osób zakażonych. Korzystna sytuacja epidemiologiczna w porównaniu z krajami sąsiednimi może być następstwem wprowadzenia programów zdrowotnych, a także bardziej sprzyjających zdrowiu zachowań w sferze seksualnej w Polsce. Został wdrożony program wczesnego wykrywania zakażeń HIV u kobiet w ciąży, finansowany ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Testy są oferowane kobietom na zasadzie dobrowolności. Realizowany jest także *Program leczenia antyretrowirusowego osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2012–2016*, którego celem jest m.in. zapewnienie leków antyretrowirusowych niezbędnych w profilaktyce zakażeń wertykalnych (dziecka od matki) i prowadzenie indywidualnego kalendarza szczepień dla dzieci urodzonych przez matki z HIV.

Styl życia kobiety ma duży wpływ na jej zdrowie, także prokreacyjne. Aktywność fizyczna, sposób spędzania wolnego czasu i odżywiania, używki, narkotyki to czynniki możliwe do uniknięcia w odróżnieniu od czynników genetycznych, na które nie mamy wpływu i tych czynników szkodliwych pochodzących ze środowiska zewnętrznego, na które mamy niewielki wpływ.

Palenie tytoniu to najważniejszy, odwracalny szkodliwy czynnik pochodzący z otaczającego środowiska. U kobiet składniki dymu tytoniowego działają na organizm podobnie jak na organizm mężczyzn, będąc przyczyną przewlekłej obturacyjnej choroby płuc czy raka płuc. Dodatkowo zakłócają zdrowie prokreacyjne. Palenie tytoniu może być przyczyną zaburzeń cyklu miesięczkowego, ograniczenia płodności, poronień samoistnych, porodów przedwczesnych, małej urodzeniowej masy ciała dziecka. Kobiety palące przestają wcześniej miesiączkować, częściej chorują na raka szyjki macicy. Częstość nałogu wśród mężczyzn zmniejsza się, natomiast ogółem wśród kobiet nie zmienia się od lat 90. ubiegłego wieku. Częściej palą kobiety młode, przed 19. rokiem życia, a przede wszystkim kobiety w wieku 40–49 lat. Z punktu widzenia zdrowia prokreacyjnego niepokoi szczególnie popularność palenia papierosów wśród dziewcząt, które palą częściej niż ich rówieśnicy. Palenie może być u nich przyczyną zaburzeń okresu pokwitania, nieprawidłowego miesiączkowania, zwłaszcza w przypadkach, kiedy paleniu towarzyszy zbyt mała waga ciała. Palenie przez kobiety po 40. roku życia zmniejsza wagę ciała, sprzyja osteoporozie, nowotworom płuc i szyjki macicy, przyspiesza menopauzę. Nie zmniejsza się częstość palenia wśród kobiet z wykształceniem podstawowym i zawodowym, u kobiet mieszkających na wsi i w dużych miastach. Konieczne z punktu widzenia zdrowia prokreacyjnego jest wdrożenie programu zdrowotnego ukierunkowanego na populację kobiet, dziewcząt i kobiet w ciąży, zobowiązanie lekarzy ginekologów i pediatrów do prowadzenia skutecznego poradnictwa antytytoniowego. Trzeba zwrócić uwagę na fakt, że nałóg palenia czasem wyprzedza wśród młodych kobiet nadużywanie alkoholu i stosowanie środków psychoaktywnych. Palenie wpływa na zaburzenia płodności również u mężczyzn.

Alkohol oddziałuje na organizm kobiety silniej niż na organizm mężczyzny. Najczęściej nadużywają alkoholu kobiety wykształcone w wieku 20–29 lat, a więc wówczas, kiedy ich płodność jest największa. Picie alkoholu przez młode kobiety sprzyja zaburzeniom odżywiania, małej masie ciała, zaburzeniom cyklu miesięcznego, chorobom przenoszonym drogą płciową, wykluczeniu społecznemu. Picie podczas ciąży jest przyczyną zespołu wad

wrodzonych u dziecka. Korzystnym zjawiskiem jest zmniejszenie się konsumpcji alkoholu wśród kobiet w Polsce. Nie dotyczy to, niestety, dziewcząt.

Szczególnie ważnym okresem dla zdrowia prokreacyjnego w dorosłym życiu jest okres dojrzewania i młodości, kiedy układ rozrodczy dziewczyny czy chłopca jest szczególnie podatny na szkodliwe oddziaływanie czynników zewnętrznych. Problemy zdrowotne tej grupy wiekowej wywierają wpływ na płodność, w więc i na procesy demograficzne, przyrost naturalny, zastępowalność pokoleń oraz na stan zdrowia następnych generacji. Są ważne dla rozwoju społeczeństwa i przyszłości państwa, powinny mieć znaczące miejsce wśród priorytetów polityki zdrowotnej. Wczesna inicjacja seksualna dziewcząt nie sprzyja zdrowiu prokreacyjnemu. Choroby przenoszone drogą płciową, nieplanowana ciąża, a w okresie późniejszym zespół bólowy miednicy małej, zaburzenia płodności, ciąża pozamaciczna, rak szyjki macicy – to ciężkie zdrowotne następstwa wcześniej podejmowanych lekkomyślnych zachowań. Ryzyko zwiększa duża liczba partnerów seksualnych. Wcześniej rozpoczynają współżycie dziewczęta ze szkół zawodowych, mieszkające w mieście. Obserwuje się „dziedziczenie” zachowań, córka powiela zachowania matki z przeszłości.

Zachęcanie młodych ludzi do zdobywania wykształcenia wyższego niż zawodowe, informacje o negatywnych następstwach wczesnego rozpoczynania współżycia seksualnego, objęcie szczególną opieką rodzin patologicznych, ograniczenie dostępu do pornografii, alkoholu i narkotyków – to przykłady działań, które mogą sprzyjać ograniczaniu częstości zbyt wczesnej inicjacji seksualnej.

Poradnictwo medyczne w zakresie planowania rodziny – antykoncepcji i metod naturalnego planowania rodziny – nie spełnia wymagań jakościowych. Jest zwykle dyrektywne, środki antykoncepcji hormonalnej są przepisywane przez lekarzy niemal automatycznie, bez zwrócenia uwagi na przeciwwskazania medyczne i system wartości wyznawanych przez pacjentów. Osoby zainteresowane nie otrzymują zwykle wystarczających informacji o skuteczności, objawach ubocznych i mechanizmie działania metod i środków planowania rodziny. W rezultacie ich niekontrolowane, długotrwałe stosowanie bywa przyczyną powikłań zdrowotnych. Antykoncepcja hormonalna zwiększa częstość raka piersi i szyjki macicy. Koszt niektórych hormonalnych środków antykoncepcyjnych jest współfinansowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Natomiast koszty uczenia metod naturalnego planowania rodziny ponoszą użytkownicy. Zagadnienia związane z planowaniem rodziny mogą i powinny być częścią opieki przedciążowej (prekonceptyjnej). W ubiegłej dekadzie był finansowany program promocji takiej opieki. Przygotowanie do ciąży, do ról rodzicielskich miało na celu wykrycie i usunięcie przed zapłodnieniem czynników ryzyka dla prawidłowego przebiegu ciąży i rozwoju dziecka.

Płodność kobiety i mężczyzny, płodność małżeńska dotycząca obojga, wymaga troski oraz ochrony. W mechanizmie płodności są zaangażowane procesy fizjologiczne podatne na oddziaływanie szkodliwych czynników zewnętrznych, zwłaszcza w młodym wieku. Istotnym czynnikiem zwiększającym częstość niepłodności jest odkładanie decyzji prokreacyjnych na późniejsze lata życia. W części przypadków nie można odróżnić prawdziwej niepłodności od trudności donoszenia wczesnej ciąży. Nie ma wiarygodnych badań epidemiologicznych określających częstość niepłodności, prawdopodobnie dotyczy ona około 10–15% małżeństw. Możliwa jest prewencja chorób mężczyzny lub kobiety prowadzących do niepłodności czy

eliminacja czynników ryzyka. Nie powstał jednak do tej pory program prewencji niepłodności w Polsce. Brakuje też wyspecjalizowanych, wielodyscyplinarnych ośrodków zajmujących się leczeniem niepłodności, usługi medyczne są rozproszone, reprezentują zróżnicowany poziom. Ministerstwo Zdrowia od 1 lipca 2013 r. realizuje program zdrowotny pn. „Program – Leczenie Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013–2016”, ustanowiony na podstawie art. 48 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.2), mający na celu leczenie niepłodności przy zastosowaniu zapłodnienia pozaustrojowego. Realizacja tego programu zostanie wkrótce wstrzymana, a środki zostaną przeznaczone na program promocji zdrowia prokreacyjnego, w którym powinno znaleźć się zapobieganie niepłodności, edukacja społeczeństwa ukierunkowana na większą troskę o płodność. Powinna ona dotyczyć przede wszystkim młodego pokolenia. Należy również zwrócić uwagę oraz przeznaczyć środki finansowe na udostępnienie metod przyczynowego leczenia niepłodności. Dotychczas uwaga organizatorów opieki medycznej i środki finansowe były kierowane przede wszystkim na zapewnienie dostępności zapłodnienia pozaustrojowego, nieakceptowanego ze względów etycznych przez dużą część społeczeństwa. Cięża i poród mogą stanowić zagrożenie dla zdrowia kobiety. Częstość zgonów matek oraz ich poważnych zachorowań wskazuje na jakość opieki położniczej, a każdy taki przypadek to tragedia dla rodziny i bliskich.

Pogorszyła się jakość analiz zgonów matek, są one często powierzchowne i nie prowadzą do ujawnienia czynników mających związek przyczynowo-skutkowy ze zgonem matki lub jej ciężkim zachorowaniem, a możliwych do uniknięcia. Wynika to ze słabości i braku zaangażowania nadzoru specjalistycznego i likwidacji nadzoru merytoryczno-organizacyjnego. W latach 2000–2004 współczynnik zgonów matek (na 100 000 żywych urodzeń) zmniejszył się z 7,7 do 6,4. Obecnie utrzymuje się na poziomie 3,0–5,0. Dane te są porównywalne z informacjami pochodzącymi z większości krajów europejskich. Na świecie odchodzi się od analiz zgonów matek, które mają miejsce coraz rzadziej, jako jedyne narzędzia oceny jakości opieki okołoporodowej, bezpiecznego macierzyństwa. Analizuje się częstość ciężkich zachorowań matek i na tej podstawie ustala się obecność czynników „do uniknięcia”, których wcześniejsza identyfikacja i usunięcie pozwoliłoby uniknąć tragedii – zgonu lub ciężkiego powikłania przebiegu ciąży albo porodu. Istnieje potrzeba usprawnienia analiz zgonów matek i wprowadzenia jako kryterium jakości okołoporodowej analiz ciężkich zachorowań matek w związku z ciążą, porodem i położeniem.

Jako niepowodzenie prokreacji określa się poronienie, urodzenie martwego dziecka, zgon dziecka podczas porodu lub zaraz po nim. Liczba strat populacyjnych jest największa w najwcześniejszym okresie rozwoju, po zapłodnieniu (zgony zarodków, poronienia, wady rozwojowe), później maleje wraz z zaawansowaniem ciąży u matki (martwe urodzenia, zgony noworodków). Część dzieci rodzi się z wadami rozwojowymi i różnego rodzaju niepełnosprawnością czy chorobą.

Częstość poronień samoistnych, ich relacja do liczby porodów jest podawana w rocznych raportach Rządu dotyczących realizacji ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerwania ciąży. Wynika z niej, że częstość poronień nie ulega istotnym zmianom.

Umieralność okołoporodowa a więc częstość martwych urodzeń i zgonów noworodków (do szóstego dnia życia) o masie urodzeniowej ciała powyżej 500 g na 1000 żywych i martwych urodzeń stanowi ważny wskaźnik poziomu życia społeczeństwa, zdrowia matek, jakości opieki medycznej nad matkami i dziećmi podczas ciąży, porodu i porożenia. Wielkość tego wskaźnika zmniejsza się sukcesywnie, z wartości 19,5 w 1990 r. do 9,7 w 2000 r, i 6,0 w 2013 roku. Zależy przede wszystkim od częstości przedwczesnych porodów. Wskaźnik martwych urodzeń zmniejszył się w latach 2000–2013 z 5,6 do 3,8, natomiast wskaźnik zgonów noworodków z 4,1 do 2,3. Wartość wskaźnika umieralności okołoporodowej jest w Polsce geograficznie zróżnicowana. Najwyższe wartości ma w województwach: podlaskim (6,7) oraz opolskim i śląskim (6,5), najniższe zaś w województwach: lubelskim (4,4) i małopolskim (4,6).

W ostatnim czasie przywiązuje się większą wagę do martwych urodzeń jako niedoszacowanego do tej pory problemu zdrowotnego, którego rozmiary można zmniejszyć przez poprawę opieki medycznej podczas ciąży i porodu. W celu zmniejszenia częstości martwych urodzeń zaleca się działania mające na celu identyfikację i usuwanie czynników ryzyka (m.in. otyłości, palenia papierosów, opóźnianie decyzji prokreacyjnych), poprawę opieki medycznej podczas ciąży, wczesne rozpoznawanie hipotrofii płodu i szczegółową, przyczynową analizę każdego przypadku martwego urodzenia

Odsetek zgonów noworodków jest następstwem wcześniactwa, kiedy dziecko rodzi się przed terminem porodu, i hipotrofii – stanu, kiedy masa ciała noworodka jest mniejsza niż powinna być dla danego wieku ciążowego. Prawidłowy przebieg ciąży, wczesna identyfikacja czynników ryzyka, ich usuwanie lub zmniejszanie oddziaływania, odpowiedni poziom opieki medycznej podczas ciąży, porodu i porożenia wpływają na wynik ciąży, na częstość zgonów noworodków i niemowląt. Bardzo istotna jest poprawa organizacji opieki, jej właściwa koordynacja, wzmocnienie nadzoru specjalistycznego, wprowadzenie obowiązkowej analizy przyczynowej wszystkich zgonów. Konieczne jest zwiększenie liczby miejsc intensywnej opieki noworodkowej.

Za ważny czynnik rozwoju ekonomicznego, poziomu kulturowego i stanu opieki medycznej nad matkami i dziećmi uznaje się współczynnik zgonów niemowląt. W latach 2000–2014 współczynnik ten zmniejszył się z 8,1 do 4,2 na 1000 żywych urodzeń. W krajach sąsiadujących współczynnik ten jest mniejszy niż w Polsce (Czechy, Chorwacja, Słowenia), identyczny (Węgry) lub wyższy (Rosja, Ukraina). W krajach Europy Zachodniej jest często dwukrotnie mniejszy.

Udowodniono, że prawidłowa opieka medyczna nad kobietą przed ciążą, nad matką i dzieckiem podczas ciąży, porodu i po porodzie mają istotny wpływ na przebieg procesów prokreacji, zmniejszenie częstości jej niepowodzeń oraz na prawidłowy rozwój dziecka i jego zdrowie. Prawidłowy przebieg procesów prokreacji zależy też od czynników natury pozamedycznej. Istotne znaczenie mają: styl życia, sytuacja ekonomiczna rodzin i pojedynczych osób, polityka państwa, system prawny, czynniki natury psychologicznej.

Zagadnienia dotyczące zdrowia prokreacyjnego nie są obecnie w polityce zdrowotnej państwa doceniane, nie stanowią przedmiotu programów zdrowotnych, w tym Narodowego Programu Zdrowia. Jedyny program zdrowotny w tym obszarze dotyczy diagnostyki prenatalnej, czyli rozpoznawania nieprawidłowości rozwojowych dziecka przed jego

urodzeniem. Nie zwraca się natomiast uwagi na profilaktykę pierwotną zaburzeń zdrowia prokreacyjnego.

Stan zdrowia prokreacyjnego, jakość opieki nad matką i dzieckiem nie są w sposób ciągły i konsekwentny monitorowane. Promocja zdrowia i profilaktyka w większości województw pozostają poza zasięgiem zainteresowania instytucji i osób, które mają wpływ na poziom opieki medycznej nad matkami i dziećmi. Opieka szpitalna i ambulatoryjna, w tym środowiskowa, funkcjonują niezależnie od siebie, ordynatorzy oddziałów zostali pozbawieni możliwości kontroli, szkolenia, koordynacji. Opieka ambulatoryjna podczas ciąży jest prowadzona bez nadzoru, ciążę powikłaną nie są kierowane do poradni konsultacyjnych, bo ich zwykle nie ma. Wykorzystanie oddziałów patologii ciąży jest bardzo zróżnicowane. Z jednej strony – hospitalizuje się, bez istotnej potrzeby, kobiety ciężarne, na przykład z powodu ciąży w terminie porodu, z drugiej zaś nierzadko brakuje miejsc w ośrodkach referencyjnych, co uniemożliwia przetransportowanie kobiety z ciężkimi powikłaniami ciąży do ośrodka referencyjnego, by tam odbył się poród. W rezultacie w przypadkach powikłań kwalifikowana pomoc pojawia się za późno. Istnieją duże trudności w niektórych województwach ze skierowaniem do ośrodków referencyjnych przypadków zagrożenia przedwczesnym porodem.

Nie może zatem dziwić ciągle jeszcze niewystarczający postęp w zakresie zmniejszania umieralności okołoporodowej, zgonów niemowląt czy zgonów kobiet w związku z ciążą, porodem i położeniem. Zaniechanie indywidualnych analiz niepowodzeń położniczych (zgonów okołoporodowych płodów i noworodków), zerwanie związków pomiędzy poradniami dla kobiet, opieką środowiskową a szpitalami powoduje, że nie identyfikuje się niedociągnięć organizacyjnych oraz błędów wynikających z braku wiedzy czy wyszkolenia personelu medycznego.

Sytuacja w Polsce jest zróżnicowana. Są województwa, gdzie system trójstopniowej opieki okołoporodowej funkcjonuje lepiej, niedonoszone dzieci rodzą się w ośrodkach klinicznych. Są jednak i takie regiony, gdzie system ten funkcjonuje słabo, nie przywiązuje się znaczenia do profilaktyki, szkoły rodzenia są rzadkością, a szpitali przyjaznych dziecku wdrażających prawidłowo karmienie piersią nie ma wcale. W tych samych, zamożniejszych na ogół województwach umieralność okołoporodowa od wielu lat jest najwyższa, a programy naprawcze koncentrują się na zakupach nowoczesnego sprzętu, a nie na promocji zdrowia i lepszej organizacji opieki medycznej.

Duże różnice geograficzne wartości wskaźników dotyczących zdrowia prokreacyjnego wskazują, że są znaczne możliwości poprawy, m.in. w zakresie organizacji opieki medycznej, profilaktyki i promocji zdrowia. Tam, gdzie dużo jest zgonów okołoporodowych i wcześniactwa, częściej matki palą papierosy, więcej jest ciąż u młodocianych i u kobiet niezamężnych, gorsze są wyniki egzaminów maturalnych czy egzaminów dzieci kończących szkołę podstawową. W tych samych regionach więcej jest rozwodów, większa jest częstość zachorowań na nowotwory, krótszy jest czas trwania życia, mniejsze są też aspiracje edukacyjne młodego pokolenia. Zaskakujące jest, że nieprawidłowym wskaźnikom dotyczącym zdrowia prokreacyjnego nie towarzyszy gorszy poziom ekonomiczny społeczeństwa. Informacje te wskazują na to, że poprawa zdrowia prokreacyjnego jest dość skomplikowanym zadaniem, zależy od wielu czynników, nie tylko ekonomicznych.

W dniu 18 października 2012 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20.09.2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem. Niebawem wejdzie w życie zarządzenie MZ dotyczące organizacji opieki podczas ciąży patologicznej i powikłanego porodu. Inicjatywy tę należy ocenić pozytywnie. Wzrosnąć ma rola i kompetencje położnych, które będą mogły samodzielnie prowadzić ciążę i poród. Wdrożenie tych zasad do praktyki nie jest jednak do tej pory możliwe, ponieważ Narodowy Fundusz Zdrowia nie uwzględnia możliwości sprawowania opieki okołoporodowej przez położną, co przewiduje Rozporządzenie. Założeniem nowych przepisów była zmniejszona medykalizacja ciąży i porodu, co należy powitać z uznaniem. Założenia te będą jednak w praktyce niwelowane przez zalecenia, które tę medykalizację zwiększają, na przykład zalecenie badania ginekologicznego podczas każdej wizyty w ciąży, czterokrotnego badania ultrasonograficznego, wizyt co 2–3 dni w pierwszym tygodniu po terminie porodu, a po upływie tygodnia po terminie obowiązkowej hospitalizacji. Zalecenia te, znacznie zwiększą wydatki na opiekę położniczą podczas prawidłowo przebiegającej ciąży i porodu.

Rekomendacje kierunkowe

Konieczna jest rzetelna analiza sytuacji na poziomie ogólnokrajowym, ale przede wszystkim w regionach czy województwach; chodzi o działania rzeczywiste, a nie pozorne i zwrócenie szczególnej uwagi na profilaktykę pierwotną zaburzeń zdrowia prokreacyjnego. Potrzebna jest też edukacja społeczeństwa, oddziaływania w kierunku: poprawy życiowych aspiracji młodych ludzi, zwiększenia wśród nich wartości rodzicielstwa i rodziny, tworzenia rodzin i realizacji planów prokreacyjnych.

Jest również konieczne opracowanie i wdrożenie spójnego, ogólnopolskiego, międzysektorowego programu promocji zdrowia prokreacyjnego uwzględniającego zróżnicowane warunki i potrzeby lokalne, obejmującego działania w zakresie profilaktyki, leczenia chorób i restytucji zdrowia. Program ten powinien być dobrze zaplanowany, jego cele powinny być mierzalne i możliwe do osiągnięcia. Należy ustalić możliwe przeszkody, sposób monitorowania programu, inwestować w lepszą organizację, wiedzę, umiejętności, a niekoniecznie w sprzęt medyczny.

Konsekwentna realizacja rzetelnie zaprogramowanego programu będzie prowadziła do zmniejszenia częstości występowania przeszkód utrudniających realizację planów prokreacyjnych, zwiększenia szans na prawidłowy przebieg procesów związanych z tworzeniem i powiększaniem rodzin. W szczególności prowadziła będzie do zmniejszenia częstości przypadków niepłodności małżeńskiej, powikłań przebiegu ciąży i porodu, zgonów i ciężkich zachorowań kobiet w związku z ciążą, porodem i porodem, poronień samoistnych, wad rozwojowych, porodów przedwczesnych, martwych urodzeń oraz zgonów noworodków i niemowląt. Uwzględnione powinno być przy tym przestrzeganie praw matek i dzieci, dostępności do dobrze zorganizowanej, efektywnej opieki medycznej.

Podmiotami realizującymi poszczególne zadania mogą być zespoły współpracujących ze sobą instytucji: sprawujących opiekę medyczną nad matkami i dziećmi, zajmujących się

edukacją, promocją prozdrowotnych zachowań, prowadzących działalność naukowo-badawczą, organizacji pozarządowych i jednostek samorządu terytorialnego. Wybór realizatorów zadań powinien być dokonywany na drodze/w ramach konkursu ofert, przeprowadzonego przez Ministra Zdrowia nadzorującego przebieg realizacji poszczególnych zadań, corocznie przedstawiającego Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej raport z realizacji zadań wraz z propozycjami zmian celów dotyczących poprawy stanu zdrowia prokreacyjnego i metod ich realizacji.

Rekomendacje szczegółowe

- Kształtowanie wśród dziewcząt i chłopców – przyszłych rodziców – prozdrowotnych postaw i odpowiedzialności za własne zdrowie, prawidłowego stylu życia, przeciwdziałanie zachowaniom niesprzyjającym zdrowiu prokreacyjnemu: przedwczesnej inicjacji seksualnej, uzależnieniom i chorobom przenoszonym drogą płciową.
- Wychowywanie dzieci i młodzieży do życia w rodzinie, do chętnego i odpowiedzialnego podjęcia przez nich przyszłych rodzicielskich ról, propagowanie wstrzemięźliwości seksualnej, szerzenie afirmacji płodności i konieczności jej ochrony.
- Upowszechnianie w społeczeństwie zachowań sprzyjających trosce o płodność i realizacji planów prokreacyjnych.
- Przygotowanie i realizacja programu prewencji niepłodności.
- Organizacyjne i finansowe wspomaganie stosowania nowoczesnych metod postępowania w przypadkach niepłodności, tworzenie ośrodków zajmujących się kompleksową diagnostyką oraz leczeniem niepłodności, zapewnienie dostępności różnych metod dostosowanych do etyczno-moralnych poglądów pacjentów.
- Upowszechnienie poradnictwa przedciążowego w celu zmniejszenia częstości poronień, wad rozwojowych u potomstwa i innych niepowodzeń położniczych. Wspieranie i upowszechnianie metod rozpoznawania płodności.
- Przygotowanie i realizacja programu prewencji wcześniactwa i zmniejszania jego skutków.
- Poprawa dostępności, skuteczności i jakości zintegrowanej trójstopniowej okołoporodowej opieki medycznej, dostosowanej do potrzeb i oczekiwań rodziców.
- Upowszechnienie inicjatywy „Szpital Przyjazny Dziecku” przez włączenie wszystkich szpitali do realizacji programu promocji karmienia piersią.
- Zmniejszenie zagrożeń dla zdrowia prokreacyjnego kobiet (w tym zaburzeń płodności, powikłań następnych ciąż i porodów) i zdrowia dzieci przez ograniczanie częstości wykonywania cięć cesarskich.
- Przygotowanie i wdrożenie modelu „porodu domowego” w szpitalu.
- Zorganizowanie i wdrożenie nadzoru merytoryczno-organizacyjnego i ordynatorskiego, usprawnienie nadzoru specjalistycznego w opiece zdrowotnej nad matką i dzieckiem.
- Edukacja i wsparcie rodziców przed porodem (dostępne, bezpłatne szkoły dla rodziców) i po porodzie w celu ułatwienia im radzenia sobie w trudnościach dotyczących zdrowia matki, dziecka i funkcjonowania powiększającej się rodziny.

- Zapewnienie kompleksowej środowiskowej opieki medycznej nad matkami i noworodkami, uwzględniającej karmienie naturalne.
- Zapewnienie równego dostępu do świadczeń profilaktyczno-leczniczych oraz pomocy socjalnej rodzinom wielodzietnym, ze środowisk zaniedbanych ekonomicznie i kulturowo, rodzinom niewydolnym wychowawczo bądź patologicznym, przeciwdziałanie zdrowotnym następstwom ubóstwa, marginalizacji i wykluczenia społecznego.
- Udoskonalenie i konsekwentne wdrażanie systemu zbierania informacji pozwalającego na systematyczne prowadzenie analiz umożliwiających identyfikację czynników ryzyka, analizę przyczyn niepowodzeń i powikłań zdrowotnych oraz optymalizację opieki medycznej i usprawnianie postępowania profilaktyczno-leczniczego.
- Monitorowanie wyposażenia podmiotów leczniczych, systemu szkolenia oraz zasobów kadr medycznych.
- Usunięcie niedoborów lekarzy ginekologów, neonatologów i pediatrów, anestezyjologów oraz pielęgniarek i położnych, zapewnienie im stabilizacji zawodowej.
- Poprawa systemu finansowania opieki zdrowotnej nad matkami i dziećmi uwzględniającego nie tylko koszty leczenia, ale również promocji zdrowia, sprzyjającego wprowadzaniu nowych technologii medycznych.
- Tworzenie prawa sprzyjającego prawidłowemu przebiegowi procesów prokreacji.
- Wspieranie prac naukowo-badawczych oraz opracowań dotyczących oceny i wpływu na zdrowie prokreacyjne czynników ryzyka, sytuacji demograficznej i epidemiologicznej, społecznych uwarunkowań zdrowia oraz prognozowania kierunków zmian.
- Wspieranie lokalnych inicjatyw prozdrowotnych, współpraca z organizacjami pozarządowymi.
- Szkolenia personelu medycznego w zakresie sposobu komunikowania się z pacjentkami i ich rodzinami oraz w zakresie poszanowania praw pacjenta.

CEL SZCZEGÓŁOWY 2. Poprawa stanu zdrowia i warunków rozwoju dzieci i młodzieży

Charakterystyka demograficzna

Od początku XXI wieku obserwujemy w Polsce głębokie przekształcenia struktury ludności według wieku, co wyraża się m.in. w znacznym spadku liczby dzieci. Zbiorowość dzieci w wieku 0–14 lat zmalała w okresie 2002–2014 z 6 804,2 tys. do 5 764,2 tys., tj. o 1040,0 tys., czyli o 15,3%, co było rezultatem stałego spadku liczby urodzeń. Udział względny populacji 0–14 lat w ogólnej liczbie ludności zmalał z 17,8% w 2002 r. do 15,0% w końcu 2014 roku. Niskie jest miejsce naszego kraju w rozwoju liczebnym omawianej populacji wśród krajów europejskich. Polska – wykazując w latach 2000–2014 ubytek dzieci w wieku 0–14 lat (stanowiący –24,6%) – lokuje się wśród 36 państw na 33. miejscu. Za Polską pozostawały tylko: Litwa, Łotwa i Rumunia z wyraźnie wyższymi ujemnymi wskaźnikami.

Z danych GUS wynika, że *populacja w wieku przedprodukcyjnym 0–17 lat* w końcu 2002 r. liczyła 8 663,7 tys. osób, a jej udział w ogólnej liczbie ludności stanowił 22,7%. Po

roku 2002, wskutek bardzo niskiego poziomu urodzeń, liczba ludności w wieku 0–17 lat systematycznie się zmniejszała i w końcu 2014 r. liczyła 6 943,0 tys. osób, co oznacza, w stosunku do stanu z 2002 r., spadek o 1720,7 tys., czyli o 19,9%. Udział populacji w wieku przedprodukcyjnym w ogólnej liczbie ludności w końcu 2014 r. wynosił 18,0% i w stosunku do 2002 r. zmniejszył się o 4,7 pkt. procentowego.

Do edukacyjnych grup wieku zalicza się roczniki, które wymagają szczególnej opieki ze strony państwa i społeczeństwa. Mamy tu na uwadze dzieci w tzw. wieku żłobkowym i przedszkolnym, w wieku szkoły podstawowej, gimnazjalnym i licealnym oraz w wieku szkoły wyższej. Zbiorowość ta obejmuje dość dużą grupę wiekową 0–18 lat.

Subpopulacja dzieci w wieku 0–2 lata w latach 2002–2014 zwiększyła się wprawdzie o 33,3tys., tj o 3,1%, jednak na koniec 2014 r. – w stosunku do 2012 r. – zmniejszyła się o 65,1 tys. i liczyła 1124,9 tys. osób.

Kolejna grupa – dzieci w wieku przedszkolnym 3–6 lat – w okresie 12 lat wzrosła o 69,1 tys., tj 4,3%, jednak na koniec 2014 r. – w porównaniu z rokiem poprzednim – zmalała o 7,9 tys. i liczyła 1676,5 tys. osób.

W okresie 31 XII 2002 r.–31 XII 2014 r. subpopulacja w wieku szkoły podstawowej (7–12 lat) zmniejszyła się o 758,6 tys. osób, tj. o 25,5%, a jej udział w ogólnej liczbie ludności wyniósł 5,8%, czyli skurczył się o 2,0 pkt. procentowe.

Subpopulacja młodzieży w wieku gimnazjalnym (13–15 lat) zmalała w okresie 12 lat o 588,4 tys. osób, czyli o 34,4%. Jej udział w ogólnej liczbie ludności stanowił 2,9%, zmalał więc o 1,6 pkt. procentowe.

Subpopulacja młodzieży w wieku licealnym (16–18 lat), zmniejszyła swą liczebność w latach 2002–2014 o 730,9 tys. osób, czyli o 37,4%. Udział tej zbiorowości w ogólnej liczbie ludności wynosił w końcu 2014 r. 3,2%, w stosunku do 2002 r. zmniejszył się o 1,9 pkt. procentowego.

Z malejącej liczby dzieci i młodzieży wynikają określone – doraźne i odłożone w czasie – skutki dla polityki edukacyjnej oraz dla wielu innych dziedzin życia społecznego. Skoro już dziś notujemy znacznie większy spadek liczby uczniów w szkołach podstawowych i średnich niż kilka lat temu, to takie samo zjawisko w nadchodzących latach będzie się nasilać w szkołach wyższych. Potęgować się będą znane już dziś negatywne zjawiska związane z niżem demograficznym. Ta sama mniej liczna populacja po ukończeniu szkoły średniej i wyższej będzie podejmować pracę, czyli kształtować negatywne zjawiska na rynku pracy, zwłaszcza w sferze wykwalifikowanych kadr.

Można temu przeciwdziałać przez stymulowanie wzrostu liczby urodzeń i ograniczanie odpływu młodych ludzi za granicę na pobyt stały i okresowy. Są to istotne wyzwania dla perspektywicznej polityki społecznej i ludnościowej w naszym kraju.

W ostatnich latach kształtuje się w Polsce przychylny klimat dla aktywnej polityki rodzinnej. W sposób istotny przyczyniły się do tego oceny i wnioski prezentowane na I i II Kongresie Demograficznym oraz na wielu konferencjach i seminariach naukowych wskazujących zagrożenia płynące z regresu demograficznego w naszym kraju.

Zgodnie z wynikami opublikowanej przez GUS w 2014 r. nowej prognozy demograficznej w Polsce do 2050 r. wystąpią znaczne przemiany ludnościowe, przede wszystkim systematyczne zmniejszanie się liczby ludności i postępujący proces starzenia społeczeństwa. Ubytek ludności – w stosunku do 2013 r. – wyniesie w końcu horyzontu

prognozy 4545 tys. osób. Prognozowany jest stały spadek liczby urodzin – do 254,7 tys. w 2050 r., a więc o blisko 30% mniej niż w 2013 roku.

Wyniki prognozy potwierdzają, że do 2050 r. wystąpi znaczne zmniejszenie liczby dzieci w wieku 0–14 lat, a ubytek ten w stosunku do 2013 r. szacowany jest na 1,65 mln (do 4,1 mln w 2050 r.), co stanowi 71,4 % ich liczby w roku bazowym prognozy.

W prognozowanym okresie, spodziewany jest znaczący, systematyczny ubytek ludności w wieku przedprodukcyjnym (0–17lat) z 6 995 tys. osób do 4 963 tys. osób, czyli o ponad 2 mln, tj. o 29,0%.

W stosunku do roku 2013 przewidywane są w 2050 r. pokaźne ubytki liczebności wszystkich edukacyjnych grup wieku: populacja 0–2 lata zmaleje o 31,5%; 3–6 lat – o 34,9%; 7–12 lat – o 23,1%; 13–15 lat – o 27,0%; 16–18 lat – o 33,3%.

Diagnoza głównych problemów zdrowotnych dzieci i młodzieży w Polsce

Ograniczanie umieralności dzieci i młodzieży jako priorytetowy cel medycyny wieku rozwojowego

Mimo występujących problemów w opiece nad matką i dzieckiem **jednym z najbardziej spektakularnych osiągnięć ostatniego ćwierćwiecza (1990–2014) w Polsce, jest bardzo znaczące obniżenie się umieralności niemowląt.** Współczynnik umieralności niemowląt jest najbardziej syntetycznym, obiektywnym i najczęściej używanym do porównań międzynarodowych, miernikiem stanu zdrowia dzieci, a także rzetelną miarą poziomu cywilizacyjnego danego kraju w dziedzinie zdrowotności społeczeństwa.

W 1990 r. zmarło 10,6 tys. niemowląt (19,3‰), w 2000 r. pierwszego roku życia nie przeżyło 3,1 tys. niemowląt (8,1‰ – jedyny osiągnięty spośród 18 zakładanych celów Programu „Zdrowie dla Wszystkich w 2000r.”).

Według opublikowanego w listopadzie 2008 r. Raportu Narodowego Instytutu Zdrowia–PZH, spadek umieralności niemowląt w Polsce uległ zahamowaniu w 2007 r., a poziom umieralności był jeszcze wyraźnie (o 1/4) wyższy od przeciętnego w UE, przy czym głównym problemem była umieralność wczesna niemowląt (tzn. w pierwszym tygodniu życia), która w dużym stopniu zależy od jakości opieki medycznej. Diagnozę tę potwierdziły dane z dwóch kolejnych lat – 2008 i 2009 – kiedy to współczynnik umieralności niemowląt wyniósł 5,6‰.

W 2010 roku, po raz pierwszy w historii polskiej perinatologii i pediatrii, współczynnik umieralności niemowląt spadł poniżej 5,0‰ (zmarło 2,1 tys. niemowląt, 4,95‰). Od 2011 r. współczynnik ten utrzymuje się poniżej 5,0 na 1000 urodzeń żywych, przy czym w 2013 r. po raz pierwszy zarówno współczynnik zgonów dziewczynek, jak i chłopców nie przekroczył granicy 5‰. W roku 2014 obserwowano dalszy spadek umieralności niemowląt – 1583 zgony, tj. 4,2‰ (w miastach 4,1‰, na wsi 4,4‰). Współczynnik umieralności niemowląt wyniósł 4,5‰ dla chłopców i tylko 3,9‰ dla dziewczynek.

W ostatnich latach, w porównaniu z okresem wcześniejszym, jest obserwowany także znaczący spadek wartości współczynnika umieralności okołoporodowej: z 9,7 na 1000

urodzeń ogółem (żywych i martwych) w 2000 r. do 6,8 w 2010 r. i 5,6 w 2014 roku. Współczynnik ten był wyższy na wsi (5,8) niż w mieście (5,5). Duże są różnice między najwyższymi i najniższymi wartościami tego współczynnika w poszczególnych województwach. Najwyższy współczynnik miały województwa: podlaskie (6,7), śląskie i opolskie (6,5), a najniższy województwa: lubelskie (4,4), małopolskie (4,6) i świętokrzyskie (4,7).

Choć licznych przyczyn systematycznego spadku umieralności okołoporodowej i umieralności niemowląt należy się doszukiwać pośród czynników społeczno-ekonomicznych i środowiskowych, to nie ulega wątpliwości, że istotną rolę odgrywa także poprawa opieki perinatalnej. Niemniej jednak, mimo występującej tendencji spadkowej, ciągle współczynniki zgonów niemowląt w Polsce dwukrotnie przewyższają wartości notowane w przodujących pod tym względem krajach. Istotnym problemem jest nadal silne międzywojewódzkie zróżnicowanie umieralności niemowląt. W 2014 r. wskaźnik umieralności niemowląt w województwach o najwyższym wskaźniku : zachodniopomorskim – 5,3‰ i podkarpackim – 5,0‰, znacząco odbiegał od województw, w których odnotowano najniższe wskaźniki: świętokrzyskiego – 3,1‰, małopolskiego – 3,2‰ i pomorskiego – 3,3‰. Dlatego nadal niezbędne jest prowadzenie pogłębionych analiz uwarunkowań umieralności niemowląt oraz efektywności podejmowanych w tym zakresie systemowych działań prewencyjno–lecniczych. Temu celowi powinny służyć postulowane przez Rządową Radę Ludnościową w dwóch ostatnich *Raportach o sytuacji demograficznej Polski* szczegółowe analizy dotyczące czynników wpływających na istotne zróżnicowanie umieralności niemowląt między województwami i powiatami w tych województwach, gdzie średnioroczny z lat 2002–2014 współczynnik umieralności niemowląt ukształtował się na wysokim poziomie. W okresie 2002–2014 relatywnie najkorzystniejsza sytuacja (4,9–5,4 zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych) występowała w województwach: mazowieckim, opolskim, małopolskim, warmińsko-mazurskim, świętokrzyskim, łódzkim, podlaskim, i pomorskim. Średnio w tym czasie najgorzej w omawianej dziedzinie (5,9–6,8 zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych) było przede wszystkim w województwach: zachodnich i południowo-zachodnich (dolnośląskim, śląskim, zachodniopomorskim, lubuskim, kujawsko-pomorskim) oraz południowo-wschodnich (podkarpackie i lubelskie). Warunkiem dalszego postępu w tym zakresie jest zwalczanie egzogenicznych, w większości poddających się zapobieganiu przyczyn zgonów. Przyczyną ponad połowy zgonów niemowląt są choroby i stany okresu okołoporodowego, 1/3 zgonów spowodowana jest wadami rozwojowymi, a pozostałe zgony są skutkiem chorób nabytych w okresie niemowlęcym lub urazów. Szczególna uwaga powinna być zogniskowana na ograniczeniu tzw. wczesnej umieralności noworodków (obecnie ponad połowa ogółu zgonów w pierwszym roku życia) oraz na zniwelowaniu różnic w umieralności niemowląt między regionami geograficznymi. **Stawką jest uratowanie życia około 800 niemowląt w skali jednego roku.**

W Polsce notuje się także spadek umieralności dzieci i młodzieży, najszybszy w grupie wiekowej 1–4 lata. Najczęstszą przyczyną zgonów dzieci i młodzieży w wieku 1–19 lat są urazy i zatrucia, które odpowiadają za ponad połowę zgonów, przy czym w populacji 15–19 lat przyczyniają się do ponad 60% wszystkich zgonów. Są to przede wszystkim urazy spowodowane wypadkami komunikacyjnymi (prawie 50% zgonów w wyniku urazów). Wśród zgonów spowodowanych urazami zamierzonymi szczególnie musi niepokoić to, że co

czwarty zgon z powodu ogółu urazów wynika z zamachu samobójczego i w Polsce od lat utrzymują się stosunkowo wysokie wskaźniki samobójstw w populacji wiekowej 6–19 lat.

Z doświadczeń międzynarodowych wynika, że tylko nastawienie na prewencję pierwotną przynosi pożądany efekt w postaci obniżenia liczby powypadkowych zgonów. Nastawienie na leczenie, z pomijaniem prewencji, przynosi w skali kraju jedynie wzrost wskaźników inwalidztwa powypadkowego. Głównymi metodami skutecznej prewencji są działania legislacyjne, modyfikacja środowiska i edukacja społeczeństwa, monitorowane i skoordynowane w ramach centralnego programu polityki zdrowotnej państwa. Brak krajowego programu zapobiegania wypadkom i urazom u dzieci oraz ograniczenia ich następstw zdrowotnych i społecznych, z uwzględnieniem problematyki przemocy i samobójstw, jest jednym z najbardziej palących problemów w systemie ochrony zdrowia. **Stawką jest uratowanie życia ok. 750 dzieci i młodzieży rocznie.**

Najczęstszą chorobową przyczyną zgonów dzieci i młodzieży są nowotwory – prawie 13% zgonów ogółem. W ostatnich dwóch dekadach nastąpił w Polsce ogromny postęp w zakresie diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych oraz wad rozwojowych, w tym wad serca u dzieci. Przyczyniły się do tego wysiłki środowiska hematologów dziecięcych oraz kardiologów i kardiochirurgów dziecięcych, którzy potrafili nie tylko wyszkolić kadry medyczne, zorganizować dobrze wyposażone ośrodki wysokospecjalistyczne, zapewnić kompleksową, odpowiadającą światowym standardom opiekę dla chorych dzieci, ale także zachęcić do ścisłej współpracy lekarzy pierwszego kontaktu. Utrzymanie tych spektakularnych osiągnięć wymaga jednak zapewnienia odpowiedniego poziomu finansowania.

Analizując dane o umieralności należy mieć na uwadze to, że ocena sytuacji zdrowotnej dokonywana na podstawie współczynników umieralności nie jest oceną najpełniejszą i ma, szczególnie w odniesieniu do populacji wieku rozwojowego, bardzo ograniczoną wartość. Takie mierniki nie nadają się do oceny skuteczności działań z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej – przede wszystkim z definicji są bowiem ukierunkowane na problem zdrowotny, a nie na osobę, a podejście uznające dziecko za podmiot oceny stanowi klucz do racjonalnego inwestowania w rozwój oraz w zdrowie dzieci i ludzi młodych. Wszelkie działania na rzecz poprawy sytuacji zdrowotnej młodego pokolenia powinny być realizowane na podstawie solidnych informacji odnoszonych do wielu aspektów zdrowia i jego uwarunkowań.

Poprawa stanu zdrowia dzieci i młodzieży jako priorytetowy cel polityki zdrowotnej państwa, obejmujący obszary promocji zdrowia, profilaktyki zagrożeń zdrowotnych i chorób oraz restytucji zdrowia

W celu możliwie wiarygodnej oceny kondycji zdrowotnej młodego pokolenia wykorzystano liczne materiały źródłowe, w tym: raporty, dokumenty i publikacje Rządowej Rady Ludnościowej (RRL), analizy i publikacje Głównego Urzędu Statystycznego (GUS), opracowania instytutów naukowo-badawczych, ministerstwa zdrowia (MZ) i głównego inspektoratu sanitarnego (GIS).

Solidnym źródłem danych do oceny sytuacji zdrowotnej dzieci i młodzieży jest Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia (European Health Interview Survey – EHIS).

Badanie to, realizowane w Polsce przez GUS cyklicznie co pięć lat, umożliwia poznanie sytuacji zdrowotnej mieszkańców Unii Europejskiej w powiązaniu z charakterystyką demograficzno-społeczną oraz miejscem zamieszkania. Najnowsze badanie w Polsce (poprzednie: w 1996 r., 2004 r. i 2009 r.) zostało przeprowadzone w IV kwartale 2014 r. w 12,2 tys. wylosowanych gospodarstw domowych, w których zbadano 28 826 osób, mieszkających na obszarach miejskich i wiejskich całego kraju, w tym 24 156 osób w wieku 15 i więcej lat oraz 4670 dzieci w wieku 0–14 lat. Uzyskane wyniki są reprezentatywne na poziomie kraju, a wybrane informacje – również na poziomie województw. Badanie EHIS zostało przeprowadzone według zharmonizowanej metodologii (co do zakresu tematycznego i zastosowanych narzędzi badawczych), wspólnej dla krajów UE. Kwestionariusz badania obejmował 4 moduły: 1) zmienne podstawowe (charakterystykę demograficzno-społeczną respondenta oraz gospodarstwa domowego), 2) stan zdrowia, 3) korzystanie z usług medycznych, 4) determinanty zdrowia.

Nieocenionym źródłem rzetelnych informacji o kondycji młodego pokolenia są Międzynarodowe Ankiety Badania nad Zachowaniami Zdrowotnymi Młodzieży Szkolnej (Health Behaviour in School-aged Children – HBSC) wykonywane w Polsce od 1989 roku. Badania ankietowe przeprowadzone w roku szkolnym 2013/20146 dotyczą 4545 uczniów w trzech grupach; średni wiek odpowiednio: 11,6; 13,6 i 15,6 roku. Jest to reprezentatywna próba ogólnopolska, pochodząca z wszystkich województw. Zakres tematyczny kwestionariusza był zróżnicowany dla trzech grup wieku, znacznie skrócony w najmłodszej grupie. Tylko w najstarszej grupie pytano o używanie marihuany, zachowania seksualne oraz wiek inicjacji w zakresie ryzykownych zachowań ryzykownych. Istotnym walorem badań HBSC jest uwzględnienie szerszych uwarunkowań socjoekonomicznych związanych z miejscem zamieszkania, strukturą rodziny i jej zamożnością.

Ogólna ocena stanu zdrowia dzieci i młodzieży

Według *EHIS-2014*, na podstawie subiektywnych ocen stanu zdrowia odnotowuje się wprawdzie w ostatnich latach wzrost odsetka ocen bardzo dobrych (obecnie prawie 50%) i niewielki udział ocen złych (obecnie nieco ponad 1%), to jednak pogłębione oceny przynoszą wiele napawających niepokojem informacji o rzeczywistym stanie zdrowia dzieci i młodzieży.

Według *EHIS-2009* ponad jedna czwarta dzieci w wieku 0–14 lat chorowała – częściej niż w badaniu sprzed pięciu lat – na choroby przewlekłe, niemal co szóste dziecko miało długotrwałe problemy zdrowotne, w tym ograniczające jego aktywność w porównaniu z rówieśnikami, u niemal 180tys. dzieci odnotowano niepełnosprawność. Prawie co czwarty młody człowiek w wieku 15–19 lat cierpiał na chorobę przewlekłą, u jednej piątej populacji występowały długotrwałe problemy zdrowotne, u ponad 100 tys. młodzieży stwierdzono niepełnosprawność. Także co czwarty młody człowiek w wieku 15–19 lat odczuwał ból i dyskomfort fizyczny w ciągu ostatnich 4 tygodni przed badaniem i podobny był udział młodzieży uskarżającej się stale lub przez większość dni na złe samopoczucie psychiczne.

Według wstępnych wyników *EHIS-2014* co czwarte dziecko ma długotrwałe dolegliwości zdrowotne lub choroby przewlekłe. Częściej dotyczą one chłopców niż dziewczynek (odpowiednio 29% i 23%). 15% dzieci choruje na różnego rodzaju alergię, tj.

nieznacznie mniej niż w końcu 2009 r. (17%). Kolejne najczęściej występujące schorzenia wśród dzieci to choroby oka – prawie 5% oraz astma – 4%. Na częste bóle głowy cierpi blisko 2% dzieci, a na choroby kręgosłupa – 1,6%.

Choroba przewlekła może zaburzać rozwój dziecka, a także utrudniać realizację zadań edukacyjnych, ujemnie wpływać na funkcjonowanie dziecka w szkole, na co ma także wpływ słaba dostępność i niska jakość specjalistycznej opieki medycznej nad dzieckiem przewlekłe chorym oraz niska jakość lub brak opieki pielęgniarki szkolnej. Nie wszyscy nauczyciele są przygotowani do pracy z uczniem przewlekłe chorym – chodzi o niezajomość specyfiki jego zaburzeń, stanu psychofizycznego, potrzeb, zasad udzielania pomocy przedmedycznej w przypadku wystąpienia objawów wymagających pomocy.

Nie można pominąć faktu, że każda choroba przewlekła ma swoją specyfikę – odmienny przebieg, skutki, rokowanie i w różny sposób może wpływać na potrzeby dziecka, jego przystosowanie do szkoły, wymagań dydaktycznych i środowiska społecznego. Dzieci przewlekłe chore mają zarówno bezpośrednie i pośrednie potrzeby medyczne, jak również potrzeby edukacyjne, socjalne, potrzeby życia codziennego. Spełnienie tych potrzeb ma na celu nie tylko poprawę diagnostyki, leczenia, rokowania, ale także poprawę jakości życia dziecka i rodziny. Problemy z wypełnianiem tych potrzeb narastają, gdy dzieci i rodzice żyją w niedostatku, gdy spotykają się ze słabą orientacją lekarza co do choroby, brakiem zrozumienia z jego strony, brakiem wsparcia.

Z danych EHIS-2014 wynika, że w ciągu dwóch tygodni poprzedzających badanie leki stosowano u prawie 58% dzieci. Były to zarówno leki przepisane przez lekarza, jak i leki bez recepty. Najwięcej leków z recepty lekarskiej podawano najmłodszym dzieciom (0–4 lata). Bardzo często podawano także leki bez recepty, które zgodnie z wynikami badania zażywało co najmniej 40% dzieci do lat 14.

Różnego rodzaju wypadki, urazy i zatrucia dotyczą, według EHIS–2009, 4,4% populacji dzieci oraz 7,4% populacji młodzieży, przy czym prawie 200 tys. uczniów uległo wypadkowi w czasie nauki lub pobytu w placówce wychowawczej; w 2009 r. prawie 13 tys. dzieci leczono w szpitalnych oddziałach ratunkowych. Ponad 300 tys. dzieci i ponad 210 tys. młodych ludzi było w ciągu ostatniego roku przed badaniem narażonych na przestępstwo, przemoc, akty wandalizmu w domu lub w pobliżu miejsca zamieszkania.

Co szósty dorastający chłopiec ma nadwagę i otyłość – jest to zjawisko notowane trzykrotnie częściej niż u dziewcząt, natomiast niedowaga występuje u co szóstej dorastającej kobiety – blisko dwukrotnie częściej u chłopców. Niezadowolenie z wyglądu jest większym problemem u dziewcząt i może być przyczyną podejmowania szkodliwych dla zdrowia restrykcyjnych diet odchudzających.

Picie alkoholu deklaruje niemal połowa młodzieży płci męskiej i co trzecia dziewczyna. Co czwarta osoba w tym wieku jeden raz w miesiącu, co trzecia jeden raz w tygodniu lub częściej konsumuje jednorazowo co najmniej 60 g czystego alkoholu.

Co czwarte dziecko jest narażone w domu na wdychanie dymu tytoniowego. Wśród młodzieży w wieku 15–19 lat co szósty mężczyzna i co dwunasta kobieta palą papierosy, a spośród palących blisko dwie trzecie osób wypala 10 i więcej papierosów dziennie, natomiast prawie jedna piąta pali od ponad pięciu lat.

Wyniki *HBSC-2014* wskazują, że okres między 11. a 15. rokiem życia stanowi etap burzliwych przemian samopoczucia i stylu życia młodzieży, co może wpływać na pogorszenie jej aktualnej kondycji zdrowotnej, a także na problemy zdrowotne i społeczne w późniejszych latach życia.

W latach 2010–2014 nastąpiła poprawa pewnych zachowań, w szczególności spadek częstości grania w gry komputerowe w dniach szkolnych oraz spadek częstości upijania się. Na uwagę zasługuje poprawa zachowań żywieniowych i aktywności fizycznej, a więc czynników chroniących przed nadwagą i otyłością. Ta pozytywna tendencja współwystępuje ze spadkiem odsetka młodzieży z nadmiarem masy ciała i z ograniczeniem niekorzystnych zachowań żywieniowych (jedzenia słodczy i picia słodzonych napojów). Odnotowano natomiast pogorszenie innych wskaźników, przede wszystkim dotyczących nasilenia stresu szkolnego oraz znaczącego wzrostu częstości używania marihuany, głównie wśród dziewcząt.

Zwraca też uwagę nasilenie wielu wskaźników związanych z chorobowością, w tym znaczący wzrost częstości występowania urazów wymagających pomocy medycznej oraz coraz częstsze odczuwanie subiektywnych nieswoistych dolegliwości.

W okresie 2010–2014 zaobserwowano stopniowe wyrównywanie się różnic związanych z płcią w zakresie zachowań ryzykownych, co było prognozowane już na podstawie wcześniejszych trendów. Obecnie nie stwierdza się, przy porównaniu chłopców i dziewcząt, różnic dotyczących regularnego palenia tytoniu, powtarzających się epizodów upicia się, a w populacji 15-latków – różnic w odniesieniu do palenia marihuany oraz inicjacji seksualnej. W świetle danych z 2014 r. dziewczęta mają ogólnie gorsze samopoczucie, odczuwają silniejszy stres szkolny, częściej można u nich zauważyć negatywną samoocenę masy ciała, częściej nie zjadają śniadań i podejmują, często nieuzasadnione, próby odchudzania. W grupie zachowań zdrowotnych należy zwrócić uwagę na ich niską aktywność fizyczną i spędzanie większej niż w przypadku chłopców ilości czasu przy komputerze na zajęciach innych niż gry (w których zdecydowanie przeważają chłopcy). U chłopców częściej notuje się nadwagę i niekorzystne wybory żywieniowe (oprócz jedzenia słodczy), mają oni większą niż dziewczęta skłonność do urazów, gorzej postrzegają szkołę, swoje osiągnięcia szkolne i wsparcie ze strony kolegów, częściej sięgają po alkohol i marihuanę oraz częściej podejmują zachowania agresywne (bójki, bullying). W większości przypadków jest obserwowane systematyczne pogarszanie się wskaźników w kolejnych grupach wieku.

Wiele wskaźników w *HBSC* pogarsza się w środowisku wielkomiejskim, gdzie młodzież częściej ulega urazom, obniża się jej ogólne zadowolenie z życia, więcej czasu spędza przy grach komputerowych. Prawie zawsze uprzywilejowana bywa młodzież mieszkająca z obojgiem biologicznych rodziców, natomiast w rodzinach niepełnych lub zrekonstruowanych wzrasta zagrożenie substancjami psychoaktywnymi, wczesną inicjacją seksualną i przemocą. Niemal wszystkie wskaźniki pogarszają się w rodzinach ubogich.

Według *EHIS-2009* ponad 1,1 mln pacjentów do 18. roku życia było leczonych w szpitalach, w izbach przyjęć lub w szpitalnych oddziałach ratunkowych, natomiast w ramach ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej udzielono dzieciom i młodzieży 14,9 mln porad, a w podstawowej opiece zdrowotnej – 37,3 mln porad.

Przedmiotem uzasadnionego niepokoju jest niezadowalający stan opieki nad dziećmi i młodzieżą z zaburzeniami zdrowia psychicznego wynikający z jednej strony ze wzrostu chorobowości, a z drugiej – z niedostatecznej liczby psychiatrów dziecięcych. Wiek

dorastania jest okresem realizacji zachowań czasami ryzykownych zachowań. Utrwalone w tym okresie rozwoju postawy i zachowania mogą wywrzeć wpływ na całe przyszłe życie. Problemy zdrowia psychicznego w okresie dorastania często przejawiają się w formie agresji i przemocy wobec innych osób i wobec samego siebie. Stany depresyjne wśród dzieci i młodzieży przyczyniają się na ogół do pogorszenia osiągnięć edukacyjnych, do zachowań antyspołecznych, nadużywania alkoholu, narkomanii oraz do ciężkich zaburzeń odżywiania. Obserwuje się narastanie występowania problemów psychospołecznych w populacji wieku rozwojowego; w zależności od metodologii badań notuje się te problemy wśród 10% do 50% populacji.

Wyniki większości badań wskazują na związek przemocy w domu z takimi dysfunkcjami rodzinnymi, jak: rozwód emocjonalny pomiędzy małżonkami, częstość kar fizycznych, brak ciepła w procesie wychowywania, a także choroba psychiczna lub alkoholizm jednego z partnerów.

Także grupa rówieśnicza, która dla młodzieży stanowi źródło siły i oparcia, zwłaszcza w procesie separacji od rodziców, może stać się źródłem zagrożeń dla zdrowia psychicznego. W sytuacji względnie małej dostępności rodziców, to właśnie grupa rówieśnicza zaczyna odgrywać coraz ważniejszą rolę w życiu młodzieży.

Ujawniane w ostatnich latach przypadki krzywdzenia seksualnego dzieci wywołują głębokie poruszenie opinii publicznej, która domaga się podjęcia skutecznych środków zaradczych. Uraz związany z doznanym cierpieniem – często przeżywanym w milczeniu – wywiera głęboki, negatywny wpływ na zdrowie i rozwój dziecka w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym. Skutki krzywdzenia seksualnego w dzieciństwie rozciągają się na całe dorosłe życie ofiary. Dramat seksualnego wykorzystywania i molestowania dzieci jest pogłębiany nie tylko w wyniku przedostających się do opinii publicznej informacji o rozległości i brutalności urazów (śmierć dziecka, kazirodztwo, prostytutka, handel żywym towarem, pornografia), lecz także przez fakt, iż sprawcami są na ogół osoby dorosłe z bliskiego otoczenia dziecka – z rodziny, spośród znajomych, opiekunów, a także spośród osób, które wykonują swój zawód w kontakcie z dziećmi. Wspólną cechą krzywdzenia seksualnego w takich okolicznościach jest wielokrotność i długotrwałość urazu doznawanego przez dziecko.

Promocja zdrowia i profilaktyka zagrożeń zdrowotnych i chorób

Promocja zdrowego żywienia ogrywa istotną rolę w każdym wieku. Od sposobu żywienia matki przed oraz w czasie trwania ciąży może zależeć prawidłowy przebieg ciąży, rozwój dziecka w okresie płodowym, a także stan jego zdrowia w dzieciństwie i w wieku dorosłym. Podczas ciąży wzrasta zapotrzebowanie na żelazo i na inne ważne składniki pokarmowe, takie jak witaminy antyoksydacyjne (E, C), jod, cynk, białko. Dieta niedoborowa może przyczynić się do licznych zaburzeń rozwoju płodu, np. niedobór kwasu foliowego w okresie okołokoncepcyjnym może być przyczyną wrodzonych wad cewy nerwowej u dziecka.

Optymalnym sposobem żywienia niemowląt jest karmienie piersią, w tym wyłączenie karmienia piersią w I półroczu oraz wprowadzanie żywności uzupełniającej wg określonych zasad postępowania. Udowodniono liczne korzyści zdrowotne wynikające z karmienia piersią

w pierwszym półroczu życia dziecka, w tym ochronną rolę karmienia piersią w odniesieniu do ostrych i przewlekłych chorób we wczesnym i późniejszym okresie dzieciństwa. Według *EHIS-2009*, w Polsce jedynie co siódme niemowlę jest karmione piersią przez okres sześć miesięcy. Wśród czynników zaburzających wyłączne karmienie piersią należy wymienić nieprzygotowanie personelu medycznego oraz niewłaściwe praktyki okołoporodowe. W Polsce istnieje potrzeba dalszej promocji karmienia piersią niemowląt i usuwania barier na tej drodze, w tym problemów z finansowaniem poradni laktacyjnych. W żywieniu sztucznym niemowląt zaleca się stosowanie mleka modyfikowanego początkowego i następnego oraz mieszanek modyfikowanych i żywności uzupełniającej – produktów wzbogaconych w żelazo, przeznaczonych dla niemowląt i małych dzieci.

Racjonalne żywienie jest podstawą prawidłowego rozwoju dzieci w kolejnych latach. Nieprawidłowe żywienie prowadzi do zaburzeń zdrowia, niedożywienia lub nadwagi i otyłości. W ostatnich latach zauważalne jest zwiększanie się średniej masy ciała prawie dla każdego rocznika wieku, zwłaszcza jednak u dzieci w wieku 9 i więcej lat. W badaniu HBSC-2010 stwierdzono, że prawie połowa 15-latek z prawidłową masą ciała albo jest, albo uważa, że powinna być na diecie. Niezadowolenie ze swojego wyglądu współwystępuje z gorszym stanem zdrowia, szczególnie z nasileniem subiektywnych dolegliwości.

Wyniki *EHIS-2014* pokazują, że niemal trzy czwarte (73%) dzieci powyżej szóstego miesiąca życia zjada owoce i warzywa codziennie, jednak niemal połowa z nich czyni to tylko jeden raz dziennie. kolejne 17% co najmniej 4 razy w tygodniu, a 8% – 1–3 razy w tygodniu. Co najmniej raz dziennie jada warzywa prawie 62% dzieci, co piąte – minimum 4 razy w tygodniu. Niepokoi fakt, że prawie 4% dzieci nie jada w ogóle warzyw lub rzadziej niż jeden raz w tygodniu. Częstość spożywania warzyw, owoców i soków maleje wraz z wiekiem dziecka.

W wielu krajach UE kwestia żywienia dzieci w szkołach została dawno rozwiązana, wobec czego dyskusje dotyczą jakości pożywienia i jego zawartości energetycznej. Zapewnienie wszystkim uczniom we wszystkich polskich szkołach możliwości spożywania posiłków jest najpewniejszą metodą wyrównania szans dzieci pochodzących ze środowisk upośledzonych społecznie. Ponieważ obecnie kilkanaście procent uczniów przychodzi do szkoły na czczo, a obiad w domu spożywa tylko 70–80% dzieci w wieku szkolnym, jednym z głównych zadań jest zapewnienie uczniom racjonalnych posiłków i napojów.

Niezwykle istotne jest także zapewnienie odpowiednich, bezpiecznych warunków do uprawiania aktywności fizycznej we wszystkich szkołach. Ważną funkcją kultury fizycznej na wszystkich szczeblach edukacji jest promocja zdrowia oraz rozwijanie sprawności fizycznej. Równie ważną rolę spełnia kultura fizyczna w zakresie zapobiegania zagrożeniom, czynnikom ryzyka i problemom zdrowotnym. Z monitoringu sprawności fizycznej dzieci wynika, że poziom sprawności i wydolności fizycznej dzieci i młodzieży w Polsce systematycznie się pogarsza, co kontrastuje z obserwowaną w tym samym czasie poprawą wskaźników rozwoju somatycznego.

W porównaniu z *EHIS-2009* w 2014 r. odnotowano poprawę aktywności fizycznej dzieci – 98% dzieci chodzących do szkoły (poza uczniami klas „zerowych”) ćwiczy na lekcjach wychowania fizycznego. Obecnie co drugie dziecko (5 lat temu tylko co trzecie) regularnie uprawia sport lub rekreację poza lekcjami wychowania fizycznego (54% chłopców i około 45% dziewcząt). W tej grupie aktywnych co dziesiąte dziecko ćwiczyło dodatkowo

tylko jedną godzinę w tygodniu, 20% z nich przeznaczało na taką formę aktywności 2 godziny w tygodniu, 38% – 3–5 godzin, a kolejne 31% – 6 lub więcej godzin.

Podobnie jak w 2009 r. dzieci (pytanie dotyczyło dzieci w wieku 2–14 lat) spędzały przed ekranem (telewizora, komputera, tabletu lub smartfona) przeciętnie 2,2 godziny dziennie, chłopcy nieco więcej niż dziewczęta. Co czwarte dziecko przeznaczało na to średnio 1 godzinę dziennie, co trzecie – 2 godziny, co piąte – 3 godziny, a co ósme dziecko – nawet 4 godziny.

Wyniki *EHIS-2014* wskazują, że tylko dwie trzecie młodych osób w wieku 15–19 lat miało kiedykolwiek dokonany przez lekarza lub pielęgniarkę pomiar ciśnienia tętniczego krwi, przy czym tylko nieco ponad połowa tych osób ma aktualne wyniki badania z ostatnich 12 miesięcy. Można szacować, że znaczący odsetek młodzieży, która nie miała wykonanego pomiaru ciśnienia tętniczego, wchodzi w dorosłość z nierozpoznanym nadciśnieniem tętniczym będącym istotnym czynnikiem ryzyka chorób układu krążenia i przedwczesnej umieralności z tej przyczyny. Szczególnie niepokoi brak poprawy sytuacji w porównaniu z poprzednimi badaniami ankietowymi GUS, co może świadczyć o utrwalonych zaniedbaniach w zakresie profilaktyki zdrowotnej wśród młodzieży.

Według danych MZ tylko co szóste dziecko – mimo zatrwającego rozpowszechnienia próchnicy – jest objęte programem zapobiegania próchnicy. Programy profilaktyczne, których celem jest m.in. hamowanie przyrostu i postępu próchnicy, nie są dostępne dla dzieci uczęszczających do szkół w wielu regionach kraju. Wyniki badań epidemiologicznych dowodzą poważnych zaniedbań stanu zdrowia jamy ustnej wśród dzieci i młodzieży, szczególnie w środowisku wiejskim i w rodzinach o gorszym statusie materialnym; około 90% siedmiolatków ma oznaki próchnicy, a wśród dzieci 12-letnich odsetek próchnicy jest tylko niewiele niższy.

Mimo że wypadki i urazy u dzieci i młodzieży są w Polsce poważnym problemem zdrowia publicznego, to z raportu opracowanego w ramach Programu Zdrowia Publicznego Komisji Europejskiej „Planowanie Działań na rzecz Bezpieczeństwa Dzieci” wynika, że w Polsce istnieje potrzeba zaplanowania i realizowania skutecznej polityki i programów w obszarze prewencji upadków, oparzeń, zatruc, uduszeń i zadławień, a także w zakresie bezpieczeństwa dziecka jako rowerzysty, bezpieczeństwa w wodzie i prewencji utonięć. Ważne jest zwrócenie uwagi na działania w zakresie prewencji urazów małych dzieci występujących wewnątrz i wokół domu. Aby zapewnić skuteczność podejmowanych działań jest wskazane wspieranie i finansowanie takich programów, których skuteczność została udowodniona, tzw. „dobrych praktyk”. Polska posiada wprawdzie podstawową infrastrukturę nadzoru nad urazami dzieci, lecz zasoby kadrowe i finansowe oraz poziom tworzenia zdolności rozwojowych w zakresie bezpieczeństwa dzieci, a zwłaszcza przywództwo krajowe (*leadership*) ze strony rządu zostały ocenione jako słabe lub niedostateczne. Polityka państwa powinna koordynować i wspierać działania wdrażające dobre praktyki oparte na dowodach w zakresie ochrony życia i zdrowia dzieci, także w zakresie prewencji przemocy wobec dzieci.

Z przedstawionych danych wynika, że brak systemu medycyny szkolnej pociąga za sobą narastanie zagrożeń i problemów zdrowotnych młodego pokolenia. Bez nadania priorytetowej rangi opiece nad uczniami nie będzie możliwe osiągnięcie w populacji osób dorosłych należytego postępu w zakresie prewencji pierwotnej chorób przewlekłych chorób niezakaźnych.

Kierunki działań

Nadanie opieki nad dzieckiem rzeczywistego priorytetu w polityce państwa powinno się wyrażać przede wszystkim w przyjęciu **Narodowej Strategii na rzecz Zdrowia i Rozwoju Dzieci i Młodzieży**, której wdrożenie umożliwiłoby dzieciom i młodzieży w naszym kraju realizowanie pełnego ich potencjału życiowego dla zdrowia i rozwoju, a także zmniejszenie chorobowości i umieralności z przyczyn poddających się zapobieganiu, w tym z powodu urazów i przemocy. Projekt strategii został w 2006 r. przekazany Ministrowi Zdrowia przez Rzecznika Praw Dziecka, zaktualizowana wersja dokumentu powstała w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich w 2010 r., a dwa lata później **Założenia Narodowej Strategii Zdrowia i Rozwoju Dzieci i Młodzieży** zostały opracowane w GIS., że Do strategicznych obszarów zainteresowania zdrowia publicznego należy – jak się wydaje – zaliczyć problemy zdrowotne w dwóch specyficznych okresach rozwojowych: *w okresie okołoporodowym i w wieku dorastania*. Zdrowie matki i noworodka ma oczywisty wpływ na zdrowie i rozwój w następującym potem dzieciństwie. Podobnie stan zdrowia i poziom rozwoju młodzieży stanowi podstawę zdrowia w późniejszym, dorosłym życiu. Pozostałe priorytetowe obszary strategii – *żywienie, zakażenia i choroby zakaźne, urazy i przemoc, środowisko naturalne* – dotyczą wzajemnie powiązanych problemów mających wpływ na zdrowie i rozwój na wszystkich etapach życia. Odzwierciedlają one istniejące od dawna w wielu krajach europejskich oraz pojawiające się nowe zagrożenia. Ze względu na dystans dzielący nasz kraj od wielu innych państw europejskich, mierzony stanem uzębienia, zwłaszcza wskaźnikami zachorowalności na próchnicę zębów, narodowa strategia powinna objąć także *zdrowie jamy ustnej dzieci i młodzieży*.

W koncepcji budowania strategii w Polsce powinny być uwzględnione *zasady kierunkowe*, takie jak:

- specyfika wyzwań w sferze zdrowia dla każdego etapu rozwoju;
- potrzeby dzieci z rodzin najbardziej upośledzonych socjalnie;
- podejście międzysektorowe;
- włączenie przedstawicieli społeczeństwa i samej młodzieży oraz organizacji pozarządowych, sektora prywatnego i mediów;
- równorzędność działań prewencyjnych i naprawczych; ukierunkowanie na te siedliska, w których na poszczególnych etapach życia najczęściej dochodzi do zaburzeń zdrowia i rozwoju, a także zagrożeń bezpieczeństwa dzieci (dom i okolica, szkoła i placówka oświatowo-wychowawcza, jezdnia, miejsce spędzania czasu wolnego i uprawiania aktywności fizycznej);
- wykorzystanie dotychczasowych doświadczeń i zasobów krajowych i europejskich;
- łączne podejście do urazów niezamierzonych i przemocy.

W celu poprawy sytuacji w zakresie chorobowości i ograniczania umieralności oraz w celu zapewnienia warunków harmonijnego rozwoju młodego pokolenia są potrzebne liczne skoordynowane działania na wszystkich szczeblach zdrowotnej polityki publicznej, w tym

wymienione w celu szczegółowym 1., a dotyczące poprawy opieki okołoporodowej, oraz działania przykładowo wymienione poniżej:

- eliminacja i zmniejszenie oddziaływania czynników pochodzących ze środowiska domowego i zewnętrznego, związanych z powstawaniem nieprawidłowości rozwojowych, chorób przewlekłych i niepełnosprawności u dzieci;
- powszechna i pełna realizacja opieki profilaktycznej nad dziećmi i młodzieżą ze zwróceniem szczególnej uwagi na zdrowotną opiekę środowiskową nad dziećmi pochodzącymi ze środowisk zaniedbanych oraz nad ich rodzinami;
- pełna realizacja programu szczepień ochronnych i odpowiedni system nadzoru;
- optymalizacja opieki medycznej nad dziećmi na podstawowym poziomie, zapewnienie odpowiedniej liczby lekarzy pediatrów i innego personelu medycznego;
- organizacja, rozwój i odpowiednie wyposażenie w sprzęt diagnostyczno-leczniczy ośrodków zapewniających wysokospecjalistyczną opiekę pediatryczną na terenie całego kraju;
- wczesna diagnostyka i skuteczna interwencja w przypadkach przemocy wobec dzieci;
- skuteczna pomoc dla rodzin zastępczych, udoskonalenie procedury adopcyjnej, zapewnienie prawidłowej opieki medycznej w żłobkach i przedszkolach;
- przywrócenie i doskonalenie ogólnokrajowego systemu nadzoru merytoryczno-organizacyjnego opieki nad matką i dzieckiem;
- wdrożenie systemu orzecznictwa lekarskiego dla potrzeb ucznia i szkoły, w tym dla oceny dojrzałości szkolnej, kwalifikacji do zajęć wychowania fizycznego i sportu oraz poradnictwa zawodowego;
- rozwój systemu kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego nauczycieli, psychologów, lekarzy i pielęgniarek w zakresie edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i wczesnego wykrywania problemów zdrowotnych uczniów;
- przywrócenie specjalizacji lekarskiej z zakresu medycyny szkolnej;
- stworzenie zintegrowanego, trójstopniowego systemu organizacji, nadzoru i monitorowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami umożliwiającego wczesne wykrywanie zagrożeń, odchyleń w stanie zdrowia i w rozwoju psychicznym i somatycznym, z uwzględnieniem badań przesiewowych, bilansów zdrowia, profilaktyki stomatologicznej w szkołach i placówkach podstawowej opieki zdrowotnej oraz z zapewnieniem dostępu do opieki specjalistycznej adekwatnej do potrzeb, w tym rehabilitacji, korektywy i opieki stomatologicznej;
- upowszechnienie systemu zdrowego żywienia we wszystkich szkołach;
- poprawa warunków technicznych i sanitarnych szkół;
- rozwój sieci szkół promujących zdrowie.

System medycyny szkolnej może funkcjonować w oparciu o finanse samorządów terytorialnych (opieka medyczna w szkole, w powiecie i województwie, promocja zdrowia), Narodowego Funduszu Zdrowia (świadczenia zdrowotne, programy profilaktyczne, promocja zdrowia), budżetu państwa (programy polityki zdrowotnej, nadzór specjalistyczny i metodyczno-organizacyjny, inspekcja sanitarna, kształcenie, badania naukowe).

Opracowanie i wdrożenie strategii na rzecz zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży łączy się z koniecznością sprostania istotnym wyzwaniom realizacyjnym, takim jak:

- zapewnienie dzieciom i młodzieży równości w zdrowiu;
- sprecyzowanie roli sektora zdrowia i współdziałanie wielu sektorów;
- wzmocnienie systemu informacji niezbędnego do podejmowania decyzji.

Należy przy tym podkreślić, że korzyści wynikające ze wsparcia udzielonego dzieciom we wczesnych latach życia są odczuwane przez całe życie. W ciągu dwu pierwszych dekad życia młode pokolenie powinno mieć zapewnione optymalne możliwości służące zdrowiu i rozwojowi, badania naukowe wskazują bowiem na istnienie ścisłego związku między jakością życia we wczesnych fazach rozwoju, włącznie z okresem okołoporodowym, a stanem zdrowia w późniejszym, dorosłym życiu.

Koncepcja analizy kondycji zdrowotnej osób dorosłych, w tym seniorów i jej uwarunkowań w układzie dynamicznym, wyznaczanym przez poszczególne fazy cyklu życia, nosi nazwę „perspektywy całożyciowej” (*life course perspective*). Zrozumienie mechanizmów tej zależności jest podstawą opracowywania programów profilaktycznych opartych na zasadzie wczesnej interwencji, która sięga już nie tylko okresu ciąży, ale także okresu prekonceptyjnego. Polskie i zagraniczne opracowania w tym zakresie są oparte na podstawach teoretycznych znanych jako hipoteza Barkera. Według hipotezy płodowego pochodzenia zdrowia i choroby, takie schorzenia, jak choroba niedokrwienna serca, cukrzyca typu 2 i nadciśnienie tętnicze wynikają ze zjawiska plastyczności. Płód, chroniąc mózgowie przed skutkami niedożywienia i niedotlenienia, ogranicza dowóz energii do innych ważnych narządów, co zakłóca ich wzrastanie i gdy np. proces ten dotyczy nerek, prowadzi później do nadciśnienia tętniczego. Szybkie tempo przyrostu wskaźnika masy ciała w okresie niemowlęcym wiąże się z podwyższonym ryzykiem choroby niedokrwiennej serca w późniejszym wieku. Duża masa urodzeniowa również wiąże się w życiu dorosłym z podobnymi schorzeniami co mała masa urodzeniowa, a wyższe ryzyko cukrzycy oraz przyrostu masy ciała mają osoby dorosłe urodzone przez matki z cukrzycą i/lub otyłe.

Jak wynika z analiz przeprowadzonych przez polskich położników (Michał Józwik, Maciej Józwik) prewencja płodowych źródeł problemów zdrowotnych w wieku dojrzałym jest już możliwa, bowiem istnieją skuteczne procedury zapobiegawcze od najwcześniejszych okresów życia, m.in.:

- zmniejszanie nadmiernej masy ciała matki przed poczęciem i ograniczanie nadmiernego przyrostu masy ciała matki w ciąży;
- zwalczanie palenia tytoniu (także e-papierosów) ciężarnych oraz picia napojów alkoholowych;
- przyjmowanie suplementów żywieniowych przez kobiety w okresie około koncepcyjnym (kwas foliowy, inne witaminy, tauryna, kwasy omega-3);
- skuteczne leczenie cukrzycy matczynej w ciąży;
- wczesne wykrywanie w łonie matki przypadków wewnątrzmacicznego ograniczenia wzrastania płodu celem skrócenia ekspozycji płodu na niekorzystne metabolicznie warunki *in utero*;

- ocena stężeń glukozy i insuliny we krwi pępowinowej w chwili porodu w celu obliczenia wskaźnika glukozowo-insulinowego oceniającego płodową wrażliwość na insulinę;
- właściwa interpretacja masy urodzeniowej dziecka w celu oceny, czy znajduje się ona poniżej lub powyżej 90-go centyla dla danej populacji i wieku ciążowego, promowanie długotrwałej laktacji jako naturalnego sposobu ograniczającego powstawanie otyłości;
- aktywny monitoring przyrostu masy ciała dziecka w pierwszych pięciu latach życia w celu wychwycenia ewentualnego zjawiska „nadganiania” i ograniczenia w takich przypadkach nadmiernego dowozu kalorycznego.

PRIORYTET III. 2. Ograniczenie zachorowań i umieralności z powodu chorób układu krążenia

Choroby układu krążenia (ChUK) są od ponad 50 lat największym zagrożeniem życia Polek i Polaków – w 2012 r. były one odpowiedzialne za 45,6% ogółu zgonów. Wyniki badań pokazują, że krótsze życie mężczyzn w wieku produkcyjnym w porównaniu z mieszkańcami krajów UE15 wynika głównie z wyższej umieralności z powodu chorób układu krążenia, zaś Polki żyją krócej w porównaniu z mieszkankami krajów UE15 przede wszystkim z powodu większej umieralności w starszej populacji, także najczęściej z powodu ChUK.

Głównymi dobrze rozpoznanymi czynnikami ryzyka ChUK są: palenie tytoniu, podwyższone ciśnienie tętnicze krwi, podwyższone stężenie cholesterolu we krwi, nadwaga i otyłość, cukrzyca, nadmierne spożycie alkoholu oraz stres psychospołeczny. Są to czynniki bezpośrednio związane z indywidualnym stylem życia, zwyczajami żywieniowymi oraz z poziomem aktywności fizycznej.

Problematyka ograniczenia zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia zajmuje istotne miejsce w pracach analityczno-programowych RRL. Na II Kongresie Demograficznym (2012 r.) dokonano aktualizacji diagnozy sytuacji epidemiologicznej ChUK i oceny efektywności realizowanych programów zdrowotnych. Kierunki dalszych działań na rzecz zmniejszenia zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia w naszym kraju nakreślono w *Rekomendacjach Rządowej Rady Ludnościowej w zakresie polityki ludnościowej Polski* (RRL, 2014).

Stanowisko RRL obejmujące diagnozę sytuacji w polskiej kardiologii, kardiologii i dyscyplinach pokrewnych oraz kierunkowe rekomendacje w tym zakresie zostało przyjęte na konferencji naukowej, która odbyła się 9. czerwca 2015 r. w GUS z udziałem przedstawicieli wszystkich zainteresowanych środowisk.

Diagnoza

1. Pomimo poprawy sytuacji epidemiologicznej w dwóch ostatnich dekadach współczynniki umieralności z powodu ChUK, w tym zwłaszcza współczynniki umieralności przedwcześnie (poniżej 65. roku życia), są w Polsce w dalszym ciągu wysokie. Według danych GUS standaryzowane współczynniki zgonów z powodu ChUK kształtowały się

w 1990 r. na poziomie 604,3, a w 2000 r. – 375,7 na 100 tys. ludności (według struktury wieku z 2000 r.), natomiast w 2010 r. – 451,8, a w 2012 r. 433,3 na 100 tys. ludności (według struktury wieku z 2010 r.). W roku 2012 najwyższy poziom umieralności z powodu ChUK notowano w województwie śląskim, świętokrzyskim i lubelskim (ponad 490 zgonów na 100 tys. ludności) i wskaźnik ten był o ok. 25% większy niż w województwie podlaskim, w którym notowano najniższy poziom umieralności (394,0 na 100 tys. ludności). Na terenach wiejskich wszystkich województw natężenie zgonów w następstwie ChUK było wyższe niż w miastach. W województwie małopolskim różnica ta była najmniejsza i wynosiła 43 osoby na 100 tys. ludności, największa natomiast w województwach mazowieckim i pomorskim – ponad 100 osób na 100 tys. ludności.

2. Wprawdzie Polska jest krajem o 100% kompletności rejestracji zgonów, to jednak **poważnym problemem jest bardzo niska jakość informacji o przyczynach zgonów** szczególnie w przypadku ChUK. Z danych dotyczących 2012 r. wynika, że spośród około 109 tys. zgonów (28,3% ogółu zgonów), których przyczyny zostały nieprawidłowo opisane przez lekarzy, aż 78,5 tys. stanowiły zgony z powodu chorób układu krążenia (ponad 20% ogółu zgonów i ponad 44% zgonów z powodu ChUK). Należy podkreślić, że aż 87% tych nieprawidłowych wskazań przyczyny zgonu dotyczyło osób w wieku 65 i więcej lat. Niezadawalającą jakość systemu orzekania o przyczynach zgonów z powodu ChUK potwierdza ponad czterokrotne międzywojewódzkie zróżnicowanie częstości zgonów z przyczyn nieznanymi i niedokładnie określonych.
3. W roku 2010 hospitalizowano w Polsce ogółem 6 753 644 osoby (bez uwzględnienia porodów), najczęściej z powodu chorób układu krążenia – 15% hospitalizowanych. Wyniki wielośrodkowego raportu pokazują, że w 2012 r. hospitalizowano 79,4 tys. chorych z zawałem serca. Odsetek osób chorych na zawał serca, u których wykonano diagnostycznie lub terapeutycznie procedurę inwazyjną, wyniósł w tym roku ponad 80%, co jest miarą dokonanego postępu w opiece szpitalnej. Porównanie danych polskich i angielskich pokazuje, że poziom zachorowalności mężczyzn na ostry zawał serca jest w naszym kraju wyższy o około dwie trzecie, a zachorowalność kobiet jest wyższa o 50% niż w Anglii.
4. W Polsce dokonano znaczącego postępu w leczeniu pacjentów hospitalizowanych z powodu zawału serca, jednak nadal wskaźniki zachorowalności oraz odległe wyniki leczenia zawałów są dalece niekorzystne w porównaniu z krajami UE15. Rosnącym problemem zdrowia publicznego są choroby zakrzepowe naczyń, udary mózgu i nadciśnienie tętnicze. Występują duże dysproporcje w średniej długości życia oraz w poziomie umieralności z powodu chorób serca i naczyń w niektórych miastach, regionach kraju, a nawet w dzielnicach dużych miast, a także wzrasta liczba nagłych zgonów sercowych, zwłaszcza wśród mężczyzn.
5. Wśród chorób układu krążenia bardzo ważnym, lecz zdecydowanie niedocenianym problemem są choroby tętnic i żył obwodowych. O skali problemu świadczą dane dotyczące rozpowszechnienia chorób tętnic i żył obwodowych. Objawy przewlekłej choroby żyłnej ma 49% dorosłej populacji, w tym 38% mężczyzn i 51% kobiet. Czynne lub zagojone owrzodzenie żyłne goleni – najbardziej zaawansowana postać choroby – dotyczy 1,5% dorosłej populacji. Niemniejszym problemem zdrowotnym są choroby tętnic

obwodowych. Bezobjawowe przewlekłe miażdżycowe niedokrwienie kończyn dolnych to problem od 3% do prawie 20% dorosłej populacji. Najłagodniejsza objawowa postać tej choroby, chromanie przestankowe, dotyka w zależności od wieku od 1% do ponad 7% osób. Z tej grupy chorych w ciągu pięciu lat trwania choroby 10% będzie wymagało wykonania operacji rekonstrukcyjnych tętnic, a część z nich amputacji kończyn. Z kolei tętniaki aorty, chorobę grożącą poważnymi dla życia powikłaniami, jeśli nie jest we właściwym czasie leczona, stwierdza się u 4% osób powyżej 60. roku życia. O losie tej grupy chorych decyduje właściwie prowadzone monitorowanie oraz zapewnienie dostępności do ośrodków wyspecjalizowanych w operacjach tętniaków. Należy w tym miejscu zwrócić uwagę na dysproporcję między znacznym rozpowszechnieniem chorób tętnic i żył obwodowych w populacji a nakładami finansowymi przeznaczanymi na badania naukowe oraz leczenie tej grupy chorych.

6. W Polsce nie istnieje nowoczesny, zintegrowany system organizacji i realizacji kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej i prewencji poszpitalnej. Tylko 22% chorych po zawale serca objętych jest kompleksową rehabilitacją kardiologiczną. Z jednej strony za mało jest zakontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia świadczeń, a z drugiej – pacjenci po hospitalizacji z powodu choroby niedokrwiennej serca często nie są kierowani do ośrodków prowadzących programy rehabilitacji kardiologicznej. W 2012 r. wykazano, że częstość kontroli głównych czynników ryzyka w grupie osób po hospitalizacji z powodu choroby niedokrwiennej serca wyniosła zaledwie 9%, co może być główną przyczyną utrzymywania się dużej liczby zgonów osób z ChUK w Polsce.
7. Wyniki badań epidemiologicznych wskazują na rozpowszechnienie w naszym kraju najważniejszych czynników ryzyka chorób serca i naczyń (a także innych chorób przewlekłych). Odsetki osób z hipercholesterolemią (ponad 50% dorosłych), nadciśnieniem tętniczym (30–40%), otyłością (ok. 20–25%), zespołem metabolicznym (ponad 20%) wśród dorosłych Polaków są wysokie i mają tendencję rosnącą. Niedostateczna aktywność fizyczna (ponad 50% dorosłych Polaków), palenie papierosów, niewłaściwe odżywianie się wskazują na potrzebę dalszych działań z zakresu promocji zdrowia na wszystkich etapach cyklu życia.
8. Dzięki realizacji od 2003 r. Programu POLKARD, a wcześniej w latach 1993–2001 Narodowego Programu Ochrony Serca i Naczyń, dokonał się w Polsce prawdziwy przełom w kardiologii i kardiochirurgii, poprawiła się dostępność do ośrodków kardiologicznych prowadzących 24-godzinny dyżur, a także dostępność i jakość leczenia inwazyjnego ostrych zespołów wieńcowych oraz leczenia udarów mózgu. Niestety obecny zakres i poziom finansowania Programu POLKARD jest niewspółmierny do zagrożenia ChUK i skali potrzeb naszego kraju. Choć budżet MZ w części 46 – Zdrowie nie jest jedynym źródłem finansowania, a wydatki na leczenie chorób układu krążenia ponoszone są głównie z NFZ, to jednak finansowanie Programu systematycznie się zmniejsza – w latach 2006–2008 wynosiło ok. 60–70 mln zł rocznie, w 2010 r. – 30 mln zł, w 2011 r. – 25 mln zł, w 2012 r. – 19 mln zł, a w 2013 r. już tylko 11 mln zł. Niedostateczne finansowanie negatywnie rzutuje przede wszystkim na wykonanie zadań z zakresu epidemiologii, promocji zdrowia i profilaktyki, a także analiz istotnych dla doskonalenia polityki zdrowotnej kraju.

Rekomendacje

Powyższa diagnoza stanowi jednoznaczną podstawę do stwierdzenia, że problematyka chorób układu krążenia powinna być priorytetem polityki zdrowotnej państwa. Doceniając dotychczasowe osiągnięcia polityki zdrowotnej i środowiska medycznego, należy uznać, iż dalsza poprawa sytuacji zdrowotnej w odniesieniu do chorób serca i naczyń, a w szczególności ograniczenie umieralności ogólnej i przedwczesnej z powodu ChUK, nie tylko jest możliwa, ale z demograficznego punktu widzenia wręcz niezbędna.

Potrzeba działań o charakterze strategicznym była wielokrotnie wyrażana przez środowiska medyczne skupione w Polskim Towarzystwie Kardiologicznym, Polskim Towarzystwie Kardio-Torakochirurgów, Polskim Towarzystwie Nadciśnienia Tętniczego, które przywołują dobre doświadczenia w tym zakresie w Polsce i innych krajach.

Realizacja celów polityki ludnościowej dotyczących zdrowia, zapisanych w *Rekomendacjach RRL* (2014 r.), a także celów wymienionych w rządowych *Założeniach Długofalowej Polityki Senioralnej* (2013 r.) wymaga zmiany paradygmatu myślenia o zdrowiu publicznym i polityce zdrowotnej rządu, która za pomocą instrumentów ekonomicznych i społecznych może doprowadzić do ograniczenia czynników ryzyka i stopnia nierówności w zdrowiu. W konsekwencji przyniesie to obniżenie wysokiego poziomu zachorowalności z powodu ChUK w Polsce.

Rządowa Rada Ludnościowa przedstawiła szereg rekomendacji do działań, które powinny być realizowane w pierwszej kolejności. Mogą one przynieść w perspektywie długookresowej największe efekty w zakresie ograniczania zachorowalności i umieralności z powodu ChUK.

1. W nowych edycjach Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Serca i Naczyń POLKARD powinny być uwzględnione nie tylko ważne i aktualne zadania medycyny klinicznej (naprawczej), ale w znacznie większym stopniu zadania z zakresu promocji zdrowia oraz zintegrowanej profilaktyki chorób przewlekłych. Wymaga to weryfikacji założeń, systemu organizacji, finansowania oraz monitorowania i ewaluacji zarówno Programu POLKARD, jak i Programu Profilaktyki Chorób Układu Krążenia finansowanego z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia. Działania te powinny zostać zrealizowane wspólnie przez Pełnomocnika Rządu ds. Zdrowia Publicznego, Ministerstwo Zdrowia, kierownictwo NFZ oraz ekspertów w dziedzinie profilaktyki populacyjnej ChUK, przedstawicieli środowiska lekarzy rodzinnych oraz lekarzy innych specjalności; należy zdecydowanie poszerzyć zakres i wzmocnić skuteczność działań lekarzy POZ. Podobne prace analityczno-programowe dotyczące stacjonarnego i ambulatoryjnego systemu rehabilitacji leczniczej, realizowanego w ramach prewencji rentowej skierowanego do osób z ChUK, powinien przeprowadzić ZUS.
2. System stałego monitorowania stanu zdrowia, czynników ryzyka i zachowań zdrowotnych, z uwzględnieniem nierówności społecznych wymaga udoskonalenia, podobnie jak ma to miejsce w wielu innych krajach (Finlandii, Holandii, Norwegii, USA). Założenia tego systemu powinien opracować zespół ekspertów powołany przez Pełnomocnika Rządu ds. Zdrowia Publicznego i Ministerstwo Zdrowia przy wykorzystaniu dotychczasowych polskich doświadczeń programowych (EHIS – GUS, HBSC – IMiD, program WOBASZ, opracowania NIZP – PZH). W opinii RRL, rzetelna informacja o zdrowiu i jego uwarunkowaniach, w tym w zakresie rejestrów chorób o znaczeniu społecznym, powinna

być jednym z filarów zainicjowanej w Polsce budowy systemu zdrowia publicznego, co najefektywniej kosztowo i merytorycznie może zagwarantować GUS – instytucja o uznanej pozycji międzynarodowej.

3. Wyniki monitoringu stanu zdrowia i jego uwarunkowań oraz czynników ryzyka powinny być podstawą do kontynuowania populacyjnych i lokalnych programów promocji zdrowia i prewencji pierwotnej o sprawdzonej efektywności oraz do opracowania i wdrożenia nowych programów w tym zakresie, przy zapewnieniu odpowiedniego finansowania z: budżetu państwa, środków NPZ, środków administracji samorządowej i trzeciego sektora. Nadanie odpowiedniej rangi w systemie ochrony zdrowia działaniom promującym zdrowie w całym cyklu życia, a także wzmocnienie działań na rzecz zintegrowanej prewencji pierwotnej chorób przewlekłych, które mają podobne uwarunkowania w postaci wspólnych czynników ryzyka (palenie tytoniu, wadliwe odżywianie, niedostateczna aktywność fizyczna, nadmierna konsumpcja alkoholu), zmniejszy obciążenie czynnikami ryzyka ChUK oraz przyczyni się do redukcji zachorowań i kosztów opieki medycznej. Mając na uwadze społeczne, zdrowotne i ekonomiczne koszty zaniechań prewencji pierwotnej oraz uwzględniając obecne i prognozowane trendy procesów demograficznych, należy położyć szczególny nacisk na prowadzenie aktywnej i efektywnej polityki zdrowia publicznego.
4. Wyniki monitoringu stanu zdrowia i jego uwarunkowań oraz czynników ryzyka, a także rejestry chorób o znaczeniu społecznym powinny stanowić również podstawę opracowania i wdrożenia przesiewowych programów wczesnego wykrywania ChUK wśród pacjentów obarczonych schorzeniami bezpośrednio zagrażającymi zdrowiu serca i naczyń (otyłość, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe, schorzenia reumatyczne, obciążenia rodzinne), przy zapewnieniu odpowiedniego finansowania z budżetu państwa i środków NFZ. Może to się przyczynić do redukcji zarówno wskaźników umieralności z powodu ChUK, jak i zjawiska nagłych zgonów sercowych, także wśród ludzi młodych. Dzieci z niską urodzeniową masą ciała, obciążone w późniejszym wieku podwyższonym ryzykiem choroby niedokrwiennej serca, cukrzycy typu 2 i nadciśnienia tętniczego, powinny być objęte wczesną, ciągłą, wielodyscyplinarną opieką z zastosowaniem znanych, efektywnych procedur zapobiegawczo-leczniczych.
5. RRL rekomendowała przeprowadzenie oceny zakresu i poziomu finansowania świadczeń z dziedziny kardiologii, kardiologii, chirurgii naczyniowej, neurologii, hipertensjologii i pokrewnych dyscyplin medycznych finansowanych ze środków publicznych (NFZ, Ministerstwo Zdrowia). Pozwoli to na zidentyfikowanie tych obszarów diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, których dostępność i poziom finansowania (np. chirurgia naczyniowa, rehabilitacja kardiologiczna czy niektóre zabiegi kardiologiczne) są niedostateczne, a których znaczenie dla poprawy stanu zdrowia społeczeństwa jest niepodważalne. Będzie to wymagało stosownych zmian organizacyjnych i odpowiedniej alokacji środków finansowych.
6. W Polsce dalece niewystarczająca jest liczba pacjentów z ChUK, którzy są objęci kompleksową rehabilitacją. Programy kompleksowej rehabilitacji i prewencji poszpitalnej są obecnie uważane za standard w postępowaniu z pacjentami z ChUK, szczególnie z osobami po ostrym zespole wieńcowym i/lub rewaskularyzacji mięśnia sercowego. Należy z uznaniem odnotować, że Polskie Towarzystwo Kardiologiczne opracowało projekt modelowego systemu organizacji i realizacji kompleksowej rehabilitacji i prewencji

poszpitalnej w Polsce dla pacjentów po operacji kardiochirurgicznej, po ostrym zespole wieńcowym, po hospitalizacji z powodu niewydolności serca oraz po hospitalizacji z powodu stabilnej choroby niedokrwiennej serca. Projekt ten, jak również program rehabilitacji chorych po udarze mózgu, należy jak najszybciej wdrożyć.

7. Zdecydowanie większej uwagi wymagają problemy rozpoznawania i leczenia chorób tętnic i żył obwodowych. Ciągłe pozostają one w cieniu chorób serca, co wyraźnie wpływa na znacznie mniejsze rozpowszechnienie wiedzy na temat ich znaczenia dla sytuacji zdrowotnej społeczeństwa. Wczesna diagnostyka oraz właściwe leczenie tej dużej grupy chorób mogą wpłynąć na poprawę wyników leczenia, zmniejszenie liczby amputacji i poprawę jakości życia. Nie da się tego osiągnąć bez zwiększenia nakładów finansowych przeznaczonych na badania naukowe oraz na leczenie tej grupy chorych.
8. Konieczny jest rozwój i upowszechnienie nauczania na temat ChUK w kształceniu przed- i podyplomowym lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek, położnych i przedstawicieli innych zawodów medycznych.
9. Konieczna jest ocena skali migracji zarobkowych lekarzy i innych specjalistów w dziedzinie kardiologii, kardiochirurgii, angiologii, hipertensjologii i pokrewnych dyscyplin medycznych oraz zidentyfikowanie potencjalnych zagrożeń wynikających z niedostatecznej liczby lekarzy i innych specjalistów związanych z diagnostyką, leczeniem, rehabilitacją, opieką nad chorymi z ChUK; jest niezbędne wdrożenie odpowiednich programów zaradczych;
10. W strategii ograniczania zachorowalności i umieralności z powodu ChUK istotną rolę odgrywa rozwój badań naukowych, zwłaszcza w obszarach rokujących szybkie zastosowanie praktyczne. Istnieje zatem potrzeba przededefiniowania obecnego paradygmatu polityki naukowej, w której badania z zakresu promocji zdrowia, prewencji chorób, epidemiologii analitycznej, monitoringu czynników ryzyka, metod ewaluacji w zdrowiu publicznym nie są w pełni doceniane.
11. Konieczne jest zwiększenie zaangażowania i wykorzystanie potencjału mediów (szczególnie publicznych) w edukacji zdrowotnej, a także w upowszechnianiu w społeczeństwie pozytywnych informacji na temat możliwości: 1) uniknięcia chorób układu krążenia przez promocję zdrowia i edukację zdrowotną w całym cyklu życia oraz przez wczesne wykrycie i kontrolę głównych czynników ryzyka; 2) ratowania zdrowia i życia osób z ChUK dzięki nowoczesnej diagnostyce i efektywnym, dostępnym w naszym kraju procedurom leczniczym; 3) restytucji zdrowia pacjentów i ich powrotu do aktywności zawodowej przez właściwą opiekę poszpitalną, kompleksową rehabilitację leczniczą i systematyczną kontrolę czynników ryzyka zdrowotnego.
12. Dobra jakość i kompletność danych dotyczących przyczyn zgonów są niezbędne do badań i analiz naukowo-badawczych, a także mają ważne znaczenie dla planowania i wdrażania procedur profilaktyczno-leczniczych w ramach opieki zdrowotnej, polityki zdrowia publicznego, polityki społecznej oraz dla finansów państwa w obliczu wyzwania, jakim jest szybko następujący proces starzenia się polskiego społeczeństwa. Rzetelne i skrupulatne wypełnianie kart zgonów powinno być zatem traktowane jako nieodzowna praktyka zwiększająca wartość merytoryczną danych o przyczynach zgonów. Jednym z 40 zaleceń Eurostatu dotyczących wystawiania kart zgonów („Podręcznik poświadczania przyczyn zgonów w Europie”, Rzym, grudzień 2003 – tłumaczenie własne GUS, tekst roboczy) jest

konieczność stałego edukowania pracowników ochrony zdrowia uczestniczących w procesie opisywania przyczyn zgonów: *Powinno być rozwijane podstawowe szkolenie w zakresie poświadczenia zgonów dla studentów medycyny oraz zapewniony ciągły rozwój zawodowy lekarzy w tym zakresie.* Ponadto konieczne jest zaplanowanie i wdrożenie programów badawczych z udziałem epidemiologów, kardiologów i anatomopatologów, by określić szczegółową strukturę przyczyn nagłych zgonów przedszpitalnych w erze kardiologii interwencyjnej.

PRIORYTET III. 3. Ograniczanie zachorowalności i umieralności z powodu chorób nowotworowych

Epidemiologiczna diagnoza sytuacji w ostatnim dziesięcioleciu i aktualnego stanu

Nowotwory złośliwe należą do najpoważniejszych zagrożeń zdrowia i życia Polaków, stanowią także rosnący problem demograficzny i społeczno-ekonomiczny w polskim społeczeństwie. Choroby nowotworowe od wielu lat są drugą przyczyną zgonów w Polsce (25% wszystkich zgonów, w 2013 r. – 24,3%). Prognozy na najbliższe lata pokazują, że ogólna liczba zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe w Polsce będzie systematycznie rosnąć, stając się w niedalekiej przyszłości zarówno u mężczyzn, jak i kobiet pierwszą przyczyną zgonów przed 65. rokiem życia (przed dominującymi obecnie zgonami na choroby układu sercowo-naczyniowego).

Zgony z powodu siedmiu najczęstszych lokalizacji nowotworowych stanowią 70% wszystkich zgonów z powodu nowotworów złośliwych u kobiet i 60% u mężczyzn. Poza kilkoma najczęstszymi nowotworami, pozostałe nowotwory występują relatywnie rzadko. Częstość nowotworów złośliwych jest generalnie znacznie wyższa u mężczyzn niż u kobiet.

W 2013 r. u mężczyzn najczęściej rejestrowano nowotwór złośliwy płuca (18,7%), a także gruczołu krokowego (15,5%) i jelita grubego (12,2%). Mężczyźni często też chorowali na nowotwory złośliwe pęcherza moczowego (6,9%) i żołądka (4,5%). Wymienione nowotwory były również najczęstszą przyczyną zgonów nowotworowych u mężczyzn, przy czym zgony na nowotwory złośliwe płuca stanowiły prawie 1/3 wszystkich zgonów nowotworowych w populacji mężczyzn (30,6%).

U kobiet najczęściej rejestrowano w 2013 r. nowotwór złośliwy piersi (21,9%). Często były również zachorowania na nowotwory złośliwe jelita grubego (10,1%), płuca (8,8%), trzonu (7,3%) i szyjki macicy (3,7%) oraz jajnika (4,7%). Podobnie jak u mężczyzn najczęstszą przyczyną zgonów u kobiet był nowotwór złośliwy płuca (15,9%). Odsetek zgonów na nowotwory złośliwe piersi utrzymywał się w populacji kobiet na podobnym poziomie (13,9%). Niewiele rzadsze były zgony na nowotwory złośliwe jelita grubego (12,1%). Często przyczyną zgonów nowotworowych w populacji kobiet były także nowotwory złośliwe jajnika (6,2%), trzustki (5,6%), żołądka (4,5%) i szyjki macicy (4,0%).

Od 1965 r. ogólna liczba nowotworów złośliwych w Polsce znacząco wzrosła. Dotyczy to zarówno populacji mężczyzn, jak i kobiet. Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów w 1965 r. zarejestrowano 17 023 przypadków nowotworów złośliwych u mężczyzn i 20 621 u kobiet. W 2013 r. bezwzględna liczba pierwszorazowych zgłoszeń

zachorowania na nowotwory złośliwe w populacji mężczyzn wynosiła 78 236 przypadków, a u kobiet – 78 251 przypadków. Natomiast standaryzowany współczynnik zachorowalności na nowotwory złośliwe wynosił wśród mężczyzn 261,8/100 000, a wśród kobiet 214,3/100 000 osób. Jednocześnie w 2013 r. wystawiono w Polsce 52 201 kart zgonów z powodu nowotworów złośliwych u mężczyzn i 41 924 u kobiet, łącznie 94 125 aktów zgonu. Natomiast standaryzowany współczynnik zgonów na nowotwory złośliwe wynosił wśród mężczyzn 172,9/100 000, a wśród kobiet – 98,8/100 000 osób.

Zmiany w zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe w ostatnim półwieczu miały jednak różny przebieg w czasie i charakteryzowały się różnymi wzorcami w grupach płci i wieku.

W całej populacji mężczyzn standaryzowany współczynnik zachorowalności znacząco wzrósł między 1965 r. a 1995 r. (do poziomu 270,6 zarejestrowanych zachorowań na 100 000), a następnie zaczął spadać. Umieralność na nowotwory złośliwe u mężczyzn osiągnęła najwyższy poziom w 1995 r. (206,3 zgonów/100 000), w kilku kolejnych latach utrzymywała się powyżej 200 zgonów na 100 000, a od 2004 r. zaczęła spadać. W populacji kobiet współczynniki zachorowalności na nowotwory złośliwe rosły od początku lat 80., współczynniki umieralności utrzymywały się na stałym poziomie (ok. 107 zgonów na 100 000), a po 2003 r. zaczęły stopniowo maleć.

U dzieci (0–19 lat) nowotwory złośliwe, w większości białaczki i nowotwory złośliwe mózgu (ok. 40% zachorowań i 60% zgonów nowotworowych w tym wieku), są rzadkim schorzeniem, a umieralność z powodu nowotworów od wielu lat spada. Wskazuje to, przy utrzymującym się wzroście zachorowalności na choroby nowotworowe u dzieci, na postęp w leczeniu nowotworów wieku dziecięcego.

W populacji młodych dorosłych Polaków (20–44 lata) zachorowalność na nowotwory złośliwe jest od początku lat 80. wyższa u kobiet niż u mężczyzn. U młodych kobiet od lat 90. obserwuje się niewielki wzrost zachorowalności na nowotwory złośliwe, natomiast poziom umieralności do lat 90. nie zmieniał się istotnie, zaczął zaś spadać po tym okresie. Najczęstszym nowotworem u młodych kobiet jest od wielu lat rak piersi (w 2013 r. 27% zachorowań i 23% zgonów nowotworowych w tej grupie wieku w populacji kobiet). W populacji młodych mężczyzn zachorowalność na nowotwory złośliwe pozostaje na niezmiennym poziomie od początku lat 90. Umieralność na nowotwory złośliwe u młodych mężczyzn rosła natomiast do połowy lat 80., po czym nastąpił obserwowany do dzisiaj spadek zgonów nowotworowych w tej grupie mężczyzn. Najczęstszym nowotworem występującym u młodych mężczyzn jest rak jądra (25% zachorowań, 7% zgonów).

Największym wyzwaniem dla prewencji i leczenia nowotworów w Polsce jest wysoka zachorowalność i umieralność na nowotwory złośliwe w średnim wieku (45–64 lata). W populacji mężczyzn w średnim wieku zgony na nowotwory złośliwe są od ponad trzydziestu lat drugą, po chorobach układu krążenia, przyczyną zgonów. U kobiet w średnim wieku prawie co druga (49%) przyczyna zgonu to nowotwory złośliwe. Zarówno zachorowalność, jak i umieralność na nowotwory złośliwe znacząco rosła do początku lat 90. Od tego czasu notuje się spadek zachorowań i zgonów nowotworowych w tej grupie wieku mężczyzn. Najczęstszym nowotworem złośliwym u mężczyzn w średnim wieku jest od wielu lat rak płuca (21% zachorowań, 35% zgonów). U kobiet w średnim wieku zachorowalność na nowotwory złośliwe rośnie co najmniej od 30 lat, przy czym tempo wzrostu zachorowalności

na nowotwory złośliwe w tej grupie wieku kobiet wydaje się zwiększać od początku lat 90. Umieralność nowotworowa u kobiet w średnim wieku utrzymuje się od połowy lat 60. na niezmiennym poziomie. Kobiety w średnim wieku najczęściej chorują na nowotwory złośliwe piersi (28% wszystkich zachorowań), a umierają na nowotwory złośliwe płuca (21%) i piersi (17%). Zgony na raka płuca od paru lat zaczynają stanowić pierwszą przyczynę zgonów nowotworowych w tej grupie wieku kobiet.

Zachorowalność i umieralność na nowotwory złośliwe w najstarszej wiekowo populacji mężczyzn (powyżej 65. roku życia) przez wiele lat rosła. Od około dziesięciu lat obserwuje się jednak spadek umieralności na nowotwory złośliwe w tej grupie wieku mężczyzn. Najczęstszym nowotworem złośliwym u mężczyzn powyżej 65. roku życia jest rak płuca (19% zachorowań i 29% zgonów) i rak gruczołu krokowego (19% zachorowań i 11% zgonów). U kobiet zachorowalność na nowotwory złośliwe ciągle rośnie, umieralność natomiast utrzymuje od ponad 40 lat na niezmiennym poziomie. Dominującymi przyczynami zgonów nowotworowych u kobiet w starszym wieku są nowotwory złośliwe piersi (16% zachorowań i 12% zgonów), jelita grubego (odpowiednio 13% i 13%) i płuca (9% i 14%).

Przyrost liczby zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe w Polsce w ostatnim półwieczu wynika głównie ze starzenia się ludności Polski (zwiększania się liczby ludności po 65. roku życia) oraz częstego narażenia populacji na czynniki rakotwórcze, przede wszystkim związane ze stylem życia Polaków. Rosnące szybko po wojnie zagrożenie nowotworem złośliwym płuca, związane z rozszerzającą się epidemią palenia tytoniu, stanowi modelowy przykład wpływu zachowań zdrowotnych na zmianę obrazu nowotworów złośliwych w Polsce, przede wszystkim w populacji mężczyzn. U mężczyzn nowotwór ten od połowy lat 60. stał się główną przyczyną umieralności z powodu nowotworów złośliwych. W ostatnim dwudziestolecu obserwuje się znaczny spadek zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe płuca u młodych mężczyzn i mężczyzn w średnim wieku, spowodowany stałym spadkiem odsetka palących mężczyzn we wszystkich grupach wieku, notowany od początku lat 80. Zmniejszenie liczby zachorowań na raka płuca w Polsce, przede wszystkim u mężczyzn (o ponad 1200 przypadków rocznie u mężczyzn w wieku 20–64 lat), jest największym sukcesem Polski w walce z rakiem w ostatnim dekadach.

Do przyczyn wzrostu zagrożenia chorobami nowotworowymi w Polsce można także zaliczyć nieodpowiedni tryb odżywiania (nadmierne spożywanie tłuszczów zwierzęcych, dietę ubogą w warzywa i owoce), nadmierne picie alkoholu, niską aktywność fizyczną, ekspozycję na kancerogeny miejsca pracy, a ponadto brak świadomości zagrożenia nowotworami i, co za tym idzie, niechęć społeczeństwa do wykonywania badań przesiewowych oraz do wczesnego zgłaszania się do lekarza z powodu potencjalnych objawów chorobowych. Mimo że świadczenia gwarantowane, finansowane przez NFZ w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi, są nielimitowane oraz mimo działań edukacyjnych, podejmowanych w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych, niski jest w Polsce w porównaniu z innymi krajami odsetek wczesnych rozpoznań nowotworów złośliwych – zwłaszcza raka szyjki macicy, piersi, jelita grubego i gruczołu krokowego; jest to spowodowane m.in. niedostatecznym przygotowaniem lekarzy rodzinnych i innych specjalistów oraz niewystarczającym upowszechnieniem metod wczesnego rozpoznawania raka. Związane jest to m.in. z ograniczonym finansowaniem

prewencji pierwotnej i wtórnej nowotworów złośliwych, a także z niewystarczającym rozwojem edukacji onkologicznej w polskim środowisku medycznym. Mimo postępu skuteczności leczenia nowotworów i wprowadzenia nowych leków ciągle istnieje potrzeba doposażenia ośrodków onkologicznych w sprzęt do diagnostyki i leczenia nowotworów oraz wykrywania nowotworów w późnych stadiach rozwoju choroby.

Kierunki działań

Nowotwory złośliwe to schorzenie składające się z ponad 100 różnorodnych jednostek chorobowych z inną etiologią, diagnostyką, przebiegiem klinicznym czy leczeniem. Ich kontrola wymaga stosowania różnych strategii, w których prewencja pierwotna i prewencja wtórna są tak samo ważne jak leczenie. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) szacuje, że jednej trzeciej zachorowań nowotworowych można zapobiec, jedną trzecią można wyleczyć, a w przypadku jednej trzeciej – poprawić jakość życia.

Podstawowe cele i kierunki dalszych działań na rzecz ograniczenia epidemii chorób nowotworowych w Polsce są nakreślone w Narodowym Programie Zwalczania Chorób Nowotworowych w Polsce, powołanym do życia ustawą z dnia 1 lipca 2005 roku. Obecnie została przygotowana strategia implementacji Programu na lata 2016–2024. Celem strategicznym Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych jest zahamowanie wzrostu zachorowań i zmniejszenie umieralności na nowotwory. W programie zakłada się osiągnięcie następujących celów operacyjnych w zakresie zwalczania nowotworów w Polsce:

- osiągnięcie średnich europejskich wskaźników w zakresie wczesnego wykrywania i skuteczności leczenia nowotworów;
- stworzenie warunków do wykorzystania w praktyce onkologicznej postępu wiedzy o przyczynach i mechanizmach rozwoju nowotworów złośliwych;
- utworzenie systemu ciągłego monitorowania skuteczności zwalczania nowotworów w skali kraju i w poszczególnych regionach Polski.

W zakresie prewencji chorób nowotworowych podstawowe kierunki działań, które powinny zostać w Polsce przyjęte na najbliższe lata, zostały określone w ostatniej, czwartej edycji Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem. Wychodząc z założeń Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem, zadań ujętych w Narodowym Programie Zwalczania Chorób Nowotworowych oraz oceny aktualnej sytuacji epidemiologicznej w zakresie chorób nowotworowych, postuluje się pilne podjęcie następujących działań w zakresie walki z rakiem:

- 1) szeroki rozwój profilaktyki pierwotnej nowotworów złośliwych i promocji zdrowia, w szczególności w zakresie:
 - działań na rzecz ograniczenia palenia tytoniu i picia alkoholu,
 - promocji prawidłowego sposobu żywienia i aktywności fizycznej oraz przeciwdziałania nadwadze i otyłości,
 - działań ograniczających ekspozycję na czynniki rakotwórcze w środowisku naturalnym, miejscu zamieszkania i pracy (np. ekspozycji na radon lub azbest),
 - edukacji dotyczącej czynników ryzyka i wczesnych objawów nowotworów złośliwych

- skóry, przede wszystkim czerniaka złośliwego (ograniczenie ekspozycji na promienie słoneczne i inne źródła promieniowania ultrafioletowego),
- edukacji na temat zapobiegania nowotworom o pochodzeniu infekcyjnym (szczepienia przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego, szczepienia przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby);
 - 2) wdrożenie populacyjnych, prowadzonych przez wyspecjalizowane ośrodki, programów wczesnego wykrywania nowotworów, w szczególności raka szyjki macicy, piersi, jelita grubego oraz wybranych nowotworów u dzieci;
 - 3) zwiększenie dostępności do metod wczesnego rozpoznawania oraz wdrożenie procedur zapewniających wysoką jakość diagnostyki i terapii nowotworów;
 - 4) do uzyskania poprawy wyników leczenia jest konieczne upowszechnienie optymalnych metod diagnostyki (uwzględniających stopień zaawansowania choroby) i terapii, odpowiadających obecnemu stanowi klinicznie sprawdzonej wiedzy, a także upowszechnienie metod terapii skojarzonej oraz maksymalne skrócenie czasu oczekiwania na leczenie;
 - 5) modernizacja bazy specjalistycznego leczenia nowotworów, w tym uzupełnienie oraz wymiana wyeksploatowanych urządzeń do radioterapii i diagnostyki nowotworów;
 - 6) upowszechnienie metod rehabilitacji po leczeniu onkologicznym oraz wdrożenie najnowszych metod leczenia objawowego i walki z bólem;
 - 7) rozwój i upowszechnienie nauczania onkologii w kształceniu przed i podyplomowym lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek, położnych i przedstawicieli innych zawodów medycznych;
 - 8) stworzenie systemu permanentnego szkolenia lekarzy różnych specjalności i systemu szkolenia pielęgniarek onkologicznych, cytotechników i techników radiologii;
 - 9) dalszy rozwój kadr onkologicznych i badań naukowych zwłaszcza w dziedzinach rokujących szybkie zastosowanie praktyczne (epidemiologia analityczna, biologia molekularna, genetyka, immunologia);
 - 10) szybkie wdrożenie do praktyki diagnostycznej i leczniczej najnowszych zdobyczy naukowych w dziedzinie onkologii i dziedzinach pokrewnych, w tym biologii molekularnej i immunologii umożliwiających przewidywanie zagrożenia chorobą nowotworową;
 - 11) poprawę działania systemu zbierania danych o stopniu zaawansowania nowotworów i wdrożenie systemu monitorowania skuteczności interwencji w zwalczaniu chorób nowotworowych;
 - 12) upowszechnianie wiedzy w społeczeństwie na temat profilaktyki, wczesnego rozpoznawania i leczenia nowotworów zgodnie z zasadami Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem.

Propozycje źródeł finansowania

Środki na walkę z chorobami nowotworowymi powinny pochodzić przede wszystkim ze środków publicznych. Przemawia za tym doświadczenie wszystkich krajów, które osiągnęły wymierne efekty w zakresie walki z chorobami nowotworowymi.

Wskazane jest także wsparcie przez instytucje rządowe aplikacji polskich ośrodków naukowych i medycznych oraz organizacji pozarządowych działających w zakresie zdrowia publicznego o granty międzynarodowe, w tym Komisji Europejskiej.

Uwarunkowanie realizacji celów

- Rozwój edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i profilaktyki nowotworowej powinien być harmonijnie powiązany z zapewnieniem powszechnej dostępności i wysokiej jakości opieki diagnostyczno-leczniczej i rehabilitacyjnej.
- Istnieje potrzeba podejmowania skoordynowanych działań systemowych, najlepiej w postaci długofalowego narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych. Program taki powinien być kontynuowany w kolejnych dekadach i finansowany stosownie do potrzeb zdrowotnych i społecznych. Istnieje też potrzeba dostosowania odpowiednich regulacji prawnych i struktur organizacyjnych do potrzeb realizacji programu.
- Walka z chorobami nowotworowymi powinna też uwzględniać aktualne i przyszłe wyzwania w zakresie walki z rakiem, koncentrować się na grupach wysokiego ryzyka oraz brać pod uwagę pogłębiające się nierówności społeczno-ekonomiczne i regionalne w dostępie do zdrowia i opieki zdrowotnej.
- Bardzo ważną potrzebą jest umożliwienie polskim ośrodkom i kadrom onkologicznym dostępu do nowoczesnych, systemowych rozwiązań w zakresie informacji, edukacji, diagnostyki i terapii medycznej.

PRIORYTET III.4. Poprawa stanu zdrowia psychicznego Polaków

Epidemiologiczna diagnoza sytuacji

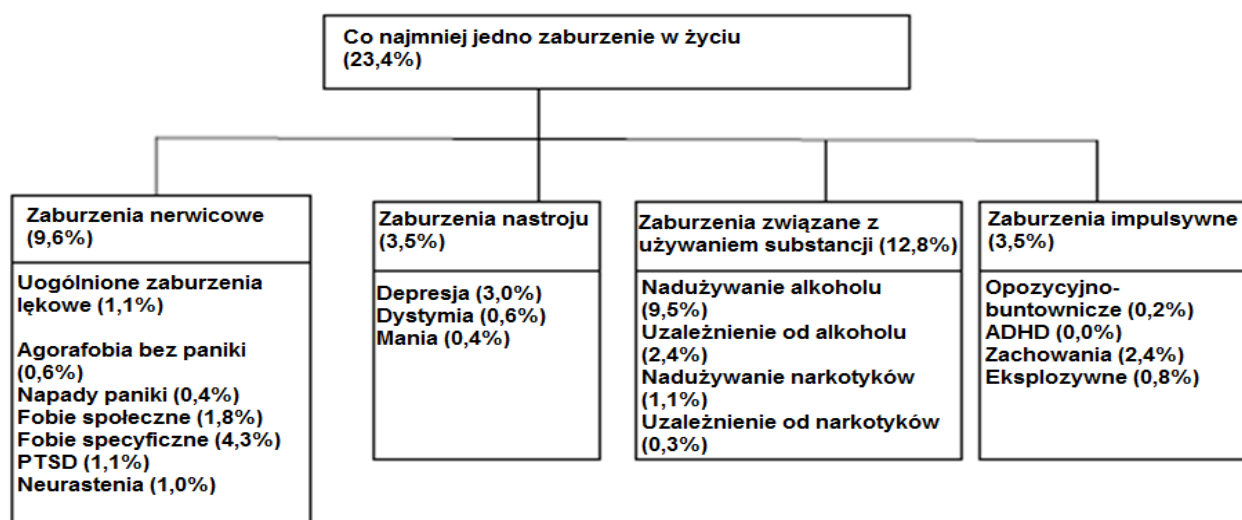
W latach 2009–2010 po raz pierwszy w Polsce przeprowadzono ogólnopolskie badania epidemiologiczne nt. zdrowia psychicznego mieszkańców Polski na 10-tysięcznej próbie losowej ludności w wieku 18–64 lata – badania EZOP. W badaniach zastosowano najnowszą elektroniczną wersję kwestionariusza WHO CIDI, udostępnioną przez Harvard Medical School. Badaniami objęto 18 szczegółowych rozpoznania zaburzeń psychicznych, które można podzielić na cztery duże kategorie:

- zaburzenia nerwicowe, przede wszystkim lękowe,
- zaburzenia nastroju,
- zaburzenia impulsywne,
- zaburzenia związane z używaniem substancji.

W badaniu nie uwzględniono zaburzeń psychotycznych i zaburzeń organicznych, do których metoda badań ankietowych nie jest adekwatna. Badane zaburzenia psychiczne kiedykolwiek w życiu potwierdzono u blisko jednej czwartej respondentów, co po ekstrapolacji na populację daje ponad 6 mln osób w wieku produkcyjnym. Do najczęściej

wymienianych należały zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych – blisko 13%, z czego na zaburzenia alkoholowe przypadła zdecydowana większość bo 12%. Ekstrapolacja tych danych pozwala szacować, że ponad trzy mln osób w wieku produkcyjnym w Polsce doświadczało tych zaburzeń, z czego ponad 700 tys. dotkniętych było uzależnieniem. Zaburzenia nerwicowe, przede wszystkim fobie specyficzne i fobie społeczne, dotknęły blisko 10% respondentów (po ekstrapolacji ok. 2,5 mln), zaburzenia nastroju, przede wszystkim depresja – 3,5% respondentów (po ekstrapolacji – blisko 1 mln) oraz zaburzenia impulsywne również ok. 3,5% (również blisko 1 mln).

Rysunek 1. Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych kiedykolwiek w życiu



Źródło:

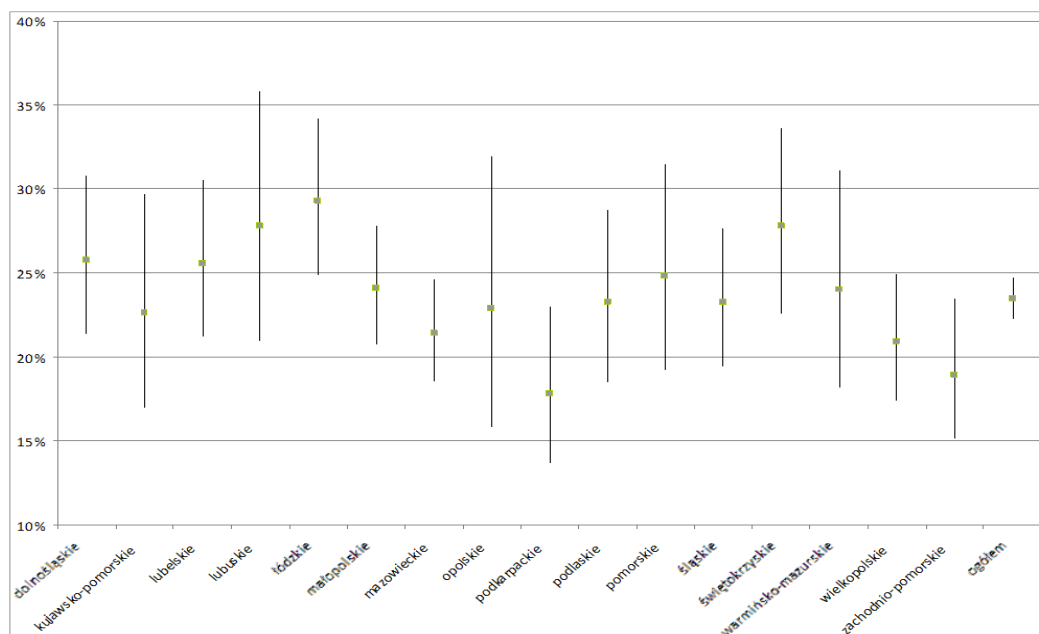
Z badanych, którzy potwierdzili doświadczanie zaburzeń kiedykolwiek w życiu, mniej więcej co drugi doświadczał ich również w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających badanie, co oznacza ponad 2,7 mln osób w wieku produkcyjnym.

Oprócz zaburzeń zdefiniowanych wg kryteriów ICD 10 w badaniach uchwycono rozpowszechnienie objawów, które nie są wystarczające do postawienia diagnozy, ale mogą zwiastować pojawienie się tych zaburzeń. Stwierdzono, że 20–30% populacji uskarża się na takie problemy, jak: obniżenie nastroju, przewlekły lęk, drażliwość.

Według wyników badań EZOP stan zdrowia psychicznego wiąże się z uzyskiwanym wsparciem społecznym. Ważnym czynnikiem ryzyka są brak zatrudnienia (nie tylko bezrobotni, ale także renciści i emeryci doświadczają większego ryzyka zaburzeń psychicznych) oraz utrata współmałżonka (czy to przez rozwód, czy przez śmierć). Stwierdzono znaczne zróżnicowanie między województwami w rozpowszechnieniu zaburzeń psychicznych. Najwyższe wskaźniki notuje się w woj. łódzkim, świętokrzyskim oraz w dolnośląskim i lubuskim, najniższe – w podkarpackim. Regionalne rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych zarejestrowane w badaniu EZOP tylko częściowo pokrywa się z „mapą” stworzoną na podstawie statystyk ochrony zdrowia, które odzwierciedlają bardziej

zróźnicowanie w dostępności placówek specjalistycznych. Jednocześnie dane statystyczne nt. pacjentów psychiatrycznej służby zdrowia pozwalają na próbę oceny trendów, co jest niemożliwe w ramach jednego badania epidemiologicznego¹⁴¹.

Rysunek. 2. Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych wg województw



Źródło:

Gromadzone i przetwarzane od kilkadziesiąt lat przez Instytut Psychiatrii i Neurologii dane obejmują statystyki opieki ambulatoryjnej, opieki całodobowej oraz form pośrednich: opieki środowiskowej i oddziałów dziennych. Tylko dane z opieki całodobowej i oddziałów dziennych są uzyskiwane na podstawie indywidualnych kart pacjentów. Pozostałe statystyki mają charakter zagregowany na poziomie poszczególnych placówek i województw. Dlatego też nie można sumować danych pochodzących z poszczególnych typów opieki.

Świadczenia ambulatoryjne otrzymuje ponad półtora miliona osób, a stacjonarne – ponad 200 tysięcy. W oddziałach dziennych leczy się wielokrotnie mniej, bo 25 tys. pacjentów. W opiece środowiskowej – po latach zastoju – nastąpił wyraźny postęp; w ciągu pięciu lat liczba pacjentów zwiększyła się czterokrotnie – do ponad 26 tysięcy.

Ostatnie lata przyniosły burzliwe zmiany w rejestrowanym rozpowszechnieniu zaburzeń psychicznych. W latach 1997–2014 liczba pacjentów w opiece ambulatoryjnej uległa podwojeniu – zwiększyła się z około 750 tys. do ponad 1,5 miliona. Tempo wzrostu wśród pacjentów leczonych po raz pierwszy było nieco słabsze; ich liczba zwiększyła się o 80% z 224 tys. do 400 tys., co sugeruje, że rosnące wskaźniki odzwierciedlają zarówno większe rozpowszechnienie rzeczywiste zaburzeń psychicznych, jak i większą dostępność

¹⁴¹ J. Moskalewicz, A. Kiejna, B. Wojtyniak (2012), *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski: raport z badań "Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska"*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.

świadczeń. Największą grupę rozpoznań w leczeniu ambulatoryjnym stanowią zaburzenia: nerwicowe (26%), afektywne (20%), organiczne (13%), behawioralne, osobowości, rozwojowe i upośledzenia umysłowe (16%) oraz zaburzenia spowodowane spożywaniem alkoholu (11%). Co dziewiąty pacjent cierpi na schizofrenię i zaburzenia schizotypowe i urojeniowe.

Najszybsze tempo wzrostu obserwowano wśród pacjentów używających innych niż alkohol substancji psychoaktywnych. Ich liczba wzrosła ponad pięć razy, co wiąże się z rosnącym rozpowszechnieniem narkomani z jej nieuniknionymi następstwami dla zdrowia psychicznego. Mimo to nadal stanowią oni niecałe 3% wszystkich pacjentów.

Nieco inny obraz sytuacji epidemiologicznej uzyskujemy przy analizie danych z leczenia stacjonarnego. Przyrost liczby pacjentów w opiece całodobowej był mniejszy. Niemniej jednak w latach 1997–2014 liczba pacjentów zwiększyła się prawie o połowę, przy czym wzrost ten trwał do roku 2010, po czym nastąpiła stabilizacja liczby pacjentów objętych opieką stacjonarną. Może to świadczyć o „przejęciu” przez inne formy opieki części pacjentów leczonych dotychczas stacjonarnie. Inna – w porównaniu z opieką ambulatoryjną – była struktura rozpoznań. Aż 35% pacjentów stanowiły osoby leczące się z powodu zaburzeń spowodowanych piciem alkoholu, a wśród pacjentów mężczyzn – 46%. Na drugim miejscu znalazły się schizofrenia i zaburzenia schizotypowe i urojeniowe (20%) a na trzecim – zaburzenia organiczne (14%). Dwukrotnie zwiększyła się liczba leczonych z powodu zaburzeń organicznych. Jednak ponad 50% wzrostu ogólnej liczby pacjentów w opiece całodobowej przypada na zaburzenia związane z konsumpcją alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.

Mapa rozpowszechnienia wg danych z opieki całodobowej różni się zasadniczo od mapy zbudowanej na podstawie danych z opieki ambulatoryjnej. Województwa, w których leczenie ambulatoryjne odnotowywało najwyższe rozpowszechnienie, mają stosunkowo mniej pacjentów w opiece całodobowej. Wygląda na to, że w wielu przypadkach o tym, jakie leczenie otrzyma pacjent, nie decyduje jego stan zdrowia, lecz dostępność świadczeń.

Działania programowe podjęte w ostatniej dekadzie

Od lat 90. w Instytucie Psychiatrii i Neurologii trwały prace nad utworzeniem Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, zwieńczone powodzeniem – 28 grudnia 2010 r. Rada Ministrów zdecydowała o ustanowieniu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, który był realizowany w latach 2011–2015. Zasadniczymi celami Programu były: promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym oraz zapewnienie osobom z takimi zaburzeniami dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz innych form wsparcia i pomocy, które umożliwią im funkcjonowanie w rodzinie i społeczeństwie, a także rozwój badań naukowych i tworzenie systemów informacji, niezbędnych do skutecznego zapobiegania zaburzeniom psychicznym.

Najistotniejszym działaniem podejmowanym w ramach realizacji Programu miało być unowocześnienie leczenia psychiatrycznego wg założeń modelu środowiskowego i polegające na:

1. Przekształceniu dużych szpitali psychiatrycznych w placówki specjalistyczne (nadal poważnym problemem opieki stacjonarnej jest nadmierna koncentracja łóżek w dużych szpitalach psychiatrycznych).
2. Tworzeniu oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych (oddziały psychiatryczne przy szpitalach ogólnych pozwalają na wyrównanie dostępności terytorialnej opieki stacjonarnej oraz zmniejszają stygmatyzację osób hospitalizowanych z powodu zaburzeń psychicznych).
3. Zwiększeniu udziału pozaszpitalnych form opieki zdrowotnej w rehabilitacji psychiatrycznej (mimo że w ostatnim dziesięcioleciu liczba oddziałów dziennych wzrosła dwukrotnie, nadal nawet mieszkańcy wielu większych miast mają kłopoty z dostępem do tej formy opieki).

Przepisy bezpośrednio odnoszące się do Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego zostały wprowadzone do Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 (tekst ujednolicony, stan prawny na dzień 17 lutego 2011 r.; Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375). Mimo wysokiej rangi programu jego realizację trudno uznać za zadowalającą. Osiągnięto tylko niewielką część z założonych celów. Kolejna edycja programu przygotowywanego na następne lata ma objąć już tylko dalsze reformy systemu ochrony zdrowia psychicznego i badania naukowe. Kwestie promocji i profilaktyki znalazły się w Narodowym Programie Zdrowia.

Rekomendacje

Co czwarty mieszkaniec naszego kraju w wieku produkcyjnym doświadczył w swoim życiu zaburzeń zdrowia psychicznego, a co ósmy cierpi aktualnie na te zaburzenia. Dostępne dane wskazują na lawinowo rosnący popyt na świadczenia z zakresu zdrowia psychicznego. W ciągu ostatnich kilkunastu lat liczba leczonych ambulatoryjnie zwiększyła się dwukrotnie, a leczonych stacjonarnie – o połowę. Oznacza to setki tysięcy dodatkowych pacjentów i miliardy złotych na ich leczenie i rehabilitację. O pogarszającym się stanie zdrowia psychicznego, zwłaszcza w ostatnich latach, świadczy najwyższy w historii współczynnik samobójstw, w wyniku których ginie prawie dwa razy więcej mężczyzn niż na skutek wypadków drogowych. Gorsza kondycja psychiczna obywateli ma negatywny wpływ na klimat społeczno-polityczny, zmniejsza produktywność i innowacyjność, ogranicza możliwości rozwojowe kraju.

Najważniejsze kierunki dalszych działań powinny obejmować: 1) promocję zdrowia psychicznego, 2) zapobieganie samobójstwom, 3) ograniczenie spożycia alkoholu, 4) przyjęcie priorytetów w zakresie opieki i leczenia zaburzeń psychicznych, 5) zapewnienie odpowiednich kadr w lecznictwie, 6) zapewnienie przestrzegania praw człowieka w psychiatrycznej ochronie zdrowia, 7) reorganizację systemu leczenia, 8) monitoring i koordynację, 9) badania naukowe.

Promocja zdrowia psychicznego

Ochrona zdrowia, mimo iż dysponuje rosnącym potencjałem intelektualnym, fachowym i coraz większym doświadczeniem, nie jest w stanie wpłynąć decydująco na zdrowie psychiczne Polaków. Może tylko leczyć; jej wpływ na przyczyny jest ograniczony. Poprawa sytuacji wymaga przede wszystkim zdecydowanych działań w dziedzinie promocji zdrowia. Bez przełomu w tej dziedzinie będą narastać rzesze obywateli z ciężkimi doświadczeniami psychicznymi. Musimy uwzględniać kwestie zdrowia psychicznego w programach społeczno-gospodarczego rozwoju kraju, tak jak uwzględnia się wpływ decyzji gospodarczych na ekologię. Nie można pozwolić dłużej na podejmowanie decyzji, które szkodzą kondycji psychicznej Polaków. Należy przygotować modelowe programy promocji zdrowia psychicznego dla społeczności lokalnych, zakładów pracy, szkół i uczelni, służb mundurowych oraz spowodować ich wdrożenie z uwzględnieniem specyfiki wdrażających je podmiotów. Priorytetem powinny być działania zapewniające większe wsparcie społeczne grup ludności najbardziej zagrożonych zaburzeniami psychicznymi, na przykład: oferty pracy – nawet w niepełnym wymiarze godzin lub pracy chronionej – dla bezrobotnych, rencistów, w tym rencistów z niepełnosprawnością psychiczną, zapewnienie wsparcia społecznego osobom samotnym, rozwiedzionym, owdowiałym, pracownikom sezonowym, pracującym poza swoim miejscem zamieszkania.

Zapobieganie samobójstwom

Należy opracować i przyjąć Narodowy Program Zapobiegania Samobójstwom, ze szczególnym uwzględnieniem populacji mężczyzn, wśród których w ciągu 25 lat transformacji liczba samobójstw wzrosła o połowę. Doświadczenia innych krajów wskazują na możliwość zmniejszenia liczby samobójstw w stosunkowo krótkim horyzoncie (kilku lat). Zaniechania w tej dziedzinie grożą znacznym wzrostem ich częstotliwości.

Ograniczenie spożycia alkoholu

Zaburzenia związane z nadużywaniem spożycia alkoholu stanowią prawie połowę wszystkich zaburzeń psychicznych w Polsce, a pacjenci cierpiący na te zaburzenia stanowią ponad jedną trzecią wszystkich pacjentów objętych psychiatryczną opieką stacjonarną. Należy doprowadzić do ograniczenia konsumpcji alkoholu nie tylko wśród młodzieży, ale i w populacji dorosłych, co – jak wynika z doświadczeń polskich i zagranicznych – pociągnie za sobą ograniczenie zdrowotnych i społecznych problemów, w tym spadek liczby uzależnionych i spadek liczby zgonów związanych z nadużywaniem spożycia alkoholu. Liczne badania wskazują na to, że najtańszą, a zarazem najskuteczniejszą strategią jest ograniczenie dostępności fizycznej i ekonomicznej alkoholu. Ograniczanie liczby punktów sprzedaży, których sieć jest największa w historii ostatnich stu pięćdziesięciu lat, oraz ograniczenie godzin sprzedaży i aktywna polityka podatkowa mogą doprowadzić do spadku spożycia, przy równoczesnym wzroście dochodów budżetowych.

Priorytety w zakresie opieki i leczenia zaburzeń psychicznych

W obecnej sytuacji epidemiologicznej można wyróżnić cztery grupy rozpoznań, które stanowią największe zagrożenie dla zdrowia psychicznego Polaków, generując przy tym około 75% kosztów leczenia:

- przewlekłe choroby schizofreniczne i afektywne,
- zaburzenia związane ze spożyciem alkoholu,
- choroby wynikające ze starzenia, w tym choroby organiczne,
- depresje.

Istnieje pilna potrzeba opracowania skutecznych i kosztowo efektywnych programów opieki i leczenia zaburzeń psychicznych, których celem będzie z jednej strony poprawa stanu zdrowia, a z drugiej – zapewnienie odpowiedniej jakości życia osobom na nie cierpiącym.

Zapewnienie odpowiednich kadr w lecznictwie

Psychiatria cierpi na niedostatek specjalistów: psychiatrów, pielęgniarek, psychologów. Liczba psychiatrów w stosunku do liczby ludności jest znacznie niższa niż w rozwiniętych krajach Unii Europejskiej. Niezbędne będzie stworzenie zachęt do podejmowania pracy w psychiatrycznej ochronie zdrowia i zdobywania specjalizacji w zakresie psychiatrii.

Zapewnienie przestrzegania praw człowieka w psychiatrycznej ochronie zdrowia

Znaczny poziom instytucjonalizacji, szpitalocentryczny model opieki i niedostatki personelu zwiększają ryzyko naruszeń praw człowieka, zwłaszcza w dużych szpitalach psychiatrycznych. Najpewniejszą drogą do ograniczenia tego ryzyka jest ograniczenie roli leczenia szpitalnego oraz zwiększenie liczby odpowiednich kwalifikowanych kadr. Należy zwiększyć znaczenie organizacji pozarządowych w monitorowaniu tej kwestii.

Reorganizacja systemu leczenia

Skuteczne i optymalne kosztowo leczenie wymaga głębokiej reorientacji systemu psychiatrycznej ochrony zdrowia. Należy skończyć ze szpitalocentrycznym modelem, w którym szpitale pochłaniają trzy czwarte kosztów, oferując opiekę dla kilkunastu procent pacjentów. Opieka psychiatryczna musi stać się opieką środowiskową zorganizowaną w centra zdrowia psychicznego dające sieć oparcia, na którą składają się opieka zdrowotna, wsparcie społeczne i wsparcie w zakresie pracy zawodowej. Opieka stacjonarna powinna być oferowana przede wszystkim przez oddziały psychiatryczne przy szpitalach ogólnych, które są bardziej dostępne, mniej stygmatyzujące, pozwalające na zapewnienie ciągłości opieki w środowisku pacjenta.

Monitoring i koordynacja

Niezbędny jest też systematyczny monitoring pozwalający na ocenę wprowadzanych zmian i ich elastyczną korektę. Konieczne będzie zwiększenie nakładów na usprawnienie systemów

informatycznych oraz na badania społeczne i organizacyjne. Realizacja takiego programu wymaga powołania silnego centrum koordynacyjnego oraz zapewnienia odpowiednich nakładów finansowych.

Badania naukowe

Kondycja psychiczna społeczeństwa ma kluczowe znaczenie dla zrównoważonego rozwoju kraju. Aktywna polityka zmierzająca do poprawy nie tylko stanu zdrowia psychicznego, ale także dobrostanu psychicznego wymaga rzetelnych, powtarzanych przynajmniej co pięć lat badań epidemiologicznych i społecznych obejmujących następujące kwestie:

- dobrostan psychiczny,
- rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych, w tym rozpowszechnienie zachowań samobójczych,
- współwystępowanie zaburzeń psychicznych i somatycznych,
- uwarunkowania zdrowia psychicznego, w tym determinanty tkwiące w polityce gospodarczej, społecznej, kulturalnej.
- nierówności w zdrowiu, w tym nierówności w dostępie do opieki psychiatrycznej,
- dyskryminacja i wykluczenie społeczne.

Obok badań epidemiologicznych i społecznych niezbędne są badania ewaluacyjne oceniające efekty polityki zdrowotnej, w tym:

- ewaluacja Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego,
- ewaluacja Narodowego Programu Zdrowia,
- ewaluacja różnych modeli organizacyjnych,
- ewaluacja różnych podejść terapeutycznych.

Efektywna realizacja ww. kierunków badawczych wymaga uwzględnienia publicznych, społecznych i zdrowotnych aspektów ochrony zdrowia psychicznego w priorytetach Krajowego Programu Badań (NCN, NCBiR).

Niezależnie od prowadzonych badań polityka zdrowotna i społeczna muszą dysponować danymi umożliwiającymi systematyczny monitorowanie sytuacji epidemiologicznej, aby umożliwić elastyczne reagowanie na pojawiające się problemy, zwłaszcza niepożądane efekty uboczne prowadzonej polityki. Aktualnych danych do monitoringu mogą dostarczyć rutynowe statystyki psychiatrycznej opieki zdrowotnej pod warunkiem ich pełnej bieżącej digitalizacji. Wymaga to stworzenia systemu indywidualnych kart zdrowia psychicznego z dostępem on-line upoważnionych jednostek organizacyjnych, z zapewnieniem pełnej ochrony indywidualnych danych.

Propozycje źródeł finansowania

Środki na poprawę kondycji psychicznej mieszkańców Polski powinny pochodzić przede wszystkim ze źródeł publicznych, w części z przychodów z podatku akcyzowego na alkohol, zważywszy na znaczny udział zaburzeń alkoholowych wśród ogółu zaburzeń psychicznych

oraz wysoką współchorobowość między zaburzeniami psychicznymi a zaburzeniami alkoholowymi.

PRIORYTET III. 5. Ograniczenie zachorowalności i umieralności z powodu przewlekłych chorób niezakaźnych dzięki poprawie żywienia i zwiększeniu aktywności fizycznej społeczeństwa.

Stan obecny

Zmiany w żywieniowych uwarunkowaniach sytuacji zdrowotnej

W ostatnich kilkunastu latach następowało wygaśnięcie lub spowolnienie dynamiki tych korzystnych zmian w diecie, które uznano za ważne determinanty poprawy sytuacji zdrowotnej w pierwszej dekadzie okresu transformacji. Należały do nich w szczególności znaczny wzrost spożycia owoców oraz radykalna zmiana struktury spożycia tłuszczów wydzielonych ogółem, polegająca na wzroście udziału tłuszczów pochodzenia roślinnego.

Chociaż spożyciu **owoców i warzyw** przyznano szczególnie wysoki priorytet wśród wskaźników zdrowego żywienia, to, niestety, spożycie owoców, *po znacznej poprawie w latach 90., nie zwiększyło się w następnych latach. W okresie 2010–2014 spadło ono nawet poniżej średniorocznego poziomu z poprzedniego dziesięciolecia.* W rezultacie zgodnie z danymi z raportu *Health at a Glance: Europe 2010* (OECD, 2010) pod względem wysokości spożycia owoców w 2007 r. Polska zajmowała ostatnie miejsce wśród 31 krajów europejskich, uwzględnionych w raporcie.

Należy także zaznaczyć, że występuje silna zależność dodatnia między spożyciem owoców a dochodami – nierówności w rozkładzie dochodów pociągają za sobą nierówności w rozkładzie spożycia. Są one identyfikowane dzięki wynikom badań budżetów. Zgodnie z danymi dot. sytuacji w 2014 r., 30% łącznej konsumpcji owoców przez ogół polskich indywidualnych gospodarstw domowych przypadało na 20% tych gospodarstw, które zaliczono do najwyższej grupy dochodowej; grupa 20% gospodarstw domowych o najniższych dochodach miała jedynie 12% udział w łącznej ogólnokrajowej konsumpcji owoców (GUS, 2015). Nie obserwuje się poprawy w omawianym rozkładzie w długim okresie. Można nawet zauważyć jednopunktowy spadek udziału najuboższych gospodarstw domowych w spożyciu owoców w stosunku do 2009 r. (GUS, 2009).

W spożyciu warzyw, w przeciwieństwie do owoców, Polska zajmuje stosunkowo wysoką pozycję (9) wśród krajów europejskich, wziętych pod uwagę w cytowanym raporcie OECD. Wysokość spożycia utrzymywała się w latach 1990–2005 na stosunkowo wyrównanym poziomie, po czym nastąpił jego spadek.

Spożycie warzyw jest także uzależnione od dochodów, choć zależność ta jest słabsza niż w przypadku owoców. W 2014 r. na 20% gospodarstw domowych o najwyższych dochodach przypadało 25,7% łącznej konsumpcji warzyw przez gospodarstwa domowe ogółem, a na grupę o najniższych dochodach – 14,7%. Nierówności w rozkładzie spożycia warzyw na tle nierówności w dochodach pogłębiają się znacznie przy uwzględnieniu droższych rodzajów warzyw, jak w szczególności pomidorów.

O niewystarczającym udziale owoców i warzyw w naszej diecie świadczą też wyniki Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia w 2009 roku. Wśród dzieci powyżej szóstego miesiąca życia największa grupa (45%) spożywa owoce jeden raz dziennie, a tylko 30% – dwa razy dziennie lub częściej. Raz dziennie jada warzywa 47% dzieci, a dwa razy dziennie – 20%. W tym kontekście warto podkreślić małe znaczenie socjalnej funkcji szkół w zakresie zapewnienia żywienia, co znajduje odzwierciedlenie w małej liczbie stołówek. W roku szkolnym 2009/2010 stołówki prowadziło tylko 55% ogółu szkół podstawowych. Osoby dorosłe spożywają warzywa i owoce jeszcze rzadziej niż dzieci. Dotyczy to zwłaszcza mężczyzn.

Od 2002 r. nie jest już kontynuowana poprzednia szybka tendencja wzrostowa w spożyciu **tłuszczów pochodzenia roślinnego**, a jednocześnie jeszcze wcześniej ustabilizowało się spożycie masła. W rezultacie udział tłuszczów roślinnych w spożyciu tłuszczów ogółem, wynoszący 70% w 2014 r., był tylko nieznacznie wyższy w stosunku do 2000 r. (62%), podczas gdy w dziesięcioleciu 1990–2000 zwiększył się aż o prawie 30 pkt. proc.

W ostatnich kilkunastu latach nie było także poprawy w stosunku ilości kwasów tłuszczowych wielonienasyconych do nasyconych, zawartych w diecie. Wynosił on 0,46 w 2014 r., przy 0,44 w 2000 roku. W poprzednim dziesięcioleciu (1990–2000) charakteryzowany stosunek poprawił się natomiast aż o 17 pkt. proc.

Spożycie soli w krajach europejskich znacznie przekracza poziom, zalecany przez Światową Organizację Zdrowia (poniżej 5g na osobę/dzień). W świetle tego, że podwyższone ciśnienie krwi stanowi główny czynnik ryzyka zgonów w Regionie Europejskim WHO, zmniejszenie spożycia soli uznano za szczególny priorytet dla podejmowania działań w ślad za wytycznymi Grupy Wysokiego Szczebla ds. Żywienia i Aktywności Fizycznej, utworzonej przez Komisję Europejską. Spożycie soli w Polsce, obliczane na podstawie wyników badań budżetów gospodarstw domowych, przekracza 2–3-krotnie zalecany poziom, przy czym może być ono faktycznie jeszcze wyższe ze względu na to, że badania budżetów nie uwzględniają spożycia w sektorze żywienia zbiorowego (gastronomia, stołówki, szkolne, pracownicze itp).

Aktywność fizyczna

Według badań krajowych zaledwie 30% młodzieży uczestniczy w zajęciach poprawiających sprawność fizyczną w czasie wolnym od pracy, a odsetek ten zmniejsza się do 5% w wieku dojrzałym. Sprawność fizyczna młodzieży, mierzona międzynarodowymi testami, uległa pogorszeniu w ostatnim dziesięcioleciu. Stwierdzono również, że poziom aktywności fizycznej osób dorosłych w Polsce jest jednym z najniższych w Europie. Wskazują na to m.in. badania przeprowadzone w sześciu krajach europejskich w ramach programu CINDI WHO. 72,9% zbadanych osób w Polsce zakwalifikowano do prowadzących siedzący tryb życia, podczas gdy np. w Finlandii do tej grupy zaliczono jedynie co dziesiątą osobę. Według badań UE (Eurobarometer, 2009) aż 49% Polaków odpowiedziało, że nigdy nie ćwiczy, ani nie uprawia sportu, przy średniej dla ogółu krajów członkowskich wynoszącej 39%. Z pewną regularnością (od 1 do 4 razy w tygodniu) aktywność fizyczną uprawiało 19% Polaków, podczas gdy średnia dla całej Unii wynosiła 31%.

Sytuacja zdrowotna warunkowana modyfikowalnymi czynnikami stylu życia, w tym żywieniem i aktywnością fizyczną

W Polsce w niepokojąco szybkim tempie zwiększa się występowanie nadwagi i otyłości. Na podstawie pomiarów antropometrycznych przeprowadzonych w 2000 r. w całym kraju stwierdzono występowanie nadmiernej masy ciała u 56,7% dorosłych mężczyzn (otyłość u 15,7%) i u 48,6% kobiet (otyłość u 19,9%). Częstość otyłości zwiększała się wraz z wiekiem (IŻŻ, 2000). Nadmierną masę ciała stwierdzono także u 19,9% chłopców (u 4% otyłość) i u 14,5% dziewcząt (u 3,5% otyłość).

Wyniki kolejnych pomiarów antropometrycznych obejmujących ogólnopolską, reprezentatywną próbę (program WOBASZ 2003–2005) ujawniły wzrost występowania nadmiernej masy ciała wśród osób dorosłych w stosunku do poprzednich badań, w tym znaczny wzrost otyłości u mężczyzn (20,6,% *versus* 15,7%). Szczególnie niepokojące informacje, świadczące o gwałtownym przyspieszeniu dynamiki występowania nadwagi i otyłości w naszej populacji, pochodzą z Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia, przeprowadzonego w 2009 roku, tj. trzeciego z kolei badania tego rodzaju (dwa poprzednie wykonano w roku 1996 i 2004). O ile w latach 1996–2004 występowanie nadmiernej masy ciała u mężczyzn zwiększyło się o 4 pkt. proc. (otyłość o 2 pkt.), wśród kobiet zaś pozostało bez zmian, to w 2009 r. wskaźnik nadmiernej masy ciała u mężczyzn był aż o 9 pkt. proc. wyższy w stosunku do 2004 r. (otyłość wzrosła o 4 pkt.), a u kobiet zwiększył się o 5 pkt. proc. (otyłość prawie o 3 pkt.). W rezultacie nadwagę miało 44,8% dorosłych mężczyzn, a otyłość 16%.Wskaźniki nadwagi i otyłości wśród dorosłych kobiet wynosiły odpowiednio 29,4% i 15,2%. Nastąpił również, w porównaniu z badaniem przeprowadzonym w 2004 r., wzrost średniej masy ciała prawie dla każdego rocznika wieku wśród dzieci.

Ostatnie Europejskie ankietowe badanie zdrowia, które odbyło się w 2014 r., potwierdziło dalszy wzrost nadmiernej masy ciała wśród dorosłych: dotyczyło to ponad 62% dorosłych mężczyzn i prawie 46% kobiet. Występowanie otyłości wśród mężczyzn zwiększyło się o 2 pkt. w stosunku do 2009 r. i osiągnęło 18%; zwiększył się także wskaźnik otyłości wśród kobiet.

Działania podejmowane w Polsce na rzecz poprawy żywienia i aktywności fizycznej i/lub zmniejszenia otyłości.

Chorobom powstałym na tle wadliwego żywienia i niedostatecznej aktywności fizycznej można skutecznie zapobiegać. Wymaga to jednak podejmowania działań profilaktycznych o zasięgu ogólnokrajowym i stosownego finansowania. W ostatnim dziesięcioleciu Polska przystąpiła do następujących inicjatyw międzynarodowych dotyczących poprawy żywienia i aktywności fizycznej:

- strategia globalna dotycząca diety, aktywności fizycznej i zdrowia (2004 r.), jedna ze specyficznych strategii w celu realizacji Europejskiej Strategii Zapobiegania i Zwalczenia Chorób Niezakaźnych (2006 r.),
- Europejska Karta Walki z Otyłością (2006 r.),
- Strategia Europejska w zakresie problemów zdrowotnych związanych z odżywianiem

się, nadwagą i otyłością (Komisja Europejska – 2007 r.),

- II Europejski Plan Działania dotyczący polityki w zakresie żywności i żywienia na lata 2007–2012,
- Plan Działania w zakresie Wdrażania Strategii Globalnej w celu Zapobiegania i Zwalczania Chorób Niezakaźnych 2008–2013 (2008 r.),
- Wytyczne Grupy Roboczej Wysokiego Szczebla ds. Żywności i Aktywności Fizycznej, utworzonej przez Komisję Europejską w następstwie Strategii Europejskiej w zakresie problemów zdrowotnych związanych z odżywianiem się, nadwagą i otyłością – zobowiązanie wszystkich krajów członkowskich do ich realizacji jako najważniejszego priorytetu zdrowia publicznego.

W związku z powyższymi zobowiązaniami w 2007 r. uruchomiono Narodowy Program Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym poprzez Poprawę Żywności i Aktywności Fizycznej POL-HEALTH na lata 2007–2011, finansowany przez Ministerstwo Zdrowia. Środki przeznaczone na realizację programu w latach 2007–2009 wyniosły jednak niespełna 1,2 mln zł – 0,06% ogółu nakładów z budżetu na realizację kilkunastu programów zdrowotnych dotyczących przewlekłych chorób niezakaźnych w tym okresie. Od 2010 r. powyższy program (już bez sformułowania: narodowy) stanowił Moduł I Narodowego Programu Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym, obejmującego jeszcze dwa następujące moduły: II – Program Prewencji i Leczenia Cukrzycy w Polsce na lata 2010–2011; III – Program Eliminacji Niedoboru Jodu w Polsce na lata 2009–2011. Finansowanie modułu I w 2010 r. wyniosło 1,3 mln zł, a w 2011 r. – 1,2 mln zł, co pozostaje w oczywistej dysproporcji w stosunku do potrzeb i efektów, które można by uzyskać w korzystniejszej sytuacji. Od 2012 r. program nie jest finansowany.

W Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007–2015 zawarto cel operacyjny 3: „Poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności oraz zmniejszenie występowania otyłości”, a także cel 4: „Zwiększenie aktywności fizycznej ludności”. Brak było jednak wyodrębnionego finansowania tego programu.

Od 2010 r. jest realizowany projekt ogólnokrajowy pt. „Zapobieganie nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym poprzez edukację społeczeństwa w dziedzinie żywienia i aktywności fizycznej”, wykonywany przez Instytut Żywności i Żywności w partnerstwie z Instytutem-Pomnikiem Centrum Zdrowia Dziecka, Akademią Wychowania Fizycznego i Polskim Towarzystwem Dietetyki. Projekt jest finansowany głównie przez Szwajcarię przy współfinansowaniu przez budżet Ministerstwa Zdrowia. Główny Inspektorat Sanitarny i Polska Federacja Producentów Żywności Związek Pracodawców realizują na zasadzie partnerstwa publiczno-prywatnego od 2006 r. ogólnopolski program edukacyjny „Trzymaj Formę!”. Głównym celem programu jest edukacja w zakresie trwałego kształtowania prozdrowotnych nawyków wśród młodzieży szkolnej i ich rodzin przez promocję zasad aktywnego stylu życia i zbilansowanej diety, w oparciu o odpowiedzialność indywidualną i wolny wybór jednostki.

W listopadzie 2009 r. Minister Edukacji Narodowej, Minister Zdrowia i Minister Sportu i Turystyki podpisali „Porozumienie o współpracy w sprawie promocji zdrowia i profilaktyki problemów dzieci i młodzieży”.

W 2016 r. Instytut Żywności i Żywienia opublikował nową „Piramidę zdrowego żywienia i aktywności fizycznej”.

W projekcie Narodowego Programu Zdrowia 2016–2020 jest zawarty cel operacyjny „Poprawa sposobu żywienia i stanu odżywienia społeczeństwa”.

Rekomendacje

Istnieje konieczność znacznego rozszerzenia skoordynowanych działań w zakresie zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym przez poprawę żywienia i aktywności fizycznej, znajdujących oparcie w programie rządowym, finansowanym na miarę potrzeb, a w tym:

- 1) stworzenie spójnego programu edukacji żywieniowej, dostosowanego do potrzeb wszystkich grup społecznych i ułatwiającego m.in. świadomy wybór produktów spożywczych, sprzyjających prozdrowotnemu modelowi żywienia;
- 2) szczególnie nacisk powinien być położony na edukację żywieniową kobiet w okresie rozrodczym, promocję karmienia naturalnego niemowląt oraz edukację żywieniową dzieci i młodzieży;
- 3) utworzenie platformy współpracy z przemysłem spożywczym na rzecz produkcji żywności o walorach prozdrowotnych (mniej tłuszczu, cukru i soli);
- 4) utworzenie podobnej platformy współpracy z sektorem żywienia zbiorowego;
- 5) nadanie wysokiej rangi jakości zdrowotnej żywności i bezpieczeństwu żywnościowemu przez poprawę nadzoru nad importem, krajową produkcją i dystrybucją żywności oraz poprawę fizycznej i ekonomicznej dostępności żywności dla grup znajdujących się w sferze niedostatku;
- 6) ustawiczne kształcenie i podnoszenie kwalifikacji w dziedzinie żywienia i aktywności fizycznej grup zawodowych zajmujących się zdrowiem człowieka (lekarze, pielęgniarki, dietetycy);
- 7) opracowanie i wdrożenie systemu poradnictwa dietetycznego do podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz szpitali;
- 8) stworzenie wszystkim uczniom możliwości zdrowego żywienia w szkole;
- 9) stworzenie dzieciom i młodzieży możliwości uczestniczenia w pozalekcyjnych zajęciach sportowo-rekreacyjnych na terenie szkół i miejsc zamieszkania;
- 10) wdrażanie standardów żywienia w szpitalach w celu poprawy skuteczności leczenia i zmniejszenia jego kosztów;
- 11) opracowanie i wdrażanie systemu poradnictwa w zakresie poprawy aktywności ruchowej pacjentów hospitalizowanych w celu poprawy skuteczności leczenia;
- 12) oddziaływanie na rozwój bazy urządzeń sportowych i rekreacyjnych w celu zwiększenia aktywności fizycznej, ze szczególnym uwzględnieniem małych miast, miasteczek i wsi;
- 13) monitorowanie zmian w żywieniu i w stanie odżywienia (identyfikacja nadwagi, otyłości lub niedowagi) na podstawie regularnych, ogólnopolskich, reprezentatywnych badań, prowadzonych z zastosowaniem metodologii właściwej do tego celu, obejmujących całą populację. Przeciągający się w czasie brak takich badań (IŻŻ 2000, WOBASZ 2003–2005) utrudnia identyfikację tego, co rzeczywiście dzieje się w żywieniu, a w tym identyfikację zagrożenia niedożywieniem grup znajdujących się w sferze ubóstwa;

- 14) poprawa systemu informacji nt. przeciętnego spożycia żywności na mieszkańca przez powrót do opracowywania i publikowania danych nt. spożycia ryb oraz tłuszczów roślinnych przez Główny Urząd Statystyczny; uwzględnienie soli w statystyce dostaw na rynek krajowy.

PRIORYTET III. 6. Profilaktyka i zwalczanie zakażeń, chorób infekcyjnych oraz zagrożeń transgranicznych

Zakażenia i choroby infekcyjne w przeszłości stanowiły dominującą przyczynę umieralności populacji polskiej. Postęp nauk biologicznych i technicznych przyczynił się do rozwoju epidemiologii chorób zakaźnych i w konsekwencji stopniowego ograniczania chorobowości i umieralności z powodu tych chorób. Jednak kluczowym osiągnięciem medycznym w walce z chorobami zakaźnymi było, i nadal pozostaje, systematyczne stosowanie szczepień, będące najlepszą profilaktyką chorób zakaźnych. W Polsce masowe szczepienia wprowadzono w połowie lat 50. XX wieku. Systematyczna realizacja powszechnych, wieloletnich programów szczepień, w ramach Programu Szczepień Ochronnych przyczyniła się do spektakularnego sukcesu – spadku zapadalności i odsetka zgonów z powodu wybranych chorób zakaźnych. Udział chorób zakaźnych w przyczynach zgonów na przestrzeni ostatnich dziesięciu lat utrzymuje się na poziomie 0,6% do 0,9% w skali roku, z wyraźną tendencją spadkową. Trzeba jednak pamiętać, że wbrew przewidywaniom, iż w perspektywie czasu choroby zakaźne przestaną być problemem zdrowia publicznego, nadal stanowią one i będą stanowić ważny element „krajobrazu epidemiologicznego” Polski. Wynika to z tego, że w miejsce starych, dobrze poznanych chorób, pojawiają się inne, nowe zagrożenia. Są to: choroby „nowe” (np. AH1N1 pdm09, gorączki krwotoczne, SARS, MERS CoV, zakażenia wirusem Zika); schorzenia „na nowo” pojawiające się (np. krztusiec, odra) i choroby zawlekane do kraju w wyniku podróży w najdalsze zakątki świata. Do innych ważnych wyzwań, które wymagają zdecydowanych działań specjalistów w obrębie istniejących regulacji prawnych, należą: zakażenia szpitalne i antybiotykooporność. Do realizacji powyższych celów niezbędne jest multidyscyplinarne grono specjalistów klinicznych oraz w dziedzinie epidemiologii i zdrowia publicznego, a także przedstawicieli władz różnego szczebla.

Diagnoza sytuacji epidemiologicznej zakażeń i chorób zakaźnych

Sytuacja epidemiologiczna większości chorób zakaźnych w Polsce jest dość stabilna i korzystna. W odniesieniu do większości monitorowanych chorób obserwuje się spadkowe trendy zapadalności, a współczynnik zapadalności ogólnej Polaków, będący uniwersalnym wskaźnikiem sytuacji epidemiologicznej tych chorób, utrzymywał się w ostatniej dekadzie na relatywnie niskim poziomie – 6–9 zgonów rocznie na 100 000 ludności. Ta korzystna sytuacja jest następstwem zwiększenia skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym oraz ich zwalczania, ale także wynika m.in. z przemian zachodzących w strukturze demograficznej populacji polskiej, to znaczy znaczącego zmniejszenia się w niej udziału dzieci – grupy

szczególnie narażonej na większość zakażeń. Niestety, nie można też wykluczyć, że w odniesieniu do niektórych chorób zakaźnych trendy spadkowe zapadalności mogą świadczyć o zmniejszeniu czułości systemu nadzoru, wynikającego z rezygnacji z porad lekarskich w przypadku infekcji o lekkim przebiegu, zawężania liczby i zakresu badań laboratoryjnych, wykonywanych na potrzeby zdrowia publicznego, czy zaniedbywania przez lekarzy obowiązku zgłaszania zachorowań.

Zakażenia górnych dróg oddechowych

Zakażenia górnych dróg oddechowych, klasyfikowane jako „grypa i podejrzenia zachorowań na grypę”, występują od lat najliczniej wśród zgłaszanych do nadzoru chorób zakaźnych. W 2013 r. zgłoszono 3 164 405 (8218,7/100 000) przypadków tych zachorowań, co w porównaniu z liczbą 1 460 037 (3789,0/100 000) przypadków zarejestrowanych w 2012 r. stanowiło wzrost zapadalności o 116,9%, a w stosunku do mediany z lat 2007–2011 o 469,5%. Wysokiej zapadalności towarzyszyła też wysoka liczba zgonów (115) z powodu tej choroby. Dla porównania w 2012 r. liczba zgonów z powodu grypy i chorób grypopodobnych wyniosła 4, a mediana dla lat 2007–2011 wyniosła 28 zgonów. Zadowalający jest fakt, że w 2013 r. uzyskano też znaczący wzrost liczby przypadków grypy potwierdzonych laboratoryjnie – 2438 w 2013 r., a w 2012 r. były to tylko 133 przypadki. Od lat głównym problemem związanym z grypą jest znaczny opór społeczeństwa przed zaszczepieniem przeciw grypie. Według danych zbieranych przez stacje sanitarno-epidemiologiczne odsetek osób szczepiących się przeciw grypie od kilku lat utrzymuje się na niedopuszczalnie niskim poziomie ok. 3,5%. Najwięcej osób szczepi się przeciw grypie w grupie > 65 r. ż. (8–10%). Osoby z innych grup ryzyka, którym zalecane są szczepienia przeciw grypie na ogół nie korzystają z tej bezpiecznej, najbardziej skutecznej i efektywnej metody profilaktycznej. Jedynie prowadzenie systematycznej, dobrze zorganizowanej kampanii edukacyjnej, w którą zaangażowani są specjaliści, samorządowcy, przedstawiciele organów administracji, media, a przede wszystkim chętni ludzie do promowania szczepień, mogą przynieść oczekiwane efekty.

Zatrucia i zakażenia pokarmowe

Choroby przenoszone drogą pokarmową stanowią grupę jednostek chorobowych, dla których jednym elementem wspólnym jest droga zakażenia. Zostały wyodrębnione w nadzorze epidemiologicznym ze względu na ważną rolę w zdrowiu publicznym, gdyż stanowią podstawową miarę bezpieczeństwa żywności oraz poziomu higieny gospodarstw domowych. Od lat 80. obserwowano znaczne różnice zapadalności między różnymi chorobami, z wyraźną tendencją spadkową zapadalności na salmonelozę, czerwonkę bakteryjną czy zatrucia jadem kiełbasianym, oraz stabilną sytuację w zakresie zatruc gronkowcowych i o nieznannej etiologii. W Polsce dominującym czynnikiem zakażeń pokarmowych były bakterie z rodziny *Salmonella*, w tym gatunek *S. enteritidis* stanowił ponad 90% ognisk zatruc i zakażeń. Od drugiej połowy lat 90. zapadalność w Polsce nie odbiega od średniej dla krajów UE. Jednocześnie utrzymuje się tendencja spadkowa występowania ognisk zatruc i zakażeń pokarmowych o etiologii bakteryjnej, natomiast znacząco wzrasta o etiologii wirusowej

(rotawirusy, norowirusy). W 2013 r. utrzymała się tendencja spadkowa zapadalności na zakażenia jelitowe o etiologii bakteryjnej. Wśród zakażeń bakteryjnych nadal najczęściej było wywołanych przez pałeczki *Salmonella* sp. W 2013 r. zarejestrowano ich 7578 (19,7/100 000). W porównaniu z 2012 r. spadek zapadalności wyniósł 10,0%, a w porównaniu z medianą z lat 2007–2011 – 21,9%. Zakażeń pokarmowych o etiologii wirusowej zarejestrowano 42 699 (110,9/100 000). Wśród nich najczęściej było wywołanych przez rotawirusy – 23 529 (61,1/100 000). W porównaniu z 2012 r. zapadalność zmniejszyła się o około 0,6%, a w porównaniu z medianą z lat 2007–2011 był to wzrost o 5,5%. W porównaniu z 2012 r. wzrosła zapadalność na biegunki o nierozpoznanej etiologii u dzieci do dwóch lat. Wzrost ten wyniósł 28,4%. Niestety nadal utrzymuje się wysoki odsetek (30–40%) ognisk zatruc i zakażeń pokarmowych o niepotwierdzonej etiologii. Jest on spowodowany z jednej strony niedostatkiem bazy laboratoryjnej, a z drugiej brakiem zainteresowania lekarzy dokładniejszą diagnostyką pacjentów. Należy podkreślić, że coraz częściej, choć nadal rzadziej niż w krajach Europy Zachodniej, są diagnozowane dwa ważne rodzaje bakterii wywołujących zakażenia pokarmowe: *Campylobacter* i *Yersinia*.

Zakażenia wywołane bakterią *Clostridium difficile* należą do poważnych problemów epidemiologii szpitalnej. W dużym stopniu są zależne od niedostatecznie kontrolowanej antybiotykoterapii. Zakażenia jelitowe wywołane przez *Clostridium difficile* spowodowały 210 zgonów w 2013 r., a bakteryjne zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu – 128 zgonów. Obserwowana jest tendencja wzrostowa występowania ognisk zakażeń.

Choroby objęte Programem Szczepień Ochronnych

Sytuacja epidemiologiczna chorób, takich jak: błonica, tężec, krztusiec, polio, różyczka, odra, jest obecnie związana z wprowadzeniem w latach 50. i 60. ubiegłego stulecia obowiązkowych szczepień przeciw tym chorobom. Wykonawstwo szczepień przez większość lat było oceniane jako bardzo wysokie, tzn. utrzymujące się na poziomie od 95% do 99%. Utrzymujący się wysoki stan zaszczepienia populacji podlegającej szczepieniom ochronnym w większości jest wystarczający do osiągnięcia odporności zbiorowiskowej, zapobiegającej epidemicznemu szerzeniu się zachorowań. Należy podkreślić, że w efekcie prowadzonych szczepień ostatni przypadek choroby poliomyelitis, wywołany dzikim szczepem wirusa polio, odnotowano w Polsce w 1984 r., a po 1975 r. zachorowania na błonicę występują bardzo sporadycznie – ostatni przypadek zachorowania na błonicę został zawleczony ze Związku Radzieckiego w 2000 roku. Od 1998 r. liczba zachorowań na tężec nie przekracza 30 przypadków rocznie. Zmniejsza się również liczba zachorowań na choroby podlegające eliminacji: odrę i różyczkę oraz zespół różyczki wrodzonej. Rocznie rejestruje się poniżej 100 przypadków wystąpienia odry. Wyższa liczba zachorowań wskazuje na zawlekanie choroby i wystąpienie ogniska w populacji o niskim stopniu zaszczepienia, głównie w populacji romskiej.

Liczba zachorowań na różyczkę w ostatnich latach utrzymywała się na poziomie 4–6 tys. przypadków rocznie. W 2013 r. wystąpił ponad sześciokrotny wzrost zachorowań na różyczkę i miał charakter epidemii wyrównawczej. Dotyczył on w głównej mierze młodych mężczyzn z roczników nie objętych obowiązkowymi szczepieniami MMR. Choć niewątpliwie zachorowania te stanowiły zagrożenie dla niewielkiego odsetka kobiet w wieku

rozrodczym, które nie zostały zaszczepione przeciw różyczce, epidemia ta wiązała się z powiększeniem odsetka mężczyzn z odpornością naturalną. Poddawanie chłopców obowiązkowym szczepieniom MMR w kolejnych latach zmniejszy ryzyko zapadalności na różyczkę i na nagminne zapalenie przyusznic.

Niepokojący jednak pozostaje fakt niedostatecznego potwierdzania laboratoryjnego podejrzeń różyczki. Jest to element niezbędny do prawidłowego rozpoznania i potwierdzenia przypadku, jednocześnie wynikający z udziału Polski w realizacji programu eliminacji tej choroby. Pobranie materiału do badania laboratoryjnego w celu potwierdzenia rozpoznania klinicznego dotyczy także zachorowań na odrę oraz wystąpienia ostrego porażenia wiotkiego u dzieci do 15. roku życia. Programy są koordynowane przez Światową Organizację Zdrowia (ŚOZ).

Wirusowe zapalenie wątroby typu B (wzw B) w Polsce należało w latach 80. ubiegłego stulecia do chorób o najwyższej zapadalności w Europie. Program zwalczania i zapobiegania tej chorobie przez szczepienia, realizowany przez wiele lat, doprowadził do znaczącego obniżenia zapadalności (4,0 na 100 000). Od lat jest obserwowany spadek zapadalności na ostre wzw B oraz niewystępowanie zachorowań u dzieci.

Szczepienie przeciw *H. influenzae* zostało wpisane do kalendarza szczepień po raz pierwszy w 1997 r. jako zalecane. Jako szczepienie obowiązkowe dla wszystkich dzieci znajduje się w kalendarzu od 2007 roku. I już w tym samym roku obserwowano spadek zapadalności na inwazyjną chorobę wywołaną *H. influenzae* o 42,6%, a zapadalność na zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i/lub mózgu spadło o 40,6%. Był to niewątpliwie efekt prowadzonych szczepień. W 2013 r. liczba zachorowań na choroby inwazyjne wywołane przez *H. influenzae* wyniosła 25 (0,06/100 000). W porównaniu do 2012 r. zapadalność zmniejszyła się o 30,5%, a w porównaniu z medianą z lat 2007–2011 – o 19,3%.

Gruźlica. Wzmocniona kontrola kodowania przyczyny wyjściowej zgonów spowodowała, iż ponownie pierwszą przyczyną zgonów stała się gruźlica i jej późne następstwa (w 2013 r. 540 zgonów; 23,2% wszystkich zgonów). Mimo utrzymującej się tendencji spadkowej zachorowań na gruźlicę Polska pozostaje nadal w grupie państw o wyższej zapadalności na gruźlicę niż wynosi średnia dla krajów Europy Zachodniej. W siedmiu województwach zapadalność przekracza 20/100 000, a w województwie lubelskim osiąga wartość 27,4. Stanowi to niepokojący sygnał ze względu na znany związek zapadalności na gruźlicę z sytuacją bytową ludności, a w przypadku województwa lubelskiego również z powodu kontaktów przezgranicznych z krajami o bardzo wysokiej zapadalności na gruźlicę i obecność na tych obszarach szczepów *M. tuberculosis*, opornych na wiele leków. Należy podkreślić, że zapadalność na gruźlicę jest w Polsce wyższa niż w większości krajów europejskich, ale niekorzystne zjawiska epidemiologiczne jak gruźlica u dzieci, współwystępowanie gruźlicy i HIV i gruźlica wielolekooporna występują w naszym kraju w mniejszym nasileniu niż w całej UE/EOC.

Spośród chorób podlegających wieloletnim programom szczepień, jedynie w przypadku krztusca wystąpiło wyraźne pogorszenie sytuacji epidemiologicznej. Od 1996 r. jest obserwowany wzrost zachorowań na krztusiec. Dotyczy to najmłodszych dzieci, młodzieży nastoletniej oraz osób starszych. Spośród przyczyn takiej sytuacji wymienia się m.in. skrócenie czasu utrzymywania się odporności poszczepiennej do maksimum 5 lat, czy zmiany genetyczne typu : „escape migrans” w obrębie bakterii. Należy jednak podkreślić, że

nadal jedyną możliwością profilaktyki krztuśca pozostaje utrzymanie szczepień w dotychczasowym schemacie.

Pomimo spektakularnego sukcesu programu szczepień ochronnych w zwalczaniu chorób zakaźnych pojawiło się nowe zjawisko polegające na coraz częstszej odmowie szczepień. Na przestrzeni ostatnich czterech lat dynamika tego procesu jest duża, co w perspektywie kolejnych lat może doprowadzić do niebezpiecznego spadku stanu zaszczepienia populacji. Opisane zjawisko jest, jak się wydaje, związane, m.in. z aktywnością ruchów antyszczepionkowych, ze zwiększeniem liczby rodziców zwolenników naturalnego trybu życia czy rodziców niezdecydowanych, potrzebujących merytorycznej argumentacji.

Choroby transmitowane przez krew

Wzww C. Wirusowe zapalenie wątroby typu C (wzw C) stanowi jeden z istotniejszych problemów zdrowia publicznego w XXI wieku. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) liczba osób przewlekle zakażonych wirusem HCV w Regionie Europejskim sięga 15 mln. Ponadto corocznie notuje się ok. 86 tys. zgonów spowodowanych odległymi następstwami wzw C. Należy podkreślić, że liczba przypadków wzw C rejestrowana w poszczególnych krajach europejskich nie odzwierciedla rzeczywistej sytuacji epidemiologicznej wzw C, co wynika przede wszystkim z długotrwałego bezobjawowego przebiegu choroby, prowadzącego do niskiej wykrywalności zakażeń wirusem HCV.

Szacuje się, że w Polsce przeciwciała anti-HCV występują u ok. 320 tys. osób (0,95% populacji), podczas, gdy liczba osób aktywnie zakażonych (obecność HCV-RNA) wynosi ok. 230 tys. osób (0,6%). W Polsce w 2013 r. zgłoszono 2705 (zapadalność 7,03 na 100 tys.) zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu C, spełniających kryteria definicji z 2005 r., w tym 35 zakażeń mieszanych wywołanych wirusami HCV i HBV (1,3%). W porównaniu do 2012 r. (2359; 6,12) i mediany za lata 2007–2011 (2338; 6,07) odnotowano wzrost zapadalności odpowiednio o 15% i 16%. W 2013 r. z powodu wzw C (definicja z 2005 r.) hospitalizowano w Polsce 1543 osoby, co stanowi 57% ogółu zarejestrowanych zachorowań. W porównaniu z 2012 r. (59,7%) odnotowano niewielki spadek odsetka hospitalizacji, choć ogólna ich liczba wzrosła o ok. 10%. W podsumowaniu należy podkreślić, że:

- wiarygodna ocena sytuacji epidemiologicznej wzw C wymaga uwzględnienia danych z różnych źródeł, zwłaszcza danych dotyczących rozpowszechnienia,
- zwiększona liczba wykrywanych przypadków wzw C wskazuje na konieczność zapewnienia dostępu do nowoczesnego leczenia większej niż dotychczas liczbie pacjentów.

Zakażenia HIV. Zakażenia HIV oraz AIDS to kolejny istotny problem zdrowia publicznego w Polsce i na świecie. Od wdrożenia nadzoru epidemiologicznego nad HIV/AIDS w Polsce w 1985 r. do końca 2013 r. zarejestrowano zakażenie HIV u 17 689 osób, 3087 zachorowań na AIDS oraz 1262 zgony osób chorych na AIDS. Zakażenia HIV zostały w 2013 r. zarejestrowane w liczbie 1097 przypadków, a zachorowania na AIDS w liczbie 151. Liczba zgonów z powodu AIDS wyniosła 123. Mimo intensywnie prowadzonej promocji zdrowia i stosowania wysoce aktywnej terapii antyretrowirusowej (*HART*) w porównaniu z 1997 r. ze stosunkowo wczesnego okresu epidemii, odpowiada to wzrostowi zapadalności na AIDS

o 43%, a liczby zgonów z powodu tej choroby o 116%. Niepokojący jest też wzrost w tym okresie odsetka zgłoszonych zakażeń HIV bez podania domniemanego czynnika ryzyka zakażenia, co utrudnia właściwe ukierunkowanie działań w zakresie zapobiegania tej chorobie. Na podkreślenie zasługuje fakt, że istnieje konieczność poprawy systemu monitorowania sytuacji epidemiologicznej HIV/AIDS pod względem kompletności zgłoszeń (droga zakażenia, miejsce zamieszkania-województwo, płeć osób badanych) oraz integracja różnych źródeł danych na temat HIV/AIDS, co pozwoliłoby na pełniejszą ocenę sytuacji epidemiologicznej HIV/AIDS w Polsce.

Choroby transmitowane drogą kontaktów seksualnych

HPV. Zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego stanowi istotny problem zdrowia publicznego, pomimo wiedzy na temat biologii i epidemiologii wirusa, i co najważniejsze dysponujemy skuteczną i efektywną szczepionką zapobiegającą zakażeniom wirusem HPV. Przewlekłe zakażenie onkogennym typem HPV jest warunkiem koniecznym, aczkolwiek niewystarczającym do rozwoju raka szyjki macicy. Zależność przyczynowo-skutkową między HPV a rakiem szyjki potwierdziły liczne wielośrodkowe badania kliniczno-kontrolne detekcji materiału genetycznego wirusa w materiale tkankowym raka szyjki macicy na całym świecie, badania prospektywne i retrospektywne oraz badania eksperymentalne. Zakażenia HPV są jednymi z najczęściej występujących w obrębie dolnego odcinka żeńskiego narządu rodno i ocenia się, iż ok. 10% kobiet na całym świecie jest zakażonych w jakimkolwiek punkcie czasowym. Do zakażeń HPV u kobiet dochodzi najczęściej w krótkim czasie po inicjacji seksualnej. U ponad 40% dziewcząt w wieku 15–19 lat dochodzi do zakażenia w ciągu 5-letniej obserwacji. Ryzyko nowych zakażeń spada wraz z wiekiem do ok. 10% w ciągu pięciu lat u kobiet po 45 roku życia.

Chlamydia. Zakażenia bakterią *Chlamydia trachomatis* zajmują pierwsze miejsce na liście chorób przenoszonych drogą kontaktów seksualnych. Od początku lat 90. notuje się wyraźny wzrost liczby zachorowań w Europie i na świecie. Choroba najczęściej diagnozowana jest u młodych, aktywnych seksualnie kobiet. Statystycznie największy odsetek zachorowań notuje się między 20. a 30. rokiem życia. Niepokojące jest to, że zakażenie wywołane przez *Chlamydia* przebiega w 70–90% bezobjawowo. Skutkiem nieleczzonego zakażenia może być występowanie stanów zapalnych układu moczowego oraz stanów zapalnych dróg rodnych, prowadzący do niepłodności. Ponadto nieświadomy partner transmituje zakażenie podczas podejmowanych ryzykownych kontaktów. Zakażenie wywołane przez *Chlamydia* u ciężarnych kobiet jest groźne ze względu na możliwość przeniesienia zakażenia na noworodka. Ryzyko przeniesienia bakterii sięga nawet 80%, przede wszystkim w przypadku zakażeń kanału szyjki macicy i podczas porodu drogą naturalną, chociaż w piśmiennictwie opisane są przypadki zakażeń *Chlamydia* u noworodków urodzonych drogą cięcia cesarskiego przy zachowanych wodach płodowych. Noworodki zakażone *Chlamydia* z reguły cierpią z powodu zapalenia gałki ocznej, spojówek lub płuc.

Rzeżączka. Według szacunkowych danych ŚOZ rzeżączka w 2008 r. była najczęstszym na świecie bakteryjnym zakażeniem przenoszonym drogą płciową, występującym u 106,1 mln osób dorosłych; wśród nich 3,4 mln (3,2%) odnotowano w regionie europejskim. W krajach UE i EEA w 2011 r. zapadalność wynosiła 12,6 na 100 000 i najwyższa była w Wielkiej

Brytanii (37,1), na Łotwie (24,4) i w Irlandii (18,6). W Polsce w latach 2000–2011 liczba zgłaszanych przypadków rzeżączki zmniejszała się, a zapadalność w 2011 r. była na niskim poziomie i wynosiła 0,8–0,9 na 100 000. Rzeżączka pozostaje wyzwaniem diagnostycznym, a nade wszystko terapeutycznym na całym świecie. Istnieje realne zagrożenie, że może być schorzeniem niewyleczalnym ze względu na postępującą oporność szczepów *N. gonorrhoeae* na antybiotyki w skali świata i brak danych na ten temat dotyczących naszego kraju. Oficjalne podawane wartości współczynnika zapadalności w Polsce są wyjątkowo niskie w porównaniu z innymi krajami UE/EEA. Prawdopodobnie wynika to z niedostatecznej diagnostyki laboratoryjnej i niepełnej zgłaszalności przypadków.

Kiła. Zapadalność na kiłę w krajach Unii Europejskiej w 2012 r. wynosiła 5,1 przypadków na 100 000 mieszkańców, a blisko połowę przypadków zdiagnozowano wśród homoseksualnych mężczyzn. Ich odsetek różnił się znacznie w poszczególnych krajach: od poniżej 10% przypadków (np. Litwa, Rumunia) do ponad 70% (np. we Francji, Holandii, Danii i Irlandii). W piśmiennictwie pojawiają się coraz liczniejsze dowody na epidemiologiczny i biologiczny związek pomiędzy kiłą i zakażeniem HIV. Zapadalność na kiłę wczesną w Polsce w ostatniej dekadzie była, według oficjalnych danych, niska i wahała się od 1,6 (w 2005 r.) do 2,6 (w latach 2009 i 2013) na 100 000 mieszkańców. W krajach sąsiadujących z Polską współczynnik zapadalności w 2012 r. był wyższy i wynosił od 3,1 w Republice Czeskiej, 5,4 w Niemczech, 7,6 (w Słowacji i na Litwie) aż do 10,3 na Białorusi, 11,2 na Ukrainie i 42,4 w Obwodzie Kaliningradzkim. W 2012 r. zapadalność na kiłę w Polsce wynosiła 2,5 przypadków na 100 000 ludności, tj. zgłoszono 754 przypadki kiły wśród mężczyzn i 207 – wśród kobiet. Odsetek homoseksualnych mężczyzn wśród mężczyzn z kiłą był znaczny i wynosił w dwóch kolejnych latach co najmniej 50%. Niepokojący jest wzrost liczby kiły wrodzonej, którą dziecko zaraża się w życiu płodowym od chorej matki. W 2012 r. w Polsce urodziło się 32 dzieci z syfilisem, dwa razy więcej niż rok wcześniej. Należy podkreślić, że aktualnym wyzwaniem w zakresie rejestracji zachorowań na kiłę jest z pewnością potrzeba zwiększenia czułości systemu nadzoru, jak również poprawa jakości danych.

Problem zagrożeń transgranicznych oraz chorób zakaźnych zawlekanych do Polski

W ostatnich latach obserwuje się zwiększony przepływ osób i towarów pomiędzy różnymi częściami świata. Dlatego też sytuacja epidemiologiczna w innych krajach może stanowić zagrożenie dla Polaków wyjeżdżających z kraju oraz dla pozostających w kraju w związku z szerzeniem się zawleczonych chorób (np. grypa wywołana nowym podtypem AH1N1 w roku 2009/2010).

Bardzo istotne z punktu widzenia sytuacji epidemiologicznej introdukcji/zawleczenia do Polski mogą dotyczyć chorób nie występujących lub rzadko występujących na terenie naszego kraju. Spośród chorób, które nie występują w Polsce, na uwagę zasługuje malaria. Jest ona zawlekana najczęściej z Afryki. Rocznie rejestrowane jest około kilkadziesiąt zawleczeń tej choroby. W 2013 r. zarejestrowano 36 przypadków malarii u osób, które zakaziły się za granicą na obszarach endemicznych malarii. Co więcej w 2011 r. po raz pierwszy odnotowano rodzime zachorowanie na malarię w Grecji. Co roku obserwuje się

również kilka do kilkunastu zawleczonych zachorowań na gorączkę denga. Jest to choroba, która występuje endemicznie na obszarze Afryki, Ameryk, Azji Południowej oraz na Pacyfiku. Na uwagę zasługuje również poliomyelitis, choroba, która została wyeradykowana w Regionie Europejskim ŚOZ w 2002 roku. Niestety w 2010 r. odnotowano duże ognisko zachorowań wywołane zawleczonym wirusem polio w Tadżykistanie oraz wystąpienie przypadków w graniczących obszarach Federacji Rosyjskiej. Niski stopień zaszczepienia populacji dzieci doprowadził również do wystąpienia w 2015 r. dwóch przypadków poliomyelitis wywołanego szczepem zrewertowanym (cVDPV) na Ukrainie, w graniczącym z Polską obwodzie zakarpackim. Wymienione przykłady wskazują na realne zagrożenie zawleczenia dzikich wirusów polio na teren Polski, choć ryzyko wystąpienia ogniska porównywalnego z tym, które pojawiło się w Tadżykistanie, jest bardzo niskie, ze względu na wysoki odsetek osób w Polsce zaszczepionych przeciw polio. Poważnym problemem zdrowotnym są infekcje, które stosunkowo często dotyczą grup migrujących do naszego kraju lub przebywających okresowo w obozach uchodźców, takie jak: gruźlica, zakażenia HIV/AIDS, WZWC czy grypa. Wymagają one wzmożonego nadzoru oraz prowadzenia skoordynowanych działań w zakresie przeciwdziałania szerzeniu się tych chorób i ich leczenia.

W kontekście chorób, które rzadziej występują w Polsce warto zwrócić uwagę także na odrę. W ostatnich latach odnotowano liczne ogniska zachorowań na odrę w wielu krajach Europy. W Polsce wystąpiły mniejsze ogniska w latach 2008–2010, związane z zawleczeniem z Wielkiej Brytanii do społeczności romskich o niskim stanie zaszczepienia.

Innym przykładem choroby zakaźnej, która łatwo może się szerzyć na terenie Unii Europejskiej, jest ognisko wywołane zakażeniem enterokrwotoczną *E. coli* w Niemczech w 2011 r., spowodowane spożyciem skażonych kiełków. Potwierdzono wówczas wystąpienie 900 przypadków zespołu hemolityczno-mocznicowego, z tego 5% dotyczyło obywateli innych krajów.

Odrębny problem stanowią zakażenia przenoszone drogą pokarmową, które dotyczą osób podróżujących na tereny ich endemicznego występowania. Stosunkowo często zawlekane do Polski są wirusowe zapalenia wątroby typu A, dlatego przed wyjazdem do kraju o średniej i wysokiej endemiczności występowania wzv A, zaleca się zaszczepienie podróżujących.

Należy dodać, że zdarzają się zawleczenia takich chorób, jak cholera czy dur brzuszny. Ogniska cholery regularnie pojawiają się w Afryce i Południowej Azji Południowej. Wyższe ryzyko zachorowania na dur brzuszny dotyczy części Afryki północnej i zachodniej, południowej Azji, części Indonezji i Peru. Zakażenia pokarmowe są związane ze spożyciem miejscowej żywności czy płynu i brak przestrzegania podstawowych zasad higieny.

Zakażenia szpitalne i antybiotykooporność

W ostatnich latach w Polsce i na świecie wzrosło ryzyko zakażenia związanego z hospitalizacją, pobytem w placówkach ochrony zdrowia. Zakażenia szpitalne pogarszają przebieg choroby podstawowej, wydłużają pobyt w szpitalu, podnoszą koszty leczenia oraz zwiększają śmiertelność pacjentów. Oszacowano, że podczas pobytu w polskim szpitalu 5–10

osób ze 100 hospitalizowanych może nabawić się zakażenia. Zakażenia szpitalne to duży problem nie tylko dla pacjentów i personelu medycznego, ale też dla całych placówek medycznych, gdyż prawie w jednej trzeciej przypadków przedmiotem roszczeń cywilnych, jakie pacjenci kierują pod adresem polskich szpitali publicznych, są zakażenia szpitalne. Według Polskiego Towarzystwa Zakażeń Szpitalnych obniżenie częstości zakażeń o 1% może zmniejszyć koszty leczenia aż o 7–10%. Budowanie świadomości i szerzenie wiedzy o higienie i kontroli zakażeń w ochronie zdrowia może doprowadzić do prawidłowej kontroli i zwalczania zakażeń szpitalnych. Problem w zakresie raportowania zakażeń i drobnoustrojów stanowią: różnice w sposobie sporządzania raportów na poziomie szpitali oraz brak możliwości porównania sytuacji w wybranych placówkach i wykonania analiz statystycznych zakażeń w skali miasta, regionu czy kraju.

Podobnie jak zakażenia szpitalne, rozprzestrzenianie się wieloopornych patogenów szpitalnych jest obecnie jednym z największych zagrożeń dla zdrowia publicznego. Prowadzi do zwiększenia kosztów opieki zdrowotnej, wydłużenia czasu pobytu pacjenta w szpitalu, niepowodzeń terapeutycznych, a czasem zgonu pacjenta.

Jednym z najistotniejszych czynników selekcyjnych wielooporne szczepy bakterii wywołujące zakażenia szpitalne jest intensywne stosowanie określonych grup antybiotyków, w tym przede wszystkim antybiotyków zastrzeżonych do wybranych typów zakażeń, czy tzw. antybiotyków ostatniej szansy – czyli zastrzeżonych do terapii zakażeń, w których wszystkie inne antybiotyki są już nieskuteczne. Niewłaściwe lub nadmierne stosowanie antybiotyków jest jednym z podstawowych czynników odpowiedzialnych za powstawanie i rozprzestrzenianie się mechanizmów antybiotykoodporności. W latach 2010–2014 całkowita konsumpcja antybiotyków w środowisku szpitalnym w krajach UE/EOG w DDD (wyrażona w dawkach dobowych definiowanych) na 1000 mieszkańców na dzień wykazała znaczącą tendencję wzrostową. W 2014 r. przeciętne zużycie antybiotyków w leczeniu otwartym w krajach UE/EOG wynosiło 21,6 DDD na 1000 mieszkańców na dzień, natomiast w leczeniu zamkniętym – 2,1 DDD na 1000 mieszkańców na dzień. W obu przypadkach zaobserwowano wzrost konsumpcji antybiotyków w porównaniu z średnim spożyciem tych leków w poprzednich latach. W Polsce w 2004 r. na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia został powołany Narodowy Program Ochrony Antybiotyków, którego zadaniem jest opracowanie i wdrożenie kompleksowego systemu mającego na celu powstrzymanie utraty skuteczności antybiotyków w leczeniu zakażeń i chorób zakaźnych na skutek powstawania i rozprzestrzeniania się lekooporności drobnoustrojów oraz wdrożenie zasad racjonalnego stosowania antybiotyków.

Wyzwania dla nadzoru epidemiologicznego.

Prowadzenie nadzoru epidemiologicznego ma na celu uzyskanie konkretnych korzyści dla zdrowia publicznego. Informacje uzyskane w wyniku prowadzenia nadzoru służą nie tylko wiedzy epidemiologicznej, ale dają rozeznanie co do rozmiarów konkretnych zagrożeń i umożliwiają planowanie alokacji środków przeznaczonych na programy zwalczania chorób. Z tego powodu nie jest obojętne, w jaki sposób pracuje system nadzoru, jakie ma zalety, ale przede wszystkim powinniśmy wiedzieć, jakie ma ograniczenia i jak możemy je wyeliminować. Obecnie najistotniejsze zmiany w systemie nadzoru powinny dotyczyć:

- wprowadzenia elektronicznego systemu nadzoru,
- podniesienia wiarygodności danych epidemiologicznych z rejestracji zachorowań,
- zastosowania właściwych metod diagnostyki laboratoryjnej wykonywanej w celach epidemiologicznych na rzecz zdrowia publicznego,
- poprawy jakości danych o przyczynach zgonów w Polsce m.in. przez dostarczanie właściwych informacji w kartach zgonów i eliminację bezużytecznych kodów tzw. *garbate codes*,
- konieczności prowadzenia działań edukacyjnych na rzecz podnoszenia świadomości społeczeństwa o znaczeniu szczepień ochronnych w zapobieganiu chorobom zakaźnym,
- konieczności podnoszenia świadomości społeczeństwa o zagrożeniach zdrowotnych związanych z podróżami do i z różnych regionów świata oraz związanych z migrantami.

PRIORYTET III. 7. Promocja zdrowia jako strategia rozwiązywania współczesnych problemów zdrowotnych

Cel szczegółowy 1. *Zmiana modelu i statusu promocji zdrowia w krajowym systemie ochrony zdrowia*

Stan obecny

Styl życia, czynnik uznawany za główną determinantę zmienności w stanie zdrowia, jest kategorią społeczną, a nie medyczną. Stąd upowszechnienie prozdrowotnych stylów życia nie może być osiągnięte przez działania podporządkowane, na wzór działań klinicznych, modelowi (paradygmatowi) biomedycznemu. W ramach tego modelu obowiązuje bowiem indywidualne podejście do rozwiązywania problemów zdrowotnych. W praktyce skutkuje ono dążeniem do minimalizacji negatywnego wpływu zachowań na zdrowie, przede wszystkim za pomocą skierowanej do jednostek edukacji zdrowotnej, przy braku oddziaływania na środowiskowe determinanty tych zachowań. Z powodu rozległych wpływów społecznych, którym podporządkowane są ludzkie zachowania, próby ich zmiany (tak jak jest to zbyt często robione w wielu systemach zdrowia zdominowanych przez medycynę naprawczą, także w polskim systemie) nie mogą ograniczać się jedynie do przekonywania o słuszności zachowań zdrowotnych oraz informowania o zagrożeniach związanych z zachowaniami antyzdrowotnymi. Tego rodzaju indywidualne podejście do rozwiązywania problemów zdrowotnych milcząco zakłada bowiem nieograniczoną autonomię jednostek w sferze podejmowania decyzji o własnym zachowaniu. Jest to założenie fałszywe. Mimo że bezpośrednia decyzja o określonym zachowaniu zdrowotnym jest podejmowana przez konkretne osoby, trzeba pamiętać o tym, że rodzaj tej decyzji jest wynikiem wpływu wielu czynników, w tym przede wszystkim kulturowych, społecznych i społeczno-ekonomicznych, decydujących o zasobach umożliwiających jednostkom podejmowanie decyzji korzystnych dla zdrowia. Innymi słowy bez podejmowania w szeroko pojętym środowisku człowieka działań międzysektorowych przyczyniających się do zwiększania dostępu do zasobów niezbędnych do przestrzegania korzystnych dla zdrowia norm zachowania, nie należy oczekiwać równomiernej, masowej

poprawy stanu zdrowia we wszystkich kategoriach ludności. Z góry wiadomo, że w wyniku wynikającego z nierówności społecznych nierównego dostępu do zasobów decydujących o zdrowiu, takich jak: warunki mieszkaniowe, praca, wykształcenie, infrastruktura sportowo-rekreacyjna, edukacja zdrowotna, usługi medyczne itp. beneficjentami wszelkich pozytywnych zmian, obserwowanych w skali makrospołecznej, staną się przede wszystkim kategorie ludności lokujące się na górze drabiny społecznej, a więc osoby o największym dostępie do zasobów.

Do istotnego zmniejszenia różnic w dostępie do zasobów decydujących o zdrowiu, a tym samym redukcji społecznych nierówności w zdrowiu doprowadzić ma promocja zdrowia. Cel ten ma szansę być osiągnięty pod warunkiem nadania promocji zdrowia statusu strategii umożliwiającej rozwiązywanie współczesnych problemów zdrowotnych przez wielosektorowe budowanie zasobów dla zdrowia, w tym edukacyjnych i z zakresu opieki zdrowotnej. Oznacza to konieczność korzystania z założeń paradygmatu socjoekologicznego, a nie biomedycznego. Potwierdzenie niskiej efektywności promocji zdrowia, podporządkowanej założeniom modelu biomedycznego, znajdujemy także w Polsce. Od co najmniej 20 lat pod szyldem promocji zdrowia prowadzi się w kraju intensywne działania z zakresu edukacji zdrowotnej. Działaniom edukacyjnym związanym ze zdrowiem najczęściej nie towarzyszą (choć zdarzają się wyjątki) międzysektorowe działania na rzecz budowy oraz zwiększania dostępu do zasobów warunkujących upowszechnienie zachowań prozdrowotnych zalecanych w ramach edukacji. Dzieje się tak zarówno na poziomie centralnym, jak i lokalnym.

Ponadto niedostatek **systemowych** rozwiązań w zakresie infrastruktury dla promocji zdrowia, w tym braki legislacyjne (niespójność i niekompletność prawa) oraz niedobory finansowe, powoduje, iż w miejsce systemowych – a więc trwałych i skoordynowanych wielosektorowych działań mających na celu upowszechnienie wiedzy, postaw, zachowań jednostek i zbiorowości oraz dokonanie wspierających zdrowie zmian w środowisku człowieka, w tym kulturowych, społecznym i społeczno-ekonomicznym – podejmowane są rozrzucone geograficznie i środowiskowo programy i projekty promocji zdrowia, które najczęściej są podporządkowane modelowi biomedycznemu.

Stąd mimo osiągnięcia spektakularnych sukcesów m.in. w obniżeniu poziomu umieralności przedwczesnej na poziomie populacji ogólnej, utrzymują się znaczne nierówności w zdrowiu między kategoriami ludności zajmującymi wysokie i niskie pozycje w strukturze społecznej. Obserwowany w Polsce od 1991 r. spadek umieralności ogólnej nie rozkłada się równomiernie w strukturze społecznej. Różnice standaryzowanych współczynników umieralności w grupach wykształcenia są uderzające i utrzymują się w czasie. Poziom wykształcenia różnicuje także przeciętną długość trwania życia w momencie urodzenia oraz przeciętną długość trwania życia w zdrowiu w momencie urodzenia. Istnienie powyższych zależności stanowiło w przeszłości i stanowi obecnie wystarczające podstawy do nadania właściwej rangi promocji zdrowia w systemie ochrony zdrowia i **uczynienie, w myśl idei promocji zdrowia, z polityki zdrowotnej – politykę wielosektorową.**

Akceptowana formalnie przez kolejne rządy, w tym resort zdrowia, promocja zdrowia nie była nigdy traktowana jako strategia i obszar działań o kluczowym znaczeniu

dla polityki zdrowotnej i funkcjonowania systemu ochrony zdrowia jako takiego. Nigdy też nie była ona uznawana za strategię możliwą do wykorzystania w roli narzędzia reformy tego systemu – funkcjonowała w przeszłości i funkcjonuje nadal przede wszystkim jako jeden z działów systemu opieki zdrowotnej, w dodatku posiadający raczej marginalne znaczenie.

Od samego początku rozwoju promocji zdrowia ramy formalne dla promocji zdrowia miał stanowić Narodowy Program Zdrowia (NPZ), oficjalnie traktowany jako podstawowy dokument określający priorytety w zakresie ochrony zdrowia, a przy tym uwzględniający element współpracy międzysektorowej. Mimo że cztery dotychczasowe edycje NPZ z lat 1990, 1993, 1996 i 2007 przyjmowały za punkt wyjścia ideę promocji zdrowia, a zapisy wchodzące w skład tych dokumentów podkreślały jej rolę w przekształcaniu systemów społecznych w kierunku prozdrowotnym, ostatecznie nie doprowadziły w wystarczającym stopniu do uruchomienia krajowego systemu współpracy międzysektorowej na rzecz zdrowia. Podstawowym zagrożeniem dla realizacji współpracy międzysektorowej na rzecz zdrowia w ramach NPZ jest brak niezbędnych podstaw prawnych dla takiego działania, zarówno w odniesieniu do wymagalności działań na rzecz zdrowia w różnych sektorach, jak i źródeł i zasad finansowania wspólnych, międzysektorowych przedsięwzięć. Dotychczasowe doświadczenie pokazuje, że brak rozwiązań legislacyjnych i finansowych prowadzi do koncentracji odpowiedzialności za promocję zdrowia w sektorze zdrowia, przede wszystkim w opiece zdrowotnej. Oznacza to w praktyce wzmocnienie roli edukacji zdrowotnej i nadawanie jej biomedycznego charakteru oraz marginalizację współpracy międzysektorowej. Ugruntowywanie się takiego stanu rzeczy daje nikłe szanse na redukcję społecznych nierówności w zdrowiu, co z punktu widzenia rozwoju kapitału ludzkiego ma ważne znaczenie.

W Ustawie o zdrowiu publicznym z września 2015 r. przygotowanie projektu Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) na lata 2016–2020 zostało wliczone do zadań z zakresu zdrowia publicznego, koordynowanych przez ministra zdrowia. NPZ – zgodnie z zapisem Ustawy – jest dokumentem ustanawianym w celu realizacji polityki zdrowia publicznego i opiera się na współdziałaniu organów administracji państwowej, jednostek samorządu terytorialnego oraz innych podmiotów określonych ustawą, w tym organizacji pozarządowych. Zawartość merytoryczna projektu NPZ na lata 2016–2020 wskazuje na plany rozwiązywania problemów zdrowotnych polskiej populacji zgodnie z ideą promocji zdrowia, tj. zarówno poprzez działania edukacyjne, jak i kształtujące prozdrowotne warunki w szeroko pojętym środowisku człowieka: politycznym, edukacyjnym, społecznym, społeczno-ekonomicznym. Definicja promocji zdrowia zamieszczona w projekcie nie pokrywa zakresowo obszaru pojęcia promocji zdrowia w rozumieniu jej twórców i koncentruje się na celach edukacyjnych z pominięciem celów zmierzających do zmiany środowiska. Tego rodzaju podejście – przy jednoczesnym ulokowaniu odpowiedzialności za NPZ w Ministerstwie Zdrowia oraz nieporozumieniach co do tego, czym jest promocja zdrowia – może skutkować nadmierną koncentracją na edukacji zdrowotnej, która tylko w przypadku niewielkiej części społeczeństwa ma charakter sprawczy w sferze behawioralnej. Wydaje się korzystne, aby w toczących się pracach nad projektem NPZ został prześledzony wątek spójności poszczególnych zapisów w NPZ i Ustawy, która, jak się informuje, ma być

nowelizowana. Ponadto wyjaśnienia wymaga, jak się wydaje, jaki cel strategiczny leży u podstaw wyboru zadań utożsamianych ze zdrowiem publicznym w rozumieniu Ustawy.

Kierunki działań

- Zainicjowanie debaty publicznej na temat roli promocji zdrowia jako strategii międzysektorowej w rozwiązywaniu współczesnych problemów zdrowotnych, ze szczególnym uwzględnieniem redukcji społecznych nierówności w zdrowiu.
- Przeprowadzenie krajowej kampanii edukacyjnej mającej na celu upowszechnienie w społeczeństwie wiedzy o roli, zadaniach i możliwościach stwarzanych przez promocję zdrowia w zakresie budowania indywidualnych i zbiorowych zasobów dla zdrowia oraz zapobiegania chorobom.
- Przyspieszenie prac nad projektem Narodowego Programu Zdrowia, w tym spowodowanie zmiany definicji promocji zdrowia zamieszczonej w projekcie NPZ, tak aby była zgodna z ideą jej twórców i obejmowała nie tylko cele związane z edukacją, ale także (jeśli nie przede wszystkim) cele związane ze współpracą międzysektorową na rzecz budowania warunków prozdrowotnych w środowisku społecznym, społeczno-ekonomicznym i kulturowym. Orientacja populacyjna a nie indywidualna oraz oddziaływanie na „przyczyny przyczyn” stwarza dopiero możliwość upowszechniania się zachowań prozdrowotnych oraz zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu.
- Wzmocnienie roli Głównego Inspektoratu Sanitarnego jako instytucji realizującej ogólnokrajowe programy z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, a także jako placówki referencyjnej w kwestiach jakości i efektywności działań w tym zakresie adresowanych do różnych subpopulacji, w tym do osób starszych.
- Zwiększenie aktywności turystycznej Polaków poprzez stymulowanie większego udziału Polaków w turystyce, a tym samym wzrostu rekreacji ruchowej wpływającej pozytywnie na dobrostan psychiczny mieszkańców.

Cel szczegółowy 2. Rozwój infrastruktury dla promocji zdrowia (zasoby ludzkie, instytucje, legislacja, system finansowania, rozwiązania organizacyjne) oraz działań w obszarze zdrowia publicznego

Stan obecny

We wrześniu 2015 r. została uchwalona Ustawa o zdrowiu publicznym. Po raz pierwszy w historii Narodowy Program Zdrowia ma szansę uzyskać własne finansowanie. Dotychczas poziom finansowania zdrowia publicznego i jego składowej promocji zdrowia był wysoce niewystarczający. Nadal promocja zdrowia nie dysponuje wystarczającą infrastrukturą, nie ma stabilnych i wystarczających źródeł finansowania, od samego początku rozwoju jest także pozbawiona pełnego zaplecza prawnego, szczególnie

w odniesieniu do promocji zdrowia w opiece zdrowotnej. Warto zaznaczyć, że brak jest legislacyjnych rozwiązań jednoznacznie określających miejsca i warunki zatrudniania absolwentów wydziałów o zdrowiu uniwersytetów medycznych – przyszłych kadr dla promocji zdrowia.

Mimo znacznych trudności mamy w kraju przykłady programów stanowiących załączki rozwiązań systemowych godnych naśladowania w skali ogólnokrajowej. Chodzi tu przede wszystkim o pełniących rolę wzorcową, zainicjowanych przez WHO, międzynarodowych, środowiskowych programach z zakresu promocji zdrowia funkcjonujących w postaci sieci, tj. Programie Zdrowych Miast, Programie Szkół dla Zdrowia Europy (nazwa obowiązująca od roku 2007, poprzednia nazwa to: Program Szkół Promujących Zdrowie), Programie Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy oraz Programie Szpitali Promujących Zdrowie. Jak wynika z dostępnych danych programy te z racji ogromnych trudności, jakie napotykali i napotykają ich koordynatorzy, miały i mają zbyt mały zasięg oddziaływania. W praktyce wzorce normatywne leżące u podłoża tych programów przejmowane były i są przez zbyt małą liczbę instytucji i organizacji. Najliczniejszą sieć stanowi sieć Szkół dla Zdrowia Europy. Lista członków obejmująca szkoły z certyfikatami, bez certyfikatów i przedszkola w 2010 r. przekroczyła liczbę dwóch tysięcy (w kraju mamy kilkadziesiąt tysięcy szkół nauczania podstawowego i średniego). Na szczególną uwagę zasługuje podpisane w listopadzie 2009 r. nowatorskie i – co należy podkreślić – bezterminowe „Porozumienie o współpracy między Ministrem Edukacji Narodowej, Ministrem Zdrowia i Ministrem Sportu i Turystyki z dnia 23 listopada 2009 r. w sprawie promocji zdrowia i profilaktyki problemów dzieci i młodzieży”. Objęte tym porozumieniem ustalenia mają charakter systemowych rozwiązań.

W kontekście niedającego się odwrócić procesu starzenia się polskiej populacji ogromnego znaczenia nabierają działania z zakresu promocji zdrowia skierowane do osób w podeszłym wieku w wymiarze aktywizacji społecznej, w tym zawodowej i rodzinnej, dostępu do różnych form wsparcia społecznego, w tym w ramach grup samopomocy, poradnictwa psychologicznego i medycznego oraz zapewnienia bezpieczeństwa i niezależności poruszania się w miejscu zamieszkania i przestrzeni publicznej.

Kierunki działań

- Zapoczątkowanie i rozwój mechanizmów rutynowej współpracy międzysektorowej na rzecz zdrowia.
- Przegląd i aktualizacja aktów prawnych istotnych dla promocji zdrowia jako międzysektorowej strategii i obszaru działań.
- Uruchomienie powszechnej tradycji oceny wyników projektów interwencyjnych z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki w strukturze społecznej (wg wykształcenia, dochodu, pozycji społeczno-zawodowej) w celu oceny ich efektów dla poprawy stanu zdrowia populacji i redukcji społecznych nierówności w zdrowiu.
- Uruchomienie monitoringu zachowań zdrowotnych.

- Stymulowanie rozwoju interdyscyplinarnych badań nad społecznymi nierównościami w zdrowiu.
- Kontynuacja i rozwój sieciowych programów promocji zdrowia opartych na siedliskowym podejściu (*setting approach*), tj. programu Zdrowe Miasta wiążącego działania na rzecz zdrowia i ochrony środowiska w środowisku miejskim; programu Promocja Zdrowia w Miejscu Pracy promującego zdrowie w środowisku zatrudnienia oraz zdrowy styl życia poza miejscem pracy; programu Szpitali Promujących Zdrowie oraz programu Szkół dla Zdrowia Europy (dawna sieć szkół promujących zdrowie).
- Kontynuacja i rozwój programu CINDI.
- Rozwój w populacji generalnej i jej wybranych subpopulacjach kompetencji zdrowotnych obejmujących zdobywanie, rozumienie i stosowanie informacji istotnych z punktu widzenia profilaktyki pierwotnej i promocji zdrowia.
- Zwiększenie oferty dla międzysektorowych programów promocji zdrowia w ramach programów polityki zdrowotnej finansowanej przez resort zdrowia.
- Kontynuacja i rozwój działań na rzecz promocji zdrowia świadczonych przez władze samorządowe, sektor pozarządowy i społeczności lokalne.
- Rozwój różnych form poradnictwa wspierającego upowszechnianie prozdrowotnych stylów życia w populacji generalnej, w tym poradni zdrowia psychicznego.
- Opracowanie i wdrażanie programu promocji zdrowia dla osób 50+.
- Wspieranie i rozwój programów bezpieczeństwa drogowego ze szczególnym uwzględnieniem programów adresowanych do populacji 50+.
- Wzmocnienie roli Głównego Inspektoratu Sanitarnego jako instytucji realizującej zadania z zakresu promocji zdrowia w kraju.
- Wspieranie aktywności turystycznej Polaków poprzez promocję wyjazdów turystycznych (w szczególności wyjazdów turystycznych krajowych).

Cel szczegółowy 3. *Rozwój infrastruktury dla promocji zdrowia (zasoby ludzkie, instytucje, legislacja, system finansowania) oraz działań w obszarze opieki zdrowotnej*

Stan obecny

Brak jest zapisów ustawowych pozwalających uznać działania z zakresu promocji zdrowia za świadczenie zdrowotne oraz zapewniających możliwość spójnego podejścia do promocji zdrowia w opiece zdrowotnej. Nasilenia wymagają działania na rzecz

zwiększenia wyrównywania dostępu do opieki zdrowotnej i usług wysokiej jakości. Nie istnieją warunki do rozwoju permanentnej edukacji pacjentów i ich rodzin z myślą o redukcji negatywnych wpływów środowiskowych na ich zachowanie w procesie profilaktyki, leczenia i rehabilitacji. Stąd pojawia się konieczność wprowadzenia minimalnych interwencji do praktyki lekarskiej, rozwoju poradnictwa i mechanizmów współpracy między personelem medycznym a innymi specjalistami.

Obserwuje się także brak mechanizmów i warunków organizacyjnych zapewniających permanentną edukację z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki personelu medycznego i paramedycznego.

Kierunki działań

- Podjęcie prac nad nowelizacją ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- Podejmowanie dalszych działań na rzecz zwiększenia dostępu do świadczeń zdrowotnych i podnoszenia ich jakości. Stworzenie warunków dla rozwoju permanentnej edukacji pacjentów i ich rodzin z myślą o *redukcji negatywnych* wpływów środowiskowych na ich zachowanie w procesie profilaktyki, leczenia i rehabilitacji poprzez :
 - wprowadzenie konieczności minimalnych interwencji do praktyki lekarskiej,
 - rozwój poradnictwa,
 - rozwój mechanizmów współpracy między personelem medycznym a innymi specjalistami.
- Stworzenie warunków do permanentnej edukacji z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki personelu medycznego i paramedycznego.
- Wspieranie rozwoju badań nad modelowymi rozwiązaniami poradnictwa i edukacji pacjentów zapewniających im poziom kompetencji zdrowotnych dla pełnego odpowiedzialnego uczestnictwa w procesie terapii, profilaktyki wtórnej i rehabilitacji.

CEL IV. OKREŚLENIE ZASAD I KIERUNKÓW POLITYKI MIGRACYJNEJ POLSKI W DOBIE INTEGRACJI EUROPEJSKIEJ – Dr Alina Potrykowska

DIAGNOZA

Migracje zagraniczne, związane z procesem globalizacji gospodarki światowej, znajdują również odzwierciedlenie w Polsce. Od początku procesu transformacji skala i struktura migracji zagranicznych zmieniała się, co wiąże się m.in. z liberalizacją przepisów paszportowych, a następnie ze stopniowym otwieraniem rynków pracy poszczególnych państw członkowskich UE w rezultacie akcesji Polski do Unii Europejskiej i wstąpieniem naszego kraju do strefy Schengen. Okres negocjacji akcesyjnych i sama akcesja miały niewątpliwie wpływ na całokształt spraw związanych z procesami migracyjnymi. Ogromny wysiłek dostosowawczy wiązał się także z koniecznością podjęcia przez administrację publiczną w większym zakresie prac analitycznych i prognostycznych, pozwalających na kształtowanie się określonych kierunków polityki migracyjnej państwa.

1. Proces kształtowania się polityki migracyjnej w Polsce po akcesji do Unii Europejskiej

O politykę migracyjną państwa wystąpił w Memoriale (2002) Komitet Prognoz PAN, Polska 2000 Plus oraz Rządowa Rada Ludnościowa, która w wykonaniu uchwał I Kongresu Demograficznego przedłożyła *Raport w sprawie polityki migracyjnej państwa*, przygotowany przez międzyresortowy zespół specjalistów w 2004 r., tuż przed naszą akcesją do UE¹³⁷. Postulowano w nim, aby polityka migracyjna stanowiła część działań państwa w odniesieniu do procesów demograficznych i strategii rozwoju kraju.

Raport, będący częścią *Założeń polityki ludnościowej w Polsce*, przygotowanych przez Rządową Radę Ludnościową, określał zasady i kierunki polityki migracyjnej kraju. Na podstawie analizy współczesnych zjawisk migracyjnych, takich jak masowość i wielowymiarowe znaczenie (ekonomiczne, demograficzne, społeczne, polityczne, kulturowe), postawiono tezę, iż doktryna i polityka migracyjna muszą stać się trwałym elementem strategii rozwoju Polski.

Wspomniany raport nie tylko wskazywał najważniejsze uwarunkowania polityki migracyjnej, ale proponował metody i środki realizacji, kładąc nacisk na potrzebę podjęcia badań, gromadzenia informacji i monitorowania procesów migracyjnych przy zachowaniu podejścia interdyscyplinarnego i odpowiedzialności państwa za zapewnienie niezbędnych podstaw prawnych oraz warunków organizacyjnych i finansowych do prowadzenia takich działań.

¹³⁷ *Założenia polityki ludnościowej w Polsce, 2006*, w: Raport RRL 2004. *Sytuacja demograficzna Polski i Założenia polityki ludnościowej w Polsce*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2006. W dokumencie przedstawiono m.in. próby opracowania założeń polityki migracyjnej kraju, podejmowane przez resort spraw wewnętrznych we współpracy z innymi resortami. (s.83-84). Dotyczy to m.in. kwestii doprowadzenia do debaty na forum Rady Ministrów na temat polityki migracyjnej (1997 rok), utworzenia międzyresortowej grupy i podjęcia prac nad dokumentem programowym polityki migracyjnej (także w 1997 roku), powołania przez Prezesa Rady Ministrów Międzyresortowego Zespołu do Spraw Migracji, którego głównym zadaniem było podjęcie prac nad polityką migracyjną Polski, prac podjętych przez Urząd do Spraw Repatriacji i Cudzoziemców na przełomie 2002/2003 roku zgodnie z wytycznymi Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji (we współpracy z innymi urzędami centralnymi i ministerstwami) nad założeniami polityki migracyjnej.

W istocie założenia polityki migracyjnej powinny odzwierciedlać polską rację stanu, idee humanitarne oraz rolę państwa, w tym zwłaszcza jej strategiczne przesłanki cywilizacyjne i modernizacyjne. Wynikające z doktryny zasady polityki migracyjnej muszą wyraźnie określać układ instytucjonalny, zakres odpowiedzialności poszczególnych organów i instytucji łącznie ze wskazaniem na koszty polityki i źródła jej finansowania. Opracowanie to powinno stać się inspiracją do systemowych skoordynowanych działań organizacyjnych i instytucjonalnych służących budowaniu polityki migracyjnej w Polsce.

Projekt badawczy *Polityka migracyjna jako instrument promocji zatrudnienia i ograniczania bezrobocia*, zrealizowany przez zespół naukowców z Ośrodka Badań nad Migracjami UW, problematykę migracji przedstawiał kompleksowo, przez pryzmat zachowań na rynkach pracy¹³⁸. Projekt ten miał na celu opracowanie rekomendacji dla polityki migracyjnej z perspektywy rynku pracy.

W latach 2008–2012 powstały strategiczne dokumenty rządowe, w których znalazło się odwołanie do polityki migracyjnej. Raport *Polska 2030. Wyzwania rozwojowe*¹³⁹ oraz jego kontynuacja: *Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju. Polska 2030 – Trzecia fala nowoczesności*¹⁴⁰, dotyczący strategii rozwoju Polski w dwudziestoletniej perspektywie, odnosi się również do polityki migracyjnej Polski, wskazując na dużą rolę procesów migracyjnych w rozwoju sytuacji demograficznej i społeczno-gospodarczej kraju. Postulowano m.in. *otwarcie się na politykę migracyjną w taki sposób, by na pozycjach uzupełniających, gdzie często polscy pracownicy nie są już skłonni podejmować pracy, zatrudniać imigrantów* (s. 52), by po 2020 r. Polska stała się krajem imigracji netto¹⁴¹.

Polska krajem imigracji netto – taki cel formułuje dokument rządowy *Średniookresowa Strategia Rozwoju Kraju 2020*¹⁴², w którym problematyka migracyjna została włączona do *Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego*, opisującej instrumenty służące doskonaleniu polityki dopuszczania cudzoziemców do polskiego rynku pracy i tworzeniu systemu integracji cudzoziemców.

Aspekt migracyjny pojawia się jednak bardzo często w częściach analitycznych pozostałych dokumentów tzw. „strategii sektorowych”, mianowicie w projekcie *Strategii Rozwoju Kapitału Społecznego*¹⁴³ migracje są traktowane jako szansa na wzmocnienie potencjału społecznego i kulturowego zarówno poprzez emigracje młodych Polaków zdobywających nowe kompetencje jak i poprzez wzbogacanie polskiej kultury dzięki napływowi imigrantów.

Na konieczność przeciwdziałania negatywnym trendom demograficznym spotęgowanym przez masową emigrację z niektórych regionów wskazuje projekt *Strategii Rozwoju Regionalnego 2010–2020* (największy udział – ponad 10% gospodarstw domowych, z których

¹³⁸ *Polityka migracyjna jako instrument promocji zatrudnienia i ograniczania bezrobocia* (2008).

¹³⁹ *Polska 2030. Wyzwania rozwojowe* (2009).

¹⁴⁰ *Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju. Polska 2030 – Trzecia fala nowoczesności* (2012), Projekt w wersji skierowanej pod obrady Komitetu Rady Ministrów, Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, Warszawa,.

¹⁴¹ Dokument wskazuje na „przygotowanie instytucji publicznych, rynku pracy i społeczeństwa w latach 2012–2015 do wzrostu imigracji do Polski (od 2020 r.) poprzez wykorzystanie potencjału migracji poakcesyjnych imigracji powrotnych oraz stworzenie warunków wdrożenia polityki migracyjnej odpowiadającej na potrzeby rynku pracy i wspierającej proces integracji imigrantów” (s. 57). W szczególności w dokumencie podano jako projekt do realizacji: IV.3. Zaprojektowanie i wdrożenie polityki imigracyjnej ukierunkowanej na uzupełnianie niedoborów pracowników na polskim rynku pracy, z uwzględnieniem zasady pierwszeństwa w dostępie do rynku pracy dla Polaków oraz obywateli UE, EOG i Szwajcarii oraz projekt IV.16. Wprowadzenie modelu integracji cudzoziemców promującego ich samodzielność ekonomiczną i społeczną uzyskiwaną poprzez zatrudnienie lub podjęcie działalności gospodarczej (s. 11).

¹⁴² Dokument przyjęty przez Radę Ministrów 25 września 2012 r. stanowi aktualizację *Strategii Rozwoju Kraju 2007–2015*.

¹⁴³ *Strategia Rozwoju Kapitału Społecznego* (2012), Projekt z 1 czerwca 2012 r.

przynajmniej jedna osoba przebywa za granicą występuje w województwach: opolskim, zachodniopomorskim i podkarpackim)¹⁴⁴.

Problematykę migracji w kontekście wyzwań demograficznych uwzględniają dokumenty: *Strategia Sprawne Państwo 2020* oraz *Krajowy Plan Działań na Rzecz Zatrudnienia na lata 2012–2014*¹⁴⁵ (kwestia uwzględnienia konieczności uzupełniania występujących niedoborów w podaży pracy znalazła swój wyraz przede wszystkim w zadaniu – *Tworzenie polityki migracyjnej dla potrzeb rynku pracy*), a także *Krajowy Program Reform*, opracowany w związku z realizacją strategii *Europa 2020* (działanie – *Polityka migracyjna zapewniająca napływ cudzoziemców odpowiadający potrzebom rynku pracy*).

Podobnie Raport *Młodzi 2011*¹⁴⁶ podejmuje analizę zagadnień migracji ludzi młodych jako ważnego zjawiska demograficznego.

Najważniejszym wydarzeniem z punktu widzenia koordynacji polityk migracyjnych było powołanie w lutym 2007 r. międzyresortowego Zespołu do Spraw Migracji, organu pomocniczego Prezesa Rady Ministrów. Zespół zainicjował w 2009 r. prace nad dokumentem „Polityka migracyjna Polski – stan obecny i postulowane działania”, który po konsultacjach społecznych został ukończony w lipcu 2011 r., a 31 lipca 2012 r. został przyjęty przez Radę Ministrów.

Dokument, opracowany przez międzyresortowy Zespół do Spraw Migracji¹⁴⁷, o charakterze programowym, stanowi niewątpliwie postęp w tworzeniu koncepcji migracyjnej polityki Polski. W znacznym stopniu wypełnia postulaty zawarte w części poświęconej migracjom transgranicznym Raportu Rządowej Rady Ludnościowej z 2004 roku, choć do tego Raportu nie nawiązuje¹⁴⁸. Dokument *Polityka migracyjna Polski – stan obecny i postulowane działania* ma na celu sformułowanie kierunków działania oraz systemowych rozwiązań i wytycznych dla administracji publicznej w zakresie migracji, pozwalających na sprawne podejmowanie decyzji m.in. w zakresie legislacji, praktyki administracyjnej, monitoringu, planowania finansowego oraz koordynacji działań właściwych kompetencyjnie organów, urzędów, instytucji i resortów, a dzięki temu – zapewnienie spójności zadań realizowanych wobec cudzoziemców. Zawiera on przegląd i ocenę aktualnej sytuacji migracyjnej Polski, postulując między innymi: uproszczenie procedur i wzmocnienie struktur odpowiedzialnych za tę problematykę, określenie kategorii cudzoziemców, które z punktu widzenia interesów naszego państwa mają szczególne znaczenie, przebudowę systemu integracji cudzoziemców oraz monitorowanie zjawisk związanych z szeroko rozumianą problematyką migracji. Założeniem dokumentu jest dostosowanie polityki migracyjnej do priorytetów rynku pracy (przy utrzymaniu uzupełniającego charakteru zatrudniania imigrantów zarobkowych względem pracowników lokalnych) oraz uwzględnianie potrzeby zapewnienia konkurencyjności polskiej gospodarki. Przyjęte kierunki działania obejmują takie zagadnienia, jak: migracje legalne, przeciwdziałanie nielegalnej migracji, integracja, udzielanie cudzoziemcom ochrony międzynarodowej, emigracja, sprawne funkcjonowanie systemu prawnego i instytucjonalnego oraz monitoring procesów migracyjnych.

Głównym wyzwaniem przy prowadzeniu jednolitej polityki migracyjnej w Polsce pozostaje rozproszenie kompetencji dotyczących poszczególnych jej aspektów między różne instytucje publiczne, co jest szczególnie widoczne w przypadku kwestii związanych z emigracją.

¹⁴⁴ *Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego 2010–2020: Regiony, miasta, obszary wiejskie* (2012), Dokument przygotowany w Ministerstwie Rozwoju Regionalnego, przyjęty przez Radę Ministrów 13 lipca 2010 r.

¹⁴⁵ Dokument przyjęty przez Radę Ministrów 21 sierpnia 2012 r.

¹⁴⁶ *Młodzi 2011* (2011).

¹⁴⁷ *Polityka migracyjna Polski – stan obecny i postulowane działania 2011*, Zespół do Spraw Migracji, MSW. Dokument opracowała grupa robocza ds. przygotowania Strategii Migracyjnej Polski w ramach międzyresortowego Zespołu do Spraw Migracji, a redakcji podjął się Departament Polityki Migracyjnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. Dokument został przyjęty przez Radę Ministrów 31 lipca 2012 r.

¹⁴⁸ Rajkiewicz (2011a).

W wielu resortach w związku z realizacją działań związanych z polityką migracyjną państwa migracje stały się przedmiotem analizy i działań. Wiodącą rolę spełnia obecnie Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (w szczególności Departament Polityki Migracyjnej odpowiedzialny m.in. za opracowywanie analiz dotyczących sytuacji migracyjnej w kraju i za granicą)¹⁴⁹ oraz Urząd do Spraw Cudzoziemców. Wśród innych ważnych podmiotów zajmujących się polityką migracyjną należy wymienić: Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej¹⁵⁰, Państwową Inspekcję Pracy, Ministerstwo Spraw Zagranicznych, wojewodów oraz sądy administracyjne. Kwestie migracyjne znajdują się również w kompetencjach wielu innych urzędów (Ministerstwo Gospodarki, Ministerstwo Finansów, Ministerstwo Kultury i Dziedzictwa Narodowego, Ministerstwo Edukacji Narodowej, Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, Ministerstwo Zdrowia, Główny Urząd Statystyczny, Agencja Bezpieczeństwa) i in.¹⁵¹. Istotną rolę w określaniu kierunków zmian oraz harmonizowaniu działań instytucji zaangażowanych w problematykę migracyjną pełni powołany 14 lutego 2007 r. międzyresortowy Zespół do Spraw Migracji.

Należy zwrócić uwagę, że w ostatnich latach nastąpił znaczący rozwój badań migracyjnych, ukazało się wiele publikacji analitycznych i raportów, rozwinął swoją działalność system „Eures”, powstał rządowy portal internetowy „Powroty” (obecnie komponent portalu „Zielona Linia”), zaktywizowały się służby konsularne, wzrosło zainteresowanie migracją edukacyjną.

2. Uwarunkowania polityki migracyjnej związane z przynależnością Polski do Unii Europejskiej¹⁵²

Polityka migracyjna Polski, w związku z członkostwem w Unii Europejskiej od 2004 r., a także przystąpieniem Polski do strefy Schengen w 2007 r. poddawana jest wpływowi prawodawstwa UE, a także w szerszym wymiarze – debacie, wspólnym projektem i działaniom, podejmowanym w ramach różnych gremiów wspólnotowych. Rozważania w tym zakresie muszą więc uwzględniać kontekst europejski: wiele rozwiązań jest determinowanych regulacjami przyjętymi na poziomie UE. W zakresie działań UE dotyczących migracji można wyróżnić dwa wymiary:

- migracje wewnętrzne, odbywające się w ramach swobodnego przepływu osób (pracowników) między państwami członkowskimi Wspólnoty,
- migracje zewnętrzne (legalne i nielegalne) z krajów trzecich.

W zakresie migracji odbywających się w ramach swobody przepływu osób (pracowników), traktatowe podstawy prawne znajdują się w art. 21 (45) *Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej*. Unia Europejska, której od początku prac nad budową jednolitego rynku przyświeca idea, że nieskrępowane żadnymi ograniczeniami migracje wewnętrzne są istotnym instrumentem zapewniania równowagi na unijnym rynku pracy, podejmuje środki niezbędne do wprowadzenia tej swobody w życie, tj. likwidacji praktyk czy regulacji w pań-

¹⁴⁹ Zgodnie z Ustawą o działaniach administracji rządowej ministrem właściwym w zakresie koordynacji działań związanych z polityką: migracyjną państwa, ochrony granicy, kontroli ruchu granicznego i cudzoziemców, kwestii obywatelstwa oraz repatriacji jest Minister Spraw Wewnętrznych. Sprawuje on nadzór nad Szefem Urzędu do Spraw Cudzoziemców, Policją i Strażą Graniczną. Por. art. 29. ust 1. pkt 2 i ust. 4 Ustawy z dnia 4 września 1997 r. o działaniach administracji rządowej (Dz. U. z 1999 r. Nr 82, poz. 928 z późn. zm.).

¹⁵⁰ W Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej – Departament Rynku Pracy, w gestii którego pozostają m.in. sprawy związane z realizacją rozwiązań w obszarze rynku pracy i promocji zatrudnienia.

¹⁵¹ Przedstawiciele Ministerstwa Sprawiedliwości, którzy aktywnie uczestniczyli w pracach naszego Podzespołu ds. Migracji, przedstawili odnośnie do procesów migracyjnych przepisy prawne i statystyki przestępczości i wykroczeń przez cudzoziemców w Polsce.

¹⁵² Tekst obejmuje wybrane uwarunkowania i normy prawne UE.

stwach członkowskich, które stanowią przeszkodę w swobodnym przepływie pracowników¹⁵³. Swoboda przepływu osób to jedno z najważniejszych praw wynikających z obywatelstwa UE.

Wśród najistotniejszych aktów prawa wtórnego UE w tym zakresie można wymienić:

- Dyrektywę 2004/38/WE PE i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie prawa obywateli Unii i członków ich rodzin do swobodnego przemieszczania się i pobytu na terytorium Państw Członkowskich¹⁵⁴;
- Rozporządzenie PE i Rady (UE) nr 492/2011 z dnia 5 kwietnia 2011 r. w sprawie swobodnego przepływu pracowników wewnątrz Unii¹⁵⁵.

Sprawne funkcjonowanie swobodnego przepływu osób/pracowników wymaga jednak obudowywania regulacjami w wielu innych obszarach, z których wymienić należy przede wszystkim koordynację systemów zabezpieczenia społecznego oraz uznawanie kwalifikacji zawodowych i wykształcenia.

Swoboda przepływu pracowników staje się w czasach kryzysu ekonomicznego ważną częścią debaty publicznej w wielu państwach UE. Nieodmiennie strażnikiem swobodnego przepływu osób /pracowników pozostaje Komisja Europejska¹⁵⁶.

Swoboda przepływu pracowników wewnątrz Wspólnoty oddziałuje w odmienny sposób na poszczególne państwa członkowskie UE. Różnice w wynagrodzeniach i jakości życia warunkują kierunki przemieszczania się obywateli w ramach Unii, w związku z czym rozwijanie mobilności wewnątrz Wspólnoty w krajach bogatszych wpływać będzie na łagodzenie negatywnych skutków związanych ze zmniejszaniem się udziału osób w wieku produkcyjnym w populacji, natomiast w krajach o niższym poziomie życia może pogłębiać problemy demograficzne. W związku z tym że negatywne trendy demograficzne dotyczą w mniejszym lub większym stopniu całej UE, to mobilność wewnątrz wspólnotowa nie może być w perspektywie najbliższych kilkudziesięciu lat jedyną odpowiedzią na prawdopodobne niedobory w zasobach siły roboczej.

Obecnie w polityce UE można dostrzec zmianę nastawienia do kwestii migracji obywateli państw trzecich. Polityka migracyjna, która wcześniej koncentrowała się na kwestiach bezpieczeństwa, zaczęła traktować migracje jako zjawisko, którym można i należy zarządzać – nie tylko ograniczać i kontrolować. Zmiana kierunku w postrzeganiu zjawiska migracji zarobkowej znalazła swój wyraz m.in. w *Programie Sztokholmskim* oraz strategii rozwoju UE *Europa 2020* (2010). W 2005 r. Komisja Europejska wydała ponadto *Komunikat w sprawie planu polityki w dziedzinie legalnej migracji*¹⁵⁷.

¹⁵³ Piekutowska (2011a) – Ekspertyza.

¹⁵⁴ Pełna nazwa aktu brzmi: Dyrektywa 2004/38/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie prawa obywateli Unii i członków ich rodzin do swobodnego przemieszczania się i pobytu na terytorium Państw Członkowskich, zmieniająca rozporządzenie (EWG) nr 1612/68 i uchylająca dyrektywy 64/221/EWG, 68/360/EWG, 72/194/EWG, 73/148/EWG, 75/34/EWG, 75/35/EWG, 90/364/EWG, 90/365/EWG i 93/96/EWG; („Dziennik Urzędowy UE”, L 158, 30/04/2004, polskie wydanie – Rozdział 05 tom 05, s. 46–61).

¹⁵⁵ „Dziennik Urzędowy UE”, L 141, 27.05.2011, s. 1–12.

¹⁵⁶ Por. np. Komunikat Komisji z 18 listopada 2008 r. w sprawie skutków swobodnego przepływu pracowników w kontekście rozszerzenia UE (COM(2008) 765); Komunikat Komisji z dnia 16 grudnia 2008 r. pt. „Nowe umiejętności w nowych miejscach pracy; Przewidywanie wymogów rynku pracy i potrzeb w zakresie umiejętności oraz ich wzajemne dopasowywanie” (COM(2008) 868); Komunikat Komisji z dnia 13 lipca 2010 r. pt. „Potwierdzenie zasady swobodnego przepływu pracowników: prawa oraz główne zmiany” (COM(2010) 373); Strategia *Europa 2020*, w szczególności jej przewodnie inicjatywy „Program na rzecz nowych umiejętności i zatrudnienia” oraz „Mobilna młodzież”.

¹⁵⁷ COM(2005) 669.

Unia rozwija wspólną politykę w dziedzinie imigracji (także azylu i kontroli granic zewnętrznych). W zakresie imigracji obywateli państw trzecich – ich dostępu na terytorium UE i rynku pracy państw członkowskich, UE podejmuje działania m.in. w takich dziedzinach jak: warunki wjazdu i pobytu, procedury wydawania przez państwa członkowskie długoterminowych wiz i dokumentów pobytowych, określenie praw obywateli państw trzecich przebywających legalnie w państwie członkowskim, nielegalna imigracja i nielegalny pobyt czy zwalczanie handlu ludźmi, w szczególności kobietami i dziećmi¹⁵⁸.

Rozporządzeniem Nr 439/2010¹⁵⁹ z 19 maja 2010 r. Parlament Europejski i Rada Unii Europejskiej utworzyły Europejski Urząd Wsparcia w dziedzinie Azylu (z siedzibą na Malcie), której zadaniem jest koordynacja i wsparcie realizacji Wspólnego Europejskiego Systemu Azylowego. Celem wspólnego europejskiego systemu azylowego jest ustanowienie wspólnej procedury azylowej i jednolitego statusu obowiązującego w całej UE. Podejmowane są więc działania w kierunku ustanowienia jednakowych zasad, gwarantujących ochronę na wysokim poziomie i na takich samych warunkach we wszystkich państwach członkowskich, przy jednoczesnym zapewnieniu sprawiedliwego i efektywnego traktowania osób, w przypadku których nie stwierdzono konieczności udzielenia ochrony. Polska aktywnie uczestniczy w jego tworzeniu poprzez uczestnictwo w grupach roboczych UE oraz na innych forach. Na pierwszym etapie budowy WESA (1999–2005) celem było ujednoczenie ram prawnych państw członkowskich na podstawie wspólnych norm minimalnych, zapewniających sprawiedliwość, skuteczność i przejrzystość prowadzonych postępowań. Przyjęte zostały cztery podstawowe akty prawne, które stanowią obowiązujący dorobek prawny w tej dziedzinie i podstawę wspólnego europejskiego systemu azylowego:

- **dyrektywa 2003/9/EC** ustanawiająca minimalne normy dot. przyjmowania osób ubiegających się o ochronę międzynarodową (tzw. dyrektywa recepcyjna)
- **rozporządzenie Rady 343/2003** ustanawiające kryteria i mechanizmy określania państwa członkowskiego właściwego dla rozpatrywania wniosku o azyl (tzw. rozporządzenie Dublin II)
- **dyrektywa 2004/83/EC** w sprawie minimalnych norm dotyczących kwalifikacji i statusu obywateli państw trzecich lub bezpaństwowców jako uchodźców lub jako osoby, które z innych względów potrzebują ochrony międzynarodowej oraz zawartości przyznawanej ochrony (tzw. dyrektywa kwalifikacyjna)
- **dyrektywa 2005/85/EC** w sprawie norm dot. procedur nadawania i cofania ochrony międzynarodowej (tzw. dyrektywa proceduralna)

Polska, jako kraj członkowski, jest adresatem licznych aktów prawa wtórnego UE, wśród których można wyróżnić m.in.:

- Dyrektywę Rady 2009/50/WE z dnia 25 maja 2009 r. w sprawie warunków wjazdu i pobytu obywateli państw trzecich w celu podjęcia pracy w zawodzie wymagającym wysokich kwalifikacji¹⁶⁰;

¹⁵⁸ Piekutowska (2011b) – Ekspertyza.

¹⁵⁹ Official Journal of the European Union L 132/11 z 29.05.2010 r. Przedstawiciel Polski zasiada w Zarządzie tej Agencji. W toku negocjacji nad drugim etapem budowy WESA państwa członkowskie są zobligowane do przyjęcia przekształconych wersji istniejących już instrumentów azylowych, co pozwoli na dalsze zaawansowanie procesu harmonizacji systemów azylowych. Wersja przekształcona dyrektywy kwalifikacyjnej została formalnie przyjęta w grudniu 2011 r. Aktualnie porozumienie polityczne pomiędzy Radą a Parlamentem Europejskim zostało osiągnięte w odniesieniu do treści dyrektywy recepcyjnej oraz rozporządzenia Dublin III. W dalszym ciągu prowadzone są negocjacje nad tekstem dyrektywy proceduralnej oraz rozporządzenia EURODAC (dot. ustanowienia systemu do porównywania odcisków palców w celu skutecznego stosowania rozporządzenia dublińskiego).

¹⁶⁰ „Dziennik Urzędowy UE”, L 155 z 18.6.2009, s. 17–29.

- Dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/52/WE z dnia 18 czerwca 2009 r.¹⁶¹ przewidującą minimalne normy w odniesieniu do kar i środków stosowanych wobec pracodawców zatrudniających nielegalnie przebywających obywateli krajów trzecich¹⁶².
- Obywatele UE i członkowie ich rodzin korzystają na terytorium Polski ze swobody przepływu osób uregulowanej w Dyrektywie Nr 38/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie prawa obywateli Unii i członków ich rodzin do swobodnego przemieszczania się i pobytu na terytorium Państw Członkowskich, zmieniającej rozporządzenie (EWG) nr 1612/68 i uchylającej dyrektywy 64/221/EWG, 68/360/EWG, 72/194/EWG, 73/148/EWG, 75/34/EWG, 75/35/EWG, 90/364/EWG, 90/365/EWG i 93/96/EWG (Dz. Urz. L. 158 z dnia 30.04.2004r, s. 77).
- Dyrektywa ta została implementowana do polskiego porządku prawnego przez ustawę z dnia 14 lipca 2006 r. o wjeździe na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, pobytku oraz wyjeździe z tego terytorium obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej i członków ich rodzin (Dz. U. z 2006r., Nr 144, poz. 1043 z późn. zm.).
- Legalizacja pobytu obywateli państw trzecich odbywa się na zasadach określonych w ustawie z dnia 13 czerwca 2003 r. o cudzoziemcach (Dz. U. z 2011 r., Nr 264, poz. 1573 z późn. zm.). Zgodnie z ww. ustawą cudzoziemcom udziela się na terytorium Polski zezwoleń na pobyt czasowy (zezwolenie na zamieszkanie na czas oznaczony) oraz pobyt stały (zezwolenie na osiedlenie się, zezwolenie na pobyt rezydenta długoterminowego UE).

Należy podkreślić, że podejście do migracji na poziomie UE zmieniło się istotnie w ciągu ostatnich kilku lat. Zaczęto dostrzegać nie tylko zagrożenia, ale i szanse, jakie daje migracja, przede wszystkim w odniesieniu do konieczności sprostania przez UE wyzwaniom demograficznym oraz wymogom globalnej konkurencji.

Działania legislacyjne podejmowane przez UE starają się z jednej strony kształtować i ułatwiać legalną migrację, chronić prawa migrantów oraz zapewniać im właściwe warunki do społecznej integracji¹⁶³, z drugiej zaś – ograniczać zjawisko nielegalnej imigracji¹⁶⁴ (zapewniając jednak poszanowanie kompetencji państw członkowskich w zakresie regulowania dostępu do terytorium i do rynku pracy). Należy w związku z tym pamiętać, że na kształt polskich przepisów umożliwiających zatrudnianie cudzoziemców coraz większy wpływ ma prawo wspólnotowe.

¹⁶¹ „Dziennik Urzędowy UE”, L 168 z 30.6.2009, s. 24–32.

¹⁶² Por. międzynarodowy program badawczy pt. *Sytuacja migrantów ekonomicznych z Polski i innych krajów A8 w państwach członkowskich Unii Europejskiej* (2008), przygotowany przez J.R. Carby-Halla (2008) dla Rzecznika Praw Obywatelskich RP. Program, który koncentrował się na praktykach wyzysku stosowanych wobec migrantów ekonomicznych z krajów A8 i na zaleceniach przeciwdziałania im, stanowi doskonale źródło wiedzy na temat sytuacji emigrantów z krajów A8 (w tym Polaków) w krajach przyjmujących UE (głównie Wielkiej Brytanii, Irlandii, Szwecji i Norwegii).

¹⁶³ Następujące dokumenty:

- Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/98/UE z dnia 13 grudnia 2011r. w sprawie procedury jednego wniosku o jedno zezwolenie dla obywateli państw trzecich na pobyt i pracę na terytorium państwa członkowskiego oraz w sprawie wspólnego zbioru praw dla pracowników z państw trzecich przebywających legalnie w państwie członkowskim.
- Dyrektywa Rady nr 2009/50/WE z dnia 25 maja 2009 r. w sprawie warunków wjazdu i pobytu obywateli państw trzecich w celu podjęcia pracy w zawodzie wymagającym wysokich kwalifikacji;
- Projekt dyrektywy w sprawie warunków wjazdu i pobytu obywateli państw trzecich w ramach przeniesienia wewnątrz przedsiębiorstwa (COM (2010) 378);
- Projekt dyrektywy w sprawie warunków wjazdu i pobytu obywateli państw trzecich w celu podjęcia pracy sezonowej (COM(2010)379).

¹⁶⁴ Między innymi dyrektywa 2009/52/WE z dnia 18 czerwca 2009 r. przewidująca minimalne normy w odniesieniu do kar i środków stosowanych wobec pracodawców zatrudniających nielegalnie przebywających obywateli państw trzecich.

W strategii rozwoju Unii Europejskiej *Europa 2020*, wskazano, iż należy wspierać dalekowzroczną i kompleksową politykę migracji zarobkowej, która umożliwiałaby elastyczne zaspokajanie potrzeb rynku pracy.

Zmiany w unijnym podejściu do migracji widać również w dokumencie *Global Approach to Migration and Mobility*¹⁶⁵, w którym postuluje się takie przeformułowanie polityki migracyjnej UE by była bardziej zorientowana na szeroko rozumiany rozwój (głównie państw pochodzenia, ale też państw przyjmujących oraz samych migrantów), a nie tylko bezpieczeństwo czy kwestie czysto ekonomiczne (dotyczące państw przyjmujących).

Niemniej jednak tak zarysowana polityka UE będzie musiała poradzić sobie z rosnącymi napięciami społecznymi wokół migracji oraz możliwością wzrostu znaczenia partii politycznych odwołujących się do postaw populistycznych i ksenofobicznych. Stąd, ważną kwestią przy projektowaniu polityki wobec imigrantów zarobkowych jest nie tylko dopasowywanie strumieni cudzoziemców do potrzeb rodzimych rynków pracy ale również aktywizacja zawodowa imigrantów, którzy przybyli do danego kraju z powodów innych niż zarobkowe (np. rodzinnych lub humanitarnych) oraz integracja ze społeczeństwem przyjmującym.

Traktowanie polityki migracyjnej jako stałego elementu strategii rozwoju i modernizacji kraju wymaga oparcia jej na rzetelnej wiedzy o charakterze i skutkach migracji, zaś szczególne znaczenie w tym zakresie ma statystyka migracyjna.

Na mocy Rozporządzenia (WE) nr 862/2007 PE i Rady z dnia 11 lipca 2007 r. w sprawie statystyk Wspólnoty z zakresu migracji i ochrony międzynarodowej¹⁶⁶ także polska statystyka stała się adresatem zmian i licznych zobowiązań.

Przede wszystkim uporządkowania wymagały rozwiązania dotyczące dostępu cudzoziemców do polskiego rynku pracy w perspektywie pojawiających się nowych wyzwań, oraz system zbierania danych statystycznych o cudzoziemcach. W tym kierunku rozpoczęto zmiany organizacyjne oraz prace legislacyjne, czego dowodem są między innymi nowelizacje w latach 2007–2012 przepisów regulujących zasady wjazdu i pobytu cudzoziemców na terytorium RP, zagadnienia dotyczące ochrony międzynarodowej oraz zatrudniania cudzoziemców.

3. Dynamika i struktura migracji transgranicznych

Migracje są zjawiskiem uwarunkowanym różnorodnymi czynnikami, przede wszystkim są wrażliwe na zmiany sytuacji społeczno-gospodarczej kraju, polityki migracyjnej państwa, a jednocześnie są zależne od polityk innych krajów. W głównej mierze zależą od sytuacji na rynku pracy, a otwarcie wielu rynków po wstąpieniu Polski do Unii Europejskiej stworzyło nowe możliwości w tym zakresie. Na podjęcie decyzji o migracjach wpływają również czynniki związane z sytuacją rodzinną i warunkami materialnymi gospodarstwa domowego.

Migracje charakteryzują się różnorodnością form. Rozróżnia się migracje na pobyt stały (osiedleńcze) oraz na pobyt czasowy¹⁶⁷, wśród których bardzo istotne są migracje zarobkowe. Migracje czasowe mogą być krótko- i długoterminowe. Migracje długoterminowe są zwykle efektem wcześniejszych migracji cyrkulacyjnych. Każda z tych form jest określona

¹⁶⁵ Komunikat Komisji z 18 listopada 2011 r.

¹⁶⁶ Pełna nazwa aktu brzmi: Rozporządzenie (WE) nr 862/2007 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 11 lipca 2007 r. w sprawie statystyk Wspólnoty z zakresu migracji i ochrony międzynarodowej oraz uchylające Rozporządzenie Rady (EWG) nr 311/76 w sprawie zestawienia statystyk dotyczących pracowników cudzoziemców, „Dziennik Urzędowy UE”, L 199, 31/07/2007, s. 23–29.

¹⁶⁷ Emigracja Polaków wykazuje tendencję do wyjazdów czasowych lub sezonowych, co jest zgodne z trendami migracyjnymi obserwowanymi w Europie czy na świecie. Szacuje się, że około 80% czasowych emigrantów z Polski przebywa za granicą co najmniej 12 miesięcy. Osoby te zaliczane są do emigrantów długookresowych i – razem z osobami, które wyemigrowały na stałe – powinny być uwzględnione w stanach ludności poszczególnych krajów (są rezydentami krajów przyjmujących).

przez inne czynniki i wymaga odrębnych analiz; każda ma również inne następstwa i występuje w różnej skali¹⁶⁸, różnią się one także pod względem struktury. Do polityki ludnościowej w Polsce migracje transgraniczne wpisują się podwójnie: jako składnik ruchu wędrownego i jako czynnik wpływający na ruch naturalny ludności.

W polskiej statystyce migracji zagranicznych na pobyt stały tradycyjnie ujmuje się dwa strumienie: emigrację i imigrację, które są związane z aktem wymeldowania lub zameldowania na pobyt stały.

Polska była i nadal jest krajem emigracji netto, ponieważ odpływ Polaków, który współcześnie obserwujemy, jest znacznie większy od napływu cudzoziemców, przyjeżdżających do naszego kraju w celach zarobkowych, edukacyjnych, czy w poszukiwaniu azyłu. Te dwa procesy emigracji i imigracji odbywają się jednocześnie, stąd Polskę można określić zarówno mianem kraju „wysyłającego”, jak i „przyjmującego” migrantów.

3.1 Emigracja

W początkowym okresie członkostwa Polski w UE obserwowany był gwałtowny wzrost emigracji z Polski. Wyniki większości badań wskazują, że trend wzrostowy w najnowszej emigracji zarobkowej Polaków rozpoczął się jeszcze przed 1. maja 2004 roku. Znaczący wzrost był notowany co najmniej od początku procesu transformacji po 1989 r. i związany był z trudną sytuacją na polskim rynku pracy, szczególnie w odniesieniu do wchodzących na rynek pracy roczników wyżu demograficznego. Otwarcie rynków pracy zachęcało Polaków do podejmowania pracy za granicą. Trend ten uległ zdynamizowaniu po akcesji Polski do UE, kiedy to trzy państwa (Wielka Brytania, Irlandia i Szwecja) zrezygnowały z wprowadzenia okresu przejściowego dla obywateli ośmiu nowych państw członkowskich.

Na wzrost emigracji w ciągu ostatnich siedmiu lat złożyła się groźba bezrobocia (przy równoczesnej presji na rynek pracy licznych roczników drugiego wyżu demograficznego), a również członkostwo Polski w Unii Europejskiej (z możliwością zatrudnienia w kolejnych krajach rezygnujących z wprowadzenia restrykcji okresów przejściowych) i w konsekwencji większa stabilność oraz przejrzystość reguł funkcjonowania w społeczeństwach i na rynkach pracy w krajach przyjmujących, ale – być może przede wszystkim – faza dobrej koniunktury i wiążącego się z tym silnego popytu na cudzoziemską siłę roboczą, które sprawiły, że migracje poakcesyjne wyróżniają się na tle wcześniejszych fal migracyjnych zarówno pod względem skali, jak i cech strukturalnych¹⁶⁹.

W 2007 r. liczba Polaków przebywających czasowo za granicą osiągnęła najwyższą wartość szacowaną na 2270 tys.¹⁷⁰ Nastąpiło prawie trzykrotne w porównaniu z 2002 r. zwiększenie liczby mieszkańców Polski decydujących się na pobyt za granicą (co stanowi obecnie ok. 7% ludności kraju, w tym wyraźna większość w wieku matrymonialnym i prokreacyjnym) i podjęcie tam zajęć zarobkowych (około 10% ogółu pracujących¹⁷¹ zarabia za granicą, skąd napływa do kraju około 10 mld dolarów oszczędności rocznie). Zmienił się kierunek emigracji. Czołowe miejsce zajęła Wielka Brytania, Niemcy znalazły się na drugim miejscu (tab. 5)¹⁷².

¹⁶⁸ Kostrzewa (2010).

¹⁶⁹ *Krajobrazy migracyjne Polski* (2012).

¹⁷⁰ Osoby, które wyjechały w okresie od maja 2004 r. do końca 2011 r., w 80–90% przypadków przebywały za granicą, podejmując pracę lub jej poszukując. Najbardziej wiarygodnym źródłem na temat liczby Polaków przebywających w okresie transformacji systemowej poza granicami kraju są szacunki GUS, bazujące na danych spisowych oraz dostępnych danych krajowych i zagranicznych, które wskazują na silny wzrost skali emigracji poakcesyjnej. Por. *Informacja o rozmiarach i kierunkach emigracji z Polski w latach 2004–2011* (2012),

¹⁷¹ Do 16,1 mln pracujących w kraju doliczyć należy ok. 1,6 mln mieszkańców Polski zatrudnionych za granicą.

¹⁷² Przed akcesją Polski do UE głównym krajem docelowym emigracji z Polski były Niemcy. Zmianom w kierunkach migracji zarobkowej towarzyszyły zmiany profilu wyjeżdżających osób. Zbiorowość Polaków migrująca na Wyspy charakteryzowała się, w porównaniu do tej udającej się do Niemiec, wyższym wykształceniem, niższą średnią wieku oraz większą równowagą płci i regionów Polski, z których pochodzili migranci.

Tabela 5. Emigracja z Polski na pobyt czasowy w latach 2004–2011 (stan w końcu roku)

Kraj przebywania	NSP 2002 ^a	2004	2005	2006	2007	2008	2009 ^b	2010 ^b	NSP 2011	2011
	Liczba emigrantów w tys. ^c									
Ogółem	786	1 000	1 450	1 950	2 270	2 210	2 100	2 000	2 017	2 060
Europa	461	770	1 200	1 610	1 925	1 887	1 765	1 685	1 693	1 754
w tym:										
EU27 ^d	451	750	1 170	1 550	1 860	1 820	1 690	1 607	1 622	1 670
w tym:										
Austria	11	15	25	34	39	40	36	29	24	25
Belgia	14	13	21	28	31	33	34	45	47	47
Cypr	.	.	.	.	4	4	3	3	3	3
Dania	.	.	.	.	17	19	20	19	18	21
Finlandia	0,3	0,4	0,7	3	4	4	3	3	2	2
Francja	21	30	44	49	55	56	60	60	62	62
Grecja	10	13	17	20	20	20	16	16	17	15
Hiszpania	14	26	37	44	80	83	84	48	45	40
Irlandia	2	15	76	120	200	180	140	133	131	120
Niderlandy	10	23	43	55	98	108	98	92	92	95
Niemcy	294	385	430	450	490	490	465	440	437	470
Portugalia	0,3	0,5	0,6	1	1	1	1	1	1	1
Rep. Czeska	.	.	.	.	8	10	9	7	7	7
Szwecja	6	11	17	25	27	29	31	33	34	36
Wielka Brytania	24	150	340	580	690	650	595	580	601	625
Włochy	39	59	70	85	87	88	88	92	94	94
Kraje pozaunijne	10	20	30	60	65	67	75	78	71	85
w tym:										
Norwegia	.	.	.	.	36	38	45	50	43	56

^a Po oszacowaniu liczby emigrantów o nieustalonym kraju czasowego pobytu liczba emigrantów przebywających w krajach Europy wynosi 547 tys., w krajach UE – 535 tys.

^b Dane skorygowane na podstawie wyników NSP 2011 w stosunku do publikowanych w poprzednich latach.

^c Dane dotyczą liczby osób przebywających za granicą czasowo: dla lat 2002–2006 – powyżej 2 miesięcy, dla lat 2007–2011 – powyżej 3 miesięcy.

^d Do 2006 r. 25 krajów.

Źródło: Informacja o rozmiarach i kierunkach emigracji z Polski w latach 2004–2011 (2012).

Po 2007 r. liczba Polaków znajdujących się poza granicami kraju zaczęła się zmniejszać¹⁷³. W latach 2008–2010 liczba ta kształtowała się na niższym poziomie i ulegała wahaniom. Duże znaczenie miał światowy kryzys finansowy, którego największe skutki odczuły rozwinięte kraje Europy Zachodniej. Na popularności traciły wyjazdy do Wielkiej Brytanii i Irlandii, które dominowały bezpośrednio po akcesji Polski do Unii Europejskiej. Ponadto w dobie kryzysu zmniejsza się dysproporcja między liczbą migrantów przebywających na Wyspach oraz u naszych zachodnich sąsiadów.

¹⁷³ Na przykład znaczny spadek liczby Polaków przebywających w Hiszpanii, był spowodowany utratą miejsc pracy w związku z kryzysem ekonomicznym panującym w tym kraju.

Pojawiła się teza o „fali powrotów”, jaka miała nastąpić wraz z rozwojem kryzysu. Wydaje się, że za powyższy spadek w większym stopniu odpowiada jednak gwałtowne zmniejszenie się liczby decyzji o wyjeździe z Polski, co zgodne jest z teoriami migracji. W ich myśl, kryzys gospodarczy w kraju przyjmującym w większym stopniu oddziałuje na zmniejszenie strumienia napływu niż na zwiększenie strumienia odpływu migrantów.

W ostatnim okresie sytuacja się zmienia. Dane szacunkowe¹⁷⁴, wyprowadzone na bazie wyników spisu NSP 2011, nie wskazują na to by emigracja miała stracić na sile, bowiem w końcu marca 2011 r. za granicą przebywało powyżej 3 miesięcy ok 2 milionów osób, w tym ok. 1,5 miliona przez co najmniej rok, co jest liczbą dużo większą od tej odnotowanej podczas poprzedniego spisu powszechnego w 2002 roku (786,1 tys.¹⁷⁵ i nieznacznie wyższą od zanotowanej w 2010 r.¹⁷⁶. **Oznacza to, że liczba wyjazdów do tych krajów przewyższyła liczbę powrotów, a szanse na powrót tych młodych ludzi do ojczyzny są niewielkie, tzn. są to ogromne straty potencjału ludzkiego dla Polski.**

Wyhamowanie powrotów było spowodowane prawdopodobnie faktem zmniejszenia się potencjalnego zasobu osób, które nie osiągnęły w kraju wyjazdu stabilizacji zawodowej oraz zadowalającego poziomu życia i zdecydowały się wracać do Polski. Polacy, którzy mają ustabilizowaną sytuację ekonomiczną w kraju goszczącym, zdecydowali się na pozostanie w nim. Wielu młodych w dalszym ciągu widzi szanse na poprawę swojej sytuacji życiowej za granicą i podejmuje decyzję o wyjeździe na pewien czas z kraju. Część osób wyjeżdża w celu połączenia się z członkami rodziny¹⁷⁷, którzy wyjechali kilka lat wcześniej i najczęściej nabyli prawa do pobytu, mają pracę i szerszy dostęp do świadczeń społecznych.

Ponadto, zgodnie z tezą o pojawieniu się „pętli pułapki migracji”¹⁷⁸, część Polaków, która zdecydowała się na powrót do Polski, po jakimś czasie decyduje się na ponowną emigrację. Może to być związane z utratą sieci kontaktów społecznych w Ojczyźnie czy deprecjacją kapitału ludzkiego w wyniku wykonywania pracy znacznie poniżej kwalifikacji.

Na podstawie danych pochodzących z ogólnopolskiego Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności w Ośrodku Badań nad Migracjami UW podjęto badanie porównawcze migrantów powrotnych z tymi, którzy na powrót do Polski nie zdecydowali się i pozostali za granicą¹⁷⁹. Zastosowano współczynnik selektywności dot. migracji powrotnych i emigrantów pozostających za granicą. Wyższą skłonnością do powrotów cechują się mężczyźni (w porównaniu do kobiet), osoby z wykształceniem zawodowym, a także te po 40-tym roku życia. Regiony przyciągające migrantów powrotnych to województwa: wielkopolskie, świętokrzyskie, lubelskie, łódzkie i dolnośląskie.

¹⁷⁴ Rejestry i systemy administracyjne niestety nie dostarczają miarodajnych danych o skali wyjazdów, dlatego ten temat został podjęty w spisie ludności (Nowak, 2012).

¹⁷⁵ Raport z wyników: *Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011*, Rozdział X. Migracje zagraniczne na pobyt czasowy: Emigranci z Polski przebywający czasowo za granicą, s. 101–103. Por. Nowak (2012), *Migracje zagraniczne ludności* (2013).

¹⁷⁶ Dane pochodzące z Badań Aktywności Ekonomicznej Ludności wskazują na podobne tendencje w dynamice odpływu Polaków za granicę w odniesieniu do rozróżnienia na migracje krótkookresowe i długookresowe. Wyniki badania Ośrodka Badań nad Migracjami UW wskazują, iż po wstąpieniu Polski do Unii Europejskiej wysoka dynamika emigracji była pochodną przede wszystkim wzrostu skali migracji krótkookresowych, natomiast po 2007 r. systematycznie wzrasta liczba wyjazdów długookresowych (12 miesięcy i dłużej). Por. *Transformacja – Migracja – Modernizacja* (2013).

¹⁷⁷ Zdecydowana większość polskich emigrantów przebywa za granicą w związku z pracą, aczkolwiek wraz z upływem czasu zwiększa się odsetek osób – członków rodzin polskich emigrantów, pozostających na ich utrzymaniu (małżonkowie, dzieci). W prawie jednej trzeciej rodzinnych gospodarstwach domowych ktoś z rodziny przebywa za granicą. Rozwija się nowa dziedzina działalności – sektor usług migracyjnych.

¹⁷⁸ Por. Iglicka (2010), s. 28–38.

¹⁷⁹ Por. Anacka (2010); Anacka, Fihel (2012). Por. także *Transformacja – Migracja – Modernizacja* (2013).

W najbliższym czasie może rosnać polska emigracja zarobkowa do Niemiec¹⁸⁰. Liczba migrantów do Niemiec w 2012 r. nieznacznie wzrosła wobec niecałych 50 tys. w 2011 roku. Takiej tendencji sprzyjałyby dobra sytuacja gospodarcza na niemieckim rynku pracy i wzrost bezrobocia w Polsce. Emigracja w najbliższym okresie nie będzie się zmniejszała, natomiast jej kierunki mogą się zmieniać (Rajkiewicz, 2011b).

Wśród emigrantów nieznacznie przeważają kobiety, które stanowią około 51% mieszkańców Polski przebywających poza krajem, co może być wynikiem zwiększonej skali wyjazdów za partnerem/mężem, którzy na migrację zdecydowali się wcześniej (efekt łączenia rodzin). Udział kobiet i mężczyzn różni się w zależności od kraju przebywania, np. wśród emigrantów we Włoszech kobiety stanowią ponad 74%, a w Norwegii – niespełna 38%.

Emigranci to w większości osoby młode. Około 83% z nich jest w wieku produkcyjnym, prokreacyjnym, a prawie 65% – w wieku produkcyjnym mobilnym. Dzieci w wieku 0–14 lat stanowią ponad 11% ogółu emigrantów. Ponad 1/4 z nich urodziła się za granicą, natomiast wśród dzieci urodzonych po 2004 r. – ponad 1/3.

Najczęstszą przyczyną wyjazdu wśród osób, dla których uzyskano taką informację była praca (prawie 73%), w tym najwięcej osób wymieniło jako główny powód wyższe zarobki za granicą i trudności w znalezieniu pracy w kraju. Około 16% wskazało sprawy rodzinne, w tym najczęściej podawaną przyczyną było towarzyszenie rodzinie, a na drugim miejscu – połączenie rodziny. Przyczyny związane z edukacją wymieniło ok. 6% ogółu emigrantów (ponad 8% kobiet i 3% mężczyzn). Najliczniejsza zbiorowość polskich emigrantów przebywa w Wielkiej Brytanii (prawie 30%), Niemczech (prawie 22%), Stanach Zjednoczonych (12%), Irlandii (ok. 7%), Włoszech i Niderlandach (ok. 5%).

Wzorce migracyjne są bardzo silnie związane z sytuacją regionalną w kraju. Emigracja jest bardzo zróżnicowana pod względem regionów, z których wyjeżdżają Polacy. Zdecydowana większość emigrantów (blisko 2/3) pochodzi z miast. Najmniejszy odpływ (w stosunku do liczby mieszkańców) dotyczył województwa mazowieckiego, chociaż liczba osób, które wyjechały z tego województwa jest znaczna. Średni odpływ ludności szacowany jest na 6–7% populacji, natomiast emigracja z Opolszczyzny dotyczy prawie 17% ludności, Podkarpacia i województwa świętokrzyskiego – ponad 12%, Podlasia – 10%. Sytuacja przedstawia się jeszcze bardziej dramatycznie, gdy weźmiemy pod uwagę odpływ ludności w wieku mobilnym. Znaczne odpływy, a tym samym straty migracyjne są największe na Opolszczyźnie, gdzie ubytek populacji w wieku 18–44 lata wynosi ponad 34%, w województwie świętokrzyskim – 24%, a podkarpackim – ponad 22%¹⁸¹. Jednak tylko opolskie spełnia kryteria, które kwalifikują je jako region migracyjny w Polsce¹⁸². W tych województwach migracje są istotnym czynnikiem oddziałującym negatywnie na rozwój regionalny, co oznacza, że te odpływy następują z regionów o gorszej kondycji, o mniejszym potencjale rozwojowym. Wzmocnienie polityki na rzecz rozwoju potencjału tych regionów powinno być działaniem priorytetowym rządu.

¹⁸⁰ Zgodnie z danymi niemieckiego Centralnego Rejestru Cudzoziemców, od 1 maja 2011 r. do końca 2011 r. w Niemczech zarejestrowało się 49,9 tys. Polaków. Nie sprawdziły się oczekiwania niemieckiej Federalnej Agencji Zatrudnienia (Bundesagentur für Arbeit) co do przyjazdu kilkuset tysięcy nowych imigrantów z Polski. Jak wynika z kwietniowego raportu agencji HR Work Service, opartego na danych niemieckiego Federalnego Urzędu ds. Migracji i Uchodźców, otwarcie dla Polaków niemieckiego rynku pracy w maju 2011 r. nie przełożyło się na lawinowy wzrost emigracji zarobkowej do naszego zachodniego sąsiada.

¹⁸¹ *Przyszłość demograficzna Polski a migracje*, Fundacja Ośrodek Badań na Migracjami, Informacja prasowa, Warszawa 2012.

¹⁸² Hefner (2012); por. R. Wilczyński, Wojewoda Opolski, Głos w dyskusji w Panelu III – Migracje – konieczność, szansa czy zagrożenie dla gospodarki krajów Unii Europejskiej, w: *Polska w Europie – Przyszłość demograficzna*. II Kongres Demograficzny, Sesja Inauguracyjna (2012), s. 243.

3.1.1. Emigracja pracownicza

Wstąpienie Polski do Unii Europejskiej i otwieranie się kolejnych rynków pracy spowodowało – przy pełnej, gwarantowanej prawem wolności wyboru miejsca wykonywania pracy – masową migrację zarobkową obywateli polskich w dużej mierze o charakterze cyrkulacyjnym.

Różnice między poziomem polskich i europejskich wynagrodzeń oraz większe możliwości znalezienia zatrudnienia powodują, że na wyjazdy decydują się nie tylko osoby bezrobotne. Jeszcze kilka lat temu wyjazdy zarobkowe polskich pracowników za granicę stanowiły dość znaczącą barierę dla rozwoju polskich przedsiębiorstw, których pracodawcy borykali się z pozyskiwaniem potrzebnych im pracowników. Wyniki badań przeprowadzonych przez Narodowy Bank Polski w listopadzie 2009 r. oraz maju i listopadzie 2010 r. pokazują jednak, że problem ten jest obecnie marginalny (odpowiednio 1,6%, 1,3% oraz 1,2% wskazań badanych przedsiębiorstw wobec 16,4% w maju 2007 r.)¹⁸³.

Migranci pracownicy wybierają różne strategie migracji zarobkowych, wśród nich np. wyjazdy, których celem jest zebranie oszczędności na otwarcie własnej działalności gospodarczej; łączenie pobytu zarobkowego za granicą z aktywnością zawodową w Polsce, np. nauczyciele, lekarze itd. Skala migracji pracowniczych nasiliła się, gdy Wielka Brytania, Irlandia i Szwecja otworzyły swoje rynki pracy dla Polaków. Jednakże Polacy zaczęli pojawiać się również na rynkach pracy w pozostałych państwach, które decydowały się na zniesienie barier w dostępie do swoich rynków pracy w trakcie obowiązywania okresu przejściowego. W maju 2011 r. ostatecznie przestały obowiązywać rozwiązania przejściowe i Polacy mogą obecnie pracować bez zezwoleń na pracę na wszystkich rynkach państw Unii Europejskiej.

Kryzys finansowy, który rozpoczął się w 2008 r. w USA, miał wpływ nie tylko na gospodarkę wielu krajów, ale również na wielkość i kierunki migracji zagranicznych. Utrzymująca się zła sytuacja ekonomiczna na świecie przy jednocześnie relatywnie lepszej sytuacji na polskim rynku pracy, spowodowała wyhamowanie trendu wzrostowego migracji pracowniczych z Polski w latach 2008–2010.

Jednakże najnowsze tendencje zmieniają się w kierunku ponownego wzrostu emigracji Polaków od 2011 r, o czym świadczą najnowsze dane i tezy o „drugiej fali emigracji” z Polski (tab. 5).

Jedną z przyczyn ponownego wzrostu skali wyjazdów za granicę jest wzrost bezrobocia w kraju, zwłaszcza wśród młodych ludzi oraz spowolnienie gospodarki. Masowy odpływ siły roboczej nie przyczynił się krótkookresowo do poprawy sytuacji na rynku pracy. Średniookresowe oddziaływanie emigracji na poziom płac też było niewielkie, chociaż dodatnie, jakkolwiek o wiele istotniejsze mogą być jej długookresowe efekty. Natomiast istotny wpływ na kondycję gospodarczą kraju, zwłaszcza gospodarstw domowych mają przekazy pieniędzy do Polski od emigrantów.

Transfery pieniężne od polskich emigrantów, ujmowane przez Narodowy Bank Polski (NBP) w statystyce bilansu płatniczego, miały w ciągu ostatniej dekady – i nadal mają – znaczący wkład w polski PKB. Wartość transferów pieniężnych do Polski rosła nieprzerwanie od 2000 do 2007 roku, przyspieszając szczególnie począwszy od 2004 r. – roku przystąpienia Polski do Unii Europejskiej. W 2007 roku, w kulminacyjnym momencie fali emigracyjnej, wyniosła 25,5 mld zł (5,3 mld euro oraz 5,1 mld euro w 2008 r), co stanowiło wówczas około 2,5% PKB – więcej niż maksymalna wielkość napływu środków strukturalnych z Unii Europejskiej (2% PKB). Od tego czasu wartość transferów pieniężnych emigrantów do Polski stopniowo spada. Według NBP, wartość tego typu transferów w 2011 r. wyniosła około

¹⁸³ Gumuła, Gucwa, Opiola, Nalepa (2011); por. J. Napierała, *Migracje zagraniczne*, w: *Sytuacja demograficzna Polski, Raport 2010–2011* (RRL, 2011).

17 mld zł (4,2 mld euro), co odpowiadało 1,42% PKB Polski). W 2012 r. zanotowano niewielki dalszy spadek do ok. 4,16 mld euro. Najbardziej skurczyły się transfery z Irlandii (o 25 %) – z 462 mln euro do 345 mln euro, zaś wzrosły z Wielkiej Brytanii (z 749 mln euro w 2011 r. do 833 mln euro w 2012 r.). Najwięcej pieniędzy do kraju przesyłają Polacy pracujący w Niemczech – ok. 1,3 mld euro w 2012 r. (wzrost o 4%). Spadek w stosunku do wartości w latach 2007–2010, jest spowodowany z jednej strony powrotami z emigracji, ale także łączeniem rodzin w kraju, w którym do tej pory przebywał pracujący¹⁸⁴. W najbliższych dwu latach wartość transferów ustabilizuje się na obecnym poziomie, czyli ok. 17 mld zł, m.in. z powodu poziomu zarobków za granicą uwarunkowanych gorszą sytuacją finansową na świecie, a także pozostawaniem za granicą na stałe coraz większej liczby Polaków¹⁸⁵.

Znaczenie transferów pieniężnych do Polski jako alternatywnego źródła finansowania działalności gospodarczej oraz części prywatnych inwestycji w kraju ilustrują eksperci CAS, przyrównując je z jednej strony do funduszy strukturalnych UE, z drugiej strony do bezpośrednich inwestycji zagranicznych¹⁸⁶.

Przekazy pieniężne do Polski pozostaną znaczącą siłą napędową polskiej gospodarki w kolejnych latach, dlatego też warto podjąć szereg działań w celu uproszczenia i stabilizacji przepisów, by kapitał gromadzony przez emigrantów wracał do Polski i jak najefektywniej pracował dla gospodarczego rozwoju kraju. Transfery stanowią alternatywne wobec drogich i nie zawsze dostępnych kredytów źródło finansowania działalności gospodarczej oraz części prywatnych inwestycji.

Migracje wewnątrzspółnotowe to nie tylko swobodny przepływ pracowników, ale również delegowanie pracowników funkcjonujące w ramach swobody świadczenia usług. Polscy przedsiębiorcy są liderami w stosowaniu tego rozwiązania – na około 1 mln delegowań w UE ponad 230 tys.¹⁸⁷ dotyczy polskich przedsiębiorstw – wielu Polaków pracuje na tych zasadach w Niemczech (sektor budowlany, ale też np. branża opieki nad osobami starszymi), Francji czy Holandii.

¹⁸⁴ Cieślak-Wróblewska (2013)

¹⁸⁵ Według raportu CAS, faktyczne przekazy pieniężne emigrantów do Polski mogą być dalece wyższe od tych ujętych w statystyce NBP: o ile bowiem polski bank centralny uwzględnia w swoich wyliczeniach przekazy zarobków (*workers' remittances*), czyli transfery pochodzące od tych emigrantów, którzy pracują i przebywają poza granicami swego kraju przez ponad rok, oraz wynagrodzenia pracowników (*compensation of employees*), czyli transfery od pracowników przebywających za granicą nie dłużej niż 12 miesięcy, to nie ujmuje transferów migrantów (*migrant transfers*), czyli środków finansowych oraz dóbr materialnych fizycznie przywiezionych przez migrantów podczas podróży do domu. Często to właśnie te środki [transfery migrantów] mają największe znaczenie dla emigranckiego gospodarstwa domowego, regionu, w którym mieszka, a nawet całej gospodarki kraju wysyłającego. O ile bowiem regularne przekazy pieniężne wykorzystywane są zazwyczaj przez rodziny emigrantów na bieżące wydatki konsumpcyjne, o tyle środki przywiezione przez emigranta powracającego do kraju wydatkowane są na cele rozwojowe, jak sfinansowanie studiów czy założenie własnej firmy. Powracający znacznie chętniej niż emigrujący przejawiali skłonność do rozpoczęcia działalności gospodarczej. Por. *Transfery pieniężne emigrantów a rozwój gospodarczy Polski* (2012).

¹⁸⁶ Warto pamiętać przy tym, że prywatne transfery od emigrantów są pozbawione obciążeń administracyjnych i proceduralnych, którymi obciążone są dotacje unijne, zatem mogą być efektywniej wydatkowane, argumentują eksperci CAS. Przekazy pieniężne od emigrantów mogą także osiągać wartości porównywalne do wartości bezpośrednich inwestycji zagranicznych (BIZ), szczególnie w latach odznaczających się słabszym rozwojem gospodarczym: „spadek wielkości transferów powodowany kryzysem gospodarczym nie był aż tak gwałtowny, jak w przypadku BIZ.” W 2010 roku, przekazy pieniężne emigrantów w wysokości 18,1 mld zł były nawet wyższe od napływu BIZ (10,2 mld zł). Z obliczeń CAS wynika, że w obecnej perspektywie finansowej UE na lata 2007–2013 realna wielkość środków dostępnych dla Polski to około 5,6 mld euro rocznie, czyli suma zbliżona do wartości przekazów pieniężnych w „najlepszych” latach. *Transfery pieniężne polskich emigrantów i ich znaczenie dla polskiej gospodarki*, 2012, Wiadomości gospodarcze.

¹⁸⁷ Liczby dotyczą wniosków o wystawienie formularzy A1 wystawianych przez krajowe instytucje zarządzające systemem zabezpieczenia społecznego (w Polsce ZUS), potwierdzających przynależność do ubezpieczenia społecznego w państwie pochodzenia delegującego przedsiębiorstwa – niekoniecznie więc oznaczają, że tyle właśnie osób zostało faktycznie delegowanych.

Istotnym wyzwaniem dla państwa jest ochrona praw Polaków pracujących za granicą. Coraz częściej zdarza się bowiem, że obywatele polscy poszukujący pracy za granicą stają się ofiarami nieuczciwych pośredników, pracodawców lub właścicieli nieruchomości. Szczególnie wiele nadużyć występuje w związku z pracą oferowaną przez agencje pracy tymczasowej. Na problem ten zwróciła uwagę m.in. Rada Ochrony Pracy w swoim stanowisku z października 2011 r. formułując jednocześnie szereg zaleceń dla poszczególnych instytucji, mających na celu poprawienie sytuacji Polaków podejmujących pracę w innych państwach UE.

Współczesna emigracja nie wygaśnie z pewnością z dnia na dzień. Wręcz przeciwnie, ma szansę się rozwinąć i to nie tylko z powodu otwarcia rynków pracy przez wszystkie kraje Unii Europejskiej. Państwa, zwłaszcza te będące w fazie stagnacji demograficznej, posiadające niski przyrost naturalny, prowadzą określoną politykę nakierowaną na przyciągnięcie imigrantów. Polityka migracyjna stanowi jeden z instrumentów, mogących łagodzić niekorzystne dla rynku pracy skutki przemian demograficznych.

Jedną z odpowiedzi na wyzwania demograficzne przed jakimi stoi Polska i Europa jest odpowiednio zaprojektowana polityka migracyjna oraz wspieranie mobilności pracowników wewnątrz Wspólnoty. Należy jednak pamiętać, że nie jest to odpowiedź na wszystkie wyzwania, jakie przed krajami rozwiniętymi stawia demografia. Ponadto możliwości absorpcyjne społeczeństw w zakresie przyjmowania imigrantów są ograniczone. Z tego względu polityka migracyjna powinna być traktowana w kontekście wyzwań demograficznych jako działanie uzupełniające dla polityki aktywizacji zasobów rodzimej siły roboczej oraz polityki na rzecz zwiększania dzietności. Polityka migracyjna stanowi jeden z instrumentów, mogących łagodzić niekorzystne dla rynku pracy skutki przemian demograficznych.

3.1.2. Wpływ emigracji na rozwój demograficzny Polski

Zmiany demograficzne, jakie są obserwowane w ostatnich latach, tj. przede wszystkim niska liczba urodzeń oraz spadek liczby nowo zawartych małżeństw, mogą wskazywać, że perspektywa szybkiego wyjścia z depresji demograficznej, w jakiej znajduje się Polska już od dłuższego czasu, jest dosyć odległa. Głęboki niż demograficzny z lat 90. oraz utrzymująca się silna emigracja młodych ludzi będą powodować – już w nieodległej perspektywie – coraz większe utrudnienia w rozwoju demograficznym, na rynku pracy oraz w systemie zabezpieczenia społecznego. Przede wszystkim starzenie się społeczeństwa oraz zmniejszanie się liczby ludności Polski, będące skutkiem przemian demograficznych, w perspektywie średnio- i długookresowej będzie negatywnie oddziaływało nie tylko na rynek pracy, a także na szkolnictwo wyższe, stabilność finansową systemu zabezpieczenia społecznego oraz systemu opieki zdrowotnej¹⁸⁸.

Wyniki analiz GUS oraz EUROSTATU, pokazujące istotne zmiany w strukturze wiekowej Polaków w okresie najbliższych dziesięcioleci, potwierdzają wyzwania społeczno-ekonomiczne, przed jakimi stoi Polska. Perspektywa rozwoju demograficznego w najbliższych 20 latach nie rysuje się optymistycznie. Z prognozy demograficznej GUS¹⁸⁹ wynika,

¹⁸⁸ Polska należy do państw, w których przewidywane skutki starzenia się społeczeństwa będą przebiegać najszybciej (obecnie sytuacja demograficzna jest bowiem na tle UE relatywnie dobra) i najbardziej dotkliwie. Według prognozy Biura Statystycznego Komisji Europejskiej (EUROPOP 2010) Polska w 2060 r. będzie jednym z trzech państw, obok Rumunii i Łotwy, o najwyższym wskaźniku obciążenia osób w wieku aktywności zawodowej osobami w wieku poprodukcyjnym. Wskaźnik ten dla Polski wyniesie 64,8%, przy średniej UE-27 wynoszącej 52,5%. Ponadto Polska doświadczy największego wzrostu pomiędzy wartością tego wskaźnika w 2010 i 2060 roku, tj. o 45,8 punktu procentowego.

¹⁸⁹ Niekorzystną sytuację Polski potęguje wysoki poziom emigracji oraz niski poziom napływu cudzoziemców (te dwa fakty są też najważniejszymi wyzwaniami stojącymi przed polityką migracyjną w kontekście wyzwań). *Prognoza ludności na lata 2008–2035* (2009).

że do roku 2035 należy spodziewać się znaczącej depopulacji Polski (o ponad 2 mln osób). Zmniejszeniu liczby ludności towarzyszyć będzie spadek udziału osób w wieku produkcyjnym przy jednoczesnym wzroście udziału ludności powyżej 60 roku życia.¹⁹⁰ Obok zmian ilościowych niska liczba urodzeń przy wydłużaniu się przeciętnego trwania życia prowadzi do dysproporcji w strukturze ludności według wieku. Wyraźnie zmniejsza się udział dzieci i młodzieży, a przybywa osób starszych, potrzebujących intensywnej opieki, co prowadzi do rosnących wskaźników obciążenia ekonomicznego osób pracujących ludźmi starszymi¹⁹¹.

Należy podkreślić, że dzietność polskich kobiet kształtuje się na najniższym poziomie wśród krajów UE i jednym z najniższych w krajach europejskich. W Polsce wskaźnik ten wynosi tylko 1,3, podczas gdy średnia dla wszystkich krajów Unii wynosi 1,48 na kobietę.

W tej sytuacji znaczący negatywny wpływ na sytuację demograficzną Polski mają i będą miały również migracje zagraniczne, w szczególności silna emigracja. Z powodu utrzymującego się ujemnego salda migracji na pobyt stały zmniejsza się liczba ludności Polski oraz zmienia się struktura ludności według płci i wieku. Emigrują głównie kobiety i osoby w wieku 20–34 lata (ponad 47% ogółu emigrantów), a więc osoby młode, które swoje plany prokreacyjne zrealizują za granicą.

Najnowsze raporty wskazują, że część młodej generacji polskiej emigracji zarobkowej podejmuje decyzje o dłuższym związaniu się z krajem emigracji. Świadczą o tym np. dane dotyczące liczby decyzji o posiadaniu dzieci podejmowanych przez kobiety urodzone w Polsce¹⁹² (W Wielkiej Brytanii od 2004 r. matki z Polski urodziły 77 tys. dzieci). *Matki pochodzące z Polski rodzą obecnie najwięcej dzieci spośród wszystkich matek pochodzących spoza Wielkiej Brytanii, więcej nawet niż matki pochodzące z Indii, Pakistanu czy Bangladeszu. W roku 2010 z matek o polskich korzeniach urodziło się 19 762 dzieci – podczas gdy jeszcze na początku 2001 roku – tylko 896*¹⁹³. Szacuje się, że zbliżoną liczbą ocenić można wielkość zawartych małżeństw binacjonalnych w skali europejskiej.

Niezależnie od krótkookresowych skutków migracji w świetle ich wpływu na rynek pracy w Polsce, masowa emigracja Polaków po 1. maja 2004 r. może mieć poważne skutki w dłuższej perspektywie, bowiem przyczynia się do zmiany międzyregionalnej dystrybucji ludności w Polsce oraz prowadzi do zmian w strukturze demograficznej w regionach najmocniej narażonych na odpływ za granicę. Migracje zagraniczne są głównym czynnikiem oddziałującym na kształt procesów społecznych w regionach migracyjnych, które charakteryzują się długą tradycją odpływu migracyjnego, a skala wyjazdów jest w nich znacząca. Prowadzi to do permanentnej depopulacji takich obszarów, co powoduje określone skutki społeczne, demograficzne, ekonomiczne, a także kulturowe. Migracje, przybierając trwałe charakter, wywołują narastające dysfunkcje w sferze demograficznej i ekonomicznej regionu. Województwo opolskie, zarówno pod względem skali zjawiska, jak i oddziaływania na potencjał regio-

¹⁹⁰ Problemy demograficzne dotyczą nie tylko Polski lecz całej UE, choć poszczególne państwa różnią się pod względem tempa zmian. W ciągu najbliższych kilkadziesiąt lat, współczynnik obciążenia demograficznego w Unii Europejskiej podwoi się. Obecnie na 100 Europejczyków w wieku produkcyjnym przypada 25 osób powyżej 65. roku życia. Zgodnie z prognozami, do 2050 r. na 100 osób w wieku produkcyjnym przypadać będzie 50 osób w wieku 65+. Zgodnie z prognozami EUROSTATU liczba ludności Polski w 2050 r. zmniejszy się do 33 275 tys., a współczynnik obciążenia demograficznego z 18,9% w 2009 r. wzrośnie do 55,7% w 2050 roku. Por. *Labour Migration and its Development Potential in the Age of Mobility*, 15–16 October 2009, Malmö, Sweden, Round table theme 1: Labour immigration, s. 8.

¹⁹¹ Z. Kostrzewa, D. Szałtys, *Wpływ emigracji na rozwój demograficzny Polski*, w: *Migracje zagraniczne a polityka migracyjna* (2009), s. 55–71.

¹⁹² Iglicka (2010), s. 28–38; Iglicka (2011).

¹⁹³ Coleman (2012).

nalny jest jednym z najważniejszych regionów tego typu w Polsce, a być może i w Europie¹⁹⁴. Samorząd i władze woj. opolskiego wystąpiły do rządu z inicjatywą ustanowienia specjalnej strefy demograficznej, której nadrzędnym celem jest przeciwdziałanie procesom wyludnienia. Inicjatywa samorządowa zostanie wsparta polityką państwa aby poprawić sytuację demograficzną województwa¹⁹⁵.

3.1.3. Wpływ emigracji na rodziny

Otwarcie granic poszczególnych państw UE na pracowników z Polski spowodowało gwałtowne narastanie problemu rozłąki rodziny. Problem ten istniał od dawna, generalnie w dwóch modelach rozłąki, które można nazwać modelem pulsacyjnym i modelem rozłąki bezwzględnej. Migracja niekorzystnie wpływa na stabilność i funkcjonowanie rodziny. Niezależnie od rodzaju modelu – obydwie destrukcyjnie wpływają na przeobrażenia życia rodzinnego zarówno pod względem strukturalnym, jak i funkcjonalnym. Wyjazd obojga lub jednego z rodziców za granicę ze względów ekonomicznych wpływa destruktywnie na funkcjonowanie rodziny. Również wyjazd rodziców z dziećmi powoduje ogromne zmiany wymagające pewnych działań wspierających w zakresie wzmocnienia i podtrzymywania więzi rodzinnych¹⁹⁶.

Jednym z następstw jest zjawisko tzw. „eurosieroctwa”¹⁹⁷. Niezależne źródła podają, że zjawisko to ogranicza się do 1–2% populacji uczniów¹⁹⁸. Jednakże należy zdecydowanie podkreślić, że nie każde dziecko, którego rodzice lub rodzic wyjechali do pracy za granicą, jest narażone na tego rodzaju skutki. Problem sierot migracyjnych (tzw. problem „eurosieroctwa”) – dzieci, których jedno czy nawet oboje rodziców wyjechało do pracy w krajach Unii Europejskiej – nie jest nowy. Od dawna dotyczy on np. mieszkańców Opolszczyzny, gdzie do pracy na Zachód wyjeżdżali posiadacze podwójnego obywatelstwa. Teraz jednak, po otwarciu wielu europejskich rynków pracy i masowej emigracji zarobkowej, zjawisko to przybrało niepokojące rozmiary. Wyniki badania MEN dotyczącego rozmiarów i skutków problemu

¹⁹⁴ „Nasilone migracje zagraniczne wpływają na istotne następstwa natury politycznej w regionie migracyjnym, np. zmiany w strukturze etnicznej, opcjach narodowych, w zachowaniach wyborczych (frekwencja, preferencje), wyborach inwestycyjnych itd. Można je połączyć z konsekwencjami w sferze społecznej (m.in. obniżona aktywność mieszkańców, niższy poziom przedsiębiorczości, niższy poziom bezrobocia) i gospodarczej (zmniejszenie potencjału popytowego, niższy dostęp do wyspecjalizowanych zasobów pracy)” – Hefner (2012), s. 84–85.

¹⁹⁵ Na Opolszczyźnie migracje w okresie transformacji doprowadziły do istotnych zaburzeń struktury demograficznej, przyczyniły się do zmniejszenia skali aktywności ekonomicznej, ale i dały podstawy do jednego z najważniejszych strumieni dochodów – transferów pieniężnych z zagranicy, decydujących o poziomie zamożności mieszkańców tego regionu. Por. J. Sebesta, Marszałek Województwa Opolskiego, *Głos w dyskusji w Panelu II. Doświadczenia krajów Unii Europejskiej w kształtowaniu polityki ludnościowej*, w: *Polska w Europie – Przyszłość demograficzna*. II Kongres Demograficzny, Sesja Inauguracyjna (2012), s. 213–214.

¹⁹⁶ Balicki, Dębski, Pawlus (2009), s. 72–90 oraz Fidelus (2008).

¹⁹⁷ Przez to pojęcie należy rozumieć sytuację, w której emigracja zarobkowa rodziców/rodzica powoduje zaburzenie takich funkcji rodziny, jak zapewnienie ciągłości procesu socjalizacji, wsparcia emocjonalnego dziecka i transmisji kulturowej. Zjawisko to stanowi bezpośrednią przyczynę występowania wielu problemów związanych z edukacją i wychowaniem dzieci i młodzieży pozostawionych bez należytej opieki. Termin „eurosieroctwo” jest w ocenie Ministerstwa Edukacji Narodowej pojęciem niefortunnym i stygmatyzującym, piętnującym dziecko, które znajduje się w trudnej sytuacji ze względu na brak lub niedostateczną opiekę rodzicielską w związku z ich pracą za granicą. Niestety, ze względu na swą nośność medialną, pojęcie to szybko stało się popularne. Por. Walczak (2008), s. 5.

¹⁹⁸ Wskaźniki te potwierdzają informacje przesłane przez kuratoria oświaty, które w ramach swoich zadań analizowały rozmiary omawianego zjawiska oraz sposoby wspierania dzieci, których dotknęło zjawisko sieroctwa migracyjnego. Raport *Eurosieroctwo 2008* (Fundacja „Prawo Europejskie”) podaje, iż w 110 tys. polskich rodzin dzieci wychowują się bez co najmniej jednego z rodziców, który wyemigrował na Zachód.

sieroctwa migracyjnego, (przeprowadzonego w 2010 r w 22644 placówkach oświatowych) i sporządzony na tej podstawie Raport¹⁹⁹ zwracają uwagę na takie zagrożenia, z punktu widzenia dobra dziecka, jak: obniżenie poczucia bezpieczeństwa, osamotnienie, poczucie odrącenia, trudności w kształtowaniu tożsamości, zaburzenia w rozwoju samokontroli tak emocjonalnej, jak i intelektualnej i decyzyjnej, trudności w kształtowaniu systemu wartości i realizacji zadań związanych z nauką szkolną. Brak poczucia bezpieczeństwa, osamotnienie, poczucie odrzucenia, odrącenia, a także bardzo często trudności porozumiewania się z osobami sprawującymi opiekę zastępczą skutkują, szczególnie u dzieci i młodzieży ze szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych utratą sensu życia, próbami samobójczymi, ucieczkami z domu, a także innymi przejawami nieprzystosowania społecznego jak agresja, kłamstwa a nawet zachowaniami naruszającymi prawo.

Dodatковым problemem są negatywne skutki odczuwane przez rodziny migrantów zarobkowych, np. rozdzielenia rodzin z powodów mieszkaniowych i in. Zjawisko rozdzielania rodzin występuje w kontekście prawa migrującego pracownika do połączenia z członkami rodziny oraz/lub beneficjentami²⁰⁰.

Poznanie mechanizmów działania rozłąki na więź rodzinną umożliwia podjęcie pewnych działań prorodzinnych łagodzących negatywne skutki tego wpływu. Z punktu widzenia polityki prorodzinnej należy wzmocnić działania mające na celu zwiększenie opieki nad polską migracją zarobkową w kraju i za granicą. Wielowymiarowość skutków migracji zagranicznych na rodziny emigrantów i imigrantów zarówno w kraju docelowym jak macierzystym jest niezwykle istotna, zaś zarówno szanse jak zagrożenia dla rodziny powinny być uwzględnione w formułowaniu polityki rodzinnej i migracyjnej państwa.

3.1.4. Polonia i skupiska Polaków poza granicami kraju

Czynnikiem znaczącym zarówno dla procesów migracyjnych w Polsce jak i dla samej polityki migracyjnej jest istnienie blisko 20-milionowej Polonii i skupisk Polaków poza granicami kraju. Oszacowanie liczebności Polaków w świecie jest bardzo utrudnione nie tylko z powodu braku kompletnych i uporządkowanych zasad metodologicznych, lecz także braku jednolitych informacji statystycznych²⁰¹. Według danych szacunkowych, poza granicami Polski mieszka na stałe od 17 mln do 20 mln Polaków oraz osób deklarujących polskie pochodzenie (najwięcej w USA – ok. 10 mln, w Niemczech – 1,5 mln, w Brazylii i Francji – 1 mln²⁰²).

Polska diaspora jest silnie zróżnicowana, ponad połowę całego zasobu migracyjnego stanowią osoby pochodzenia polskiego reprezentujące drugie i kolejne pokolenia migrantów. Są to potomkowie Polaków z „historycznych” fal migracyjnych z lat powojennych i okresu

¹⁹⁹ W co piątej badanej placówce są dzieci, których obydwój lub samotnie wychowujący rodzic wyjechali za granicę do pracy, a w co trzeciej są dzieci, których jeden z rodziców wyjechał do pracy za granicę. Jednakże sprawdzenie w ilu placówkach problem dzieci, których rodzice wyjechali za granicę do pracy, według wiedzy nauczycieli nie występuje w ogóle, modyfikuje powyższy obraz. Osoby wypełniające ankietę z 16 802 szkół/placówek podały, że taki problem u nich nie występuje – stanowi to 74,20% badanych placówek. Można przyjąć, że problem ten dotyczy jedynie 25,80% szkół i placówek, co oznacza, że w tych placówkach mogą być dzieci, których jeden lub obydwój rodziców wyjechało lub samotnie wychowujący rodzic wyjechał. Jednocześnie może to wskazywać na tzw. punktowe występowanie zjawiska. Ostrowska (2010).

²⁰⁰ Potrykowska (2009), s. 17–46.; Raport J.R Carby-Halla (2008) *Ocena przepisów przejściowych* pokazuje, że nie uwzględniają one fundamentalnego prawa do łączenia rodzin zawartego w dyrektywie unijnej z 2004 r. w sprawie prawa obywateli Unii Europejskiej i członków ich rodzin do swobodnego przemieszczania się i pobytu (s. 168–169). Por. Balicki, Dębski, Pawlus (2009), s. 72–90.

²⁰¹ RRL (2006), s. 78.

²⁰² <http://www.poland.gov.pl/polacy,zagranica,48.html>

stanu wojennego. *Raport o sytuacji Polonii i Polaków za granicą MSZ z 2009 r.* w sposób kompleksowy przedstawia polską diasporę w końcu pierwszej dekady XXI wieku. Skomplikowane dzieje Polski, a zwłaszcza dramatyczny splot wydarzeń, jakie miały miejsce w ubiegłym stuleciu, sprawiły, że miliony naszych Rodaków znalazły się – często wbrew swej woli – poza obecnymi granicami kraju. Dzisiaj coraz mniej jest ludzi, którzy do życia poza Polską zostali zmuszeni dramatycznymi wydarzeniami w kraju. Niemniej jednak należy pamiętać o licznych obywatelach Polski, którzy z różnych powodów wyemigrowali w latach wcześniejszych i zdążyli już na trwałe zapuścić korzenie w nowym kraju, a także o rzeszy osób nie posiadających polskiego obywatelstwa, często już urodzonych poza granicami Polski, a także nie znających lub słabo znających język polski, lecz w mniejszym lub większym stopniu utożsamiających się z Polską

Od 4 czerwca 1989, gdy Polska stała się wolnym demokratycznym krajem, Senat RP sprawował opiekę, kształtował i realizował politykę państwa wobec Polonii przez 22 lata. Dzięki wsparciu Senatu powstały trwałe więzi między krajem a diasporą. Ważnym wyzwaniem dla wolnego państwa polskiego było roztoczenie opieki nad Polakami, którzy nigdy nie opuścili Polski, a na skutek nowego podziału świata, po II wojnie światowej znaleźli się poza granicami Ojczyzny, na terytorium byłego ZSRR. Dało to asumpt do organizowania się Polaków na Wschodzie, a także wzmocniło ich pozycję w krajach zamieszkiwania i wpłynęło na odradzanie się polskości i poczucie tożsamości narodowej, o czym świadczy choćby rzesza osób ubiegających się o przyznanie Karty Polaka²⁰³.

W 2009 r. Ministerstwo Spraw Zagranicznych przejęło kompetencje koordynacyjne w kształtowaniu polityki polonijnej państwa, włączając ją do priorytetów polskiej polityki zagranicznej. Priorytetowym kierunkiem polityki polonijnej pozostaje obszar państw powstałych po rozpadzie ZSRR²⁰⁴, ale także utrzymywanie ścisłej współpracy z Polonią na Zachodzie, m.in. UE, ze względu na nową emigrację zarobkową.

Mając na względzie koncepcję upodmiotowienia Polonii i Polaków za granicą, w nowej polityce wobec polskiej diaspory uznaje się rodaków za granicą nie jako obiekt działań polskiej polityki zagranicznej, ale jako jej istotny podmiot, wspierający z zewnątrz urzeczywistnianie wszystkiego, co ważne dla Polski. Polonia i Polacy za granicą, jako aktywni członkowie społeczności krajów zamieszkania mogą zrobić wiele dla wzmocnienia pozycji i wizerunku starej ojczyzny.

Celem strategicznym polityki polonijnej jest pozyskiwanie skutecznego poparcia dla polskiej racji stanu oraz korzystanie z potencjału Polonii i Polaków za granicą do promocji Polski i wzmocnienia jej pozytywnego wizerunku w Europie i świecie. Zasadna jest nie tylko potrzeba odwołania się do potencjału tradycyjnych organizacji polonijnych, które były i pozostają niezawodnym sojusznikiem Polski, lecz również do znacznie liczniejszej Polonii nie zrzeszonej, często nie znającej już języka polskiego, która zakorzeniła się w otaczającej ją

²⁰³ Opieka nad naszą diasporą zmieniała charakter – zaczęła się od pomocy charytatywnej dla Polaków na Wschodzie, a ostatnio koncentrowała się na wyzwoleniu aktywności naszych rodaków, na wspieraniu edukacji, szkoleniach, by w krajach zamieszkania tworzyli elity, robili kariery, a jednocześnie czuli się związani z Polską. Od 2004 r. Senat dużą wagę przywiązywał do wspierania młodej emigracji i tych osób o polskich korzeniach urodzonych za granicą. Por. *Senat na rzecz Polonii 2011–2012* (2012).

²⁰⁴ *Rządowy Program Współpracy z Polonią i Polakami za Granicą* (2011), s. 6, określa zmianę formuły aktywności Rządu wobec Polaków na Wschodzie: „Działania, które bezwzględnie muszą być prowadzone w ścisłej współpracy z pozostałymi podmiotami krajowymi działającymi w sferze współpracy z Polonią i Polakami za granicą – muszą doprowadzić do odejścia od formuły skłaniającej bądź niekiedy wymuszającej bierną absorpcję pomocy z Polski zamiast generowania aktywności obywatelskiej i nowych form prowadzenia działalności społecznej przez Polaków na Wschodzie”.

społeczności²⁰⁵. Istotne jest również położenie większego nacisku na realizację konstytucyjnego obowiązku wspierania Polaków przebywających poza granicami kraju w zachowaniu więzi z dziedzictwem narodowym i kulturalnym ojczyzny.

Plan współpracy z Polonią i Polakami za granicą na 2013 r. (2012) MSZ ma wskazywać potrzeby Polski i sposoby ich jak najskuteczniejszego zaspokajania we współpracy z rodakami za granicą, przy zaangażowaniu środków wypracowanych przez polskich podatników. Nie odnosi się on natomiast do autonomicznie wytyczanych przez Polonię i Polaków celów działań, ani pożytkowania funduszy, którymi sami dysponują.

W okresie poakcesyjnym zmienił się charakter i struktura migracji z Polski. W ślad za tym powinna pójść krytyczna refleksja nad pojęciem diaspory (Polonii). Przemyslenia – predefiniowania wymaga w szczególności model wsparcia obywateli polskich przebywających za granicą. Powinien on uwzględniać specyfikę danego kraju oraz samych migracji (m.in. ich czasowy charakter). Ważnym zagadnieniem jest określenie na ile wzorce najnowszej emigracji Polaków różnią się, a na ile są podobne do wzorców migracyjnych znanych z wcześniejszych fal migracyjnych. Czy wciąż mamy do czynienia z tradycyjnymi diasporami czy też raczej na naszych oczach tworzą się zupełnie nowe zjawiska – a diasporę wzbogacają klastry migracyjne²⁰⁶.

Konieczne wydaje się także lepsze rozpoznanie polskiej diaspory i ocena jej możliwości/potencjału dla rozwoju Polski (współpraca biznesowa, sieci kontaktów). Ocena ta powinna się odnosić zarówno do osób od dawna zamieszkujących za granicą, jak i przedstawicieli najnowszych fal migracyjnych²⁰⁷.

Kapitał ludzki, który będzie miał najistotniejszy wpływ na sytuację w Polsce stanowią poakcesyjni emigranci, głównie ludzie młodzi. Wszystkie te osoby w naszym przekonaniu powinny być traktowane jako ważny składnik potencjału ludnościowego Polski.

Polscy pracownicy migrujący nie mają jeszcze statusu „Polonii”, czyli zasiedziałych środowisk polonijnych, a ich pobyt w poszczególnych krajach UE regulują odpowiednie przepisy odnoszące się do wszystkich obywateli państw członkowskich. Niemniej jednak w ramach współpracy z polską diasporą i ochrony instytucjonalnej polskich pracowników migrujących MSZ podejmuje wiele działań mających na celu zapewnienie Polonii i Polakom za granicą prawa i możliwości kultywowania polskości w państwach ich zamieszkania, rozwijania kontaktów z krajem oraz korzystania z praw mniejszości narodowych, jeśli za taką są oni w danym kraju uznawani²⁰⁸.

Polscy pracownicy migrujący natrafiają w krajach pobytu na wiele przeszkód administracyjnych, takich jak chociażby trudności w realizacji dyrektywy Rady 77/486/EWG z dnia 25 lipca 1977 r. w sprawie kształcenia dzieci pracowników migrujących (art. 3. – państwa

²⁰⁵ „Wsparcie ze strony rodaków zza granicy spowoduje, że wspólne działania będą skuteczniejsze, z korzyścią zarówno dla Polski, polskiego podatnika, jak i dla Polonii oraz Polaków za granicą. To nowe podejście do współpracy z Polonią i Polakami za granicą, czyniące ich pełnoprawnym podmiotem korzystnego współdziałania, przyczyni się do skuteczniejszej promocji Polski. *Plan współpracy z Polonią i Polakami za granicą na 2013 r.* (2012). W dokumencie tym MSZ wyróżnia pięć obszarów tematycznych, na których mają koncentrować się działania realizujących go podmiotów: a) Edukacja Polonii i Polaków za granicą, w tym kształcenie młodzieży polonijnej w Polsce; b) Mobilizacja do aktywności we wszelkich dziedzinach życia w państwach zamieszkania dla promocji Polski i polskości.; c) Wspieranie środowisk polskich; prawa mniejszości polskich, Polonii i Polaków za granicą; d) Zaangażowanie Polonii i Polaków za granicą we współpracę gospodarczą państw zamieszkania naszych rodaków z Polską; e) Wspieranie powrotów Polaków do Ojczyzny.

²⁰⁶ Por. Szczygielski (2011) – Ekspertyza.

²⁰⁷ Lesińska, Kaczmarczyk, Stefańska (2012).

²⁰⁸ W dużym stopniu działania w tym zakresie są realizowane przez Departament Współpracy z Polonią MSZ, który jest odpowiedzialny m.in. za realizację zadań związanych z koordynowaniem działań urzędów administracji w zakresie współpracy z Polonią i Polakami za granicą. Przykładem jest znaczące wsparcie finansowe przez MSZ wielu wspólnych projektów oświatowych, zwłaszcza na naukę języka polskiego i przedmiotów ojczyństwych oraz w dziedzinie promocji polskiej kultury, sztuki i historii.

członkowskie, zgodnie z ich sytuacją krajową i systemem prawnym oraz we współpracy z państwami pochodzenia, podejmują odpowiednie środki w celu wspierania, w koordynacji z regularnym kształceniem, nauczania języka ojczystego oraz kultury kraju pochodzenia dla dzieci) czy uznawaniem dyplomów i kwalifikacji zawodowych – obowiązującą nadal i uważaną za podstawowy instrument działań wspólnotowych w obszarze edukacji²⁰⁹.

Ważną inicjatywą, służącą do ich rozwiązywania, jest m.in. powołana przez Ministerstwo Edukacji Narodowej w 2010 r. Rada Oświaty Polonijnej (ROP) jako organ doradczy MEN. W skład Rady wchodzi przedstawiciele szkolnictwa polonijnego z całego świata, a także eksperci od spraw edukacji. Głównym jej zadaniem jest rozpatrywanie problemów związanych z kształceniem polskich dzieci poza granicami kraju i opiniowanie propozycji zmian prawnych w systemie polskiej oświaty polonijnej.

Powołanie Rady umożliwia bliższą współpracę resortu edukacji ze środowiskami szkół polonijnych i przedstawicielami organizacji wspierających nauczanie języka polskiego i w języku polskim za granicą. Zapewnienie osobom polskiego pochodzenia i Polakom za granicą możliwości nauki języka polskiego oraz szeroko rozumianej wiedzy o Polsce to nie tylko utrwalanie tożsamości i tradycji kulturowej, ale także tworzenie szansy intelektualnego i społecznego rozwoju. Język jest zarówno nośnikiem polskiej tradycji i kultury, jak i narzędziem otwierającym dostęp do jej zasobów intelektualnych.

Poszerzanie wiedzy o Polsce współczesnej i jej osiągnięciach w sferze naukowej, gospodarczej, kulturalnej oraz innych dziedzinach życia zachęca Polonię i Polaków za granicą do intensywniejszego i bardziej świadomego uczestnictwa w sprawach polskich. To z kolei, obok zaspokojenia potrzeb wynikających z przywiązania do Ojczyzny, może istotnie zwiększyć szanse na dalszą edukację, w tym na najlepszych polskich uczelniach, a tym samym zwiększyć konkurencyjność lepiej wyedukowanej młodzieży w ubieganiu się o ich lepszą pozycję zawodową zarówno w Polsce, jak również w kraju zamieszkania²¹⁰.

Potrzebna jest również społeczna integracja Polonii i Polaków za granicą oraz ich polityczna mobilizacja: włączenie w miejscowe społeczności na poziomie politycznym (wybory lokalne, udział w partiach politycznych), kulturowym, językowym i pracowniczym w państwach pobytu²¹¹. Oferta współpracy ze strony polskich władz musi respektować fakt politycznego zróżnicowania poglądów reprezentowanych w środowiskach polonijnych i powinna dotyczyć spraw polskich pozostających poza kwestią sympatii politycznych²¹².

3.1.5. Naturalizacja i repatriacja

Naturalizacja

Najważniejsze zmiany legislacyjne, które zaszły w polskim ustawodawstwie dotyczącym nabywania obywatelstwa polskiego czyli naturalizacji, wystąpiły w ostatnim okresie.

²⁰⁹ Dyrektywa przyznaje wszystkim dzieciom w wieku objętym obowiązkiem szkolnym, które pozostają na utrzymaniu pracownika będącego obywatelem innego państwa członkowskiego i zamieszkującemu na stałe na terytorium tego państwa, prawo do bezpłatnego, dostosowanego do ich specyficznych potrzeb kształcenia, w szczególności obejmującego nauczanie języka oficjalnego państwa przyjmującego, prowadzonego przez odpowiednio przygotowanych do tego zadania nauczycieli. Zobowiązuje również państwa członkowskie do promowania we współpracy z krajami ojczystymi i w koordynacji z normalnym kształceniem – nauki języka ojczystego oraz kultury kraju pochodzenia dla dzieci nią objętych.

²¹⁰ *Plan współpracy z Polonią i Polakami za granicą na 2013 r.* (2012), s. 4.

²¹¹ Dotyczy to w pierwszym rzędzie środowisk pracowników migrujących, którzy są najnowszą falą migracyjną o niepewnym jeszcze statusie na obczyźnie. Działania w tej sferze powinny także objąć starsze fale polskich emigrantów oraz Polonii na całym świecie wraz z Polakami na Wschodzie. Por. *Rządowy Program Współpracy z Polonią i Polakami za Granicą* (2011), s. 6.

²¹² *Plan współpracy z Polonią i Polakami za granicą na 2013 r.* (2012), s. 6.

W ciągu ostatnich sześciu lat obywatelstwo polskie otrzymywało corocznie średnio ponad 2,2 tys. cudzoziemców, przy tendencji rosnącej. z roku na rok. Dalszy wzrost mogą przynieść zmiany, które ostatecznie zostały przyjęte w dniu 18 stycznia 2012 r. (zaczęły obowiązywać od połowy sierpnia 2012 r.), kiedy to Trybunał Konstytucyjny zatwierdził zgodność z *Konstytucją* nowej ustawy z dnia 2 kwietnia 2009 r. o obywatelstwie polskim (Dz. U. z 2012 r. poz. 161). Nowa ustawa przewiduje cztery sposoby nabycia obywatelstwa polskiego: z mocy prawa, przez nadanie, przez uznanie oraz przez przywrócenie. Uwagę zwracają przede wszystkim dwie duże zmiany: znaczne zmodyfikowanie istniejącej już instytucji uznania za obywatela polskiego oraz wprowadzenie nowej – przywrócenia obywatelstwa polskiego. Najważniejsza zmiana to odstępianie od uzależniania nabycia obywatelstwa polskiego od utraty dotychczas posiadanego obywatelstwa obcego. Podwójne obywatelstwo, niweluje zasada wyłączności obywatelstwa polskiego (art. 3 ustawy), która oznacza, że osoba może posiadać równocześnie obywatelstwo polskie i innego państwa, ale nawet wówczas ma w Rzeczypospolitej Polskiej takie same prawa i obowiązki jak osoba posiadająca wyłącznie obywatelstwo polskie, tj. nie może wobec władz polskich powoływać się ze skutkiem prawnym na posiadanie równocześnie obywatelstwa obcego lub na wynikające z niego prawa i obowiązki.

Ustawa przewiduje ponadto m.in. możliwość przywrócenia obywatelstwa polskiego utraconego w przeszłości. Jest to zupełnie nowa kategoria w polskim prawie. Do tej pory osoby, które utraciły polskie obywatelstwo, musiały się o nie ubiegać jak każdy inny cudzoziemiec (czyli przede wszystkim w trybie nadania przez Prezydenta RP, przez urodzenie, gdy przynajmniej jeden z rodziców posiadał obywatelstwo polskie, oraz przez związek małżeński z obywatelem polskim). Z możliwości przywrócenia obywatelstwa mogą korzystać osoby, które utraciły obywatelstwo przed dniem 1. stycznia 1999 roku. Jest to data graniczna, ponieważ właśnie tego dnia, na podstawie przyjętej w 1997 r. nowej Konstytucji, weszły w życie przepisy zmieniające zasady nadania i pozbawiania obywatelstwa. Od tego momentu nadawanie obywatelstwa polskiego zaliczono do prerogatyw Prezydenta RP, który stał się jedynym podmiotem uprawnionym do decydowania o utracie obywatelstwa polskiego²¹³.

Repatriacja

Sytuacja osób starających się o możliwość uzyskania obywatelstwa polskiego w drodze repatriacji nie zmieniła się w ostatnich latach, gdyż nadal obowiązuje ustawa z dnia 9 listopada 2000 r. o repatriacji (Dz. U. z 2004 r. Nr 53, poz. 532, z późn. zm.).

Ustawa o repatriacji miała umożliwić powrót do Polski zesłańców i ich potomków z miejsc zsyłek i deportacji, ustawa o obywatelstwie polskim – powrót do obywatelstwa polskiego osobom, które w okresie powojennym je utraciły, a ustawa o Karcie Polaka – wzmocnić więzy pomiędzy Ojczyzną i Polakami, którzy pozostali na Kresach. Ustawa była nowelizowana kilkakrotnie; najważniejsze zmiany, wprowadzone w 2003 r., dotyczyły statusu małżonków repatriantów i aktywizacji zawodowej²¹⁴.

²¹³ W 2012 r. Nabycie obywatelstwa polskiego ze względu na tryb uzyskały 3844 osoby, w tym: Nadanie przez Prezydenta RP – 2229 osób (58%); Przywrócenie obywatelstwa polskiego – 379 osób (10%); Uznanie za obywatela polskiego – 1236 osób (32%). *Naturalizacja*, MSW, Warszawa 2013 (maszynopis).

²¹⁴ W grudniu 2010 r. odbyło się pierwsze czytanie obywatelskiego projektu ustawy o powrocie do Polski osób pochodzenia polskiego deportowanych i zesłanych przez władze Związku Socjalistycznych Republik Radzieckich, jednak nie została ona jeszcze uchwalona. Ustawa ta ma zastąpić obecnie obowiązujące przepisy i ma określać: zasady nabycia obywatelstwa polskiego w drodze repatriacji, prawa repatrianta, a także tryb udzielania pomocy repatriantom i członkom ich rodzin. Projekt zawiera również program pomocy dla przedsiębiorstw związanych z aktywizacją zawodową i pomocą w integracji repatriantów.

Ustawa o repatriacji nakłada ciężar finansowania akcji repatriacyjnej na budżet państwa – co roku w budżecie jest wyodrębniana rezerwa celowa „Pomoc dla repatriantów”, z której finansowane są zarówno bezpośrednio zasiłki na zagospodarowanie się, jak i dotacje dla gmin zapraszających repatriantów oraz dla pracodawców. Zgodnie z art. 21 ustawy z dnia 9 listopada 2000 r. O repatriacji, gminie, która zapewni lokal mieszkalny repatriantowi i członkom najbliższej rodziny repatrianta, udziela się dotacji z budżetu państwa. Dotacja może być przyznana do wysokości kwoty stanowiącej równowartość iloczynu 45 m² powierzchni użytkowej lokalu mieszkalnego i wysokości wskaźnika przeliczeniowego kosztu odtworzenia 1 m² na terenie danego powiatu. Gminy mogą otrzymać dotację z tytułu zgłoszenia do bazy „Rodak” zaproszenia dla nie wskazanej imiennie rodziny repatriantów. Środki te gminy w całości mogą przeznaczyć na realizację własnych zadań. Natomiast pracodawcy, którzy zatrudnią repatrianta, mogą otrzymać zwrot kosztów poniesionych na przekwalifikowanie zawodowe, szkolenie oraz na wypłatę wynagrodzenia i składek do 25 tys. zł. Zgodnie z art. 37 ww. ustawy o repatriacji, środki finansowe na realizację zadań określonych w ustawie, finansowanych z budżetu państwa, pochodzą z rezerwy celowej budżetu państwa „Pomoc dla repatriantów”. Na ten cel corocznie w ustawie budżetowej planowana jest rezerwa celowa w poz. 13 „Pomoc dla repatriantów”.

Do końca 2011 r. w ramach repatriacji osiedliło się w Polsce 7248 osób (w latach 2001–2010 – 5980 osób, w tym osoby uznane za repatriantów) oraz jest zarejestrowanych 2800 osób, które oczekują na wskazanie im miejsca do osiedlenia się²¹⁵. Są to przeważnie Polacy z Kazachstanu i Uzbekistanu oraz nieliczni z Federacji Rosyjskiej, Gruzji i Kirgistanu. Prowadzona w ramach systemu „Repatriant” baza „Rodak” pozwala na kojarzenie osób (rodzin), które otrzymały już promesy wiz repatriacyjnych i zaproszeń, którymi dysponuje MSW. Od momentu wejścia w życie przepisów gwarantujących gminom dotację z budżetu państwa, wpłynęło jednak tylko 199 ofert gmin oraz 40 ofert od organów prowadzących domy opieki społecznej.

Aktualnie obowiązujące przepisy uzależniają wielkość repatriacji od możliwości finansowych jednostek samorządu gminnego i – jak pokazują dane za ostatnie 10 lat – z jej przepisów mogło skorzystać zaledwie 4,4 tys. osób²¹⁶.

Wprowadzenie w ramach procedury repatriacyjnej postępowania w sprawie stwierdzenia polskiego pochodzenia pozwoliło zweryfikować dane dot. osób polskiego pochodzenia zainteresowanych osiedleniem się w Polsce w ramach repatriacji (zgodnie z wynikami spisu powszechnego przeprowadzonego w Kazachstanie w 1999 r. mieszkało w tym państwie 47 tys. osób polskiej narodowości). Pewna stabilizacja gospodarcza i polityczna w Kazachstanie, jak i informacje o trudnościach adaptacyjnych, na jakie napotykają repatrianci po przyjeździe do Polski, skutkują mniejszym, niż zakładano, zainteresowaniem repatriacją²¹⁷.

²¹⁵ *Informacja o przebiegu repatriacji w roku 2011*, Departament Obywatelstwa i Repatriacji MSW, Warszawa 2012 (maszynopis).

²¹⁶ W bazie RODAK zarejestrowanych jest 1850 rodzin (łącznie 2800 osób), które oczekują na pozytywne rozpatrzenie wniosku w sprawie repatriacji. Liczbę przyjazdów do Polski w ramach repatriacji limitują przede wszystkim warunki otrzymania wize repatriacyjnej. Przepisy gwarantują repatriantom stosunkowo wysoki poziom bezpieczeństwa socjalnego – pewność zatrudnienia (przynajmniej dla jednej osoby) i stałe umowy najmu lokali komunalnych. Na szybszy przyjazd do Polski mogą liczyć osoby już posiadające bliskich w Polsce lub te, którym pomogą polscy duchowni lub nauczyciele.

²¹⁷ Wpływ na stosunkowo niewielkie zainteresowanie repatriacją ma niewątpliwie również tempo przekazywania za pośrednictwem konsulów zaproszeń gmin. W świadomości Polaków w Kazachstanie obietnica przyjazdu do Polski, jaką jest promesa wize, jeśli w ogóle zostanie zrealizowana, to w trudnej do określenia przyszłości. Należy mieć również na uwadze fakt, iż w latach poprzednich, w pierwszej kolejności decydowały się na przyjazd do Polski osoby najbardziej przedsiębiorcze, zwykle z wyższym wykształceniem. Takich osób jest coraz mniej. Jak wynika z raportów konsularnych, nie należy w obecnej sytuacji oczekiwać wzrostu liczby osób wnioskujących o wydanie wize repatriacyjnej (ok. 200 wniosków rocznie). Według badań średnie oczekiwanie na wizę repatriacyjną wynosi ponad 5 lat (Hut, 2012).

3.2. Imigracja

Imigracja zwłaszcza definitywna czy długookresowa zaczyna być postrzegana jako jeden z ważnych czynników rozwoju.

Zgodnie z prognozą GUS w perspektywie roku 2030 wielkość populacji Polski zmniejszy się o około 1,3 mln osób, w sytuacji w której zastępowalność pokoleń była w 2008 r. o 40% niższa od niezbędnej. Należy więc oczekiwać dalszych niekorzystnych zmian w strukturze wiekowej ludności oraz niedoborów na rynku pracy. Z powyższą prognozą wiąże się problem stabilności systemu zabezpieczeń społecznych, dodatkowo pogłębiany przez zjawisko masowej migracji zarobkowej Polaków za granicę, w szczególności osób aktywnych zawodowo. Wobec tych niekorzystnych trendów niezbędne będzie szybkie reagowanie na zmieniające się zapotrzebowanie na cudzoziemskich pracowników. W obecnej dekadzie procesy imigracyjne zyskują na znaczeniu, zaś imigracja przyczyni się do złagodzenia niedoborów siły roboczej i sytuacji na krajowym rynku pracy oraz będzie pozytywnie wpływać na procesy demograficzne.

Cele, w jakich cudzoziemcy przybywają do Polski, są zróżnicowane. Z punktu widzenia wyzwań demograficznych najistotniejszym zasobem są imigranci zarobkowi, ważną grupę stanowią również studenci. Inne kategorie cudzoziemców, ze względu na skalę czy charakter, mają mniejsze znaczenie. Taką kategorią są np. cudzoziemcy, którzy wymagają ochrony międzynarodowej. Jest to stosunkowo nieliczna kategoria, przyjmowana przez Polskę ze względów humanitarnych, na warunkach określonych w prawie międzynarodowym.

Nowelizacja przepisów wpłynęła na wzrost zalegalizowanych pobytów i wykonywanie pracy w Polsce. Nadal jest jednak znaczna populacja (zwłaszcza Ukrainek)²¹⁸ przebywająca w Polsce bez ważnego prawa pobytu²¹⁹.

Po akcesji nie spełniły się nadzieje na wzrost atrakcyjności Polski jako kraju imigracji na stałe, co wpływałoby na liczbę ludności oraz zmniejszałoby skutki emigracji. W pierwszych latach członkostwa w Unii Europejskiej przebywało w Polsce ok. 38 tys. cudzoziemców (0,1%). Zmiana sytuacji nastąpiła w okresie 2008–2009, gdy znacznie wzrosła liczba wydawanych zezwoleń na pobyt stały. Według danych Urzędu do Spraw Cudzoziemców w dniu 31.12.2011 ok. 100 tys. cudzoziemców posiadało ważne karty pobytu, w tym najwięcej kart pobytu wydano obywatelom Ukrainy (29%)²²⁰.

Kolejnymi największymi grupami cudzoziemców posiadającymi ważne karty pobytu, byli obywatele Federacji Rosyjskiej (12%), Białorusini (9%) oraz Wietnamczycy (9%). Najczęściej podstawą wydania cudzoziemcom karty pobytu była zgoda na osiedlenie się lub zamieszkanie na czas oznaczony. W 2011 r. odsetek cudzoziemskiej siły roboczej na rynku pracy był najniższy wśród krajów OECD i wynosił 0,3%, przy średniej dla państw OECD wynoszącej ok. 12%²²¹. Wynika to m.in. z relatywnie małej atrakcyjności Polski jako kraju przyjmującego imigrantów i braku dużego zapotrzebowania na pracę cudzoziemców ze strony rynku pracy.

Spis ludności NSP 2011 wykazał wstępnie, że w Polsce przebywa czasowo 56,3 tys. stałych mieszkańców z innych krajów, w tym 40,1 tys. przebywa powyżej 3 miesięcy. Ponad

²¹⁸ A. Grzymała-Kazłowska, *Od osiedlenia do zadomowienia? Proces integracji imigrantów z Ukrainy i z Wietnamu w Polsce*, w: *Ziemia obiecana czy przystanek w drodze?* (2010).

²¹⁹ Warto również odnotować, że w grudniu 2007 r. Polska przystąpiła do strefy Schengen, a następnie rozpoczęła negocjacje umowy o tzw. małym ruchu granicznym z Ukrainą, która wprowadziła nową jakość we wzajemnym ruchu osobowym.

²²⁰ Duszczyk (2012).

²²¹ OECD (2011), s. 443.

29 tys. to imigranci znajdujący się w Polsce co najmniej 12 miesięcy, przy czym liczba tych, którzy zamierzają tu przebywać przez okres roku lub dłużej, jest większa (36,1 tys.)²²².

Pomimo niedoszacowania skali imigracji do Polski, na podstawie zebranych danych można podjąć próbę scharakteryzowania tej zbiorowości pod względem demograficznym, kraju pochodzenia oraz regionu przebywania w Polsce.

Główna przyczyna przebywania imigrantów w Polsce jest zróżnicowana i zależna od obywatelstwa – wśród cudzoziemców jest to praca, natomiast wśród Polaków – sprawy rodzinne. Wśród imigrantów prawie 78% to cudzoziemcy. Pozostali to Polacy, którzy wcześniej opuścili nasz kraj i obecnie przebywają w Polsce jako stali mieszkańcy innych krajów. Zdecydowaną przewagę Polaków obserwuje się wśród imigrantów przybyłych z krajów, będących – tradycyjnie lub w ostatnich latach – głównymi krajami emigracji, czyli z Niemiec (10%), Wielkiej Brytanii (5%), Stanów Zjednoczonych, Włoch, Francji lub Irlandii. Jednakże najwięcej cudzoziemców pochodzi z Ukrainy (17%), Białorusi, Niemiec, Federacji Rosyjskiej, Chin, Bułgarii i Wietnamu.

Imigranci są stosunkowo młodą subpopulacją, połowa z nich nie przekroczyła 28. roku życia, a osoby w wieku produkcyjnym mobilnym (18–44 lata) stanowią ok. 70% ogółu. Prawie co piąty imigrant jest w wieku 20–24 lata. Wśród imigrantów przebywających w Polsce powyżej trzech miesięcy w 2011 r. przeważają kobiety, które stanowią prawie 54% ogółu.

Rozmieszczenie cudzoziemców na terenie kraju nie jest równomierne. Zdecydowana większość imigrantów (prawie 82%) przebywa w miastach. Ponad połowa koncentruje się w największych aglomeracjach miejskich i dużych miastach na terenie czterech województw (mazowieckiego, dolnośląskiego, małopolskiego i śląskiego). Najwięcej, bo ponad 1/4 imigrantów przebywa na terenie woj. mazowieckiego (przede wszystkim w Warszawie); znaczny odsetek, ale zdecydowanie mniejszy – w woj. dolnośląskim i małopolskim (po około 9%), śląskim i łódzkim – po około 8%, a w pomorskim, wielkopolskim i lubuskim – prawie 6%. Analiza regionalnego rozmieszczenia cudzoziemców pokazuje, że istotnym czynnikiem mającym wpływ na miejsce zatrudniania cudzoziemców jest poziom wynagrodzeń. Występuje bardzo wyraźna korelacja: im wyższe średnie wynagrodzenia w województwie, tym większy popyt na pracowników z zagranicy. Oznacza to, że imigranci kierują się bezpośrednio tam, gdzie nie tylko istnieją miejsca pracy, ale również najwyższe wynagrodzenia, co zwiększa ich zysk netto z imigracji.

3.2.1. Imigracja pracownicza

Imigracja pracowników jest zjawiskiem korzystnym zarówno z perspektywy państwa przyjmującego, dla którego napływ siły roboczej stanowi uzupełnienie niedoborów występujących na lokalnych rynkach pracy, jak i wysyłającego, gdzie również poprawia się sytuacja na rynku pracy, między innymi dzięki tak zwanemu transferowi bezrobocia czy przekazom pieniężnym otrzymywanym przez członków gospodarstw domowych pozostałych w kraju.

²²² Raport z wyników: *Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011 (Raport z wyników, 2012)*, Rozdział X. Migracje zagraniczne na pobyt czasowy: Imigranci przebywający w Polsce czasowo, s. 99–101. Mimo iż w 2011 r. spisano więcej imigrantów niż w poprzednim spisie (według spisu w 2002 r. w Polsce przebywało czasowo powyżej 2 miesięcy 34,1 tys. imigrantów), to ocenia się, że wielkości uzyskane w obu spisach są zaniżone. Badaniem reprezentacyjnym trudno objąć imigrantów zwłaszcza tych, którzy mają nieuregulowany status przebywania w Polsce, a rejestry i systemy administracyjne dostarczają jedynie danych o osobach zarejestrowanych. Imigranci przybyli z zagranicy przebywający w Polsce czasowo nie są włączani do stanów ludności faktycznie zamieszkałej, prezentowanych w tym raporcie, natomiast część z nich – przebywający 12 miesięcy lub dłużej – wchodzi w skład ludności rezydującej. W celu wyznaczenia właściwego stanu ludności rezydującej w Polsce będzie konieczne doszacowanie rozmiarów imigracji czasowych.

W Polsce jednocześnie z masowym odpływem rodzimych pracowników odbywa się niewielki napływ pracowników cudzoziemskich. Polscy pracodawcy już teraz w niektórych branżach i regionach muszą rekrutować pracowników z rynków pracy poza Polską, by brak rąk do pracy nie stanowił przeszkody w rozwoju ich przedsiębiorstw. Polskie przedsiębiorstwa korzystają z możliwości zatrudnienia cudzoziemców przede wszystkim w sektorach nieatrakcyjnych dla polskich pracowników (np. rolnictwo, budownictwo) lub fachowców w określonych zawodach.

W ostatnich latach co prawda ogólne zapotrzebowanie polskiej gospodarki na siłę roboczą zmniejszyło się w związku ze spowolnieniem gospodarczym wywołanym światowym kryzysem, ale nie wpłynęło to ujemnie na skalę zatrudniania cudzoziemców w Polsce, co znajduje potwierdzenie w obserwowanym wzroście liczby pracowników cudzoziemskich na polskim rynku pracy. Zjawisko to najprawdopodobniej będzie się nasilać w przyszłości.

Obecnie legalnie mogą pracować w Polsce cudzoziemcy, którzy łącznie spełniają dwa warunki: po pierwsze legalnie przebywają w Polsce na podstawie kart pobytu lub wiz (z wyjątkiem wiza turystycznej, tranzytowej, wydanej w związku z korzystaniem z ochrony czasowej oraz wiza wydanej w związku z przejazdem ze względów humanitarnych, interes państwa bądź zobowiązania międzynarodowe), a po drugie posiadają zezwolenie na pracę lub możliwość wykonywania pracy bez konieczności uzyskania zezwolenia na pracę.

Podstawowymi zasadami, jakie przyjęto przy tworzeniu obecnie obowiązujących przepisów regulujących zatrudnianie cudzoziemców w Polsce²²³, są:

- prymat potrzeb rynku pracy,
- komplementarność (a nie substytucyjność) względem podaży rodzimej siły roboczej.

W związku z tym, aby cudzoziemiec mógł podjąć pracę w Polsce, pracodawca, co do zasady, musi wystąpić do wojewody o zezwolenie na pracę dla tego cudzoziemca. Również co do zasady (z wyjątkiem pracowników delegowanych i pełniących funkcję w zarządzie osób prawnych), jest przeprowadzana tzw. procedura testu rynku pracy. Polega ona na sprawdzeniu przez starostę, czy na stanowisko, na które dany pracodawca chce zatrudnić cudzoziemca, nie ma obywatela Polski (lub UE/EOG/Szwajcarii). Od wyżej opisanych zasad przewidziane są jednak liczne wyjątki. Zezwolenia na pracę w Polsce nie muszą posiadać m.in. obywatele państw UE/EOG i Szwajcarii, członkowie ich rodzin, cudzoziemcy, którym udzielono ochrony na terytorium RP, posiadający Kartę Polaka, nauczyciele języków obcych, absolwenci polskich szkół ponadgimnazjalnych i stacjonarnych studiów wyższych czy studenci studiów dziennych. Do ważnej z punktu widzenia skali wykorzystania kategorii zwolnionych z konieczności posiadania zezwolenia na pracę należą również obywatele Białorusi, Gruzji, Mołdawii, Federacji Rosyjskiej i Ukrainy, wykonujący pracę przez okres do 6 miesięcy w ciągu kolejnych 12 miesięcy, pod warunkiem posiadania oświadczenia o zamiarze powierzenia wykonywania pracy, zarejestrowanego przez pracodawcę w powiatowym urzędzie pracy.

Zdaniem większości specjalistów obecny system dopuszczania cudzoziemców do polskiego rynku pracy odpowiada na aktualne potrzeby rynku pracy. Charakteryzuje się też wystarczającą elastycznością. Obok wydawanych przez wojewodę w trybie decyzji administra-

²²³ Kwestie te są uregulowane przede wszystkim w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2008 r. Nr 69, poz. 415) oraz w aktach wykonawczych do niej: (1) Rozporządzenie z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie przypadków, w których powierzenie wykonywania pracy cudzoziemcowi na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej jest dopuszczalne bez konieczności uzyskania zezwolenia na pracę (Dz. U. Nr 155, poz. 919.); (2) Rozporządzenie z dnia 29 stycznia 2009 r. w sprawie określenia przypadków, w których zezwolenie na pracę cudzoziemca jest wydawane bez względu na szczegółowe warunki wydawania zezwoleń na pracę cudzoziemców (Dz. U. Nr 16, poz. 85 z późn. zm.); (3) Rozporządzenie z dnia 29 stycznia 2009 r. w sprawie wydawania zezwolenia na pracę cudzoziemca (Dz. U. Nr 16, poz. 84); (4) Rozporządzenie z dnia 17 października 2007 r. w sprawie wysokości wpłaty dokonywanej w związku ze złożeniem wniosku o wydanie zezwolenia na pracę cudzoziemca (Dz. U. Nr 195, poz. 1409).

cyjnej zezwoleń na pracę funkcjonuje także wspomniana wyżej uproszczona procedura dopuszczania cudzoziemców do polskiego rynku pracy. To drugie rozwiązanie pozwala elastycznie reagować na potrzeby zgłaszane na rynku pracy, zwłaszcza w segmentach charakteryzujących się sezonowością prac (głównie rolnictwo i budownictwo) oraz przy pracach domowych i opiekuńczych. Utrzymywanie geograficznych preferencji w zakresie dopuszczania cudzoziemców do polskiego rynku pracy jest korzystne również ze względu na wysoką mobilność, dużą łatwość w integracji, bliskość kulturową oraz istniejące od lat sieci migracyjne między Polską i jej wschodnimi sąsiadami. Takie rozwiązanie sprzyja też upowszechnianiu się tzw. migracji cyrkulacyjnych²²⁴. Funkcjonowanie przepisów umożliwiających powierzenie pracy cudzoziemcom wymaga ciągłego monitorowania pod kątem zmieniających się potrzeb rynku pracy, eliminowania ewentualnych nadużyć oraz poprawienia mechanizmów umożliwiających ewaluację zjawiska rejestrowania ww. oświadczeń²²⁵. Należy też podkreślić, że tworzące się dzięki temu rozwiązaniu sieci migracyjne mogą okazać się ważnym atutem Polski, gdy w przyszłości powstanie konieczność rywalizowania o pracowników na globalnym rynku pracy.

Wzrost zainteresowania imigrantów przyjazdem do Polski oraz zwiększenie zainteresowania pracodawców zatrudnianiem cudzoziemskiej siły roboczej jest widoczne w statystykach dotyczących danych pobytowych oraz zezwoleń na pracę i oświadczeń podmiotów o zamiarze powierzenia wykonywania pracy cudzoziemcowi.

W 2011 r. wydano ponad 40 808 zezwoleń na pracę, tj. ponad 4 tys. więcej niż w 2010 roku. Podobnie jak w latach poprzednich najwięcej zezwoleń wydano obywatelom Ukrainy – aż 18,7 tys. Na kolejnych miejscach znalazły się: Chiny, Wietnam, Białoruś, Nepal, Turcja, Indie, Mołdawia, Bangladesz i Uzbekistan. Połowa wszystkich zezwoleń na pracę została wydana przez wojewodę Mazowieckiego. Mazowsze, a przede wszystkim Warszawa, jest magnesem dla wielu cudzoziemców, jakkolwiek zaznacza się wyraźne zróżnicowanie terytorialne w liczbie wydawanych zezwoleń na pracę ze względu na obywatelstwo.

Można ten fakt wiązać, po pierwsze, z wpływem bliskości geograficznej regionów „wysyłających”, gdyż przykładowo Białorusini koncentrują się (oprócz Mazowsza) także na Podlasiu i Lubelszczyźnie. Ponadto często migracje obywateli danego kraju są wynikiem przepływu kapitału zagranicznego. Jest to wyraźnie widoczne w przypadku województwa dolnośląskiego, gdzie inwestują Koreańczycy, co skutkuje tym, że ponad 46% zezwoleń dla tej grupy cudzoziemców wydał właśnie tamtejszy wojewoda. W województwie warmińsko-mazurskim powyższe zjawisko koncentracji cudzoziemców z jednego kraju spowodowane jest funkcjonowaniem jednego, dużego podmiotu mającego siedzibę na tym terenie, gdzie jest zatrudnionych 287 obywateli Korei Płn. (zezwoleń wydane tej grupie stanowią z kolei 40% ogółu zezwoleń wydanych przez tego wojewodę). Często napływ pracowników jest też związany z funkcjonowaniem agencji zatrudnienia, aktywnie rekrutujących pracowników z poszczególnych państw dla polskich pracodawców, którzy chcą obniżyć koszty produkcji. Cudzoziemscy pracownicy, żądając niższych wynagrodzeń, są bardziej konkurencyjni w stosunku do polskich pracowników²²⁶.

Kolejny czynnik determinujący koncentrację niektórych grup narodowościowych w poszczególnych województwach można próbować wiązać z funkcjonowaniem istniejących sieci migracyjnych – dobrym tego przykładem jest grupa Wietnamczyków, którzy skupiają się głównie na Mazowszu (85% ogółu zezwoleń tej grupie wydał wojewoda mazowiecki).

²²⁴ Por. *Polityka Migracyjna Polski – stan obecny i postulowane działania* (2011), międzyresortowy Zespół do Spraw Migracji (wersja z 31.07.2012), s. 34.

²²⁵ Tamże.

²²⁶ W powyższym świetle nie dziwi koncentracja Chińczyków w województwie pomorskim, gdzie byli sprowadzani do prac w stoczni, czy obywatele Nepalu w województwach kujawsko-pomorskim, wielkopolskim czy lubuskim, gdzie byli rekrutowani do pracy w zakładach mięsnych czy firmach produkujących meble.

Kraj pochodzenia determinuje ulokowanie cudzoziemca na polskim rynku pracy. I tak Wietnamczycy głównie zajmują się handlem, z kolei 87% zezwoleń wydanych na pracę w gospodarstwach domowych znalazło się w rękach Ukraińców, a na budowach możemy spotkać głównie obywateli Ukrainy, Chin i Białorusi. Ponadto Białorusini znajdują zatrudnienie również w polskich firmach zajmujących się usługami transportowymi. W 2011 roku 89% ogółu wydanych zezwoleń na pracę, stanowiły zezwolenia typu A, czyli te wydawane cudzoziemcom, którzy chcą wykonywać pracę na podstawie umowy z polskim pracodawcą mającym siedzibę w Polsce²²⁷.

W 2011 r. zarejestrowano ponad 260 tys. oświadczeń podmiotów o zamiarze powierzenia wykonywania pracy cudzoziemcowi, czyli prawie 80 tys. więcej niż w roku poprzednim. Najczęściej są to obywatele Ukrainy (92% w 2011 r.). Liczba cudzoziemców, którzy faktycznie podejmują pracę w związku z zarejestrowanym oświadczeniem, jest niższa niż liczba zarejestrowanych oświadczeń, co wynika m.in. z faktu odmowy wydania wizy cudzoziemcowi przez konsula, rezygnacji cudzoziemca z zamiaru podjęcia pracy w Polsce czy rejestracji kilku oświadczeń dla jednego cudzoziemca²²⁸.

W roku 2011, podobnie jak to miało miejsce w latach ubiegłych, z możliwości zatrudniania cudzoziemców na podstawie oświadczenia najczęściej chcieli skorzystać pracodawcy sektora rolnego (50% zarejestrowanych oświadczeń), budowlanego (22%), przetwórstwa przemysłowego (6%) oraz w usługach domowych (4,5%). Zapotrzebowanie na pracowników w dwóch pierwszych sektorach jest związane z pewną sezonowością w popycie na pracowników, natomiast wykorzystywanie tej opcji przez pracodawców z sektora usług domowych może świadczyć o braku innych możliwości w zaspokojeniu zapotrzebowania na pracowników do tych prac (w przypadku pomocy domowych ta opcja migracyjna ułatwia legalizację ich zatrudnienia, gdyż po przepracowaniu trzech miesięcy na podstawie oświadczenia pracodawca może starać się o zezwolenie na pracę w uproszczonej procedurze, tj. bez testu rynku pracy).

Mimo że system oświadczeń sprawdza się w praktyce i jest efektywnym narzędziem dopuszczającym cudzoziemców do polskiego rynku pracy, to zarówno organy kontrolujące legalność pobytu i pracy obywateli innych państw, jak i organizacje pozarządowe, do których zgłaszali się poszkodowani cudzoziemcy, przedstawiły potrzebę uszczelnienia tego systemu²²⁹.

Jako odpowiedź na procesy zachodzące na polskim rynku pracy Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, zgodnie z Krajowym Planem Działań na rzecz Zatrudnienia na lata 2009–2011, realizowało (od 2009 r.) zadanie *Opracowanie i wdrożenie nowego systemu dopuszczenia cudzoziemców do polskiego rynku pracy*. Wśród najistotniejszych zmian, które

²²⁷ Obecnie obywatele pięciu państw (Białorusi, Ukrainy, Rosji, Mołdawii oraz Gruzji) mogą podejmować w Polsce zatrudnienie przez 6 miesięcy w ciągu kolejnych 12 miesięcy bez zezwolenia, gdy posiadają wizę z prawem do pracy, wydaną im na podstawie przedstawionego oświadczenia pracodawcy o zamiarze powierzenia im wykonywania pracy w Polsce.

²²⁸ Zgodnie z danymi Ministerstwa Spraw Zagranicznych liczba wiz wydanych obywatelom państw, którzy mogą podejmować w Polsce pracę w uproszczonej procedurze, wynosiła w 2011 r. 166 259. Należy jednak pamiętać, że we wskazanej liczbie oświadczeń zarejestrowanych przez powiatowe urzędy pracy 30 079 dotyczyło oświadczeń dla osób, które już posiadają wizę lub zezwolenie na zamieszkanie.

²²⁹ W roku 2010 kontrolerzy Państwowej Inspekcji Pracy ujawnili 196 przypadków podjęcia pracy na rzecz innego podmiotu niż ten, który wystawił i zarejestrował oświadczenie, oraz 181 przypadków braku rejestracji oświadczenia we właściwym urzędzie pracy. Wprowadzone zmiany w przepisach, które weszły w życie w lipcu 2011 r., są odpowiedzią Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej na te wspomniane niepokojące sygnały nadużyć w wykorzystywaniu oświadczeń przez cudzoziemców oraz pracodawców. Wprowadzają one konieczność umieszczenia w oświadczeniu przez pracodawców dodatkowych informacji takich jak: nazwa zawodu, miejsce, data rozpoczęcia i okres wykonywania pracy, wysokość proponowanego wynagrodzenia, a także rodzaj umowy na podstawie, której praca będzie wykonywana. Ponadto, powierzający pracę zobowiązany jest do złożenia oświadczenia, iż zapoznał się z przepisami dotyczącymi zatrudniania cudzoziemców oraz braku możliwości zaspokojenia swoich potrzeb kadrowych w oparciu o lokalny rynek pracy.

miały miejsce w ostatnich latach, należy wymienić nowelizację ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z początku 2009 r., kiedy to system dopuszczenia cudzoziemców do polskiego rynku pracy w znacznej mierze uproszczono i zliberalizowano. Główne zmiany dotyczyły zniesienia dwustopniowej procedury ubiegania się o zezwolenie na pracę, dzięki czemu nie ma już obowiązku uzyskiwania przyrzeczeń, zreformowania mechanizmu tzw. testu potrzeb rynkowych, zmniejszenia opłat za złożenie wniosku o wydanie zezwolenia oraz uproszczenia procedury zmiany miejsca wykonywania pracy lub stanowiska przez cudzoziemca. Zreformowano także mechanizm sporządzania wojewódzkich kryteriów wydawania zezwoleń na pracę cudzoziemców, co pozwala na lepsze dostosowanie prowadzonej polityki do lokalnych uwarunkowań, w szczególności poprzez sporządzanie regionalnych list zawodów deficytowych. Wydłużono także okres, na jaki są wydawane zezwolenia.

Wydaje się, że obecny system dopuszczania cudzoziemców do polskiego rynku pracy odpowiada aktualnym potrzebom rynku pracy i dobrze równoważy kwestie związane z ochroną polskiego rynku pracy oraz zapotrzebowanie pracodawców na odpowiednią siłę roboczą.

Należy jednak pamiętać, że w ciągu najbliższych dziesięcioleci polski rynek pracy zostanie skonfrontowany z poważnymi wyzwaniami demograficznymi, m.in. starzeniem się społeczeństwa, spadkiem odsetka osób w wieku aktywności zawodowej, a co za tym idzie – wystąpieniem niezaspokojonego popytu na pracę w niektórych sektorach gospodarki²³⁰. Stąd już teraz jest konieczne monitorowanie sytuacji demograficznej oraz potrzeb rynku pracy²³¹, identyfikacja obszarów szczególnie narażonych na wystąpienie niedoborów, gromadzenie danych statystycznych, opracowywanie odpowiednich wskaźników i prognoz oraz współpraca między różnymi jednostkami zaangażowanymi w problematykę społeczną w celu dostosowywania przepisów do zmieniającej się sytuacji.

Doświadczenia innych państw, które zmierzyły się z demograficznymi wyzwaniami w swoich politykach rynku pracy wskazują, że niezaspokojony popyt na pracę nie występuje równomiernie, lecz różni się w zależności od sektora gospodarki, charakteru pracy czy wymogów stawianych potencjalnym pracownikom. Szczególnie duże niedobory zasobów siły roboczej występują w sektorach, w których praca staje się mniej atrakcyjna dla rodzimych mieszkańców, nie wymaga wysokich kwalifikacji oraz jej koszty stanowią znaczną część wszystkich kosztów ponoszonych przez przedsiębiorców (przede wszystkim rolnictwo, budownictwo, prace domowe czy usługi w sektorze turystycznym). Ponadto, niezaspokojony popyt na pracę dotyka również sektorów nowoczesnej gospodarki wymagającej wysoko wykwalifikowanej kadry.

Wyzwania demograficzne znalazły odzwierciedlenie m.in. w strategii rozwoju UE „Europa 2020”, w której podkreślono, że należy wspierać dalekowzroczną i kompleksową politykę migracji zarobkowej, która umożliwiłaby elastyczne zaspokajanie potrzeb rynku pracy. Realizacja strategii na gruncie polskim została zagwarantowana przez przyjęty przez Radę Ministrów w dniu 26 kwietnia 2011 r. **Krajowy Program Reform na rzecz realizacji strategii „Europa 2020”** i corocznie aktualizowana. Jego celem jest budowa trwałych podstaw wzrostu gospodarczego, przy łączeniu celów unijnych z priorytetami krajowymi.

Polityka imigracyjna dostosowana do potrzeb rynku pracy nie jest jednak odpowiedzią na wszystkie wyzwania, jakie przed krajami rozwiniętymi stawia demografia. Wśród kwestii

²³⁰ Według prognozy makroekonomicznej pt. „Przeprowadzenie badań na temat systemów imigracji różnych grup migranckich oraz dopuszczenia ich do polskiego rynku pracy, np. osób wysoko wykwalifikowanych, zagranicznych studentów polskich uczelni, studentów szkół zagranicznych odbywających praktykę/staż w Polsce, pracowników delegowanych przez firmy zagraniczne, pracowników tymczasowych z państw sąsiadujących” (umowa CRZL WPM/1.11/1/08) w 2020 r. rozmiary imigracji do Polski będą, w zależności od przyjętego scenariusza, o 30–80% (o ok. 50% w wariancie średnim) większe niż w 2008 r.

²³¹ Tamże, s. 32.

poruszanych w tej problematyce nie wolno zapominać o aktywizacji zasobów rodzimej siły roboczej oraz polityce na rzecz zwiększania dzietności. Stworzenie takiej polityki powinno m.in. odpowiadać na wyzwania demograficzne, z jakimi w nadchodzących latach zmierzy się polski rynek pracy.

3.2.2. Integracja społeczna cudzoziemców

W związku z tym iż w Polsce przebywa ciągle relatywnie niewielka liczba imigrantów (różne dane wskazują zazwyczaj na odsetek wyraźnie poniżej 0,5% całej populacji) oraz z faktem, że dominującym modelem jest imigracja czasowa, brak jest powszechnej świadomości konieczności prowadzenia aktywnej i uniwersalnej polityki integracyjnej (w chwili obecnej na wsparcie państwa w tym zakresie liczyć mogą przede wszystkim cudzoziemcy objęci prawem o ochronie międzynarodowej). Tymczasem doświadczenia wielu państw wskazują, że przemyślaną i całościową politykę integracyjną warto rozpocząć nawet wtedy, gdy populacja imigrantów nie przekracza 1% wszystkich mieszkańców kraju. Związki polityki integracyjnej z migracjami są oczywiste. Integracja jest bowiem wynikiem procesów imigracyjnych i faktu osiedlania się w Polsce coraz większej liczby cudzoziemców. Niemniej jednak warto zaznaczyć jej pełną autonomię oraz interdyscyplinarny, przekrojowy charakter. Procesy integracyjne są bowiem mocno powiązane z problematyką rynku pracy, pomocy społecznej, edukacji, zdrowia, a także ze społeczną akceptacją cudzoziemców (związaną z wielokulturowością, odmiennym systemem wartości, tolerancją religijną etc).

Rozszerzenie polityki integracyjnej na inne kategorie cudzoziemców niż uchodźcy i osoby objęte ochroną uzupełniającą jest znaczącym wyzwaniem, które będzie realizowane w najbliższych latach. Wymaga ono skoordynowanego podejścia i działań wielu instytucji oraz organizacji społecznych.

Z punktu widzenia związków z polityką imigracyjną należy podkreślić znaczenie integracji jako ważnego procesu, który:

- korzystnie wpływa na społeczny odbiór imigrantów w sytuacji, w której jest skuteczna; prowadzone w wielu krajach badania wykazują, że stosunek społeczności lokalnych do imigrantów jest uzależniony od stopnia integracji cudzoziemców w miejscu zamieszkania;
- ułatwia imigrantom funkcjonowanie w społeczeństwie, pozwalając na samorealizację oraz aktywny udział w życiu środowisk lokalnych;
- ma istotny wpływ na skalę imigracji i ocenę atrakcyjności państwa przyjmującego jako miejsca, w którym warto się osiedlić;
- ma znaczenie ze względu na ponoszone przez państwo przyjmujące i cudzoziemca ewentualne koszty w początkowym okresie pobytu cudzoziemca;
- jest ważnym instrumentem zarządzania migracjami, wpływającym między innymi na politykę regionalną państwa.

W ostatnim czasie świadomość wagi polityki integracyjnej wyraźnie wzrosła²³². W dokumencie *Polityka Migracyjna Polski: stan obecny i postulowane działania* (2012) do najważniejszych rekomendacji zalicza się: przyjęcie kompleksowych rozwiązań w stosunku do cudzoziemców pozostających poza systemem ochrony międzynarodowej, usprawnienie działań integracyjnych dla cudzoziemców pozostających w tym systemie, przyjęcie zasady określania polityki integracyjnej na poziomie centralnym przy założeniu prowadzenia działań na poziomie lokalnym, zwiększenie zakresu współpracy z organizacjami migrantów czy przybliżanie polskiemu społeczeństwu problematyki imigracyjnej²³³.

²³² Duszczyk (2012).

²³³ W MPiPS rozpoczęto już prace nad operacjonalizacją naszkicowanych w *Polityce Migracyjnej...* kierunków działań.

Pewną rolę w ożywieniu działań nakierowanych na integrację społeczną cudzoziemców odegrał w Polsce utworzony w 2007 r. *Europejski Fundusz na rzecz Integracji Obywateli Państw Trzecich*²³⁴. Instytucją odpowiedzialną za wdrażanie Funduszu jest MPiPS, który delegował do zarządzania Władzę Wdrażającą Programy Europejskie. Jak wskazuje niedawny raport poświęcony działalności organizacji finansowanych ze środków Funduszu, który, inaczej niż w większości państw tzw. starej UE, nie uzupełnia polityki integracyjnej prowadzonej przez państwo lecz w praktyce ją zastępuje²³⁵. Uzależnienie organizacji pozarządowych od środków tylko z tego źródła wskazuje się jako przyczynę słabości i niestabilności tych organizacji.

3.23. Ochrona międzynarodowa

W drugiej połowie 2011 r. Polska przeprowadziła pracom Rady Unii Europejskiej co oznaczało także przewodnictwo w grupach roboczych Rady zajmujących się problematyką ochrony cudzoziemców.

Podstawowym aktem prawnym regulującym kwestie ochrony cudzoziemców na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej jest ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. (z późn. zm.²³⁶) o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Zgodnie z art. 3 ust. 1 ustawy cudzoziemcowi można udzielić ochrony na terytorium Polski poprzez:

1. Nadanie statusu uchodźcy,
2. Udzielenie ochrony uzupełniającej,
3. Udzielenie azylu,
4. Udzielenie zgody na pobyt tolerowany
5. Udzielenie ochrony czasowej.

Rodzaje ochrony są więc zróżnicowane i zależą od sytuacji cudzoziemca, w tym okoliczności powodujących jego emigrację.

Warto wspomnieć, że w polskim systemie ochrony funkcjonuje tzw. „jednolita procedura azylowa” co oznacza, że w przypadku stwierdzenia braku przesłanek do nadania cudzoziemcowi statusu uchodźcy automatycznie bada się występowanie przesłanek uzasadniających udzielenie ochrony uzupełniającej, a w przypadku braku i tych przesłanek – możliwość uzyskania zgody na pobyt tolerowany.

W 2012 r. 10.753 osoby złożyły wnioski o nadanie im statusu uchodźcy w Polsce. Wśród wnioskodawców przeważali mężczyźni (o nieco ponad 1.000 mężczyzn więcej niż kobiet). 4 osoby złożyły wnioski o udzielenie im azylu. W tym samym roku 87 osobom nadano status uchodźcy, 140 osób skorzystało z ochrony uzupełniającej, 292 osobom udzielono zgody na pobyt tolerowany. Wobec 1960 osób wydano decyzje negatywne (1.546 osób odwołało się od nich do Rady do Spraw Uchodźców) a sprawy 8.641 osób umorzono. W sprawach udzielenia azylu wydano trzy negatywne decyzje a jedną sprawę umorzono.

Rada do Spraw Uchodźców 19-u cudzoziemcom nadała status uchodźcy, 24 udzieliła ochrony uzupełniającej, wobec 27 osób wydano zgodę na pobyt tolerowany, w 899 przypadkach utrzymała w mocy decyzje podjęte przez organ I instancji (Szefa Urzędu do Spraw Cudzoziemców) a 112 spraw umorzono względnie pozostawiono bez rozpoznania. Wnioski o ochronę składali najczęściej obywatele następujących państw: Federacji Rosyjskiej (6.084 osoby), Gruzji (3.234), Armenii (413), Białorusi (69) i Ukrainy (72).

²³⁴ Decyzja 2007/435/WE z dnia 25 czerwca 2007 r.

²³⁵ *Praktyki integracji: doświadczenia i perspektywy* (2012), s. 7.

²³⁶ tekst jednolity: Dz. U. 2012 r. poz. 680

W 2013 r. (dane za 2013 r. – do 9 grudnia²³⁷) 14.981 cudzoziemców złożyło wnioski o nadanie im w Polsce statusu uchodźcy. Podział wnioskodawców według płci był niemal równy (7.275 kobiet i 7.706 mężczyzn). Wśród cudzoziemców składających wnioski najliczniejsze grupy stanowili obywatele następujących państw: Federacji Rosyjskiej (12.659 osób), Gruzji (1.212), Syrii (248), Armenii (205) i Kazachstanu (91).

Szef Urzędu do Spraw Cudzoziemców nadał status uchodźcy 200 osobom, udzielił ochrony uzupełniającej 131 osobom a 392 osoby uzyskały zgodę na pobyt tolerowany. 2.139 osób otrzymało decyzje negatywne. Umorzono lub pozostawiono bez rozpoznania sprawy 16.078 cudzoziemców.

Rok 2013 był rekordowym pod względem liczby cudzoziemców zwracających się o ochronę międzynarodową w Polsce.

Rada do Spraw Uchodźców nadała status uchodźcy 5 cudzoziemcom, udzieliła ochrony uzupełniającej 23 cudzoziemcom, 22 wydała zgodę na pobyt tolerowany, utrzymała negatywne decyzje Szefa Urzędu w sprawach 898 cudzoziemców a w sprawach dalszych 173 – umorzyła postępowanie lub pozostawiła sprawy bez rozpoznania.

Utrzymująca się wysoka liczba umorzeń lub spraw pozostawianych bez rozpoznania świadczy o tranzytowym charakterze migracji niedobrowolnych. Swoistym potwierdzeniem takiego właśnie stanu są postępowania tzw. „dublińskie”²³⁸. W ramach tych postępowań cudzoziemcy zwracani są do tych krajów członkowskich UE, w których pierwszy raz zwrócili się o ochronę (zwykle są to kraje graniczne obszaru unijnego).

W 2012 r. w oparciu o przepisy ww. rozporządzenia skierowano do Polski z innych państw 4.724 wnioski, z których większość opartych było o identyfikację odcisków palców w systemie Eurodac. Najwięcej wniosków skierowała do Polski Francja – 1 521, Niemcy – 946, Austria – 568 i Szwecja – 407. Pozytywnie rozpatrzono 4.434 wnioski (około 94%). Do Polski przekazano 1246 cudzoziemców.²³⁹

2013 rok był rekordowym nie tylko z uwagi na liczbę cudzoziemców zwracających się o ochronę, ale i rekordowa (dwukrotnie większa niż w 2012 r.) była również liczba wniosków skierowanych do Polski przez inne państwa w ramach Rozporządzenia Dublińskiego – około 10 tys.

1 stycznia 2012 r. weszła w życie ustawa z dnia 28 lipca 2011 r. o zalegalizowaniu pobytu niektórych cudzoziemców na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz o zmianie ustawy o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i ustawy

²³⁷ Pełne ostateczne podsumowanie roku możliwe będzie w terminie późniejszym. Opóźnienie jest rezultatem prac prowadzonych nad usprawnieniem i unowocześnieniem systemu ewidencji i wykazu cudzoziemców „Pobyt”.

²³⁸ Prowadzone w oparciu o przepisy rozporządzenia Rady (WE) nr 343/2003 z dnia 18 lutego 2003 r. ustanawiającego kryteria i mechanizmy określania Państwa Członkowskiego, które jest odpowiedzialne za rozpatrzenie wniosku o azyl złożonego w jednym z Państw Członkowskich przez obywatela kraju trzeciego (Dz. Urz. WE, Nr L 50 z dnia lutego 2003 r.)

²³⁹ Informacja Szefa Urzędu do Spraw Cudzoziemców o stosowaniu w roku 2012 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2003 r. nr 128, poz. 1176 z późn. zm.) w zakresie realizacji zobowiązań Rzeczypospolitej Polskiej wynikających z Konwencji Genewskiej dotyczącej statusu uchodźców oraz Protokołu Nowojorskiego dotyczącego statusu uchodźcy, s. 23 – materiały Urzędu do Spraw Cudzoziemców

o cudzoziemcach²⁴⁰. Ustawa, między innymi, wprowadziła do polskiego porządku prawnego nowe dwie instytucje – przesiedlenie oraz relokację.²⁴¹

W 2012 r. Polska, obok Litwy, Słowacji, Węgier, Bułgarii, Rumunii i Portugalii wzięła udział w projekcie EUREMA II dotyczącym relokacji beneficjentów ochrony międzynarodowej z Malty do innych państw członkowskich UE. Uczestniczenie w akcjach przesiedleniowych rozszerzyło możliwości aktywnego niesienia pomocy grupom wymagającym ochrony a znajdującym się poza terytorium Unii Europejskiej.

3.3. Migracje edukacyjne

W ostatnich trzech dekadach odnotowano na świecie prawie czterokrotny wzrost liczby studentów studiujących za granicą. Do tego wzrostu przyczyniło się kilka czynników, między innymi zmniejszenie kosztów transportu, internacjonalizacja rynków pracy dla pracowników wysoko wykwalifikowanych, determinująca z kolei chęć zdobywania międzynarodowego doświadczenia w ramach odbywania studiów. Ponadto w Unii Europejskiej szczególnie nacisk kładzie się na promocję społecznych i politycznych więzi między krajami oraz wspieranie międzynarodowej wymiany w sferze nauki oraz kultury²⁴².

Strategia Lizbońska zobowiązuje państwa członkowskie do wspierania mobilności uczniów/studentów i nauczycieli²⁴³ między krajami. Cel ten wspomagają specjalnie utworzone programy, np. Socrates, Erasmus, Leonardo da Vinci. W przypadku Polski widać wyraźny wzrost zainteresowania opcją odbycia semestru studiów za granicą, gdyż zwiększa się liczba studentów, którzy korzystają z tej możliwości. Jednak tylko 1,3% studentów z Polski studiuje za granicą, podczas gdy w Norwegii co trzeci. Zajmujemy pod tym względem jedno z ostatnich miejsc. Warto rozważyć zwiększenie wyjazdów Polaków w celu odbywania studiów za granicą. W ramach programu Erasmus Polscy studenci najczęściej wyjeżdżają na studia do Niemiec (19,2%) czy Wielkiej Brytanii (5,7%), Francji i Stanów Zjednoczonych. Obecnie dostęp do oferty studiów za granicą jest coraz szerszy (więcej uczelni oferuje program zajęć w języku angielskim), co powoduje, że w porównaniu z początkiem funkcjonowania programu wśród polskich studentów wzrasta zainteresowanie krajami Europy Południowej – Hiszpanii (wzrost z 4,4% do 11,8%), Portugalii (z 1,5% do 4,8%) i Włoch (z 5% do 8,1%). Z kolei polskie uczelnie największym zainteresowaniem cieszą się wśród studentów z Hiszpanii, Turcji, Niemiec i Francji²⁴⁴.

²⁴⁰ Dz. U. z 2011 r. Nr 191 poz. 1133

²⁴¹ Przesiedlenie oznacza przeniesienie z kraju trzeciego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej cudzoziemca uznanego za uchodźcę przez Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych do Spraw Uchodźców, w celu nadania tej osobie statusu uchodźcy lub udzielenia ochrony uzupełniającej na terytorium naszego kraju. Relokacja jest to przemieszczenie beneficjenta ochrony międzynarodowej z państwa członkowskiego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Wprowadzenie relokacji było wyrazem solidarności wobec państw członkowskich UE, doświadczających szczególnie intensywnych napływów cudzoziemców wymagających ochrony międzynarodowej. W ramach projektu przyjęto niewielką grupę 6 cudzoziemców z krajów Rogu Afryki. Przebywając jeszcze na Malcie przeszli oni sesję orientacji kulturowej przeprowadzoną przez Międzynarodową Organizację do Spraw Migracji.

²⁴² Dodatkowo wzrost liczby osób studiujących poza swoim krajem urodzenia jest też wypadkową zwiększenia się liczby ogółem studiujących. Według danych OECD i UNESCO w 2009 roku ponad 3,9 mln studentów kształciło się za granicą. Najwyższy odsetek studentów zagranicznych odnotowały takie kraje, jak: Australia, Wielka Brytania, Austria, Szwajcaria czy Nowa Zelandia. (*Education at a Glance 2011 – OECD Indicators*).

²⁴³ Z punktu widzenia polityki migracyjnej ważną grupą cudzoziemców są studenci, absolwenci polskich uczelni, naukowcy oraz cudzoziemcy podejmujący naukę lub szkolenia zawodowe.

²⁴⁴ „Biuletyn Migracyjny”, nr 26 (<https://sites.google.com/site/biuletynmigracyjny/archiwumpdf//,BiuletynMigracyjny26.pdf> – dostęp 16 września 2011 r.).

Wzrost migracji edukacyjnych jest również obserwowany na polskich uczelniach, gdzie z roku na rok studiuje coraz więcej cudzoziemców (nie tylko w ramach programu Erasmus). Znajduje to odzwierciedlenie w statystykach liczby cudzoziemskich studentów w Polsce – jeszcze w 2009 r. studiowało w naszym kraju 17 tys. cudzoziemców, a w 2010 r. już ponad 21 tys., czyli prawie trzykrotnie więcej w porównaniu z poprzednią dekadą. Udział obcokrajowców studiujących w Polsce nie przekracza jednak 1%, co plasuje nasz kraj na jednym z ostatnich miejsc w Unii Europejskiej. Dane statystyczne potwierdzają tezę, iż Polska nie wykorzystuje swojego potencjału w tym zakresie i odnosi z tego tytułu istotne straty.

Polska jest krajem o relatywnie dobrze rozwiniętej sieci szkół wyższych, które oferują atrakcyjne dla cudzoziemców kierunki studiów²⁴⁵. Według danych Biura Uznawalności Wykształcenia i Wymiany Międzynarodowej MNiSW, w roku akademickim 2011/2012 w polskich uczelniach publicznych kształciło się 24,3 tys. osób wobec 21 861 cudzoziemców – studentów, doktorantów, stażystów długoterminowych oraz na studiach podyplomowych i specjalizacjach (1/3 to cudzoziemcy pochodzenia polskiego) w roku 2010/2011. Z tej liczby ok. 24% kształciło się na kierunkach medycznych. Najliczniejsza grupa to studenci z Europy, w tym obywatele Ukrainy – 6428, Białorusi – 3000 i Norwegii – 1547²⁴⁶.

Przemiany demograficzne w Polsce, gwałtowne zmniejszenie się liczebności młodych ludzi w wieku 18–24 lata do roku 2020, o około 1,5 mln osób (czyli o ok. 36%)²⁴⁷ wymuszają będą konieczność większego otwarcia się szkół wyższych na studentów cudzoziemskich oraz zwiększenie atrakcyjności szkolnictwa wyższego dla cudzoziemców, popularyzację za granicą polskich uczelni, wspieranie napływu studentów z państw Partnerstwa Wschodniego, aktywną rekrutację uwzględniającą oprócz skutecznych procedur naboru również jego kontrolę w celu uniknięcia potencjalnego zagrożenia nielegalną imigracją²⁴⁸.

Kwestia wzrostu liczby studentów cudzoziemskich w Polsce została dostrzeżona w ramach działań reformujących polskie szkolnictwo wyższe. Zaproponowane działania zasługują na poparcie, ale można dostrzec problemy we wdrażaniu ich w życie. Konieczna wydaje się tutaj większa determinacja Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego w promowaniu Polski jako atrakcyjnego miejsca do studiowania w Polsce w myśl hasła „wysoki poziom wykształcenia w ramach Unii Europejskiej przy relatywnie niższych kosztach”. Ponadto wskazane byłoby większe zaangażowanie administracji rządowej we wspieraniu uczelni przygotowujących ofertę studiów dla cudzoziemców oraz prowadzących działania promocyjne za granicą.

²⁴⁵ Obecnie funkcjonuje w Polsce 470 uczelni, z czego 132 to uczelnie publiczne (w 1992 r. było 124 szkół wyższych, z czego 106 to uczelnie publiczne). Liczba studentów wzrosła z 403 tys. w roku akademickim 1990/91 do 1,93 mln w roku akademickim 2007/2008 (<http://www.nauka.gov.pl/szkolnictwo-wyzsze/dane-statystyczne-o-szkolnictwie-wyzszym/> – dostęp sierpień 2012 r.).

²⁴⁶ *Education at a glance – OECD Indicators* (2011). Por. *Szkoły wyższe i ich finanse w 2011 r.* (2012).

²⁴⁷ *Prognoza ludności na lata 2008–2035* (2009). Przy założeniu, że współczynnik skolaryzacji osób w wieku 18–24 lata utrzyma się na poziomie powyżej 50% (jedna z wyższych wartości w UE) będzie to oznaczać znaczny spadek liczby studentów w najbliższych latach (z ok. 2,1 mln w 2005 r. do ok. 1,3 mln w 2030 r. – wg raportu OECD to największy spadek wśród państw należących do tej organizacji, wywołany zmianami demograficznym. Por. *Higher Education to 2030* (2008), Volume 1. Demography, OECD; *Demograficzne Tsunami* (2011).

²⁴⁸ Zwiększająca się liczba studentów kształcących się w Polsce oznacza pozyskiwanie wysoko wykwalifikowanych imigrantów, o dużym znaczeniu dla gospodarki państwa, niemniej jednak obserwacje Straży Granicznej oraz Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego świadczą, iż liczba przyjętych studentów zagranicznych w pierwszym roku jest nieproporcjonalnie wyższa w porównaniu z liczbą cudzoziemców kształcących się na kolejnych latach studiów. Może to oznaczać, że z dużym prawdopodobieństwem ścieżka migracji edukacyjnych do Polski jest wykorzystywana jako strategia legalnego wjazdu na teren Unii Europejskiej. Aby zminimalizować ryzyko wykorzystywania tej opcji migracyjnej grupa robocza złożona z przedstawicieli ABW, SG, Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz Ministerstwa Spraw Zagranicznych zaproponowała m.in. wprowadzenie licencji dla szkół wyższych umożliwiających rekrutację i nauczanie cudzoziemców czy obowiązku informowania Straży Granicznej i MNiSW o niestawieniu się przez studenta na uczelni.

Potrzebę taką dostrzegają również same uczelnie często podejmując działania promocyjne poza granicami kraju, a także Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, które rozpoczęło w 2012 r. akcję promocyjną *Ready, Study, Go! Poland*²⁴⁹. „Wzrost liczby studentów zagranicznych w Polsce jako potencjalna korzyść lub wyzwanie powinno być rozpatrywane z różnych perspektyw. Wzrost ten będzie korzystny dla polskich uczelni, które będą mogły czerpać dodatkowe dochody z przyjmowania studentów cudzoziemskich, co łagodzić będzie ubytek studentów polskich gotowych płacić za edukację (ubytek ten z przyczyn demograficznych już w tej chwili dotyka polski system szkolnictwa wyższego i w kolejnych latach nadal będzie się pogłębiał). Zwiększanie się liczby studentów cudzoziemskich byłoby również korzystne z punktu widzenia niwelowania negatywnych skutków zmniejszania się liczby mieszkańców Polski, o ile absolwenci zdecydowaliby się pozostawać w naszym kraju. Jednocześnie wzrost ich liczby, szczególnie w kontekście ewentualnej konkurencji na rynku pracy ze studentami polskimi, może być w określonych sytuacjach niekorzystny. Dla władz lokalnych kwestia ta może być z jednej strony problemem wynikającym z konieczności zapewniania bezpieczeństwa studentom cudzoziemskim oraz podejmowania kampanii informacyjnych ukierunkowanych na społeczności lokalne, z drugiej jednak bardzo dobrą promocją regionu.” (Duszczyk, Żołędowski, 2010).

Bilans pozytywnych i negatywnych skutków tego zjawiska przemawia za prowadzeniem działań mających na celu wzrost liczby studentów zagranicznych w Polsce. Wydaje się jednak, że polskim szkołom wyższym bardzo trudno będzie konkurować na światowym rynku edukacyjnym²⁵⁰. Zmniejszenie się zasobu krajowych kandydatów na studia, związane z niżem demograficznym, zmusza jednak polskie uczelnie do większych starań o potencjalnych studentów spoza Polski. Dlatego jakiegokolwiek inwestycje państwowe powinny w pierwszej kolejności wesprzeć działania dążące do poprawy jakości polskich uczelni, a problem braku studentów powinien leżeć w gestii osób zarządzających szkołami wyższymi.

Promocja studiów w Polsce oraz prowadzenie aktywnych akcji rekrutacyjnych powinny przynieść oczekiwane rezultaty²⁵¹.

4. Wnioski

Skala wyzwań, przed jakimi stoi Polska, wymusza prowadzenie przemyślanych działań zarówno w dziedzinie migracji, jak i polityki prorodzinnej oraz zwiększania poziomu aktywności zasobów siły roboczej. Wysoki poziom bezrobocia strukturalnego w Polsce dodatkowo utrudnia podejmowanie działań na rzecz łagodzenia negatywnych skutków starzenia się społeczeństwa. Brak podjęcia odpowiednich działań przez Polskę, może jednak być poważną barierą w podnoszeniu standardu życia obywateli oraz w konkurowaniu z innymi gospodarkami.

Masowa emigracja, jaka wystąpiła po akcesji Polski do Unii Europejskiej, związana ze stopniowym otwieraniem się unijnych rynków pracy (choć w rzeczywistości masowy odpływ Polaków do państw UE rozpoczął się jeszcze przed 1 maja 2004 r.), musi rodzić głębokie i długofalowe konsekwencje w życiu poszczególnych jednostek, rodzin, regionów i całego społeczeństwa.

²⁴⁹ <http://www.nauka.gov.pl/szkolnictwo-wyzsze/ready-study-go-poland/>

²⁵⁰ Polska z uwagi na małą atrakcyjność społeczną, ekonomiczną i kulturową ma małe możliwości w konkurowaniu o studentów z państwami anglojęzycznymi i niemieckojęzycznymi, dlatego też zjawisko migracji edukacyjnych ma niewielkie szanse przerodzić się w masowe zjawisko społeczne. Por. Żołędowski (2010) we współpracy z M. Duszczykiem, J. Godlewską, E. Jaroszewską i J. Łukaszewską.

²⁵¹ Dobrym przykładem są tu uczelnie medyczne, które nie wykazują większych problemów z pozyskiwaniem cudzoziemskich studentów. Por. Żołędowski (2010).

Zjawisko migracji zarobkowej samo w sobie nie jest zjawiskiem negatywnym, jednakże rozmiary obecnej emigracji, zwłaszcza osób będących w wieku mobilnym, które nie założyły jeszcze własnych rodzin, mogą spowodować określone reperkusje dla społeczeństwa i gospodarki w przyszłości. Nasilenie emigracji przy obecnie istniejących trendach demograficznych – spadku dzietności, sukcesywnym wydłużaniu się długości trwania życia (co powoduje starzenie się społeczeństwa) – może prowadzić do długotrwałych zakłóceń na rynku pracy oraz w systemie zabezpieczenia społecznego, a w konsekwencji do powstania problemów w sferze finansów publicznych.

Jeszcze szybciej niż na rynku pracy może wystąpić niedobór chętnych do podejmowania studiów, gdyż od 2002 r. stale zmniejsza się liczebność populacji 19-latków w Polsce. Szacuje się, że do 2020 r. liczba osób w grupie wiekowej 18–24 lata może zmniejszyć się o około 1,5 mln osób (czyli o ok. 36%). Wśród prawdopodobnych konsekwencji wymienić trzeba likwidację części szkół wyższych (przede wszystkim niepublicznych, zwłaszcza poza wielkimi ośrodkami akademickimi²⁵²) oraz obniżenie się rozwojowego potencjału naszego kraju. Od kilku lat narasta świadomość „demograficznego zagrożenia” dla systemu polskiego szkolnictwa wyższego, a jako jedno z najważniejszych rozwiązań wskazuje się na większe otwarcie na studentów cudzoziemskich i koordynowaną przez państwo politykę w tym zakresie.

Nie jest wciąż jasne, czy kolejne fale emigracji będą następować w przyszłości czy też mamy do czynienia z „ostatnią emigracją”²⁵³. Może się okazać, że Polska, przyspieszając procesy modernizacyjne, stopniowo zacznie stawać się krajem emigracyjno-imigracyjnym, a następnie imigracyjnym. Pierwsze, bardzo jeszcze nieśmiałe symptomy są widoczne w rosnącym napływie cudzoziemców do Polski.

Widoczne zmiany nastąpiły w sferze polityki publicznej państwa prowadzonej w obszarze migracji. Postulowana przez Rządową Radę Ludnościową konieczność stworzenia sformalizowanej polityki migracyjnej jest odbiciem zmian, które zaszły w ostatnich latach w podejściu państwa do problematyki migracji. Postulat ten doczekał się realizacji w postaci przyjętego przez Radę Ministrów 31 lipca 2012 r. dokumentu programowego *Polityka migracyjna Polski – stan obecny i postulowane działania*. Dokument ilustruje widoczną koncentrację państwa na problemach związanych z imigracją do Polski (kwestia ochrony zewnętrznych granic UE i strefy Schengen, realizacja przepisów prawa międzynarodowego związanych z udzielaniem ochrony międzynarodowej, przeciwdziałanie nielegalnym imigracjom czy wreszcie legalne imigracje do Polski w celu np. podjęcia pracy lub nauki), przy relatywnie niedużym nasileniu zjawisk imigracyjnych obecnie. We wszystkich tych obszarach wiele spraw udało się już osiągnąć, na co niewątpliwym wpływ miała akcesja Polski do UE. Akcesja spowodowała przyspieszenie działań administracji w tych obszarach oraz przyczyniła się do powstania znaczącej grupy ekspertów migracyjnych zarówno w administracji, samorządach, organizacjach pozarządowych, jak i na uniwersytetach.

Tymczasem stosunkowo niewiele miejsca, zakładając raczej mało aktywną politykę agend państwa, poświęca się w *Polityce migracyjnej...* (podobnie jak w dotychczasowych działaniach państwa) zagadnieniom związanym z emigracją Polaków. Uwzględniając nawet fakt, że procesy emigracyjne w demokratycznym społeczeństwie funkcjonującym w ramach jednolitego rynku europejskiego nie mogą podlegać odgórnemu zarządzaniu, dostrzegamy tu jednak słabość polityki migracyjnej państwa. Zaniechania w tej dziedzinie mogą kosztować bardzo dużo i będą dotyczyć wielu powiązanych ze sobą obszarów.

Zagadnieniu temu nadaliśmy rangę priorytetu w niniejszym tekście *Założeń polityki ludnościowej*. Należy uwzględnić m.in. możliwość pogłębiania się i tak niekorzystnych trendów demograficznych, ryzyko społecznej i gospodarczej marginalizacji niektórych regionów,

²⁵² Demograficzne Tsunami (2011).

²⁵³ Grabowska-Lusińska, Okólski (2009), s. 24–33.

utrata kapitału ludzkiego czy też rozpad więzi międzyludzkich na poziomie rodzin i lokalnych społeczności. Należy prowadzić w tym obszarze politykę bardziej zdecydowaną, która nie pozwoliłaby zmarnować potencjału ludzkiego ogromnej rzeszy młodych Polaków, która zdecydowała się w ostatnich latach na wyjazd z kraju, a także pamiętała o wszystkich osobach mających polskie korzenie, niezależnie od posiadanego obywatelstwa.

Podzespół ds. migracji w wyniku przeprowadzonych dyskusji zaproponował uznanie spraw migracyjnych za ważny składnik „Założeń polityki ludnościowej w Polsce”, a w jego obrębie przyjęcie pięciu następujących priorytetów w obszarach:

- podejścia do starej i nowej diaspory,
- procesów emigracji zarobkowej,
- kompleksowego ujmowania procesów imigracyjnych,
- edukacji,
- podniesienie stanu wiedzy o współczesnych procesach migracyjnych.

PRIORYTET IV.1. Utrzymywanie więzi z Polakami przebywającymi za granicą, traktowanie ich jako składnika polskiego potencjału ludnościowego

Cele do osiągnięcia:

1. Wspieranie Polaków przebywających za granicą.
2. Wspieranie edukacji i zrzeszeń Polaków przebywających za granicą
3. Zapewnienie ochrony i pomocy konsularnej, ciągłości informacji o kraju.
4. Promocja Polski na arenie międzynarodowej.
5. Włączenie Polaków przebywających za granicą do promocji krajowej produkcji i turystyki.

1. Wspieranie Polaków przebywających za granicą

Migracja zarobkowa i konieczność zapewnienia wszystkim osobom należącym do tej grupy dostępu do polskiej oświaty, kultury, a także do standardowej opieki konsularnej to jeden z ważnych problemów, które pojawiły się po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej. Setki tysięcy Polaków pracujących i mieszkających wraz ze swoimi rodzinami w państwach UE i przemieszczających się w ramach struktur wspólnotowych wywołały poważne skutki administracyjne, społeczne, a nawet polityczne zarówno dla krajów przyjmujących, jak i dla Polski.

Z punktu widzenia wyzwań demograficznych zasobem migracyjnym, który będzie miał najistotniejszy wpływ na sytuację demograficzną w Polsce są właśnie poakcesyjni emigranci. Oddziaływanie najnowszej fali emigracji na strukturę demograficzną Polski zależy od tego, czy i ilu migrantów zdecyduje się na powrót do ojczyzny. Inne zasoby emigracyjne będą miały mniejsze znaczenie dla sytuacji demograficznej ze względu na charakter tych zjawisk. Niemniej jednak należy pamiętać o licznych obywatelach Polski, którzy z różnych powodów wyemigrowali w latach wcześniejszych i w mniejszym lub większym stopniu utożsamiają się z Polską. Wszystkie te osoby powinny w naszym przekonaniu również być traktowane jako ważny składnik potencjału ludnościowego Polski.

Jednym z priorytetów polskiej polityki zagranicznej jest „Polska jako kraj wspierający swoją diasporę, silny jej dynamizmem”. W toku wykonywania tego zadania Ministerstwo Spraw Zagranicznych podjęło wiele przedsięwzięć służących wprowadzeniu wzorcowego modelu współpracy z Polonią i Polakami na świecie, a mianowicie opracowało dwa *Raporty*

o sytuacji Polonii i Polaków za granicą 2009 (2009) i 2012 (2012) jako kompendium wiedzy na temat historii i współczesnej kondycji polskiej diaspory w wybranych krajach świata oraz *Atlas obecności Polonii i Polaków na świecie* (w przygotowaniu), który posłuży jako efektywne narzędzie współpracy z Polonią i Polakami za granicą. Powstał Projekt *Rządowego Programu Współpracy z Polonią i Polakami za Granicą* (2011).

Kierunki działań:

- „Działaniem priorytetowym Rządu jest wzmocnienie potencjału intelektualnego Polonii za granicą poprzez promocję języka i kultury polskiej, aktywizację środowisk polonijnych we wszystkich sferach działań RP na arenie międzynarodowej, a także poprzez kształcenie osób polskiego pochodzenia w polskich szkołach wyższych (szczególnie z państw powstałych wskutek rozpadu ZSRR oraz innych państw” (Projekt *Rządowego Programu Współpracy z Polonią i Polakami za Granicą* (2011), s. 6).
- „Skorzystanie z potencjału osób pochodzenia polskiego nie znających języka polskiego. Stanowią one co najmniej 70% ogółu polskiej diaspory w świecie, a w znaczącej części – dzięki dobrej integracji ze społeczeństwami państw, w których mieszkają oraz często dzięki osiągniętym sukcesom i wysokiej pozycji – ich wsparcie w dziedzinie promocji Polski za granicą może być bardzo skutecznym uzupełnieniem działań podejmowanych w kraju. Ich propolskie zaangażowanie w promowanie polskiej kultury, gospodarki, budowanie dobrego wizerunku Polski ma bowiem dodatkowy walor wiarygodności” (Projekt *Rządowego Programu Współpracy z Polonią i Polakami za Granicą* (2011), s. 5).
- Stworzenie nowych narzędzi komunikacji z Polonią i Polakami za granicą oraz z podmiotami krajowymi włączanymi we współpracę.

Współpraca z polską diasporą w państwach członkowskich UE i państwach trzecich oraz ochrona instytucjonalna polskich pracowników migrujących

Kierunki działań:

- Wzmocnianie kontaktów z organizacjami polonijnymi oraz działania w ramach polskiej polityki zagranicznej na rzecz poprawy sytuacji i wizerunku Polaków mieszkających za granicą, w tym przeciwdziałania możliwościom stosowania praktyk dyskryminacyjnych w stosunku do Polaków przebywających w krajach emigracji.
- Opracowanie programu działania na rzecz pomocy emigrantom ekonomicznym (przy współpracy międzyresortowej – przeciwko handlowi ludźmi, zwalczania bezdomności itd.),
- Analizowanie i reagowanie na nowe zjawiska dotyczące fali emigrantów (bezdomność, bezrobocie, problemy zdrowotne i społeczne, wzrost przestępczości). Urzędy konsularne włączyły w profil swojej działalności polskie kompetentne instytucje jak PIP, ZUS czy NFZ²⁵⁴. MSZ współpracuje z Głównym Inspektorem Pracy w celu nawiązania za pośrednictwem urzędów konsularnych bezpośredniej kooperacji z lokalnymi instytucjami dalszych państw członkowskich UE/EOG zajmującymi się prawem pracy, jego przestrzeganiem oraz nadzorem nad jego realizacją.

²⁵⁴ W celu zapewnienia efektywniejszej prewencji i przeciwdziałania naruszaniu praw pracowniczych przez zagranicznych pracodawców względem polskiej emigracji zarobkowej otwarte zostały Biura Łącznikowe GIP w Hadze, Paryżu, Brukseli oraz Bratysławie.

W odpowiedzi na zjawisko masowej migracji zarobkowej, Ministerstwo Spraw Zagranicznych opracowało program „Blżej pracy, bliżej Polski”, ogłoszony w 2007 roku. Program zawierał szczegółowy plan działań zakładających zapewnienie znacznie zwiększonej liczbie klientów łatwiejszego dostępu i sprawniejszej obsługi w polskich urzędach konsularnych, a także podstawowej informacji na temat warunków pracy i życia w państwach o podwyższonej liczbie polskiej diaspory a także kompetentnych instytucji miejscowych działających i niosących pomoc na owym gruncie.

2. Wspieranie edukacji i zrzeszeń Polaków przebywających za granicą

Utrzymanie szkolnictwa polskiego za granicą

Ministerstwo Edukacji Narodowej jest organem prowadzącym dla 67 szkół i szkolnych punktów konsultacyjnych przy ambasadach, urzędach konsularnych i przedstawicielstwach wojskowych RP dla dzieci obywateli polskich czasowo przebywających za granicą. MEN w pełni finansuje działalność tych szkół.

Sposoby wspomagania wśród Polonii i Polaków zamieszkałych za granicą oraz dzieci pracowników migrujących nauczania języka polskiego, historii, geografii, kultury polskiej oraz innych przedmiotów nauczanych w języku polskim w szkołach funkcjonujących w systemach oświaty innych państw lub nauczanych w innych formach przez organizacje społeczne określone zostały w rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 września 2009 r. w sprawie *warunków i sposobu wspomagania nauczania języka polskiego, historii, geografii, kultury polskiej i innych przedmiotów nauczanych w języku polskim wśród Polonii i Polaków zamieszkałych za granicą oraz dzieci pracowników migrujących*” (Dz. U. z 2009 r. Nr 164, poz.1306).

Ponadto ustawa o systemie oświaty nakłada na szkoły obowiązek zapewnienia uczniom nie znającym języka polskiego dodatkowych, bezpłatnych lekcji z tego języka, a także z przedmiotów nauczania, tak, aby umożliwić uczniowi w czasie nie dłuższym niż 12 miesięcy wyrównanie różnic programowych.

W celu utrzymywania polskiego potencjału edukacyjnego dla rodaków za granicą istotne jest również by ludzie dorośli mogli korzystać z edukacji związanej z krajem poprzez kształcenie permanentne, mieli możliwość odbywania studiów w Polsce.

Osoby legitymujące się ważną Kartą Polaka są uprawnione do podejmowania i odbywania kształcenia w Polsce w dwóch różnych trybach. Wybór pozostaje do decyzji zainteresowanego:

- na zasadach obowiązujących obywateli polskich, z czym wiąże się prawo do bezpłatnego kształcenia (na koszt budżetu państwa) oraz do ubiegania o wszystkie rodzaje świadczeń pomocy materialnej (stypendium socjalne, stypendium specjalne dla osób niepełnosprawnych, stypendium rektora dla najlepszych studentów, stypendium ministra za wybitne osiągnięcia, zapomogi) przewidziane dla studentów i doktorantów z polskim obywatelstwem,
- w trybie oraz na warunkach innych niż dotyczące obywateli RP, przy czym podejmując i odbywając studia na warunkach innych niż dotyczące obywateli polskich studiuje za odpłatnością i bez dostępu do świadczeń pomocy materialnej. Osoby, które uzyskały stypendium Rządu RP w ramach limitów określonych w umowach międzynarodowych lub na podstawie decyzji ministra właściwego ds. szkolnictwa wyższego, studiuje bezpłatnie oraz otrzymują miesięczne stypendium na pokrycie kosztów utrzymania.

Dodatkowo realizowany jest program stypendialny MNiSW dla cudzoziemców pochodzenia polskiego. Stypendia na studiach I, II i III stopnia oraz jednolitych studiach

magisterskich oraz rocznych stażach naukowych przewidziane są dla cudzoziemców polskiego pochodzenia/posiadaczy Karty Polaka, którzy uzyskali świadectwo maturalne nie wcześniej niż w ostatnich trzech latach (dotyczy kandydatów na studia I stopnia), obywateli następujących państw: Białorusi, Bułgarii, Czech, Estonii, Gruzji, Kazachstanu, Litwy, Łotwy, Mołdawii, Rosji, Rumunii, Słowacji, Ukrainy, Uzbekistanu, Turkmenistanu i Węgier. Mogą oni podejmować kształcenie na wszystkich oferowanych w Polsce kierunkach w języku polskim. Stypendyści mają zapewnione bezpłatne kształcenie (finansowanie dla uczelni z dotacji podstawowej na działalność dydaktyczną) oraz stypendium Rządu RP.

Ponadto Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego co roku funduje około 250 stypendiów dla osób pochodzenia polskiego, studiujących w krajach swojego zamieszkania.

Kierunki działań:

- Prowadzenie szkół i szkolnych punktów konsultacyjnych dla dzieci obywateli polskich czasowo przebywających za granicą.
- Zwiększenie dostępności nauczania języka polskiego oraz historii dla dzieci i młodzieży przebywających za granicą,
- Wspieranie oświaty polonijnej (także dla dorosłych) organizowanej przez podmioty społecznie działające.
- Wspieranie nauczania języka polskiego w ramach obcych systemów oświaty.
- Nadanie znacząco większego znaczenia w działalności instytucji i organizacji krajowych projektom ukierunkowanym na kolejne pokolenia osób urodzonych poza Polską i nie znających języka polskiego. Działanie takie w dłuższej perspektywie powinno wpłynąć na zwiększenie efektywności oddziaływania Polski w świecie w sferach politycznej, kulturalnej, informacyjnej i wizerunkowej.
- Wsparcie merytoryczne właściwych instytucji (MEN, MNiSW, MKiDN, MSiT, MSZ) przy realizacji projektów edukacyjnych realizowanych przez organizacje społeczne Polaków za granicą.

Każdy z ww. resortów lub jego jednostki podległe realizuje zadania na rzecz Polonii i Polaków za granicą. Szczegółowy opis tych zadań jest zawarty w Rządowym Programie Współpracy z Polonią i Polakami za Granicą. Ministerstwo Edukacji Narodowej wspiera zrzeszenia Polaków przebywających za granicą np. poprzez organizację doskonalenia zawodowego nauczycieli polonijnych. Ponadto jednostka podległa MEN – Ośrodek Rozwoju Polskiej Edukacji za Granicą (ORPEG) kieruje corocznie na zaproszenie organizacji polonijnych kilkudziesięciu nauczycieli do prowadzenia nauczania w języku polskim, a także do animowania działalności kulturalnej. Ośrodek wyposaża także szkoły polonijne w podręczniki i pomoce dydaktyczne.

Wspieranie zrzeszeń Polaków przebywających za granicą

W wielu krajach istnieją organizacje polonijne, które zajmują się głównie podtrzymaniem tożsamości narodowej i kontaktu przedstawicieli Polonii z polską kulturą i językiem. Jak pokazują badania nad polskimi organizacjami działającymi w Niemczech prowadzone przez Instytut Zachodni, większość stowarzyszeń skupia się właśnie na propagowaniu polskiej kultury i nauczaniu języka. Działalność ta jest wspierana na dużą skalę – często za pośrednictwem organizacji pozarządowych – przez polskie instytucje rządowe (w tym przede wszystkim przez MSZ i jego placówki). Stosunkowo niewiele jest natomiast organizacji instrumentalnych – nastawionych na realizację interesów polskich migrantów w postaci prowadzenia działalności rzeczniczej, czy doradztwa. Sprawia to, że po pierwsze tradycyjne organizacje będą tracić swoich klientów oraz członków coraz mniej zainteresowanych działaniami

ekspresyjnymi²⁵⁵. Nowe formy organizacyjne mogą się wykształcić dopiero w sytuacji gdy uzyskałyby wsparcie zarówno ze strony Polski jak i kraju przyjmującego. Obecnie organizacjom często brakuje, choćby koncepcyjnego, wsparcia w tych działaniach ze strony polskich instytucji. Również – jak pokazuje przykład Niemiec – nie wszystkie kraje przyjmujące są zainteresowane we wspieraniu działalności tego typu.

Kierunki działań:

- Zadaniem Państwa Polskiego jest wspieranie tych tradycyjnych i niezwykle zasłużonych dla Polski organizacji w próbach odnalezienia się w nowej rzeczywistości oraz w tych wszystkich ich działaniach, które zawsze dobrze służyły wizerunkowi Polski poprzez promocję tradycji i kultury.
- Włączenie w sferę działań niezrzeszonych osób polskiego pochodzenia i środowisk wykorzystujących nowoczesne formy integracji (stowarzyszenia zawodowe, grupy zainteresowań, grupy integrujące się bez wyraźnych struktur, środowiska skupione wokół portali internetowych) itp.

3. Zapewnienie ochrony i pomocy konsularnej, ciągłości informacji o kraju

Opieka konsularna nad obywatelami polskimi przebywającymi za granicą jest jednym z głównych priorytetów polskiej służby konsularnej a wynika m.in. z zapisu art. 36 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej oraz Ustawy o funkcjach konsulów RP. W ocenie Departamentu Konsularnego MSZ, sprawującego bieżący nadzór nad urzędami konsularnymi, służby konsularne, przykładają dużą wagę do wszelkich problemów związanych z niniejszym zagadnieniem.

Podstawy prawne

Zgodnie z art. 36 *Konstytucji RP*, podczas pobytu za granicą obywatel polski ma prawo do opieki ze strony Rzeczypospolitej Polskiej²⁵⁶. Należy również pamiętać, iż zgodnie z Art. 23 Traktatu Lizbońskiego, każdy obywatel UE ma prawo korzystać na terytorium państwa trzeciego, gdzie nie ma swojego przedstawicielstwa dyplomatycznego, z ochrony dyplomatycznej i konsularnej innego państwa członkowskiego na takich samych warunkach jak obywatele tego państwa.

Takie ujęcie zobowiązania Państwa wobec obywatela w sposób oczywisty nadaje zagadnieniu odpowiednio wysoką rangę, a w obliczu dynamicznie zmieniającej się rzeczywistości stanowi dla polskiej służby konsularnej wyzwanie szczególnego rodzaju.

²⁵⁵ Paradoksalnie dodatkowym utrudnieniem dla zwartości i motywacji do działania stały się dobrodziejstwa postępu technicznego, zwłaszcza w dziedzinie łączności. Organizacje polonijne przestały pełnić rolę jedynych ośrodków, w których osoby polskiego pochodzenia mogły zaspokoić swoją potrzebę bycia w środowisku polskim, udziału w wymianie informacji o Polsce niedostępnych w mediach państw zamieszkiwania.

²⁵⁶ „Konsul zapewnia pomoc obywatelom polskim w realizacji praw przysługujących im zgodnie z prawem państwa przyjmującego oraz prawem i zwyczajami międzynarodowymi”, art. 11 Ustawy z dnia 13 lutego 1984 r. o funkcjach konsulów RP. Funkcje konsularne polegają na: „ochronie w państwie przyjmującym interesów państwa wysyłającego oraz jego obywateli, zarówno osób fizycznych, jak i prawnych, w granicach dozwolonych przez prawo międzynarodowe” Art. 5 Konwencji Wiedeńskiej o stosunkach konsularnych sporządzonej w Wiedniu 24.04.1963 r. Funkcje misji dyplomatycznej obejmują między innymi: „ochronę w państwie przyjmującym interesów państwa wysyłającego i jego obywateli, w granicach ustalonych przez prawo międzynarodowe” Art. 3 Konwencji Wiedeńskiej o stosunkach dyplomatycznych sporządzonej w Wiedniu 18.04.1961 r.

Działania w zakresie opieki konsularnej i działalności konsulatów

Charakter opieki konsularnej świadczonej przez polską służbę konsularną uległ w ostatnich latach głębokim przeobrażeniom. U podstaw zmian leży następujące czynniki: wzrost wyjazdów zagranicznych obywateli, globalny zasięg podróży zagranicznych, zjawiska towarzyszące emigrantom zarobkowym w krajach UE.

Środki, jakie DWP przeznacza na działalność polonijną polskich placówek dyplomatyczno-konsularnych za granicą, umożliwiają realizację wyznaczonych zadań,²⁵⁷ takich jak: aktywizacja młodego pokolenia osób polskiego pochodzenia, docieranie do środowisk polonijnych nie zrzeszonych w organizacjach polonijnych, a także utrzymywanie kontaktów i wspieranie działalności tradycyjnych organizacji polonijnych.

Kierunki działań:

Poza świadczeniem bezpośredniej i rutynowej opieki do podstawowych zadań służby konsularnej w tej dziedzinie wpisano na stałe:

- działania informacyjne (kampanie informacyjne prowadzone w kraju i poza granicami kraju),
- współpracę z instytucjami i organizacjami państw przyjmujących istotnymi dla spraw dot. obywateli polskich (współpraca ze związkami zawodowymi, współpraca z władzami lokalnymi, organizacjami NGO, organizacjami polonijnymi itp.),
- wspieranie (w tym finansowe) inicjatyw społecznych, służących pomocą obywatelom poza granicami kraju (wspieranie organizowania samopomocy w gronie społeczności polskiej, współpraca z polskimi grupami zawodowymi niosącymi pomoc pozostałym imigrantom – lekarze, prawnicy, tłumacze, psychologowie itp.),
- poszerzanie współpracy z partnerami z UE i z państw trzecich w zakresie postępowania kryzysowego z udziałem obywateli polskich,
- nawiązywanie oraz utrzymywanie bliskich, roboczych kontaktów przez urzędy konsularne ze stosownymi jednostkami, odpowiednikami inspekcji pracy czy służby zdrowia.

Wychodząc naprzeciw potrzebom wszystkie urzędy konsularne w krajach docelowej emigracji zarobkowej prowadzą zakrojoną na szeroką skalę działalność informacyjną na temat miejscowych warunków życia i pracy²⁵⁸. Niektóre z urzędów zorganizowały cieszące się bardzo dużym uznaniem punkty doradztwa prawnego.

Zaangażowanie z podmiotami zagranicznymi w rozwiązywanie problemów nowej emigracji

Jednym z istotnych zadań wykonywanych przez urzędy konsularne jest pomoc osobom bezdomnym mającym kłopoty adaptacyjne. W rozwiązywaniu problemów bezdomnych Polaków urzędy konsularne współpracują z instytucjami miejscowymi, jak również z organi-

²⁵⁷ Od 2011 roku środki będące w dyspozycji MSZ (Departament Współpracy z Polonią) są dzielone na cztery fundusze polonijne: szkolnictwo polskie za granicą; kultura i sztuka oraz pozostała działalność; kolonie i obozy dla młodzieży polonijnej w kraju; opieka nad miejscami pamięci narodowej; plus dotacja przeznaczona na wsparcie TV Polonia. O przyznanie środków z poszczególnych funduszy placówki ubiegają się w drodze konkursu projektów. Są to projekty autorskie placówek bądź realizowane we współpracy ze środowiskami polonijnymi.

²⁵⁸ Z punktu widzenia potrzeb emigracji zarobkowej przekazywane przez urzędy informacje można podzielić na następujące grupy: (1) dotyczące wszelkiego rodzaju dokumentów wydawanych przez lokalne urzędy; (2) dotyczące służby zdrowia i zabezpieczenia socjalnego; (3) dotyczące miejscowych placówek oświatowych; (4) dotyczące wszelkich kwestii prawnych, sądowniczych, odszkodowawczych; (5) dotyczących panujących zwyczajów, zakazów oraz obowiązków w kraju przyjmującym.

zaczajami pozarządowymi, w tym polonijnymi. Problem ten występuje w największym natężeniu w Wielkiej Brytanii, Francji, Włoszech, Holandii oraz w Niemczech²⁵⁹. Pomoc udzielana przez owe stowarzyszenia Polakom będącym w trudnej sytuacji życiowej, uzależnionym i bezdomnym, koncentruje się na wsparciu w uregulowaniu ich sytuacji prawnej, rodzinnej i bytowej, poszukiwaniu specjalistycznych placówek pomocy oraz organizowanie powrotu do kraju. W zakresie rzeczonyj współpracy przekazywane są wspomnianym organizacjom środki pieniężne na dofinansowanie ich bieżącej działalności.

Kierunki działań:

- Inspirowanie bezpośrednich kontaktów pomiędzy instytucjami polskimi, a instytucjami kraju urzędowania. W ramach prowadzonej kampanii informacyjnej część urzędów we współpracy z miejscowymi władzami, odpowiednimi organizacjami czy związkami zawodowymi, wydaje i rozprowadza broszury lub poradniki charakteryzujące miejscowe warunki życia i pracy²⁶⁰. Działania informacyjne wobec migrantów podejmuje również szereg instytucji miejscowych²⁶¹.

4. Promocja Polski na arenie międzynarodowej

Organizacja procesu promowania Polski odbywa się na wielu płaszczyznach i przy wykorzystaniu bardzo wielu instrumentów. Ważne są wszystkie poziomy promocji – lokalna, regionalna, centralna²⁶².

Zasadniczą rolę w promocji odgrywają za granicą osoby i środowiska pozytywnie nastawione do Polski, przede wszystkim struktury zorganizowane oraz jednostki zajmujące ważne pozycje społeczne (politycy, dziennikarze, ludzie kultury i sztuki, biznesmeni). Ze względu na oczywisty fakt, że Polonia i Polacy za granicą to najbardziej naturalni partnerzy władz

²⁵⁹ Urzędy konsularne w tych krajach współpracują z miejscowymi organizacjami sektora pozarządowego zajmującymi się opieką socjalną i działalnością charytatywną, w szczególności prowadzeniem bezpłatnych noclegowni i jadłodajni a także udzielają im w razie potrzeb wsparcia finansowego na statutowe działania.

²⁶⁰ We współpracy urzędu z brytyjską federacją związków zawodowych *TUC* – wydano poradnik na temat praw pracowniczych „Praca w Zjednoczonym Królestwie – Twoje Prawa”, który zawiera informacje o regulacjach miejscowego prawa pracy, gwarancjach przysługujących osobom podejmującym pracę na Wyspach oraz sposobach egzekwowania swych praw. Powstają w dalszym ciągu nowe polskojęzyczne materiały drukowane czy strony internetowe przy urzędach gminnych, komendach policji w poszczególnych hrabstwach lub w instytucjach zajmujących się problematyką społeczną oraz zatrudnienia. Przy współudziale Wydziału Konsularnego Ambasady RP w Rzymie polskojęzyczny dwutygodnik „Nasz Świat” zamieszcza na swoich łamach cyklicznie informacje praktyczne z dziedziny włoskiego prawa pracy oraz ubezpieczeń społecznych.

²⁶¹ Wśród nich *Gangmaster's Licensing Authority* wydając broszury i informatory oraz organizując w sezonie letnim radiowe kampanie informacyjne skierowane do Polaków.

²⁶² Podstawowymi instrumentami realizacji zadań promocyjnych MSZ są: polityka informacyjna, organizowanie wizyt studyjnych dla przedstawicieli zagranicznych środowisk opiniotwórczych, w tym również dziennikarzy, publicystów i naukowców, które mają trudne do przecenienia znaczenie dla kształtowania właściwego wizerunku Polski i pozytywnych opinii na jej temat; organizacja bądź współorganizacja wydarzeń przyczyniających się do budowy pozytywnego wizerunku Polski (seminaria, konferencje, kursy akademickie, wystawy, koncerty, konkursy wiedzy o Polsce, zagraniczne wykłady i prezentacje polskich ekspertów z różnych dziedzin); włączanie się z polskimi elementami w zagraniczne imprezy kulturalne i naukowe (festiwale, cykliczne wydarzenia, targi, etc.); promocja literatury polskiej poprzez udział w targach książki i pomoc we wprowadzaniu na rynek wydawniczy przekładów ważnych dzieł; przyznawanie dyplomów Ministra SZ za wybitne zasługi dla promocji Polski za granicą oraz nagród Ministra SZ dla najpopularniejszego w świecie polskiego sportowca; wspieranie kursów języka polskiego dla obcokrajowców, konkursy dla organizacji pozarządowych, a także negocjowanie kolejnych dwustronnych umów o współpracy kulturalnej i naukowej wraz z ich programami wykonawczymi oraz dalsze rozwijanie promocji Polski w Internecie (przede wszystkim portalu www.poland.gov.pl).

polskich w inicjowaniu i przeprowadzaniu projektów ważnych dla wizerunku i pozycji międzynarodowej kraju. Zadaniem strony krajowej jest skoordynowanie aktywności struktur polonijnych, w szczególności izb gospodarczych tak, aby współdziałały przy realizacji interesów polskiej polityki zagranicznej w wymiarze gospodarczym.

Kierunki działań:

- Priorytetem odpowiednich instytucji krajowych powinna być współpraca ze środowiskami polonijnymi w realizacji wszystkich ważnych projektów dla promocji kraju w świecie. Środki przeznaczane na te cele pozostają ograniczone, niezbędna jest więc merytoryczna selekcja projektów tak, aby realizowane były tylko te – faktyczne kluczowe dla wizerunku i interesów Polski i Polonii.

5. Włączenie Polaków przebywających za granicą do promocji krajowej produkcji i turystyki

Wraz z przystąpieniem Polski do NATO i UE rozpoczął się okres wzrostu międzynarodowego zainteresowania Polską, który nasilił się ostatnio w związku z pozytywnymi wynikami naszej gospodarki podczas ogólnoświatowego kryzysu. Pomimo tych pozytywnych tendencji wizerunek Polski nadal jest w wielu miejscach świata i wielu środowiskach opiniotwórczych nieobiektywny, zazwyczaj gorszy od rzeczywistości, oparty na negatywnych stereotypach z przeszłości, a polskie produkty muszą często konkurować ceną.

Największym problemem polskiego systemu promocji gospodarki jest brak spójności i koordynacji.

Stałym i niezmiernie ważnym czynnikiem osiągnięcia korzystnych efektów współpracy jest promocja Polski wykorzystująca możliwości jej współpracy ekonomiczno-handlowej z wykorzystaniem olbrzymiego potencjału środowisk polonijnych za granicą. Potencjał promocyjny Polaków i Polonii, a zwłaszcza zajmujących się biznesem i nauką, tylko w znikomym stopniu jest wykorzystywany do promocji polskiej gospodarki i kultury, a także działań na rzecz poprawy wizerunku Polski i Polaków w świecie (m.in. z uwagi na jego rozproszenie). Należy wykorzystać potencjał (pozycję społeczną i ekonomiczną) tych środowisk na rzecz wspierania rozwoju eksportu i inwestycji polskich za granicą oraz napływu bezpośrednich inwestycji zagranicznych.

Kierunki działań:

- Skuteczna i skoordynowana promocja kraju oraz polskiej gospodarki jest niezbędna dla tworzenia odpowiedniego i dobrego klimatu dla polskich eksporterów i inwestorów.
- Polsce potrzebny jest dobrze zorganizowany i efektywny system kreowania właściwego wizerunku oraz system promocji gospodarczej, obejmujący promowanie naszego kraju jako właściwego miejsca dla nowych inwestycji, promocję Polski jako „brandu” oraz promocję polskiego eksportu. Na rynkach światowych istnieje potrzeba pojawienia się rozpoznawalnych polskich marek, których obecność pozwoliłaby na plasowanie wyrobów i usług „na wyższych półkach”, a zarazem wzmacniałaby pozytywne postrzeganie naszego kraju. W te procesy powinni być włączeni Polacy mieszkający za granicą i ich organizacje.
- Istnieje konieczność sięgania – tak przez władze polskie jak i zaangażowane w promocję organizacje i środowiska polonijne – do nowoczesnych instrumentów marketingu i oddziaływania. Z jednej strony są to środki techniki, komunikowania się i przekazu, z drugiej natomiast korzystanie z profesjonalnych usług miejscowych specjalistów.

PRIORYTET IV.2. Przestrzenna i zawodowa orientacja dotycząca obszarów i struktury wyjazdów zarobkowych, z uwzględnieniem sytuacji na lokalnych rynkach pracy

Cele do osiągnięcia

1. Monitorowanie procesów związanych z emigracją zarobkową Polaków.
2. Rozpowszechnianie informacji z zakresu emigracji zarobkowych.
3. Wspieranie migrantów powrotnych.
4. Rozwijanie współpracy między instytucjami zaangażowanymi w problematykę emigracji.

Kierunki działań:

Uzyskanie wszechstronnej informacji w zakresie:

- nadzór nad agencjami pośrednictwa pracy,
- powołanie instytucji odpowiedzialnej za koordynację problematyki emigracyjnej oraz monitorowanie procesów emigracyjnych,
- ułatwienie transferów i prawa w powrotach.

Finansowanie mogą wspierać banki zajmujące się transferem, przyjmowaniem lokat czy udzielaniem kredytów.

1. Monitorowanie procesów związanych z emigracją zarobkową Polaków

Obserwacja procesów migracyjnych jest niezbędna w celu kreowania świadomej polityki państwa w tym zakresie. Należy jednak pamiętać, że migracje, zwłaszcza zarobkowe, są procesem bardzo trudnym do zbadania, w związku z czym określenie ich skali i struktury ma najczęściej charakter szacunkowy. Monitorowanie strumieni oraz zasobów migracyjnych w warunkach swobodnego przepływu pracowników, co wiąże się ze znoszeniem barier administracyjnych w zakresie dostępu do rynku pracy w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej, jest dodatkowo utrudnione.

W celu jak najlepszego zdiagnozowania procesów związanych z emigracją zarobkową Polaków oraz interweniowania w sytuacjach kryzysowych niezbędne jest gromadzenie, analiza oraz ocena informacji i materiałów pochodzących z różnorodnych źródeł. Bardzo ważne jest spojrzenie na emigrację zarobkową zarówno z poziomu makroekonomicznego jak i rynków lokalnych, a nawet pojedynczych gospodarstw domowych.

Kierunki działań:

- Gromadzenie materiałów i informacji dotyczących m.in.: skali, struktury oraz warunków zatrudnienia migrantów;
- monitorowanie, analiza i ocena strumieni i zasobów migracyjnych w krajach docelowych polskiej emigracji;
- przegląd procesów społecznych związanych z emigracją;
- monitorowanie działalności agencji pośrednictwa pracy;
- podejmowanie działań interwencyjnych w sytuacjach kryzysowych.

2. Rozpowszechnianie informacji z zakresu emigracji zarobkowych

Wyjazdy zarobkowe wiążą się często z różnego rodzaju zagrożeniami i problemami praktycznymi. Do ważnych zadań państwa powinno należeć monitorowanie tych zagrożeń oraz docieranie do osób zamierzających pracować za granicą z informacją na temat potencjalnych źródeł problemów i sposobów radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych, a także możliwości wsparcia jakie można otrzymać od instytucji publicznych, m.in. w placówkach konsularnych.

W odniesieniu do migracji zarobkowych wewnątrz Unii Europejskiej prawo unijne nakłada na państwa członkowskie pewne obowiązki w zakresie zbierania i udostępniania takich informacji, które mogą być przydatne przy podejmowaniu zatrudnienia w innym państwie. W ramach współpracy publicznych służb zatrudnienia państw członkowskich przekazywane są informacje nt. warunków życia i pracy oraz ofert pracy w innym państwie EOG.

Kierunki działań:

- informowanie obywateli Polski na temat warunków pracy i pobytu w docelowych krajach emigracji Polaków (m.in. za pośrednictwem sieci EURES);
- udostępnianie informacji na temat potencjalnych zagrożeń, jakie mogą napotkać obywatele Polski podejmujący pracę w danym państwie przyjmującym;
- opracowywanie przydatnych dla migrantów materiałów zawierających m.in.: dane teledadresowe ważnych instytucji i organizacji pozarządowych w państwach docelowych emigracji, informacje na temat sposobów postępowania w sytuacjach kryzysowych, praktyczne porady mające na celu przestrzeganie przed nieuczciwymi pośrednikami / pracodawcami itp.

Niezależnie od powyższych działań istnieje potrzeba opracowania systemu monitoringu, zarówno skali przepływów pracowniczych, jak i sytuacji osób przebywających za granicą, a także sytuacji ich rodzin mieszkających w kraju. Pozwoli to na lepsze ukierunkowanie polityki wobec zjawiska emigracji zarobkowej Polaków, która jest silnie zależna od zmieniających się uwarunkowań wewnętrznych i zewnętrznych.

3. Wspieranie migrantów powrotnych

Migracje powrotne, podobnie jak emigracja, mają bardzo różne przesłanki. Część migrantów zarobkowych wraca po zrealizowaniu celów emigracyjnych, np. po odłożeniu określonej kwoty pieniężnej. Duży wpływ na strumienie migracyjne ma sytuacja gospodarcza kraju goszczącego. W warunkach osłabienia koniunktury zapotrzebowanie na pracę imigrantów jest mniejsze, pogarszają się również nastroje społeczne w stosunku do osób przyjeżdżających do pracy z zagranicy.

Polska jako demokratyczne państwo oraz członek UE, w której obowiązują zasady swobodnego przepływu osób, nie posiada prawnych, ani administracyjnych instrumentów, mogących ograniczać bądź stymulować wyjazd Polaków do pracy za granicę, ponieważ najistotniejszym czynnikiem mającym wpływ na podjęcie decyzji o ewentualnym powrocie jest sytuacja gospodarcza Polski oraz poziom życia obywateli na tle państw emigracji.

Decyzja o emigracji lub powrocie do kraju jest indywidualną decyzją danej osoby lub gospodarstwa domowego, podejmowaną na podstawie indywidualnego, subiektywnego rachunku kosztów i korzyści. Państwo polskie poprzez udostępnianie przydatnych, rzetelnych, kompleksowych informacji, wspiera osoby planujące powrót z emigracji²⁶³.

²⁶³ W 2011 r. dla kilku krajów z obszaru UE odnotowano wzrost liczby Polaków, co oznacza, że liczba wyjazdów do tych krajów przewyższyła liczbę powrotów (GUS, 2011).

Bez względu na przyczyny decyzji o powrocie, istnieje jednak wiele ważnych kwestii dotyczących m.in. pracy, podatków, systemu zabezpieczenia społecznego, opieki zdrowotnej, kontynuacji nauki przez dzieci czy przeprowadzki, z którymi musi się zmierzyć osoba powracająca z emigracji. Bardzo istotne są także kwestie psychologiczne, ponieważ wiele osób może mieć trudności w odnalezieniu się na rynku pracy oraz wśród społeczności lokalnej po powrocie do kraju.

Kierunki działań:

- Rozpowszechnianie informacji przydatnych dla osób planujących powrót do Polski.
- Prowadzenie polityki informacyjnej o możliwościach aktywności ekonomicznej w Polsce.
- Współpraca z właściwymi instytucjami w zakresie tworzenia warunków ułatwiających migrantom powrót do kraju.
- Wspieranie adaptacji dzieci migrantów powrotnych do polskiego systemu szkolnictwa
- Wspieranie przebywających w kraju rodzin emigrantów (m.in. problem sierot migracyjnych – tzw. Eurosieroctwa)

4. Rozwijanie współpracy pomiędzy instytucjami zaangażowanymi w problematykę emigracji

Obecnie nie istnieje jeden podmiot instytucjonalny, który odpowiadałby za wszystkie kwestie związane z emigracją Polaków. Nie ma także wiodącego resortu w tym zakresie (choć całość polityki migracyjnej państwa jest koordynowana przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych).

W tej sytuacji sugeruje się, że zasadnym byłoby rozważenie utworzenia samodzielnej instytucji właściwej do spraw emigracji (na wzór międzywojennego Syndykatu Emigracyjnego²⁶⁴), której zadaniem byłoby m.in. monitorowanie skali i struktury emigracji, prowadzenie działań informacyjnych dla Polaków, którzy planują wyjechać, przebywają na emigracji lub planują powrót do kraju, zapobieganie dyskryminacji obywateli Polski za granicą, współpraca z organizacjami polonijnymi, przeciwdziałanie nadużyciom ze strony agencji pośrednictwa i pracy tymczasowej czy wspieranie rodzin emigrantów pozostających w kraju.

Wskazanie podmiotu odpowiedzialnego za koordynowanie problematyki emigracyjnej mogłoby w znacznym stopniu zwiększyć efektywność w tym obszarze. Jest to też wariant tańszy i bardziej uzasadniony ze względu na zasadę proporcjonalności, niż tworzenie odrębnej instytucji, która zajmowałaby się problematyką emigracyjną. Wskazanie podmiotu wiodącego musi być poprzedzone pogłębioną debatą, m.in. w ramach międzyresortowego Zespołu do Spraw Migracji.

Właściwe skoordynowanie działań, unikanie powielania i nakładania się kompetencji, uwzględnienie różnych perspektyw, w tym głosu samorządu terytorialnego oraz organizacji pozarządowych działających na rzecz Polaków przebywających i pracujących za granicą powinny określać kierunek niezbędnych zmian w wymiarze instytucjonalnym.

Niezależnie od powyższych działań istnieje potrzeba opracowania systemu monitoringu, zarówno skali przepływów pracowniczych, jak i sytuacji osób przebywających za granicą,

²⁶⁴ Syndykat Emigracyjny – utworzony w 1930 r. w formie spółki z o.o. z ok. 60% udziałem Skarbu Państwa (pozostałe akcje miały koncesjonowane w Polsce linie okrętowe, których udział w tym przedsięwzięciu był przymusowy). Por.: Kicinger (2005), s. 33. „Posiadał sieć liczącą 500 osób i 20 oddziałów regionalnych rozmieszczonych w miastach stanowiących zamiejscowe ogniska ruchu emigracyjnego. Za granicą posiadał oddziały w Rio de Janeiro i Saõ Paulo i przedstawicielstwa w Buenos Aires i Paryżu.” Rocznik Polityczny i Gospodarczy, 1939, s.1145.

sytuacji ich rodzin mieszkających w kraju. Pozwoli to na lepsze ukierunkowanie polityki wobec zjawiska emigracji zarobkowej Polaków, która jest silnie zależna od zmieniających się uwarunkowań wewnętrznych i zewnętrznych.

Kierunki działań:

- Wskazanie podmiotu wiodącego w zakresie problematyki emigracji;
- Współpraca resortów zaangażowanych w tematykę emigracji Polaków;
- Współpraca z samorządem terytorialnym i organizacjami pozarządowymi w ramach działań na rzecz Polaków – migrantów zarobkowych przebywających za granicą.

PRIORYTET IV.3. Polityka imigracyjna

Wdrożenie postulatów dotyczących imigracji w sferze oddziaływania na rynku pracy i w aspekcie wyzwań demograficznych zawartych w opracowaniu międzyresortowego Zespołu ds. Migracji *Polityka migracyjna Polski – stan obecny i postulowane działania, 2012*

Niekorzystne zmiany demograficzne w Polsce w perspektywie roku 2030 będą rodzić określone konsekwencje m.in. w postaci niedostatku podaży siły roboczej czy napięć w systemie ubezpieczeń społecznych. Jednym z potencjalnych instrumentów ograniczania negatywnych konsekwencji zmian demograficznych jest świadomie prowadzona polityka imigracyjna²⁶⁵.

Polska polityka imigracyjna posługuje się wieloma instrumentami, których zadaniem jest regulowanie napływu cudzoziemców. Instrumenty odnoszące się do imigracji zarobkowej mają zarówno zapewniać ochronę polskiego rynku pracy, jak też pozwalać na uzupełnienie pojawiających się na nim niedoborów²⁶⁶. Ponadto istnieją instrumenty związane z prawem pobytu, który jest konieczny ze względu na określony status cudzoziemca przyjeżdżającego do Polski, zaś podejmowanie pracy jest tylko jedną z przyczyn wydawania cudzoziemcom prawa pobytu.

Za podstawową zasadę polityki imigracyjnej należy uznać komplementarność zatrudnienia cudzoziemców na polskim rynku pracy. Realizacja polityki imigracyjnej z jednej strony nie powinna wpływać na bezpieczeństwo utrzymywania zatrudnienia przez obywateli polskich, z drugiej zaś powinna umożliwiać szybkie zatrudnienie cudzoziemców na tych stanowiskach pracy, na które nie udaje się pozyskać pracowników krajowych. Niezbędna jest więc szczegółowa wiedza na temat potrzeb rynku pracy, która pozwoli lepiej ukierunkować priorytety dotyczące imigracji zarobkowej²⁶⁷.

²⁶⁵ Por. *Przyszłość demograficzna Polski a migracje* (2012).

²⁶⁶ Na podstawie badań M. Duszczyk (2012) ustalił, że „celem polskiej polityki imigracyjnej dostosowanej do potrzeb rynku pracy powinno być uzupełnienie pojawiających się niedoborów siły roboczej – zarówno w krótkiej, średniej jak i długiej perspektywie czasowej. Powinna ona umożliwiać szybkie reagowanie na zmieniające się zapotrzebowanie na cudzoziemskich pracowników, ale równocześnie zapobiegać napływowi obcokrajowców, którzy stanowiliby alternatywę dla zatrudnienia Polaków oraz osób korzystających z prawa do swobodnego przepływu pracowników”. (Duszczyk, 2012, s. 307).

²⁶⁷ Punktem wyjścia jest przyjęcie doktrynalnego postulatu – co wiąże się z doktryną migracji – uznania Polski za kraj otwarty dla imigrantów „Polska nie tylko dla Polaków”, ale każdy, kto chce w Polsce zamieszkać i tu żyć, pracować, powinien korzystać z przyjaznego tu klimatu społecznego. Przynajmniej z takiego klimatu, jakiego oczekujemy w stosunku do naszych rodaków w innych krajach. Mówi się też o preferencjach dla osób, które są pochodzenia polskiego, mieszkają za granicą oraz chcą przyjechać do Polski i zamieszkać w niej oraz uproszczeniu procedur migracyjnych. To wizja prowadzenia spójnej polityki imigracyjnej, obejmującej rozmaite dziedziny naszego życia, łącznie z procesami integracji cudzoziemców mieszkających w Polsce. Por. Rajkiewicz (2011b).

Cele do osiągnięcia

1. Uprzywilejowanie określonych grup cudzoziemców w zakresie pobytu, pracy i nauki na terytorium Polski.
2. Działania skierowane do cudzoziemców polskiego pochodzenia.
3. Polityka imigracyjna dostosowana do priorytetów rynku pracy i konkurencyjności polskiej gospodarki.
4. Zwiększenie skuteczności działań w zakresie przeciwdziałania nielegalnej migracji
5. Stworzenie spójnej polityki integracji społecznej w Polsce różnych kategorii cudzoziemców.

1. Uprzywilejowanie określonych grup cudzoziemców w zakresie pobytu, pracy i nauki na terytorium Polski ²⁶⁸

System admisyj i legalizacji pobytu cudzoziemców w Polsce, poza rozwiązaniami o charakterze ogólnym, powinien przewidywać preferencyjne rozwiązania prawne w zakresie pobytu i pracy na terytorium RP dla wybranych grup cudzoziemców, do których należą:

- osoby pochodzenia polskiego²⁶⁹,
- studenci, naukowcy, absolwenci polskich uczelni,
- cudzoziemcy prowadzący działalność gospodarczą, w szczególności kreującą nowe miejsca pracy,
- imigranci zarobkowi o potrzebnych kwalifikacjach,
- obywatele państw członkowskich UE, członkowie ich rodzin, inni cudzoziemcy korzystający z zasady swobodnego przepływu osób²⁷⁰,
- członkowie rodzin obywateli polskich oraz cudzoziemcy osiadli w Polsce,
- małoletni, w szczególności małoletni bez opieki,
- cudzoziemcy wykazujący zainteresowanie procesem integracji w Polsce i podejmujący działania w tym kierunku (np. nauka języka polskiego, aktywność społeczna etc.),
- osoby objęte ochroną na terytorium RP,
- przypadki humanitarne, medyczne, ofiary handlu ludźmi,
- inne kategorie, które mogą być wyodrębnione na podstawie porozumień międzynarodowych, partnerstwa na rzecz mobilności, itp.

2. Działania skierowane do cudzoziemców polskiego pochodzenia

Szczególne działania powinny być skierowane do cudzoziemców polskiego pochodzenia, ponieważ jest to grupa mająca wyjątkowe znaczenie dla polityki państwa i jego interesów, również z uwagi na uwarunkowania historyczne Polski.

²⁶⁸ *Polityka Migracyjna – Stan obecny i postulowane działania* (2011), wersja 31.07.2012 r.

²⁶⁹ Tzn. osoby, których pochodzenie polskie zostało stwierdzone na podstawie przepisów ustawowych.

²⁷⁰ Potrzeba uprzywilejowanego traktowania cudzoziemców – obywateli państw członkowskich i ich rodzin wynika z postanowień Traktatu o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej (art. 21) oraz dyrektywy 2004/38/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie prawa obywateli Unii i członków ich rodzin do swobodnego przemieszczania się i pobytu na terytorium Państw Członkowskich. Status ww. osób wymaga zrównania ich z obywatelami państwa przyjmującego w zakresie dostępu do rynku pracy, szkolnictwa, opieki społecznej itp., co oznacza, że nie mają do nich zastosowania klasyczne instrumenty polityki migracyjnej. Z tego powodu cudzoziemcy należący do tej grupy nie będą bezpośrednimi adresatami działań rekomendowanych w ramach polityki migracyjnej.

Kierunki działań:

Do zadań w tym obszarze należy:

- uregulowanie problematyki stwierdzania polskiego pochodzenia oraz uprawnień przysługujących osobom polskiego pochodzenia, w tym możliwości osiedlenia się w Polsce,
- poszerzenie kręgu osób mogących ubiegać się o uzyskanie stwierdzenia polskiego pochodzenia,
- wejście w życie ustawy o Karcie Polaka wprowadziło ożywienie w środowiskach polskich na Białorusi i Ukrainie oraz wzrost zainteresowania nauką języka polskiego,
- niezrealizowana nadal pozostaje dyspozycja art. 52 ust. 5 *Konstytucji*, a coraz więcej osób dysponujących Kartą Polaka przyjeżdża do Polski i występuje o zezwolenia na pobyt.

Repatriacja nie stała się jednym z priorytetów politycznych, można powiedzieć, że stanowi marginalny wątek polityki migracyjnej. Prowadzenie akcji repatriacyjnej wymaga sięgnięcia po instrumenty z dziedziny polityki społecznej, co w przypadku wzrostu liczby osób przybywających do Polski będzie generowało znaczne wydatki z budżetu na ten cel. Postulat zwiększenia zakresu świadczeń dla repatriantów najdobitniej wyrażają zapisy obywatelskiego projektu ustawy o powrocie do Rzeczypospolitej Polskiej osób pochodzenia polskiego deportowanych i zesłanych przez władze Związku Socjalistycznych Republik Radzieckich.

Kierunki działań:

Sytuacja w stosunku do końca lat 90. uległa zmianie. Należy zwrócić uwagę na:

- efekty akcji repatriacyjnej należy uznać za niezadowalające, przede wszystkim z uwagi na długi czas oczekiwania na wizę repatriacyjną przez osoby, które nie dysponują warunkami do osiedlenia się,
- zmiana przepisów dotyczących repatriacji w kierunku pozwalającym na skrócenie okresu oczekiwania na przyjazd repatriantów do Polski.

Należy na nowo zastanowić się nad kompleksowym uregulowaniem statusu cudzoziemców polskiego pochodzenia, ustawowo rozwiązać kwestię legalizacji ich pobytu w Polsce i stworzyć perspektywę nabycia obywatelstwa polskiego dla tych osób, które zrealizują zamiar osiedlenia się w Polsce.

3. Polityka imigracyjna dostosowana do priorytetów rynku pracy i konkurencyjności polskiej gospodarki

Polityka imigracyjna powinna być dostosowana do priorytetów rynku pracy, a z drugiej strony uwzględniać potrzebę zapewnienia konkurencyjności polskiej gospodarki.

Kierunki działań:

- Utworzenie aktywnego systemu pozyskiwania pracowników cudzoziemskich (m. in. na podstawie bilateralnych umów międzynarodowych). Pożądane jest podpisywanie umów migracyjnych z tzw. „krajami trzecimi” dot. imigracji zarobkowej do Polski.
- Wprowadzenie mechanizmów systematycznego monitoringu popytu i podaży na rynku pracy, co pozwoli na elastyczne reagowanie na zapotrzebowanie na pracowników o określonych kwalifikacjach.
- Wprowadzenie uzupełniającego charakteru zatrudniania imigrantów zarobkowych, względem pracowników lokalnych (reglamentacja w zakresie zatrudniania cudzoziemców przy jednoczesnym stosowaniu systemu zwolnień podmiotowych i przedmiotowych).

- Otwarcie dostępu do rynku pracy dla cudzoziemców legalnie przebywających w Polsce.
- Stosowanie ułatwień w dostępie do rynku pracy dla absolwentów polskich uczelni, pracowników wysoko wykwalifikowanych oraz cudzoziemców o pożądanym kwalifikacjach zawodowych.
- Stosowanie ułatwień dla inwestorów.
- Promowanie migracji cyrkulacyjnych, w tym w celu wykonywania pracy sezonowej,
- Rozwijanie mechanizmu uproszczonego podejmowania pracy w Polsce (system oświadczeń).
- Uproszczenia przepisów dotyczących możliwości podejmowania pracy w Polsce przez cudzoziemców.

4. Zwiększenie skuteczności działań w zakresie przeciwdziałania nielegalnej migracji

Przeciwdziałanie nielegalnej migracji jest nie tylko jednym z priorytetów Unii Europejskiej, lecz także istotnym elementem kompleksowego podejścia do zagadnienia zarządzania migracjami na poziomie krajowym. Ustalenia dotyczące zwalczania tego zjawiska wskazują na potrzebę utrzymania oraz skutecznego egzekwowania obecnych przepisów z zakresu możliwości przeciwdziałania nadużyciom w postępowaniach związanych z legalizacją pobytu.

Kierunki działań:

- Skuteczne wykorzystywanie instrumentów polityki wizowej do przeciwdziałania nielegalnej imigracji (ocena ryzyka imigracyjnego, konsultacje i wymiana informacji z instytucjami krajowymi oraz służbami konsularnymi innych państw, w szczególności strefy Schengen).
- Zmiana przepisów dotyczących kontroli prowadzonej w trakcie postępowań administracyjnych z zakresu legalizacji pobytu cudzoziemców w kierunku zapewniającym właściwym służbom możliwość rzeczywistej oceny stanu faktycznego (np. zniesienie wymogu uprzedniego informowania o terminie przeprowadzenia wywiadu środowiskowego lub kontroli legalności zatrudnienia)²⁷¹.
- Ograniczanie kanałów nielegalnej imigracji (pozorni studenci, fikcyjne małżeństwa, cudzoziemcy wykorzystujący uproszczony system zatrudnienia wyłącznie w celu uzyskania prawa wjazdu do strefy Schengen), poprzez wzmocnienie współpracy i wymiany informacji pomiędzy instytucjami krajowymi, a także skuteczniejsze wykrywanie i karanie podmiotów ułatwiających nielegalną imigrację.
- Upowszechnianie informacji w krajach pochodzenia o możliwościach migracji legalnej przy jednoczesnym wskazaniu skutków naruszenia przepisów prawa imigracyjnego.
- Skracanie czasu wykonania decyzji o wydaleniu, w szczególności w przypadku małoletnich osadzonych w ośrodkach strzeżonych oraz stworzenie małoletnim możliwie najkorzystniejszych warunków, przede wszystkim w zakresie dostępu do edukacji i ochrony zdrowia.
- Wprowadzenie zmian prawnych określających dolną granicę wieku umieszczania małoletnich bez opieki w ośrodkach detencyjnych po ukończeniu 15 roku życia.
- Zawieranie kolejnych umów o readmisji i usprawnianie ich realizacji.
- Promowanie dobrowolnych powrotów imigrantów przebywających nielegalnie.

²⁷¹ W 2012 r. kontynuowano prace nad projektem nowej ustawy o cudzoziemcach, która będzie regulować większość zagadnień związanych z pobytem obywateli państw trzecich na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Ponadto należy rozważyć wprowadzenie mechanizmu pozwalającego w indywidualnych przypadkach na zalegalizowanie pobytu cudzoziemcom przebywającym nielegalnie. Wskazane jest także wprowadzenie przepisów umożliwiających cudzoziemcom przebywającym w Polsce nielegalnie wyjazd z Polski bez ponoszenia negatywnych konsekwencji związanych z nielegalnym pobytom na terytorium RP (odstąpienie od wpisu danych do wykazu cudzoziemców, których pobyt na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej jest niepożądany lub krótsze obowiązywanie wpisu, przy jednoczesnym odnotowaniu w systemie faktu nielegalnego pobytu oraz dobrowolnego wyjazdu z Polski).

W przypadku wystąpienia okoliczności uzasadniających podjęcie decyzji o legalizacji pobytu w trybie abolicji, podstawową przesłankę powinien stanowić fakt, iż dany cudzoziemiec nie stanowi zagrożenia dla obronności i bezpieczeństwa państwa oraz porządku publicznego, a jego pobyt nie będzie wiązał się z nadmiernymi obciążeniami dla budżetu państwa. Dodatkowym elementem rozpatrywanym w trakcie postępowania o zalegalizowanie pobytu w tym trybie powinno być zbadanie stopnia zintegrowania wnioskodawcy ze społeczeństwem polskim.

Abolicja umożliwia zalegalizowanie pobytu (bądź wyjazd z kraju), natomiast nie może doprowadzić do bezkarności osób, które popełniły przestępstwo lub wykroczenie o charakterze innym niż imigracyjny (nielegalny pobyt, nielegalna praca). Z punktu widzenia badania skuteczności proponowanych działań w zakresie legalizacji pobytu imigrantów przebywających nielegalnie konieczne jest opracowanie przez organy państwowe regularnych analiz dotyczących skutków abolicji²⁷².

5. Stworzenie spójnej polityki integracji społecznej w Polsce różnych kategorii cudzoziemców

Stopniowy wzrost liczby imigrantów w Polsce powoduje konieczność określenia polityki integracji cudzoziemców oraz ich roli w polskim społeczeństwie. Polityka integracyjna może pomóc w budowie spójnych, zwartych i tolerancyjnych społeczeństw, w których populacja imigrantów harmonijnie koegzystuje z ludnością miejscową. Poza utrzymaniem dotychczasowego systemu integracji w przypadku grup wymagających szczególnej troski.

Kierunki działań:

- Przyjęcie kompleksowych rozwiązań w odniesieniu do integracji cudzoziemców pozostających poza systemem ochrony międzynarodowej, również z uwzględnieniem możliwości uzyskania obywatelstwa polskiego.
- Przyjęcie zasady określania polityki integracyjnej na poziomie centralnym, przy założeniu prowadzenia działań integracyjnych na szczeblu lokalnym.

²⁷² W okresie od 1 stycznia do 2 lipca 2012 r. cudzoziemcy, którzy przebywali w Polsce nielegalnie, mieli możliwość zalegalizowania pobytu. We wskazanym okresie można było składać wnioski o wydanie zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony w związku z akcją regularyzacyjną (tzw. abolicją). Podstawowym wymogiem udzielenia zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony był nieprzerwany pobyt cudzoziemca w Polsce co najmniej od 20 grudnia 2007 roku. O zalegalizowanie pobytu w ramach tzw. abolicji mogli wystąpić także cudzoziemcy, którym przed 1 stycznia 2010 r. wydano ostateczną decyzję o odmowie nadania statusu uchodźcy i orzeczone o ich wydaleniu. Wymogiem uzyskania przez takich cudzoziemców zezwolenia był ich nieprzerwany pobyt w Polsce co najmniej od 1 stycznia 2010 roku. Złożono 9521 wniosków. Do końca 2012 r. wydano w I instancji 4 405 decyzji pozytywnych. Najwięcej decyzji pozytywnych otrzymali obywatele Ukrainy, Wietnamu i Armenii.

- Zwiększenie zakresu współpracy ze środowiskami imigrantów w procesie integracji cudzoziemców.
- Popularyzowanie działań przybliżających społeczeństwu polskiemu problematykę imigrantów, w tym kwestie dotyczące osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy, jak również osób, które już otrzymały w Polsce jedną z form ochrony, tj. status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zgodę na pobyt tolerowany.
- Prowadzenie działań na rzecz wzmocnienia wiedzy o zjawisku integracji oraz ustanowienie monitoringu działań podejmowanych w ramach integracji.

Niezależnie od powyższych rekomendacji, należy podkreślić, że kluczową kwestią dla właściwego przebiegu integracji jest znajomość języka polskiego. Udział w programach integracyjnych powinien mieć charakter dobrowolny, ale należy wprowadzić system bodźców, zachęcających do udziału w takich programach. Przy finansowaniu działań integracyjnych należy korzystać z przewidzianych na ten cel instrumentów finansowych, w szczególności z Europejskiego Funduszu na rzecz Integracji Obywateli Państw Trzecich, a także działalności organizacji pozarządowych.

PRIORYTET IV.4. Wspieranie współczesnych migracji edukacyjnych

Cele do osiągnięcia

1. Pobudzenie kontaktów międzynarodowych placówek edukacyjnych.
2. Wspieranie migracji edukacyjnych.
3. Utrzymanie szkolnictwa polskiego za granicą i zapewnienie edukacji obcokrajowcom w Polsce.

1. Pobudzenie kontaktów międzynarodowych placówek edukacyjnych

Program „Uczenie się przez całe życie” (programy sektorowe: Comenius, Leonardo da Vinci, Grundtvig, Erasmus oraz Wizyty Studyjne) to program Unii Europejskiej w dziedzinie edukacji i doskonalenia zawodowego przewidziany na lata 2007–2013, który wspiera rozwój różnych form uczenia się przez całe życie poprzez współpracę między systemami edukacji i szkoleń w krajach uczestniczących. Program ma się przyczynić do podnoszenia jakości i zwiększenia atrakcyjności szkolnictwa i kształcenia zawodowego w Europie. Istotnym elementem programu jest możliwość wyjazdów, które umożliwiają beneficjentom poznanie kształcenia za granicą, poznanie innych systemów kształcenia oraz wymianę dobrych praktyk²⁷³.

²⁷³ Przykładowo: Wizyty Studyjne polegają na organizacji krótkich wyjazdów (3–5 dni), w trakcie których są organizowane spotkania w małych grupkach specjalistów z różnych krajów europejskich pracujących w podobnych obszarach kształcenia. Z kolei w ramach programu sektorowego Comenius odbywa się akcja „Wyjazdy indywidualne uczniów”, w ramach których uczniowie szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych spędzają od 3 do 10 miesięcy w szkole przyjmującej i rodzinie goszczącej za granicą. Akcja Asystentura Comeniusa promuje wyjazdy na praktykę pedagogiczno-zawodową trwającą od 13 do 45 tygodni podczas roku szkolnego. Osobami uprawnionymi do ubiegania się o wyjazd na Asystenturę Comeniusa są studenci kierunków nauczycielskich, mający za sobą co najmniej 2 lata studiów oraz absolwenci kierunków nauczycielskich, którzy nigdy wcześniej nie uczyli w szkole. W ramach programu sektorowego Leonardo da Vinci beneficjenci mają możliwość skorzystania z projektów mobilnościowych, których celem jest wspieranie międzynarodowej mobilności osób w trakcie szkolenia zawodowego oraz osób odpowiedzialnych za prowadzenie takich szkoleń.

Program „Uczenia się przez całe życie” oraz program „Młodzież w działaniu” zostaną zastąpione programem „Erasmus plus”, który będzie realizowany w latach 2014–2020.

Rząd RP i właściwe resorty, stwarzają możliwości do podejmowania i realizacji międzynarodowej współpracy w obszarze edukacji, nauki, współpracy i wymiany młodzieży określone w umowach dwustronnych, wielostronnych, m.in. Grupy Wyszehradzkiej, Trójkąta Weimarskiego, listów intencyjnych czy deklaracji współpracy. Udział dzieci i młodzieży w międzynarodowych edukacyjnych programach i projektach pozwala na rozwijanie kluczowych kompetencji, w tym językowych, kulturowych i obywatelskich, które ułatwiają i wspierają procesy migracji. Rząd RP zachęca do podejmowania kontaktów międzynarodowych, inicjuje i organizuje przedsięwzięcia w zakresie współpracy i wymiany uczniów oraz współpracy i doskonalenia nauczycieli, a także wspiera finansowo i merytorycznie podmioty uczestniczące w realizacji międzynarodowych projektów.

Ważnym elementem współpracy międzynarodowej są obszary przygraniczne, w których korzystne jest współdziałanie administracji zespolonej, władz samorządowych i podmiotów oświatowych.

Kierunki działań:

- Zachęcanie do realizacji międzynarodowych porozumień i projektów edukacyjnych z krajami ościennymi i innymi zainteresowanymi wymianą międzynarodową uczniów i nauczycieli.
- Uczestnictwo w wizytach studyjnych na temat edukacji.
- Upowszechnianie informacji o możliwościach podejmowania międzynarodowej współpracy w obszarze edukacji, nauki, współpracy młodzieży i współpracy i doskonalenia nauczycieli w ramach umów międzynarodowych oraz programów edukacyjnych Unii Europejskiej.

Podmiot odpowiedzialny:

Ministerstwo Edukacji, Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Ministerstwo Kultury i Dziedzictwa Narodowego, Ministerstwo Spraw Zagranicznych.

2. Wspieranie migracji edukacyjnych

Migracje edukacyjne

Podejmowanie nauki przez cudzoziemców w systemie edukacyjnym i szkolnictwie wyższym staje się jednym z priorytetów wielu państw zainteresowanych prowadzeniem aktywnej polityki imigracyjnej²⁷⁴. Z jednej strony pozwalają one na uzyskiwanie dochodów przez szkoły oraz uczelnie, z drugiej natomiast stanowią kanał imigracji wysoko kwalifikowanych cudzoziemców, którzy mogą uzupełniać niedobory na rynku pracy danego państwa przyjmującego²⁷⁵. W ramach działań podejmowanych przez administrację rządową w zakresie polityki migracyjnej warto zwrócić uwagę na zaliczenie studentów cudzoziem-

²⁷⁴ Zob. Żołędowski (2010), s. 14–43.

²⁷⁵ W ostatnim czasie m.in. takie państwa jak Wielka Brytania, Austria czy Niemcy wprowadziły do swojej polityki imigracyjnej instrument polegający na przyznawaniu cudzoziemskim absolwentom szkół zawodowych oraz szkół wyższych mających siedzibę na ich terytorium prawa do pobytu oraz zatrudnienia. Ponadto otrzymują oni prawo do poszukiwania zatrudnienia przez określony czas, tak więc w stosunku do nich nie jest stosowany test rynku pracy. Powodem takiego podejścia jest przekonanie, że absolwenci tacy nie stanowią zagrożenia dla zwiększenia bezrobocia wśród pracowników krajowych oraz, co niezmiernie ważne, jedynie sporadycznie sprawiają problemy integracyjne.

skich do grupy uprzywilejowanych obcokrajowców jaka została wskazana w dokumencie „Polityka migracyjna Polski – stan obecny i postulowane działania”, przygotowany przez międzyresortowy Zespół do Spraw Migracji, przyjęty przez Radę Ministrów w dniu 31 lipca 2012. Istotne ułatwienia administracyjne znajdują się również w założeniach do nowelizacji ustawy o cudzoziemcach.

Jednocześnie należy zwrócić uwagę na konieczność zniesienia pozostających ograniczeń biurokratycznych, głównie dotyczących przyznawania prawa do pobytu, dotyczących cudzoziemskich absolwentów polskich wyższych uczelni zarówno na poziomie studiów pierwszego, jak i drugiego stopnia. Absolwenci tacy powinni zostać uznani za osoby wysoko kwalifikowane, co powinno oznaczać automatycznie (o ile złożą takie oświadczenie) przyznawanie prawa do pobytu na określony czas (nie krócej jednak niż na jeden rok) z prawem do nieograniczonego poszukiwania i podejmowania zatrudnienia. Po roku zatrudnienia powinni oni również uzyskiwać prawa wynikające z procedury łączenia rodzin. Należałoby rozważyć również przyznanie takiego prawa absolwentom najlepszych uczelni na świecie, co pozwoliłoby w praktyce sprawdzić na ile Polska może być atrakcyjnym miejscem dla imigracji wysoko kwalifikowanych pracowników.

Migracjom edukacyjnym powinno się przyznać najwyższy priorytet w ramach polityki migracyjnej i doprowadzić do przyznania oddzielnego budżetu na promocję studiowania w Polsce oraz pozostawania w Polsce po zakończeniu okresu nauki. Państwo powinno natomiast starać się ułatwić drogę wjazdu potencjalnym studentom i legalizację ich pobytu przez uproszczenie formalności związanych z uzyskiwaniem dokumentów pobytowych przez tę grupę, przy jednoczesnym podjęciu działań zapobiegających wykorzystywaniu tych procedur wyłącznie w celu zalegalizowania pobytu.

Obecnie zidentyfikowanym problemem w migracjach edukacyjnych jest zjawisko powrotów absolwentów szkół wyższych do kraju pochodzenia po ukończeniu edukacji w Polsce²⁷⁶. Warto byłoby rozważyć wprowadzenie możliwości podejmowania zatrudnienia przez studentów podczas roku akademickiego, ale także i poza nim, co mogłoby wpłynąć na zwiększenie odsetka osób pozostających po ukończeniu studiów w Polsce.

Kierunki działań:

W celu wzmocnienia obecności cudzoziemców kształcących się i prowadzących badania naukowe w Polsce należy:

- upowszechniać informacje na temat możliwości studiowania w Polsce,
- stworzyć kompleksowy system rekrutacji cudzoziemców – kandydatów na studia w Polsce, obejmujący zarówno procedury związane z naborem kandydatów, jak i udzielaniem im wiz (realizacja: MNiSW we współpracy z MSZ),
- uprościć formalności związane z uzyskiwaniem dokumentów pobytowych przez studentów i pracowników naukowych, przy jednoczesnym podjęciu działań zapobiegających wykorzystywaniu ww. procedur wyłącznie w celu zalegalizowania pobytu (np. monitorowanie przez uczelnie procesu odbywania studiów przez cudzoziemców w Polsce),
- rozwijać system stypendialny, zachęcający do studiowania w Polsce na kierunkach istotnych z uwagi na znaczenie realizowanych przez uczelnie badań naukowych lub z punktu widzenia rynku pracy.
- zachęcać i stwarzać warunki do osiedlania się absolwentów cudzoziemskich w Polsce.

²⁷⁶ Żołędowski i inni (2010).

3. Utrzymanie szkolnictwa polskiego za granicą i zapewnienie edukacji obcokrajowcom w Polsce

Wejście Polski do Unii Europejskiej i otwarcie rynków pracy spowodowało wzrost zainteresowania problematyką edukacji polskiej młodzieży w systemie szkolnictwa polskiego i unijnego. W szczególności dotyczy to takich krajów Europy Zachodniej, jak: Niemcy, Irlandia, Wielka Brytania, Hiszpania, Holandia, Włochy, Austria, Francja, Belgia, Szwecja, Dania, Islandia i Norwegia. Oświata polonijna stanowi bardzo istotne ogniwo łączące kraj pochodzenia z krajem przebywania Polaków i niejednokrotnie jedyną możliwość zaakcentowania swojej odrębności w odmiennym świecie etnicznym i kulturowym.

Środowiska polonijne i polskie za granicą oczekują zwiększonego zaangażowania władz polskich w rozwiązywanie problemów polskiej oświaty za granicą, modeli kształcenia młodzieży, systemu doksztalcania nauczycieli, opracowania i dystrybucji pomocy dydaktycznych, działań promujących język polski i kulturę narodową, utworzenia sprawnego systemu informacji oświatowej i bazy danych.

Kwestie dotyczące edukacyjnej integracji dzieci migrantów znalazły odzwierciedlenie w przyjętej 25 lipca 1977 r. przez Radę Wspólnot Europejskich *Dyrektywie 77/486/EWG w sprawie kształcenia dzieci pracowników migrujących*.

Polskie placówki dyplomatyczno-konsularne aktywnie włączyły się we wspieranie działań i dążeń polskich społeczności o adekwatną pomoc administracji lokalnych na rzecz wprowadzenia nauki języka polskiego i kultury narodowej do wybranych szkół w miejscach o dużej koncentracji Polaków, w oparciu o zobowiązania państw członkowskich wynikające z Dyrektywy Rady. Część dzieci i młodzieży polskiej mieszkających w Wielkiej Brytanii i Irlandii oraz w innych krajach UE uczy się języka polskiego jako przedmiotu dodatkowego w ramach zajęć fakultatywnych prowadzonych przez szkoły publiczne, do których uczęszczają (nierzadko kraj pobytu pokrywa wszystkie koszty związane z prowadzeniem takich zajęć) – w ramach realizacji zapisów tej Dyrektywy. Nauczanie takie odbywa się również – na różną skalę – w innych krajach UE (np. Niemcy, Austria, Włochy, Szwecja, Finlandia, Dania), w których rodzice wyrażą zainteresowanie taką formą nauki języka polskiego i zgłoszą swój postulat do lokalnych władz. Barię trudną do pokonania w realizacji tej idei bywa wymóg określonej, minimalnej liczby dzieci do stworzenia odpowiedniej grupy uczniów (6–10 dzieci). Obecnie modele oświaty polonijnej i polskiej za granicą są bardzo zróżnicowane: od finansowania w różnym zakresie przez państwo osiedlenia nauczania w języku polskim – od przedszkola po maturę – do szkół prywatnych, w większości sobotnio-niedzielnych, oraz szkół utrzymywanych przez polskie parafie i organizacje. W każdym przypadku proces nauczania jest w jakiś sposób kontrolowany przez organizacje rządowe lub samorządowe. Wiąże się to także z subwencjami przyznawanymi z podatków obywateli państwa przyjmującego. Do roku 2008 (początek światowej dekonunktury gospodarczej) władze lokalne w poszczególnych krajach starały się rozwiązywać problem konstruktywnie, dofinansowując lub ponosząc całościowe koszty wynajmu sal lekcyjnych, honorariów nauczycielskich czy zakupu podręczników. Lekcje języka ojczystego odbywały się często w szkołach publicznych. Z uwagi na pogłębiający się w poszczególnych krajach europejskich kryzys ekonomiczny, którego konsekwencją jest ograniczanie środków na działalność publiczną i edukacyjną, pojawiają się coraz większe trudności (nie tylko finansowe) w zaspokajaniu potrzeb oświatowych dzieci z polskich środowisk migracyjnych gwarantowanych przez ww. Dyrektywę.

Kierunki działań:

- Prowadzenie szkół i szkolnych punktów konsultacyjnych dla dzieci obywateli polskich czasowo przebywających za granicą.

- Wspieranie oświaty polonijnej organizowanej przez podmioty społecznie działające.
- Wspieranie nauczania języka polskiego w ramach obcych systemów oświaty.

PRIORYTET IV. 5. Podniesienie stanu wiedzy o współczesnych procesach migracyjnych

Migracje w ich różnych wymiarach wymagają zaplanowanego i usystematyzowanego systemu obserwacji (zbierania danych i informacji oraz ich analizy), który pozwoli nie tylko na diagnozę i kontrolę tego zjawiska, lecz także na kreowanie świadomej polityki w tym obszarze, pozwalającej między innymi na identyfikację nowych wyzwań i potrzeb.

We wszystkich badaniach nad migracjami autorzy zwracają uwagę na konieczność prowadzenia skutecznego monitoringu ruchów migracyjnych. Problemem, z jakim boryka się obecnie polski system statystyki publicznej, którego głównym źródłem informacji o obserwowanych zjawiskach migracyjnych z Polski są rejestry lub badania spisowe, jest brak możliwości dostarczenia wiarygodnej informacji o masowym odpływie, który często ma charakter tymczasowy i przez to pozostaje nierejestrowany. Choć obowiązuje obecnie ustawa²⁷⁷ obliguje obywateli zameldowanych na pobyt stały lub czasowy o powiadomieniu właściwego organu o planowanym wyjeździe, który ma trwać ponad 6 miesięcy, to jak pokazują wyniki badania przeprowadzonego na Opolszczyźnie przepis ten należy do martwych, gdyż ubytek ludności zamieszkałej za granicą w stosunku do faktycznie zarejestrowanej sięgał tam nawet ponad 50%²⁷⁸.

W myśl nowej ustawy z dnia 7 grudnia 2012 r. o zmianie ustawy z 24 września 2010 r. o ewidencji ludności (Dz. U. 2010 nr 217 poz. 1427) od dnia 1 stycznia 2016 r. obowiązek meldunkowy zostanie całkowicie zniesiony, co oznacza, że nie będą już gromadzone dane dotyczące zdarzeń związanych z faktyczną zmianą miejsca zamieszkania, w tym również informacji o wyjazdach za granicę polskich obywateli. Jest to zatem bardzo dobry moment by zastanowić się nad przyszłością systemu polskiej statystyki publicznej, która powinna móc dostarczać informacji dotyczących procesów migracji.

Obecnie brakuje wiarygodnej informacji o wielkości nierejestrowanej emigracji stałej (tak zwanej emigracji zawieszonyj), co ma istotny wpływ na obliczane wskaźniki demograficzne. Faktyczna liczba ludności jest niejednokrotnie istotnie mniejsza od rejestrowanej stąd wszystkie wielkości per capita obliczane są przy uwzględnieniu populacji oficjalnie większej (o niewymeldowanych emigrantach stałych). Ponadto osoby tworzące grupę emigrantów zawieszonych są dwukrotnie liczone w statystyce międzynarodowej. Występowanie problemu nierejestrowanej migracji stałej i zarobkowej powoduje, że zaniżane są wskaźniki zatrudnienia oraz udział bezrobotnych wśród ludności w wieku produkcyjnym, a zawyżane stopy bezrobocia liczone w stosunku do liczby ludności aktywnej zawodowo. Statystyka migracji jest zatem niezbędna nie tylko do prowadzenia polityki migracyjnej oraz wspólnotowej polityki rynku pracy. Jest również potrzebna do zapewnienia poprawnych szacunków i prognoz ludności, które są z kolei konieczne dla zapewnienia rozwoju Polski i monitorowania polityki społeczno-gospodarczej naszego kraju.

Specyfika migracji wymaga stosowania bardzo precyzyjnych zasad gromadzenia informacji oraz stosowania jednolitych definicji, z uwagi na specyficzne uwarunkowania tego zjawiska. W sytuacjach, w których dane zawarte w rejestrach państwowych nie zawsze odzwierciedlają faktyczną skalę zjawiska, ważnym, a czasami jedynym źródłem informacji

²⁷⁷ Ustawa z dnia 7 grudnia 2012 r. o zmianie ustawy z dnia 10 kwietnia 1974 r. o ewidencji ludności i dowodach osobistych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2012 r. poz.1407).

²⁷⁸ R. Jończy, *Migracja zagraniczna z Polski – wybrane problemy terminologiczne i metodyczne. Doświadczenia z badań prowadzonych na obszarze Śląska*, prezentacja na konferencji w Jachrance, 25 marca 2011 r.

o migracjach pozostają dane szacunkowe. Mają one kluczowe znaczenie w przypadku badania zasobów migracyjnych, które nie są statystycznie mierzalne. Dane szacunkowe GUS są obecnie wiarygodnym źródłem informacji o skali migracji, lecz niewystarczającym.

Innym problemem jest wykorzystywanie zawartych w rejestrze PESEL danych cudzoziemców zameldowanych na pobyt stały, w celu uzyskania informacji dotyczących cudzoziemców przebywających na terytorium Polski²⁷⁹.

Badacze z Ośrodka Badań nad Migracjami przy współudziale pracowników Głównego Urzędu Statystycznego realizowali projekt „Mobilność i migracje w dobie transformacji – wyzwania metodologiczne”, którego celem było krytyczne spojrzenie na obecne metody zbierania danych statystycznych dotyczących migracji, ale także przetestowanie niekonwencjonalnych metod pozyskiwania danych na temat mobilności²⁸⁰. Owocem przeprowadzonych prac badawczych są metody, których wdrożenie do programu badań statystyki publicznej umożliwiłoby realizację przez Główny Urząd Statystyczny regularnych badań dostarczających informacji o procesie emigracji i imigracji z/do Polski, co mogłoby znacznie zwiększyć jakość otrzymywanych statystyk i tym samym poprawić narzędzia oceny sytuacji na polskim rynku pracy.

Zasoby wiedzy dotyczącej procesów migracyjnych są w Polsce dość znaczne, ale charakterystyczne jest rozproszenie badań migracyjnych. Oprócz Ośrodka Badań nad Migracjami UW w Warszawie, który dziś pełni rolę dominującą, znacznie rozwinięte są badania w Opolu, Krakowie i Poznaniu (spośród 16 ośrodków badających procesy migracyjne w Polsce). Wiodąca rola OBM wynika przede wszystkim z kontaktów międzynarodowych, pozycji międzynarodowej i aktywności wybitnych badaczy oraz z możliwości publikacji badań naukowych. Dużą rolę odgrywa tu „Biuletyn Migracyjny”, który informuje systematycznie o procesach migracyjnych. Ośrodek Badań nad Migracjami UW predestynuje do roli koordynatora ogólnej działalności badawczej w kraju – wymiany wyników badań, współpracy, wspólnego prowadzenia badań.

Niezależnie od powyższych działań istnieje potrzeba opracowania systemu monitoringu zarówno skali przepływów pracowniczych, jak i sytuacji osób przebywających za granicą, a także sytuacji ich rodzin mieszkających w kraju. Pozwoli to na lepsze ukierunkowanie polityki wobec zjawiska emigracji zarobkowej Polaków, która jest silnie zależna od zmieniających się uwarunkowań wewnętrznych i zewnętrznych.

Kierunki działań:

Uzyskanie niezbędnej, pogłębionej wiedzy dotyczącej migrantów²⁸¹ wywołuje konieczność określenia priorytetów przyszłego systemu monitoringu, do których należy zaliczyć:

²⁷⁹ Skuteczną metodę monitoringu stanowi działalność kontrolna w zakresie legalności pobytu, zatrudnienia, edukacji oraz integracji cudzoziemców. Wydaje się jednak, że właściwe organy upoważnione do kontroli, w szerszym niż dotychczas zakresie powinny korzystać ze swoich uprawnień oraz dzielić się z zainteresowanymi podmiotami wynikami ujawnionych nieprawidłowości. Warto także zauważyć, że o ile kontrole legalności pobytu są prowadzone w stosunkowo szerokim zakresie, o tyle problemy związane z realizacją praw cudzoziemców rzadko stają się przedmiotem postępowań i badań (*Polityka migracyjna...*, 2011).

²⁸⁰ *Raport z realizacji projektu badawczego. Mobilność i migracje w dobie transformacji – wyzwania metodologiczne* (2011).

²⁸¹ Nie w pełni rozpoznane są obszary wyjazdów z Polski, obszary alokacji większych zbiorowisk w przestrzeni europejskiej (i poza), a także projekcje możliwych, kolejnych decyzji migracyjnych (patrz wyniki spisu 2011 w zakresie migracji). Nowa sytuacja wymaga nowej, uważnej diagnozy i nowej strategii w zakresie polityki ludnościowej odnoszącej się do migracji zagranicznych. Celem strategicznym w zakresie nowej diagnozy jest ustalenie skali, przyczyn i trwałości emigracji przy jednoczesnej ocenie charakterystyki obecnych i potencjalnych zachowań migrantów znajdujących się poza granicami Polski w głównych krajach (obszarach) i ich lokalizacji (układ przestrzenny). Celem strategicznym w nowych projekcjach migracji jest sformułowanie – adekwatnych do rozmiarów, przyczyn i charakterystyki – efektywnych działań realizujących cele polityki ludnościowej państwa (nowa strategia). Por. Rajkiewicz (2011b).

- Bieżącą obserwacją ruchów migracyjnych (emigrantów i imigrantów), identyfikującą sposoby i formy mobilności, kierunki przemieszczeń ludności i analizę przestrzenną migracji, przede wszystkim w dezgregacji według podstawowych cech (płci i wieku) oraz podstawowe dane społeczno-demograficzne o osobach migrujących.
- Priorytety w zakresie monitoringu sytuacji migracyjnej cudzoziemców wymagają także współdziałania (w ramach właściwości i kompetencji) z organizacjami pozarządowymi działającymi na rzecz cudzoziemców, ośrodkami naukowo-badawczymi, przedstawicielami pracodawców i pracobiorców oraz samorządem gospodarczym. Wiedza i doświadczenia tych podmiotów powinny inspirować i uzupełniać działania administracji publicznej w tym obszarze²⁸².
- Administracja rządowa powinna w większym niż dotychczas zakresie prowadzić działalność analityczno-badawczą, która ma kluczowe znaczenie z punktu widzenia kreowania polityki w stosunku do cudzoziemców. Dotyczy to nie tylko możliwości tworzenia komórek analitycznych w instytucjach zajmujących się tą problematyką, ale także wypracowania bardziej skutecznych mechanizmów, pozwalających na zlecenie badań lub opracowań jednostkom naukowym specjalizującym się w problematyce migracji.
- Ważnym aspektem mającym wpływ na wiedzę o sytuacji cudzoziemców w Polsce jest współpraca z organizacjami pozarządowymi, które ze względu na swoją działalność ukierunkowaną na różne grupy migrantów, posiadają unikalną wiedzę i przydatne z punktu widzenia administracji publicznej doświadczenia.
- Wymiana informacji dotyczących szlaków migrantów, przepisów prawnych odnoszących się do cudzoziemców, sieci migracyjnych, tendencji na rynkach pracy oraz możliwości świadczenia pracy za granicą, pozwala na lepsze zrozumienie uwarunkowań krajowych oraz na podejmowanie decyzji uwzględniających wymiar zewnętrzny.

Uwagi końcowe: Polityka migracyjna jako element polityki ludnościowej

Akcesja Polski do Unii Europejskiej w 2004 r. wymusiła pewne uporządkowanie działań w zakresie polityki ludnościowej, ale nie nabrała całościowego charakteru. W konsekwencji utrwalających się trendów zarówno emigracyjnych jak i imigracyjnych, nakładających się w wyniku wejścia Polski do Unii Europejskiej, sformułowanie klarownych zasad polityki migracyjnej staje się coraz trudniejsze.

²⁸² Skuteczny monitoring polityki migracyjnej wymaga zintegrowania oraz przebudowy istniejących w Polsce rejestrów państwowych. Nowy system powinien opierać się na współpracy i inter-operacyjności systemów informatycznych zarządzających rejestrami i ewidencjami zarówno na poziomie centralnym, jak i gminnym. Rekomendowane jest zintegrowanie z rejestrem, prowadzonym przez Szefa Urzędu do Spraw Cudzoziemców, istniejących w Polsce innych rejestrów, w których są gromadzone dane dotyczące postępowań administracyjnych wobec cudzoziemców. Pierwszym krokiem w tym celu powinno stać się wzajemne powiązanie systemu POBYT i systemu PESEL oraz ich integracja z systemami Narodowego Funduszu Zdrowia, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz bazy danych Ministerstwa Finansów dotyczących podatników, które stanowią niezwykle cenne źródło informacji o przemieszczeniach ludności. Nowa ustawa o cudzoziemcach nie przewiduje rozwiązań w tym zakresie. Niemniej jednak podstawę do komunikacji rejestru PESEL z rejestrem danych o nabyciu i utracie obywatelstwa polskiego, stanowiącym element systemu POBYT stanowi ustawa o ewidencji ludności oraz *rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 23 lutego 2012 roku w sprawie trybu i terminów przekazywania danych pomiędzy rejestrem PESEL a rejestrami centralnymi*. Przy unifikacji, np. podstawowego zakresu danych o osobie w rejestrach, można w stosunkowo łatwy sposób generować wartościowe z punktu widzenia analizy i monitoringu statystyki, bez potrzeby dokonywania kosztownych inwestycji w nowe systemy. W celu generowania kompleksowych statystyk konieczne jest gromadzenie danych w oparciu o jednolity identyfikator przypisany konkretnej osobie (np. stosowanie we wszystkich systemach konsekwentnie numeru PESEL). Por. *Polityka migracyjna...* (2012).

O potrzebie kompleksowej polityki migracyjnej Polski dyskutowali uczestnicy Panelu III „Migracje – konieczność, szansa czy zagrożenie dla gospodarki krajów Unii Europejskiej” pod przewodnictwem prof. dr hab. M. Okólskiego podczas Sesji inauguracyjnej II Kongresu Demograficznego²⁸³. Niewątpliwie debata potwierdza słuszność sformułowania *Założeń polityki ludnościowej Polski*, zwłaszcza w kontekście polityki imigracyjnej.

Polityka taka wymaga przyjęcia nowego spojrzenia na imigrantów jako na grupy, które będą się stopniowo organizować, a następnie jako diaspory będą przyciągać swoich rodaków. W ostatniej dekadzie, a szczególnie od czasu akcesji do UE wytworzyły się cztery grupy, które mogą potencjalnie zasilić strukturę demograficzną naszego kraju: powracający Polacy bądź osoby pochodzenia polskiego, obywatele krajów unijnych, przedstawiciele diaspor oraz wschodni sąsiedzi. Polityka imigracyjna powinna zawierać aspekt osiedlenia, a docelowo dla części osób – naturalizacji²⁸⁴.

W związku z pytaniem, czy polska gospodarka potrzebuje imigrantów, pracodawcy widzą nierównowagę w zapotrzebowaniu na imigrantów i w ich podaży na rynku pracy. Należałoby zatem tak zdefiniować zasady polityki imigracyjnej, aby uwzględniała ona tę charakterystykę polskiego rynku pracy, nadmiary i niedobory kapitału ludzkiego. Wydaje się, że należy spróbować wpływać zarówno instrumentami czysto rynkowymi, jak i regulacjami na zwiększenie strukturalnego dopasowania podaży do popytu na rynku pracy²⁸⁵.

W Polsce występuje nierównomierny napływ cudzoziemców na rynku pracy w różnych regionach. Z drugiej strony regiony są także dotknięte przez ogromny odpływ ludzi młodych, co wywołuje napięcia i wyzwania dla polityki państwa w zakresie zrównoważonego rozwoju²⁸⁶.

„Na problematykę migracyjną mamy patrzeć wielowymiarowo, nie można zrozumieć tych procesów bez analizy uwarunkowań ekonomicznych, społecznych, kulturowych i nie można tego zrobić, jeśli nie zastosuje się perspektywy makro, patrząc na cały kraj, perspektywy pośredniej regionalnej, ale także perspektywy mikro związanej z indywidualnymi strategiami życiowymi, bo to przecież w końcu ludzie dokonują tych wyborów związanych z migracjami”²⁸⁷.

Należy jak najszybciej podjąć, także na poziomie politycznym, dyskusję na temat celów i narzędzi polityki migracyjnej. Bez tego skala problemów, przed którymi już dzisiaj stoimy, i przed którymi staniemy w przyszłości, będzie znacznie większa i zdecydowanie bardziej kosztowna.

Jakkolwiek nie uważa się, że imigracja może stanowić remedium na zjawisko starzenia się społeczeństwa, udział imigrantów na rynku pracy może stanowić czynnik łagodzący negatywne skutki zmniejszonej proporcji osób zawodowo czynnych w stosunku do osób, które zakończyły karierę zawodową, oraz zapewnić dopływ nowych kadr dla gospodarki.

Warto jednak zauważyć, że badania prowadzone wśród imigrantów w krajach, w których ich obecność jest znacząca, wskazują na zjawisko dostosowywania się do ogółu populacji zachowań prokreacyjnych cudzoziemców już w drugim pokoleniu. Ponadto, uwzględniając prognozowaną skalę spadku ludności, nie jest możliwe (ze względów organizacyjnych, finansowych i społecznych) przyjęcie w perspektywie 20 lat takiej liczby imigrantów, która byłaby znacząca dla bilansu demograficznego Polski.

²⁸³ W panelu wzięli udział: prof. dr hab. Marek Okólski (moderator), minister dr Michał Boni, dr Piotr Kaźmierkiewicz, dr Małgorzata Starczewska-Krzysztosek, prof. dr hab. Dariusz Stola, Dyrektor Magdalena Sweklej. Panel III: *Migracje – konieczność, szansa czy zagrożenie dla gospodarki krajów Unii Europejskiej*, w: *Polska w Europie – Przyszłość demograficzna* (2012), II Kongres Demograficzny, Sesja Inauguracyjna, Z. Strzelecki, A. Potrykowska (red.), tom I, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa.

²⁸⁴ Kaźmierkiewicz (2012).

²⁸⁵ Starczewska-Krzysztosek (2012).

²⁸⁶ Sweklej (2012).

²⁸⁷ Boni (2012).

Polityka imigracyjna powinna być zatem tylko uzupełnieniem dla odpowiedniej polityki rodzinnej, która pozwoliłaby zwiększyć dzietność oraz dla polityki aktywizacji zawodowej grup społecznych pozostających poza rynkiem pracy. Bardzo duże znaczenia dla sytuacji demograficznej będzie miała także, nieznana w tej chwili, liczba osób, które zdecydują się na powrót z emigracji. Decydującym czynnikiem będzie tu ocena porównawcza dokonana przez potencjalnych reemigrantów sytuacji społeczno-ekonomicznej w Polsce oraz w państwie aktualnego pobytu. Dlatego należy tworzyć warunki mające wpływ nie tylko na wzrost imigracji, lecz także sprzyjające reemigracji (powrotom) Polaków pracujących za granicą, a przede wszystkim godziwe warunki życia w kraju, które skłonią młodych Polaków do pozostawania w ojczyźnie.

Kluczową kwestią dla poprawy sytuacji w tym zakresie jest więc wzrost poziomu dzietności ludności w Polsce (obniżenie kosztów utrzymania dzieci, lepsze warunki do łączenia funkcji zawodowych i rodzinnych) oraz maksymalne wykorzystanie dostępnych zasobów pracy (reformy emerytalne, ułatwienia łączenia studiów z pracą oraz wykorzystanie potencjału ludzi w wieku emerytalnym). Nie są to zadania dla polityki migracyjnej, ale systematyczna realizacja powyższych kierunków będzie miała na nią znaczący wpływ.

Komponent migracyjny powinien być zatem znaczącym elementem odrębnej, całościowej polityki ludnościowej, bez której nie będzie możliwe określenie skali i potrzeb w zakresie pozyskiwania imigrantów. W tym kontekście można stwierdzić, że **bez polityki ludnościowej nie jest możliwe prowadzenie ukierunkowanej polityki migracyjnej jako instrumentu mającego wpływ na sytuację demograficzną kraju.**

BIBLIOGRAFIA

- Anacka M. (2010), *Poakcesyjni migranci powrotni w Badaniu Aktywności Ekonomicznej Ludności*, OBM UW, Warszawa.
- Anacka M., Fihel A. (2012), *Return migration to Poland in the post-accession period*, w: *Migration and Labour Markets in Troubled Times*, J. Leschke, B. Galgoczi, A. Watt (red.), Survey, Ashgate, London.
- Balicki J., Dębski M., Pawlus M. (2009), *Wpływ migracji na trwałość związków rodzinnych (wybrane zagadnienia)*, w: *Migracje zagraniczne a polityka migracyjna*, J. Szymborski, A. Potrykowska (red.), „Biuletyn RPO – Materiały”, nr 66.
- Bień B. (2008), *Opieka zdrowotna nad ludźmi w starszym wieku. Stan i potrzeby w perspektywie starzenia się ludności Polski*, „Biuletyn RRL” nr 53, Warszawa.
- Carby-Hal J.R. (2008), *Sytuacja migrantów ekonomicznych z Polski i innych krajów A8 w państwach członkowskich Unii Europejskiej*, Program badawczy przygotowany dla Rzecznika Praw Obywatelskich Rzeczypospolitej Polskiej, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa.
- Coleman D. (2012), *Wielka Brytania – państwo (prawie) bez polityki ludnościowej*, w: *Polska w Europie – Przyszłość demograficzna*, Z. Strzelecki, A. Potrykowska (red.), II Kongres Demograficzny, Sesja Inauguracyjna, tom I, RRL, Warszawa.
- Czapiński J., Panek T. (2011), *Wykluczenie społeczne*, „Contemporary Economics”, Vol. 5, Issue 3.
- Czapiński J., Sułek A., Szumlicz T. (2011), *Indywidualna jakość życia*, w: *Diagnoza Społeczna 2011. Warunki i jakość życia Polaków – Raport*, „Contemporary Economics”, Vol. 5, Issue 3, s. 160–270.
- Czarnecka J. (2008), *Singiel i singielka o życiu w pojedynkę*, „Kultura i Społeczeństwo”, nr 3.
- Demograficzne Tsunami* (2011), Raport Instytutu Sokratesa na temat wpływu zmian demograficznych na szkolnictwo wyższe do 2020 roku, Warszawa.
- Diagnoza społeczna 2011. Warunki i jakość życia Polaków. Raport* (2012), MPiPS, Warszawa.
- Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju. Polska 2030 – Trzecia fala nowoczesności* (2012), Projekt w wersji skierowanej pod obrady Komitetu Rady Ministrów, Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, Warszawa.
- Duszczyk M. (2012), *Polska polityka imigracyjna a rynek pracy*, IPS, UW, Warszawa.
- Duszczyk M., Żołędowski C. (2010), *Studenci zagraniczni w Polsce – powody przyjazdu, ocena pobytu i plany na przyszłość*, „Biuletyn Migracyjny”, nr 26.
- Dyczewski L. (2007), *Małżeństwo i rodzina upragnionymi wartościami młodego pokolenia*, w: *Małżeństwo i rodzina w nowoczesnym społeczeństwie*, L. Dyczewski (red.), Wyd. KUL, Lublin.
- Dzieci w Polsce w 2008 roku. Charakterystyka demograficzna* (2009), GUS, Departament Badań Demograficznych, Warszawa, listopad.
- Education at a Glance 2011* (2011), OECD Indicators, OECD Publishing.
- Edukacja dla modernizacji i rozwoju* (2008), J. Fazlagić (red.), III Kongres Obywatelski, Wyd. IBnGR, Gdańsk.
- Emerytury i renty w 2011 r. (2013), GUS, Warszawa.
- Esping-Andersen G. (2010), *Społeczne podstawy gospodarki postindustrialnej*, Wydawnictwo WSP TWP, Warszawa.
- Eurobarometer (2009), *Public Opinion in the European Union*, Volume 1, Report, Fielwork October-November 2009, Brussels.

- Europa 2020. Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu* (2010), Komunikat Komisji, COM (2010) 2020 wersja ostateczna, Bruksela, 3.3.2010
(<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:2020:FIN:PL:PDF>).
- Grabowska -Lusińska I., Okólski M.(2009), *Emigracja ostatnia?*, Warszawa.
- Gumuła W., Gucwa A., Opióła Z., Nalepa W. (2011), *Rynek pracy w Polsce. Wynagrodzenia, produktywność pracy i migracje w listopadzie 2010 r. – na tle panelowych badań opinii pracodawców i bezrobotnych w latach 2006–2010*, „Materiały i Studia”, Zeszyt nr 255, NBP, Warszawa.
- Szkoły wyższe i ich finansowanie w 2010 r.*, GUS, Warszawa.
- Hefner K. (2012), *Migracje a rozwój regionu. Znaczenie procesów migracyjnych dla rozwoju regionów w Polsce*, w: *Spółczesność Śląska Opolskiego 1945–2011–2035 – aspekty społeczne, demograficzne i rynku pracy*, R. Rauziński, T. Sołdra-Gwiżdż (red.), RRL, PIN–Instytut Śląski w Opolu, Opole-Warszawa.
- Higher Education to 2030* (2008), Volume 1. Demography, OECD.
- Hut P. (2012), *Doświadczenia życiowe przesiedleńców z Białorusi, Ukrainy i Federacji Rosyjskiej w Polsce*, „Polityka Wschodnia”, nr 1.
- Iglicka K. (2010), *Powroty Polaków po 2004 roku: w pętli pułapki migracji*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- Iglicka K. (2011), *Migracje długookresowe i osiedleńcze z Polski po 2004 roku – przykład Wielkiej Brytanii. Wyzwania dla statystyki i demografii państwa*, „Raporty i Analizy” 5/2011, Centrum Stosunków Międzynarodowych.
- Informacja o rozmiarach i kierunkach emigracji z Polski w latach 2004–2011* (2012), GUS, Warszawa.
- Jóźwiak J., Kotowska I.E. (2010), *Przewidywane zmiany liczby i struktury wieku ludności w Polsce do 2035 r. i ich skutki ekonomiczne*, w: *Problemy demograficzne Polski i ich skutki ekonomiczne*, Raport z pierwszego posiedzenia Narodowej Rady Rozwoju, Kancelaria Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, Warszawa.
- Kicinger A. (2005), *Polityka emigracyjna II Rzeczypospolitej*, „CEFMR Working Paper”, nr 4.
- Kobiety i mężczyźni o podziale obowiązków domowych* (2006), Komunikat CBOS BS/183/2006, Warszawa, grudzień.
- Kontrowersje wokół różnych zjawisk dotyczących życia małżeńskiego i rodzinnego* (2008), Komunikat z badań, CBOS, BS/54/2008, Warszawa.
- Kostrzewa Z. (2010), *Założenia prognozy ludności - migracje*, w: *Ochrona dzieci a przyszłość demograficzna Polski*, „Biuletyn RPO-Materiały”, nr 68, Warszawa, luty.
- Kostrzewa Z., Szaltys D. (2009), *Wpływ emigracji na rozwój demograficzny Polski*, w: *Migracje zagraniczne a polityka migracyjna*, J. Szymborski, A. Potrykowska (red.), „Biuletyn RPO-Materiały”, nr 66.
- Kotowska I.E., Matysiak A., Styrc M. i in. (2010), *Second European Quality of Life Survey Family Life and Work*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
- Krajobrazy migracyjne Polski* (2012), P. Kaczmarczyk, M. Lesińska (red.), OBM UW, Warszawa.
- Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego 2010–2020: Regiony, miasta, obszary wiejskie* (2010), Dokument przygotowany w Ministerstwie Rozwoju Regionalnego, przyjęty przez Radę Ministrów 13 lipca 2010 r.

- Kryńska E. (2010), *Wpływ zmian demograficznych na rynek pracy – aspekty gospodarcze*, „Biuletyn” nr 55, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa.
- Kurowska A. (2009), *Czy osoby starsze są grupą szczególnie zagrożoną biedą w Polsce*, Forum Obywatelskiego Rozwoju, Warszawa.
- Lesińska M., Kaczmarczyk P., Stefańska R. (2012), *Polacy przebywający czasowo w Królestwie Niderlandów – stan wiedzy, wyzwania i możliwe działania publiczne*, OBM Fundacja, Warszawa, grudzień 2012.
- Lohmann H., Frauke H.P., Rostgaard T., Spiess K. (2009), *Towards a Framework for Assessing Family Policies in the EU*, „OECD Social, Employment and Migration Working Papers” 88, OECD Publishing.
- Messu M. (2010), *Rodzina i społeczeństwo: jaka solidarność?*, w: *Uwarunkowania polityki rodzinnej we Francji w ujęciu historycznym, prawnym, politycznym*, M. Chauviere, M. Sasse, B. Bouquet, R. Allard, B. Ribes (red.), Warszawa.
- Migracje zagraniczne a polityka rodzinna* (2009), J. Szymborski, A. Potrykowska (red.), „Biuletyn RPO-Materiały”, nr 66, Rzecznik Praw Obywatelskich, Warszawa, czerwiec.
- Młodzi 2011* (2011), Raport opracowany przez zespół ekspertów pod kierunkiem Ministra M. Boniego, Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, Warszawa.
- Młodzież a substancje psychoaktywne* (2009), Komunikat z badań CBOS, Warszawa, styczeń.
- Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia* (2004), J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), Łódź.
- Nie ma jak rodzina* (2008), Komunikat z badań CBOS, BS/40/2008, Warszawa, marzec.
- Nowak L. (2012), *Wnioski z NSP 2011 dla polityki społeczno-gospodarczej*, w: *Sytuacja demograficzna Polski, Raport 2011–2012*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa.
- O sytuacji ludzi w starszym wieku* (2012), J. Hrynkiewicz (red.), II Kongres Demograficzny, t. III, RRL, Warszawa.
- Ochrona dzieci a przyszłość demograficzna Polski* (2010), J. Szymborski (red.), Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa.
- OECD (2010), *Health at a Glance: Europe 2010*, OECD Publishing (http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2010-e).
- OECD (2011), *International Migration Outlook*, OECD Publishing.
- Orestein M.A. (2008), *Privatizing Pensions: The Transnational Campaign for Social Security Reform*, Princeton University Press, Princeton (wyd. polskie: *Prywatyzacja emerytur. Transnarodowa kampania na rzecz reformy zabezpieczenia społecznego*, PTE, Warszawa 2013).
- Ostrowska K. (2010), *Raport o sytuacji dzieci, których rodzice w celach zarobkowych wyjechali za granicę i rozmiarach tego zjawiska*, MEN, UW, Warszawa.
- Otwarte Fundusze Emerytalne w systemie zabezpieczenia społecznego 1999–2010* (2010), G. Ancyparowicz (red.), Główny Urząd Statystyczny, Warszawa.
- Perspektywa uczenia się przez całe życie* (2011), MEN, 18 marca.
- Pfau-Effinger B., Och R., Eichler M. (2010), *Ekonomizacja polityki długoterminowej i struktura opieki nad osobami starszymi*, w: *Niemiecka polityka społeczna: ekonomizacja i przekraczanie barier*, A. Evers, R.G. Heinze (red.), Warszawa.
- Plan współpracy z Polonią i Polakami za granicą na 2013 r.* (2012), Ministerstwo Spraw Zagranicznych, DWP, Warszawa.
- Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 r.* (2010), GUS, Warszawa.
- Polityka migracyjna jako instrument promocji zatrudnienia i ograniczania bezrobocia* (2008), P. Kaczmarczyk, M. Okólski (red.), OBM, Uniwersytet Warszawski, Warszawa.

- Polityka Migracyjna Polski – stan obecny i postulowane działania* (2011), międzyresortowy Zespół do Spraw Migracji (wersja 31.07.2012).
- Polityka państwa wobec rodziny oraz dyskryminacja w miejscu pracy kobiet w ciąży i matek małych dzieci* (2006), Komunikat z badań CBOS, BS/38/2006, Warszawa, marzec.
- Polityka prorodzinna państwa* (1999), Dokument przyjęty przez Radę Ministrów 3 listopada 1999 r., „PRZEGLĄD RZĄDOWY” listopad-grudzień 1999, nr 11-12 (101), Warszawa.
- Polska 2030. Wyzwania rozwojowe* (2009), Raport opracowany przez ekspertów pod kierunkiem Ministra M. Boniego w 2008 r., Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, Warszawa.
- Polska w Europie – Przyszłość demograficzna. II Kongres Demograficzny, Sesja Inauguracyjna*, (2012), Z. Strzelecki, A. Potrykowska (red.), tom I, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa.
- Postawy prokreacyjne oraz preferowany i realizowany model rodziny* (2006), Komunikat z badań CBOS, BS/52/2006, Warszawa.
- Postawy prokreacyjne Polaków* (2010), Komunikat z badań CBOS, BS/4/2010, Warszawa.
- Potrzeby prokreacyjne oraz preferowany i realizowany model rodziny* (2012), Komunikat z badań CBOS, BS/61/2012, Warszawa, maj.
- Praktyki integracji: doświadczenia i perspektywy* (2012), M. Bieniecki, M. Pawlak (red.), Warszawa.
- Prognoza ludności Polski na lata 2008–2035* (2009), GUS, Warszawa.
- Przyszłość demograficzna Polski a migracje* (2012), Fundacja Ośrodek Badań nad Migracjami, Warszawa.
- Raław M. (2011), *Spoleczności lokalne wobec osób starszych*, ISP, Warszawa
- Rajkiewicz A. (2011a), *Opinia Rządowej Rady Ludnościowej o dokumencie Polityka migracyjna Polski – stan obecny i postulowane działania*, RRL, Warszawa.
- Rajkiewicz A. (2011b), *O zaletach i wadach dokumentu „Polityka migracyjna Polski – stan obecny i postulowane działania”*, „Biuletyn Migracyjny”, OBM UW, Warszawa.
- Raport o sytuacji Polonii i Polaków za granicą 2009* (2009), MSZ, Warszawa.
- Raport z realizacji projektu badawczego. Mobilność i migracje w dobie transformacji – wyzwania metodologiczne* (2011), P. Kaczmarczyk (red.) Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- Raport z wyników* (2012). *Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011*, GUS, Warszawa.
- Rocznik Demograficzny 2011* (2011), GUS, Warszawa.
- Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2012* (2012), GUS, Warszawa.
- RRL (2006), *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2004*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa.
- RRL (2009), *Sytuacja Demograficzna Polski, Raport 2008–2009*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa.
- RRL (2010), *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2009–2010*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa.
- RRL (2011), *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2010–2011*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa.
- Rządowy Program Współpracy z Polonią i Polakami za Granicą* (2011), MSZ, Warszawa.
- Sajkowska M., Szymczak J. (2009), *Dzieci-ofiary przemocy. Skala i charakter zjawiska. Potrzeba interwencji*, „Polityka Społeczna”, nr 9.
- Senat na rzecz Polonii 2011–2012* (2012), Kancelaria Senatu RP, Warszawa.

- Spoleczeństwo Śląska Opolskiego 1945–2011–2035 – aspekty społeczne, demograficzne i rynku pracy* (2012), R. Rauziński, T. Soldra-Gwiżdż (red.), II Kongres Demograficzny, Polska w Europie – Przyszłość Demograficzna, tom VI, Opole–Warszawa.
- Stan zdrowia ludności Polski w 2009 roku* (2011), GUS, Warszawa.
- Strategia Rozwoju Kapitału Społecznego* (2012), Projekt z 1 czerwca 2012 r., Ministerstwo Kultury i Dziedzictwa Narodowego, Warszawa.
- System emerytalny – problemy na przyszłość* (2011), ZUS, Warszawa.
- Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania* (2012), B. Wojtyniak, P. Goryński, B. Moskalewicz (red.), Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny, Warszawa.
- Sytuacja zdrowotna mieszkańców Polski* (2008), B. Wojtyniak, B. Goryński (red.), PZH, Warszawa.
- Szafraniec K. (2011), *Jacy są młodzi Polacy? W poszukiwaniu portretu Polaków*, IBnGR, Gdańsk.
- Szkoły wyższe i ich finanse w 2010 r.* (2010), GUS, Warszawa.
- Szkoły wyższe i ich finanse w 2011 r.* (2012), GUS, Warszawa.
- Transformacja – Migracja – Modernizacja* (2013), 20 lat OBM UW, Warszawa.
- Transfery pieniężne emigrantów a rozwój gospodarczy Polski* (2012), Raport Centrum im. Adama Smitha (CAS), Warszawa.
- Ubezpieczenia społeczne w Polsce. 10 lat reformowania.* (2011), praca zbiorowa, J. Hrynkiwicz (red.), Instytut Stosowanych Nauk Społecznych, Warszawa.
- Ubóstwo w Polsce w 2009 r.* (2009a), GUS, Warszawa.
- Ubóstwo w Polsce w 2009 r.* (2009b), <http://stat.gov.pl> (dostęp w dniu 15 marca 2011 r.).
- Walczak B. (2008), *Migracje poakcesyjne z perspektywy ucznia*, Pedagogium Wyższa Szkoła Pedagogiki Resocjalizacyjnej, Warszawa.
- Weryfikacja prognozy Wsparcia Dochodowego Rodzin* (2008), IPiSS, Warszawa.
- Zaniewska H., Thiel M. (2004), *Mieszkanie jutra osób starszych – nadzieja, czy zagrożenie?*, w: *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia*, J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), Łódź.
- Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 r.* (2011), „Studia i Analizy Statystyczne”, GUS, US w Krakowie.
- Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 roku* (2012), GUS, Warszawa.
- Ziemia obiecana czy przystanek w drodze?* (2010), K. Iglicka (red.), RPO, Warszawa.
- Żołędowski C. (2010), (współpraca: M. Duszczyk, J. Godlewska, E. Jaroszevska, J. Łukaszewska), *Studenci zagraniczni w Polsce. Motywy przyjazdu, ocena pobytu, plany na przyszłość*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- Źródła internetowe**
- Demograficzna przyszłość Europy*, Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 21 lutego 2008 r. w sprawie demograficznej przyszłości Europy (2007/2156(INI), <http://eurlaw.eu/PL/Demograficzna-przyszlosc-Europy-Rezolucja-Parlamentu-Europejskiego-dnia-21,495726,d> (dostęp w dniu 4.01.2012 r.).
- EDF Position Paper on Future EU Strategy for Youth*, November 2009, http://www.pfon.org/images/dodatki/200911_edf_youthpolicy.doc (dostęp w dniu 4.01.2012 r.).
- Godzenie pracy z życiem rodzinnym w kontekście zmian demograficznych – projekt konkluzji Rady*, Rada Unii Europejskiej, Bruksela 26 maja 2011 r., 10324/11, <http://register.consilium.europa.eu/pdf/pl/11/st10/st.10324.pl11.pdf> (dostęp w dniu 4.01.2012 r.).

Komunikat Komisji „*EUROPA 2020. Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu*”, http://ec.europa.eu/eu_2020/pdf/1_PL_ACT_part1_v1.pdf (dostęp w dniu 4.01.2012 r.).

Niedyskryminacja ze względu na płeć i solidarność między pokoleniami, Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 3 lutego 2009 r. w sprawie niedyskryminacji ze względu na płeć i solidarności między pokoleniami (20008/2118(INI)) Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej C 67 E/32, http://static.e-prawnik.pl/isap/iizue/2010/iizue2010_3_067_E31.pdf (dostęp w dniu 4.01.2012 r.).

Materiały wykorzystane do Celu I

Ekspertyzy

Kołączek B. (2010), *Pomoc dzieciom pozbawionym środowiska rodzinnego*, IPiSS, maszynopis powielony, 32 s.

Zahorska M. (2010), *Polityka edukacyjna. Wyrównywanie szans. Elementy socjalne w systemie edukacyjnym. Inwestycje w kapitał ludzki*, Instytut Spraw Publicznych, maszynopis powielony, 15 s.

Zrałek M. (2010), *Polityka mieszkaniowa – kierunki działań, podmioty realizacji tej polityki, ich rola i kompetencje*, Uniwersytet Śląski, Wydział Nauk Społecznych, Katowice, 35 s.

Opracowania statystyczne

Aktywność ekonomiczna ludności Polski. III kwartał 2001, GUS, Warszawa.

Aktywność ekonomiczna ludności Polski. III kwartał 2005, GUS, Warszawa.

Aktywność ekonomiczna ludności Polski. III kwartał 2008, GUS, Warszawa.

Aktywność ekonomiczna ludności Polski. I kwartał 2011, GUS, Warszawa.

Budżety gospodarstw domowych w 2006 r., GUS, Warszawa 2007.

Budżety gospodarstw domowych w 2007 r., GUS, Warszawa 2008.

Budżety gospodarstw domowych w 2008 r., GUS, Warszawa 2009.

Budżety gospodarstw domowych w 2009 r., GUS, Warszawa 2010.

Budżety gospodarstw domowych w 2010 r., GUS, Warszawa 2011.

Rocznik Demograficzny 2008, GUS, Warszawa.

Rocznik Demograficzny 2010, GUS, Warszawa.

Rocznik Statystyczny (2010), GUS, Warszawa.

Rocznik Statystyczny (2011), GUS, Warszawa.

Rocznik Statystyczny (2012), GUS, Warszawa.

Stan zdrowia ludności Polski w 2009 roku, GUS, Warszawa czerwiec 2011.

Struktura wynagrodzeń według zawodów w grudniu 2008 r., GUS, Warszawa 2009.

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

Sytuacja gospodarstw domowych w 2007 r. światło wyników badań budżetów gospodarstw domowych, GUS, Notatka informacyjna GUS, 28 maja 2008 r.

Szkoły wyższe i ich finanse w 2010 r., GUS, Warszawa 2011.

Ubóstwo w Polsce w 2009 r., GUS, Warszawa 2010.

Ubóstwo w Polsce w 2009 r., <http://stat.gov.pl> (dostęp w dniu 15.03.2011 r.)

Wskaźniki zagrożenia ubóstwem w roku 2010 – dane szacunkowe GUS.

Materiały wykorzystane do Celu II

Ekspertyzy:

Ancyparowicz G. (2011), *Kapitałowe emerytury i renty a ryzyko ubóstwa w Polsce.*

Bień B. (2011), *Opieka geriatryczna w perspektywie starzenia się ludności Polski.*

Gałązka-Petz B. (2011), *Uwagi o dochodach ze świadczeń emerytalno-rentowych.*

Halicka M. (2011), *Uczestnictwo ludzi starszych w życiu społecznym.*

Hryniewicz J. (2011), *Los starca zależy od kontekstu społecznego.*

Krakowska E., Bojanowska E. (2011), *Ludzie starsi w rodzinie i społeczeństwie.*

Nita M. (2011), *Ubezpieczenie pielęgnacyjne w Republice Federalnej Niemiec. Idea i realizacja.*

Pancewicz M. (2011), *Program aktywizacji pracowników i osób bezrobotnych po 50. roku życia. Rozwiązania niemieckie.*

Raław M. (2011), *Opiekunowie nieformalni. Krótkookresowa funkcjonalność nieopłaconej pracy.*

Trafiałek E. (2010), *Warunki integracji i ryzyka dyskryminacji ludzi starszych w rodzinie i środowisku lokalnym.*

Wilmowska-Pietruszyńska A. (2010), *Niepelnosprawność i niezdolność do samodzielnej egzystencji.*

Zrałek M. (2011), *Zaspokojenie potrzeb mieszkaniowych osób starszych. Dylematy i kierunki zmian.*

Materiały udostępnione przez:

Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej.

Ministerstwo Obrony Narodowej.

Opublikowane materiały Biura Rzecznika Praw Obywatelskich.

Materiały wykorzystane do Celu III

Ekspertyzy

Biliński P., Wojtyła.A. (2011), *Zdrowie prokreacyjne w świetle badania zachowań ryzykownych u kobiet w ciąży.*

Chazan B. (2010), *Poprawa stanu zdrowia matek oraz dzieci przed urodzeniem i noworodków.*

Drygas W. (2011), *Ograniczenie chorobowości i umieralności z powodu chorób układu krążenia jako priorytetowy cel polityki zdrowotnej i ludnościowej.*

Jarosz M., Sekuła W. (2011), *Poprawa żywienia i zwiększenie aktywności fizycznej jako determinanty poprawy zdrowia.*

Moskalewicz J., Boguszewska L. (2011), *Poprawa stanu zdrowia psychicznego Polaków. Diagnoza i rekomendacje.*

Słońska Z. (2011), *Promocja zdrowia jako strategia rozwiązywania współczesnych.*

Charzyńska-Gula M (2011), *Szkolna edukacja zdrowotna jako priorytet zdrowia publicznego.*

- Szyborski J. (2011a), *Zdrowie publiczne w projektach programowych polityki ludnościowej*.
Szyborski J. (2011b), *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce. Zarys diagnozy i kierunków poprawy*.
Zatoński W., Przewoźniak K. (2011), *Ograniczanie zachorowalności i umieralności z powodu chorób nowotworowych*.

Materiały wykorzystane do Celu IV

Ekspertyzy

- Duszczyk M. (2010), *Migracje edukacyjne w Polsce z punktu widzenia polityki imigracyjnej*.
Piekutowska A. (2011a), *Polityka migracyjna Polski w kontekście europejskim*.
Piekutowska A. (2011b), *Współpraca w zakresie migracji z krajami trzecimi – idea Partnerstwa na rzecz mobilności*.
Potrykowska A. (2011), *Określenie kierunków i zasad polityki migracyjnej Polski w dobie integracji europejskiej. Wersja końcowa*.
Rajkiewicz A. (2010), *Określenie kierunków i zasad polityki migracyjnej Polski w dobie integracji europejskiej. Wersja początkowa*.
Szczygielski K. (2011), *Kompleksowy program diasporowo-klastrowy*.