RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA

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

BIULETYN 47

Warszawa 2002

RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA

BIULETYN

47

Warszawa 2002

PL ISSN 1642-5979

Opracowuje:

Sekretariat Rządowej Rady Ludnościowej

Pod redakcją:

Ewy Frątczak

Ewy Orzełek

SPIS TREŚCI

WSTĘP 5

PROF. DR HAB. JERZY Z. HOLZER - WSPOMNIENIE 7

I. I KONGRES DEMOGRAFICZNY W POLSCE – SPRAWOZDANIE WRAZ Z WYBRANYMI MATERIAŁAMI Z SESJI INAUGURACYJNEJ 11

II. INFORMACJA RZĄDU O SYTUACJI DEMOGRAFICZNEJ KRAJU - PRZEDSTAWIONA NA POSIEDZENIU KOMISJI POLITYKI SPOŁECZNEJ I RODZINY W DNIU 24 KWIETNIA 2002 R. ORAZ OPINIA NR 6 KOMISJI POLITYKI SPOŁECZNEJ I RODZINY DO PREZESA RADY MINISTRÓW UCHWALONA NA POSIEDZENIU W DNIU 24 KWIETNIA 2002 R. 31

III. DOKUMENTACJA 35 SESJI ONZ KOMISJI DS. LUDNOŚCI I ROZWOJU (NOWY JORK 1-5 KWIETNIA 2002 R.) 57

IV. TEKST UJEDNOLICONY ZARZĄDZENIA NR 57 PREZESA RADY MINISTRÓW Z DNIA 30 KWIETNIA 2002 R. I ZARZĄDZENIA NR 60 PREZESA RADY MINISTRÓW Z DNIA 22 MAJA 2002 W SPRAWIE UTWORZENIA RADY DO SPRAW KOORDYNACJI DZIAŁAŃ MIĘDZYRESORTOWYCH W ZAKRESIE POLITYKI LUDNOŚCIOWEJ. 67

V. SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI RZĄDOWEJ RADY LUDNOŚCIOWEJ W 2001 ROKU 71

WSTĘP

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

Treść „Biuletynu" obejmuje następujące materiały:

- Informację z Sesji Inauguracyjnej I Kongresu Demograficznego w Polsce, która odbyła się 15 września 2001 roku.
- Bieżącą informację rządu o sytuacji demograficznej kraju przedstawioną na posiedzeniu Komisji Polityki Społecznej i Rodziny w dniu 24 kwietnia 2002 roku.
- Sprawozdanie z udziału delegacji polskiej w posiedzeniu 35 Sesji ONZ Komisji ds. Ludności i Rozwoju.
- Informacje o bieżących pracach Rządowej Rady Ludnościowej.

Ewa Frątczak
Sekretarz Generalny
Rządowej Rady Ludnościowej

PROF. DR HAB. JERZY Z. HOLZER (1930-2001) - WSPOMNIENIE *

Z wielkim zaskoczeniem i smutkiem przyjąłem wiadomość o nagłej śmierci Profesora J. Z. Holzera. Trudno w taką informację uwierzyć, jeśli niemal wczoraj mieliśmy obaj pewność, że musi się powieść Sesja Inauguracyjna I Kongresu Demograficznego w Polsce przygotowana przez Komitet Kongresowy, w skład którego wchodził Profesor. Odbywała się ona 15 września w auli Biblioteki Narodowej, a Profesor brał w niej aktywny udział do końca. Był w dobrej kondycji, a pozdrawiający Go koledzy i przyjaciele przyjmowali ten stan z ulgą, gdyż przecież tak niedawno Profesor przeżył osobistą tragedię po stracie żony. Cieszyli się więc, że wrócił do zdrowia. Kilka dni później wspólnie z Profesorem i prof. J. Hrynkiewicz zostaliśmy zaproszeni do udziału w kameralnej godzinnej audycji w Radiu „Bis" pt.: „Powróćmy do tematu" (18.09.2001 r.), która nawiązywała do sesji Kongresu, a poświęcona była głównie procesowi starzenia się ludności i jego konsekwencjom.

Opracowywanie materiałów z Sesji Inauguracyjnej wiązało się z obejrzeniem i przesłuchaniem taśm, na których spotkania te zostały utrwalone. Zbieżność czasu, kiedy pracę tę wykonywałem, ze śmiercią Profesora sprawiła, że materiały te postrzegałem z zupełnie innej perspektywy. Wygłoszone przez Profesora tezy, komentarze sprawiają wrażenie niemal merytorycznego testamentu. Ponieważ już nigdy nie będzie miał okazji ich powtórzyć, pozwalam sobie przytoczyć niektóre z Jego myśli.

Główna myśl, którą Profesor wygłosił w czasie otwarcia I Kongresu, dotyczy Jego poglądu na postrzeganie polityki ludnościowej. Staje się ona przesłaniem na sesję końcową Kongresu, która odbędzie się na jesieni 2002 r., a poświęcona będzie głównie polityce ludnościowej. W Jego rozumieniu przez *politykę ludnościową, która jest integralną częścią polityki rozwoju społeczno-gospodarczego, należy rozumieć oddziaływanie państwa, za*

* Tekst zmieniony, który ukazał się w „Studiach Demograficznych", 2001, nr 2 (140).

pomocą odpowiednich bodźców, na kształtowanie się stosunków ludnościowych w celu osiągnięcia:

1. *Założonej liczby ludności. Ta sprawa nie dotyczy Polski. Przyjmujemy, że liczba 38,6 mln ludności jest satysfakcjonująca, a nawet jeśliby się zmniejszała, to nie ma to dużego znaczenia.*
2. *Założonej struktury ludności według płci i wieku. W tym wypadku zależy nam na tym, by nie pogłębiała się dysproporcja w liczbie osób w wieku przedprodukcyjnym, produkcyjnym i poprodukcyjnym.*
3. *Założonego tempa wzrostu liczby ludności (tempo może być mniejsze lub większe w zależności od rozkładu procesu urodzeń i zgonów).*
4. *Założonego rozmieszczenia terytorialnego ludności. Ta sprawa powinna być przedmiotem troski w związku z migracjami zarówno krajowymi, jak i międzynarodowymi.*

W Radiu „Bis" credo Profesora w sprawie starzenia się społeczeństwa zabrzmiało następująco: *jestem zdecydowanie za tym, by szukać rozwiązań, aby ludzie starzy jak najdłużej pozostawali w swoim środowisku i by opiekowali się nimi ci, którzy potrafią to robić w sposób właściwy. Zresztą starych drzew się nie przesadza.* Niestety Sam nie doświadczy już takiej polityki wobec ludzi starszych.

Wspomnienie o Profesorze Jerzym Z. Holzerze chciałbym jednak w dalszej części poświęcić tym dziedzinom Jego pracy, działalności i zaangażowania, której mniej poświęcono uwagi, a które w działalności uczonego są nie mniej ważne od badań i dydaktyki. Próbując nakreślić ten fragment wspomnienia, dotyczącego spraw, które nas złączyły, należy wyjść od tego, co etyka mówi o zasadach odnoszących się do pracownika nauki. Powinien on być: twórcą, mistrzem, nauczycielem, opiniodawcą, ekspertem i krzewicielem wiedzy w społeczeństwie. Profesor Jerzy Z. Holzer wszystkie te cechy posiadał. Większość osób wspominających Profesora koncentruje się na trzech pierwszych Jego cechach, ja miałem okazję i przyjemność, a dzisiaj mogę uznać, że i zaszczyt, zetknąć się bliżej z Profesorem na tych trzech ostatnich płaszczyznach Jego aktywności.

Po pierwsze, pragnę wspomnieć o Jego aktywności w ramach Polskiego Towarzystwa Demograficznego. W chwili śmierci Profesora minęło niewiele ponad 20 lat od zebrania założycielskiego PTD (15.05.1981 r.), które odbyło się w Instytucie Statystyki i Demografii, którym kierował Prof. J. Z. Holzer. Inicjatywa powołania naukowego stowarzyszenia demografów polskich wyszła od środowiska młodych pracowników naukowo-dydaktycznych Katedry Demografii Społeczno-Ekonomicznej byłej SGPiS. Inicjatywę tę Profesor w pełni poparł. Wsparcie to nie było jedynie formalne, gdyż upoważniło Prezydium Komitetu

Założycielskiego do opracowania redakcyjnego i upowszechnienia deklaracji programowej, statutu Towarzystwa i przeprowadzenia procedury jego rejestracji oraz przygotowania i zwołania pierwszego walnego zgromadzenia członków, a na Przewodniczącego tego Prezydium wybrano właśnie Profesora Holzera. Zadania te zostały wykonane i I Walne Zgromadzenie Członków PTD zwołano na 21 czerwca 1982 r. Powinienem jednak stwierdzić, iż nie „zwołano", a "uzyskano zezwolenie na zwołanie", gdyż „po drodze" tych przygotowań został w Polsce wprowadzony stan wojenny i na tego typu zgromadzenia należało uzyskiwać zezwolenie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. Wydarzenie o takim wymiarze mogło przecież spowodować odmowę Profesora, mógł mieć bowiem wątpliwości, czy czas jest odpowiedni, czy nie będzie to powodować kłopotów dotyczących środowiska inicjatorów itp. Nie odmówił firmowania tych przygotowań i z dzisiejszej perspektywy należy na to spojrzeć jako odwagę. Profesor przewodniczył też obradom I Walnego Zgromadzenia Członków PTD. W redagowanie referatu programowego wystąpień, czy deklaracji programowej nie ingerowała ówczesna cenzura, co dzisiaj może wydać się nieprawdopodobne. Przez następne blisko 20 lat Profesor wspomagał działalność PTD, kiedy już przejąłem po prof. K. Romaniuku jej kierowanie. Wspomnieć też należy i podziękować Profesorowi za przewodniczenie Radzie Redakcyjnej „Polish Population Review", organowi naukowemu PTD, którą to funkcję pełnił do śmierci. Pragnę też Profesorowi wyrazić wdzięczność za ciepłe słowa i pozytywną ocenę działalności PTD wypowiedziane na VI Walnym Zgromadzeniu 10 marca 2000 r., kiedy już pełnił funkcję Przewodniczącego I Wydziału PAN.

Po drugie, Profesor aktywnie działał najpierw w Rządowej Komisji Ludnościowej, a następnie po jej przekształceniu, w Rządowej Radzie Ludnościowej (RRL). Służył swoją wiedzą i eksperckim doświadczeniem organom rządowym, gdyż RRL jest organem opiniodawczo-doradczym Prezesa Rady Ministrów. Historia prac tego organu, powstałego przed Światową Konferencją Ludnościową w Bukareszcie w 1974 r., przez ponad 27-letni okres związana jest z osobą Profesora. Był członkiem Komisji od chwili powstania aż do ostatnich chwil swojego życia. Bliżej mogłem współpracować z Profesorem od 1999 r., kiedy Prezes Rady Ministrów powierzył mi kierowanie pracami Rządowej Rady Ludnościowej, a prof. J. Z. Holzer został jej wiceprzewodniczącym. Prezydium Rady powierzyło Mu sprawy związane ze współpracą z zagranicą, a szczególnie z ONZ i Radą Europy. Ze względu na ogromne doświadczenie Profesora w zagranicznych kontaktach naukowych, doświadczenie dyplomatyczne wyniesione z pracy w placówkach ONZ, byłem spokojny o realizację polskich interesów na arenie międzynarodowej w zakresie kompetencji Rady. Dzięki temu mogliśmy z pomocą Profesora nadać ostatni szlif przygotowaniu polskiej delegacji i wystąpieniu

przewodniczącego naszej delegacji na XXI Sesję Nadzwyczajną Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku (30.06-2.07.1999 r.) „Kair + 5". To realizm i doświadczenie Profesora nie pozwoliło na zdumiewające zamiary sformułowania stanowiska Polski w sprawie dokumentu końcowego.

Profesorowi mogę przypisać inicjatywę starań RRL o członkostwo w Komisji ds. Ludności i Rozwoju ONZ na lata 2001-2004. Dzięki Jego „czujności" i argumentacji okazja ta nie została przez polskie służby dyplomatyczne zaniedbana. Polska wygrała dzięki temu konkurencję z Węgrami. Podobnie Profesor w dużym stopniu przyczynił się do członkostwa Polski w Komitecie ds. Ludności Rady Europy (CAHP) i Sekretarz Generalny RRL bierze udział w jego pracach.

Te wspomniane płaszczyzny aktywności Profesora J. Z. Holzera, w których miałem honor współpracować z Nim, pozwalają mi stwierdzić, że podstawową zasadę etyczną pracownika nauki jako członka społeczeństwa określającą, iż *w miarę swoich zainteresowań i możliwości powinien on wykorzystywać swą wiedzę, intelekt i autorytet w praktycznej działalności dla dobra społeczeństwa* wypełnił On w całej rozciągłości. W tej płaszczyźnie swojej aktywności Profesor J. Z. Holzer pozostawił także trwały wkład.

Cześć Jego Pamięci.

Zbigniew Strzelecki
Przewodniczący Rządowej Rady Ludnościowej
Prezes Polskiego Towarzystwa Demograficznego
Szkoła Główna Handlowa

I. I KONGRES DEMOGRAFICZNY W POLSCE – SPRAWOZDANIE WRAZ Z WYBRANYMI MATERIAŁAMI Z SESJI INAUGURACYJNEJ

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

Część I

Powitanie uczestników I Kongresu i zaproszonych gości

Posłanie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Pana Aleksandra Kwaśniewskiego

Wystąpienia członków Komitetu Honorowego

Wystąpienia gości oficjalnych

Pan Minister Zbigniew Strzelecki, Przewodniczący Komitetu Kongresu, serdecznie powitał zaproszonych gości. Poprosił Pana Michała Jagiełłę, dyrektora Biblioteki Narodowej, o zabranie głosu. Pan Michał Jagiełło powitał uczestników Kongresu, wyrażając swoje wzruszenie i radość, iż może w murach Biblioteki Narodowej, gościć grono znakomitych gości w tak ważnej dla państwa, społeczeństwa i narodu sprawie.

Pan Minister Zbigniew Strzelecki poprosił o minutę ciszy dla uczczenia pamięci tragicznie zmarłych w terrorystycznym zamachu na Stany Zjednoczone Ameryki, łącząc się w bólu i cierpieniu z ich bliskimi i protestując w ten sposób przeciwko globalnemu terroryzmowi.

Pan Minister Zbigniew Strzelecki zwrócił następnie uwagę, że w Polsce dokonują się ważne dla przyszłości narodu i państwa przemiany, w tym przemiany demograficzne: obserwuje się tendencję głębokiej, zawężonej zastępowalności pokoleń, przyspieszeniu ulega proces starzenia się ludności, zbyt powolne jest zmniejszanie się ryzyka zgonu oraz ograniczona jest mobilność przestrzenna i zawodowa ludności. Utrwalanie się tych tendencji stwarza dla Polski wiele wyzwań. Dlatego właśnie podjęto decyzję o zwołaniu I Kongresu Demograficznego w Polsce. Podjęły ją jednomyślnie Rządowa Rada Ludnościowa, Komitet Nauk Demograficznych PAN, Polskie Towarzystwo Demograficzne, Główny Urząd Statystyczny oraz UNDP. Celem I Kongresu Demograficznego jest dyskusja nad problemami przebiegu procesów demograficznych i ich uwarunkowań. O znaczeniu tych problemów dla narodu polskiego

i państwa świadczy udział w Kongresie najwyższych dostojników państwa. Patronat honorowy nad Kongresem objął Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej, Pan Aleksander Kwaśniewski. W skład Komitetu Honorowego weszli marszałkowie Sejmu i Senatu: Pan Marszałek Maciej Płażyński i Pani Marszałek Alicja Grześkowiak, Prezes Rady Ministrów Pan prof. Jerzy Buzek oraz Prymas Polski Ksiądz Kardynał Józef Glemp. Niektóre z tych osobistości zaszczyciły swą obecnością Sesję Inauguracyjną I Kongresu.

Przewodniczący Komitetu Kongresu, Pan Zbigniew Strzelecki, wyraził wdzięczność za przybycie na inaugurację I Kongresu Pani Marszałek Alicji Grześkowiak oraz Prymasowi Polski Księdzu Kardynałowi Józefowi Glempowi. Powitał przybyłego w zastępstwie Pana Prezydenta, podsekretarza stanu w Kancelarii Prezydenta, Pana Ministra Andrzeja Śmietanko, Pana Ministra Jerzego Kropiwnickiego, Prezesa Rządowego Centrum Studiów Strategicznych oraz jego zastępcę Pana Ministra Olgierda Dziekońskiego. Serdecznie powitał wszystkich uczestników licznie przybyłych na inaugurację Kongresu.

Następnie Pan Minister Zbigniew Strzelecki, poprosił o zabranie głosu Pana Ministra Andrzeja Śmietanko, który w imieniu Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, Pana Aleksandra Kwaśniewskiego odczytał treść wystąpienia *(załącznik nr 1)*.

Następnie głos zabrali członkowie Komitetu Honorowego *(treść wystąpień w załączeniu)*: Marszałek Senatu, Pani prof. Alicja Grześkowiak *(załącznik nr 2)*, Ksiądz Kardynał Józef Glemp, Prymas Polski *(załącznik nr 3)*. W imieniu Marszałka Sejmu, Pana Macieja Płażyńskiego, wystąpił jego doradca, Pan Michał Drozdek *(załącznik nr 4)*.

Kolejnym punktem obrad były wystąpienia gości oficjalnych *(treść przemówień w załączeniu)*: Pana Ministra, Prezesa Rządowego Centrum Studiów Strategicznych, Jerzego Kropiwnickiego *(załącznik nr 5)*, Pani Katarzyny Mazeli, która zabrała głos w imieniu Pani Minister Marii W. Smereczyńskiej, Pełnomocnika Rządu ds. Rodziny *(załącznik nr 6)*, Pana Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, Tadeusza Toczyńskiego *(załącznik nr 7)* oraz Pana Pawła Grzesika, pełniącego obowiązki Stałego Koordynatora Systemu ONZ w Polsce, który przemawiał w imieniu Pana Marca Destanne de Bernis, Stałego Koordynatora Systemu ONZ w Polsce *(załącznik nr 8)*.

O godzinie 12.00 Przewodniczący Kongresu zaproponował przerwę, zapraszając wszystkich uczestników do obejrzenia wystaw: „Demografia w zbiorach Biblioteki Narodowej" i „Spisy powszechne w plakacie i w wydawnictwach Głównego Urzędu Statystycznego" w foule Audytorium.

Część II

Referaty

W kolejnym punkcie obrad referaty zaprezentowali: dr hab. Zbigniew Strzelecki, prof. dr hab. Janina Jóźwiak, prof. dr hab. med. Witold Zatoński, prof. dr hab. Józefina Hrynkiewicz i ks. prof. dr hab. Helmut Juros. Tę część obrad poprowadził prof. dr hab. **Jerzy Z. Holzer**, przedstawiając poszczególnych mówców.

Referat Komitetu Kongresu pt.: „Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku." wygłosił **Przewodniczący Kongresu Minister Zbigniew Strzelecki.** *(załącznik nr 9)*

Prof. Zbigniew Strzelecki od 1972 r. pracuje w Szkole Głównej Handlowej, a od 1995 r. na stanowisku profesora na tejże uczelni. W latach 1989-1991 pracował w Centralnym Urzędzie Planowania jako starszy specjalista, a od 1995 roku jako dyrektor Biura Planowania Regionalnego z siedzibą w Warszawie w Centralnym Urzędzie Planowania. Od lutego 1997 r. Pełni funkcję wiceprezesa w randze Podsekretarza Stanu w Rządowym Centrum Studiów Strategicznych. Jest autorem wielu publikacji z zakresu demografii i polityki społecznej, od kilku lat specjalizuje się w zagadnieniach regionalnych i lokalnych uwarunkowań rozwoju społeczno-gospodarczego. Jednocześnie jest Prezesem Polskiego Towarzystwa Demograficznego, członkiem Komitetu Nauk Demograficznych PAN oraz Przewodniczącym Rządowej Rady Ludnościowej.

Kolejny referat pt.: „Ludność i gospodarka." przedstawiła **prof. dr hab. Janina Jóźwiak,** dyrektor Instytutu Statystyki i Demografii w Szkole Głównej Handlowej, przewodnicząca Komitetu Nauk Demograficznych PAN oraz wiceprzewodnicząca European Association Propopulation Studies. W latach 1993-1999 pełniła funkcję rektora Szkoły Głównej Handlowej. Jest członkiem zarządu Association of European University w kadencji 1998-2001. Pełni także funkcję wiceprzewodniczącej Komitetu Badań Naukowych. Jest autorką wielu prac z zakresu statystyki i demografii publikowanych w Polsce i za granicą. Specjalizuje się w modelowaniu dynamiki populacji i jej struktury oraz oscylowania metod statystycznych w badaniach ludnościowych.

Następny referat pt.: „Sytuacja zdrowotna a rozwój demograficzny*"* wygłosił **prof. dr hab. med. Witold Zatoński**, lekarz specjalista chorób wewnętrznych. Od końca lat 70-tych pracuje on w Centrum Onkologii w Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, gdzie kieruje zespołem badawczym prowadzącym badania nad zdrowiem Polaków, a w szczególności przyczynami rozmieszczenia zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce i w Europie

Środkowej i Wschodniej. Pracował wiele lat poza granicami kraju - w Centrum Badań nad Rakiem w Lyonie i w Londyńskiej Szkole Higieny. Jest ekspertem Światowej Organizacji Zdrowia, autorem wielu publikacji naukowych i ponad 20 książek. Od dwudziestu lat prowadzi edukację zdrowotną Polaków. Przekonuje, że droga do zdrowia prowadzi przez odrzucenie palenia tytoniu. Jest najbardziej znanym przeciwnikiem palenia tytoniu w Polsce, twórcą Fundacji „Promocja Zdrowia", animatorem corocznych akcji rzucania palenia tytoniu prowadzonych we współpracy m.in. z „Gazetą Wyborczą", Polskim Radiem S. A. oraz TVP S.A.. Profesor Witold Zatoński zaprosił wszystkich uczestników sesji inauguracyjnej na konferencję, która odbędzie się 29-30 października 2001 roku na temat: „Zdrowie w Europie Centralnej i Środkowo-Wschodniej." oraz na konferencję, która odbędzie się w dniach 20-22 czerwca 2002 roku pt.: „Tytoń albo zdrowie."

Kolejny referat pt.: „Rodzina i społeczeństwo.*"* wygłosiła **prof. dr hab. Józefina Hrynkiewicz**, profesor Uniwersytetu Warszawskiego w Instytucie Stosowanych Nauk Społecznych. Jest ona specjalistą z zakresu polityki społecznej, autorką wielu opracowań naukowych z dziedziny polityki społecznej, a także wielu ekspertyz wykonywanych na zamówienie Rządu, Sejmu i Senatu RP. Jest organizatorką, uczestnikiem i kierownikiem wielu programów badawczych finansowanych przez instytucje krajowe i zagraniczne. Uczestniczyła w międzynarodowych programach badawczych dotyczących zmian systemowych w polityce społecznej, organizowanych przez Instytut Nauk o Człowieku w Wiedniu wraz z UNDP i University of Nottingham. Jest wiceprzewodniczącą Rządowej Rady Ludnościowej i dyrektorem programu polityki społecznej w Instytucie Spraw Publicznych w Warszawie.

Ostatni referat pt.: „Etyczne aspekty polityki demograficznej" przedstawił K**s. prof. dr hab. Helmuta Jurosa,** kierownik Katedry Etyki Społecznej Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, członek Komitetu Etyki w Nauce przy Prezydium PAN, członkiem Narodowej Rady Integracji Europejskiej oraz członek Centralnej Komisji ds. Tytułów Naukowych i Stopni Naukowych. Jest autorem wielu publikacji z zakresu etyki i moralności. Profesor Jerzy Z. Holzer zwrócił szczególną uwagę na książkę pt.: *Kościół. Kultura. Europa*.

Część III

Wystąpienia problemowe

Przewodniczący Komitetu Kongresu, Pan Minister Zbigniew Strzelecki, zapowiedział przystąpienie do trzeciej części Sesji Inauguracyjnej, poświęconej wystąpieniom problemowym. Jako pierwsi wystąpili członkowie Komitetu Kongresu: prof. Jerzy Z. Holzer, prof. Janusz Szymborski i dr hab. Ewa Frątczak. W następnej kolejności zabrały głos: prof. Stanisława Borkowska, prof. Maria Rybakowa, dr hab. Irena Kotowska, dyrektor Grażyna Marciniak, Maria Cichońska-Marczak z Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz Anna Grajcarek, Przewodnicząca Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych. Swój udział w trzeciej części sesji inauguracyjnej zgłosił również prof. Stefan Kurowski.

Jako pierwszy wystąpił **prof. Jerzy Z. Holzer,** Przewodniczący I Wydziału Nauk Społecznych PAN, wiceprzewodniczący Rządowej Rady Ludnościowej, przedstawiciel Polskiej Komisji Ludnościowej ONZ oraz działacz w wielu innych międzynarodowych organizacjach.

Następnie głos zabrał **prof. dr hab. Janusz Szymborski**, który jest kierownikiem Zakładu Zdrowia Publicznego i Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka. Jednocześnie jest pełnomocnikiem Ministra Zdrowia ds. nadzoru merytoryczno-organizacyjnego w opiece nad matką i dzieckiem.

Kolejnym mówcą była **Pani dr hab. Ewa Frątczak,** pracownik Instytutu Demografii Szkoły Głównej Handlowej, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Demograficznego, sekretarz Komitetu Nauk Demograficznych PAN, członek wielu organizacji międzynarodowych związanych z demografią.

Następnie wystąpiła **Pani prof. dr hab. Stanisława Borkowska,** dyrektor Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych, przewodnicząca Komitetu Nauk o Pracy PAN.

Kolejnym mówcą była **Pani prof. dr hab. Maria Rybak,** przewodnicząca Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego.

Nastepnie wystąpiła **Pani prof. dr hab. Irena Kotowska,** kierownik Zakładu Demografii w Instytucie Statystyki i Demografii oraz zastępca przewodniczącego I Wydziału Nauk Społecznych PAN.

Pani Grażyna Marciniak, wicedyrektor Departamentu Badań Demograficznych GUS, zaprezentowała referat pt. „Perspektywy rozwoju demograficznego Polski do 2030 roku".

Kolejnym mówcą była **Pani Maria Cichońska-Marczak** z Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych.

W następnej kolejności przemawiała **Pani Anna Grajcarek,** przewodnicząca Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.

Ostatnim mówcą był **prof. dr hab. Stefan Kurowski**.

Na zakończenie Sesji Inauguracyjnej głos zabrał przewodniczący Komitetu Kongresu, **Minister Zbigniew Strzelecki.** Podsumowując obrady stwierdził, iż do propagowania idei Kongresu pozwoliły użyć swoich autorytetów najwyższe osobistości w państwie. Gdyby sesja była zwykłą debatą naukową, nie byłoby z pewnością tak dużego zainteresowania mediów, gdyż ich uwaga jest zwrócona teraz w kierunku Ameryki. Podważył zasadność twierdzenia prof. S. Kurowskiego na temat niewystarczającej informacji dotyczącej rozpoczęcia Sesji Inauguracyjnej I Kongresu Demograficznego. Podano bowiem informacje w prasie, można było przysyłać zgłoszenie na adres internetowy, ponadto wysłano 1000 zawiadomień do polityków, środowiska naukowego, stowarzyszeń, fundacji i organizacji społecznych. Odzew był bardzo duży.

Przewodniczący Komitetu Kongresu odczytał pierwsze zdanie z referatu Komitetu Kongresu: „Przesłaniem I Kongresu Demograficznego w Polsce jest odwołanie się do społeczeństwa polskiego w sprawach tak zasadniczych, jak ciągłość pokoleń, przez to także do miejsca naszego narodu i państwa we współczesnym świecie.” Stwierdził, iż podsumowanie Kongresu będzie możliwe za rok. Wyraził nadzieję, że przez ten rok uda się zorganizować wiele spotkań, konferencji, seminariów, prezentacji, które umożliwią szeroką popularyzację zagadnień demograficznych. Zaproponował, po uzyskaniu upoważnienia ze strony uczestników Kongresu, aby Komitet Kongresu sformułował krótki apel do polityków, decydentów i społeczeństwa w sprawach niezwykle żywotnych dla ciągłości naszego narodu. Zapewnił, że głosy wszystkich, którzy wyrażą potrzebę przekazania swoich opinii na piśmie, zostaną zamieszczone w publikacji. Komitet Kongresu postara się dostarczyć tę publikację również parlamentarzystom nowej kadencji, którzy dostają coroczny raport o sytuacji demograficznej w Polsce.

Minister Zbigniew Strzelecki stwierdził, że celem sesjii było zainaugurowanie Kongresu oraz zdefiniowanie obszarów, w których będzie się odbywała dalsza dyskusja. Obydwa cele osiągnięto. Zaakcentowana została potrzeba dalszych badań. Końcowym efektem będzie określenie ram polityki ludnościowej, która zapewni ciągłość narodu polskiego.

Przewodniczący podziękował wszystkim członkom Komitetu Kongresowego, dzięki którym mogło dojść do zaakceptowania idei Kongresu. Podziękował bliskim współpracownikom, którzy przyczynili się do zorganizowania Kongresu: Panu prof. Andrzejowi Ochockiemu, który organizował Kongres od strony merytorycznej, oraz pracownikom Biura Kongresu Paniom Ewie Orzełek, Martynie Kawińskiej, Iwonie Fila oraz Bogusławie Gajewskiej. Złożył podziękowania GUS za sfinansowanie materiałów niezbędnych do zorganizowania Sesji Inauguracyjnej, a szczególnie Panu Wiceprezesowi GUS, prof. Januszowi Witkowskiemu oraz pracownikom GUS, dzięki którym powstało m. in. logo Kongresu. Podziękował również Pani dr hab. Ewie Frątczak oraz pracownikom Biblioteki Narodowej, a przede wszystkim Panu dyrektorowi Michałowi Jagiełło, wszystkim referentom oraz pracownikom Biura Prasowego: Panu Stanisławowi Krakowskiemu i Pani Joannie Mrozowskiej.

Przewodniczący Komitetu Kongresu zamknął obrady Sesji Inauguracyjnej I Kongresu Demograficznego w Polsce, zapraszając wszystkich uczestników na lunch oraz do udziału w seminariach, konferencjach, prezentacjach i innych imprezach Kongresu.

Sesja Inauguracyjna I Kongresu Demograficznego w Polsce została udokumentowana w postaci publikacji pt. „*Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku”* pod redakcją Zbigniewa Strzeleckiego i Andrzeja Ochockiego (wydanej przez Rządową Radę Ludnościową), która zawiera pełne teksty referatów i wystąpień oraz listę uczestników.

Załączniki:

1. Posłanie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Pana Aleksandra Kwaśniewskiego
2. Wystąpienie Marszałeka Senatu RP Pani Prof. dr. hab. Alicji Grześkowiak
3. Wystąpienie Księdza Kardynała Józefa Glempa Prymasa Polski
4. Wystąpienie Marszałka Senatu Pana Macieja Płażyńskiego
5. Wystąpienie Ministra Pana dr Jerzego Kropiwnickiego
6. Wystąpienie Minister Pani Marii W. Smereczyńskiej Pełnomocnika Rządu ds. Rodziny
7. Wystąpienie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego Pana Tadeusza Toczyńskiego
8. Wystąpienie Stałego Koordynatora Systemu ONZ w Polsce Pana Marca Destanne de Bernis
9. Referat Przewodniczącego Komitetu Kongresu Pana Ministra Zbigniewa Strzeleckiego

Prezydent
Rzeczypospolitej Polskiej

Warszawa, 15 września 2001 r.

Do Organizatorów i Uczestników
I Kongresu Demograficznego w Polsce

Szanowni Państwo,

I Kongres Demograficzny w Polsce to wydarzenie, którego efekty mogą wiele znaczyć dla przyszłości i rozwoju społeczno-gospodarczego naszego kraju. W pełni doceniam ten fakt i choć nie mogę osobiście wziąć w nim udziału, proszę o przyjęcie moich najserdeczniejszych pozdrowień i wyrazów uznania dla organizatorów Kongresu.

Pragnę przekazać Państwu i za Państwa pośrednictwem wszystkim demografom w naszym kraju najserdeczniejsze podziękowania za dotychczasowe badania, za wkład w poznawanie, rozumienie i wyjaśnienie tak trudnych i złożonych zjawisk, jakimi są procesy demograficzne zachodzące w Polsce teraz oraz w przeszłości. Chciałbym również złożyć wyrazy hołdu i pamięci organizatorom i twórcom Polskiego Towarzystwa Demograficznego, w tym także nieżyjącemu już profesorowi Kazimierzowi Romaniukowi.

Szanowni Państwo,

Polska demografia, bazując na ogromnych dokonaniach polskich uczonych XIX i XX wieku, okazała się być rzetelna, obiektywna, niezależna i przede wszystkim, zgodna ze standardami teoretycznymi i metodologicznymi demografii światowej. Ostatnie dekady nałożyły na demografów, a także na wszystkich ludzi, korzystających z usług tej dziedziny nauki, obowiązek obserwowania, analizowania i wyjaśniania zjawisk demograficznych. Polityka ludnościowa stanowi bowiem jeden z kluczowych elementów strategii rozwoju naszego kraju u progu XXI wieku. Procesy demograficzne wymagają rzeczowej, pozbawionej emocji i zabarwień światopoglądowych, dyskusji. Warunkują one bowiem rozwój społeczno-gospodarczy Polski, wpływają na kwestie polityki społecznej, kulturalnej, planów rozwoju regionów. Potrzebne jest mądre, długofalowe myślenie o polskiej rodzinie, edukacji, tworzeniu nowych miejsc pracy. Dobra i głęboka wiedza demograficzna może dać podstawę do opracowania programu działań niwelujących zagrożenia dla prawidłowego rozwoju populacji w Polsce.

Mam nadzieję, że tak szacowne grono uczonych, uczestniczących w Kongresie, sformułuje wartościowe wnioski dla teorii i praktyki społeczno-ekonomicznej.

Zawsze towarzyszyć będzie Państwa działalności moje poparcie, szczere zainteresowanie i życzliwość.

Szanowny Panie Prezesie Polskiego Towarzystwa Demograficznego, Panie i Panowie, członkowie Prezydium i Zarządu, Szanowni Państwo, proszę przyjąć życzenia owocnych obrad oraz moje gratulacje i podziękowania za dotychczasowe osiągnięcia.

Aleksander Kwaśniewski

Aleksander Kwaśniewski

Załącznik nr 2

Wystąpienie Marszałka Senatu RP
prof. dr hab. Alicji Grześkowiak

Szanowni Państwo!

Z wielką radością przyjęłam wiadomość o podjęciu inicjatywy zorganizowania w Polsce I Kongresu Demograficznego. Inicjatywa ta wychodzi naprzeciw pilnej potrzebie odpowiedzi na pytanie o stan i uwarunkowania niepokojącej sytuacji demograficznej notowanej w naszym kraju od początku dekady lat dziewięćdziesiątych oraz o perspektywy jej rozwoju w najbliższej przyszłości.

Szanowni Państwo!

Wyniki studiów nad koniunkturą demograficzną i gospodarczą pozwalają na prezentację wielu pozytywnych zjawisk w rozwoju demograficznym w naszym kraju. Wśród optymistycznych elementów na podkreślenie zasługuje stopniowa poprawa parametrów trwania życia; powolny proces zmniejszania się częstości urodzeń dzieci o wadze poniżej 2500 gramów oraz symptomy zahamowania obniżania się liczby zgonów matek w związku z ciążą lub porodem, relatywnie niski – w relacji do innych krajów europejskich – współczynnik rozwodów oraz mimo systematycznego wzrostu, znacznie niższy – w porównaniu z większością krajów Europy – poziom odsetka urodzeń pozamałżeńskich.

Jednak obok pozytywnych elementów istnieje cały szereg negatywnych faktów i zagrożeń w obrazie współczesnej sytuacji demograficznej. Już począwszy od połowy lat osiemdziesiątych można mówić o nasilających się zjawiskach kryzysowych oraz regresie demograficznym. Niektóre procesy demograficzne należy uznać za niebezpieczne dla odnowy i jakości pokoleń, a inne – można traktować jako przejaw regresu społecznego (Kędelski, 1994). Do najważniejszych wśród nich należy zaliczyć: utrwalanie się malejącej skłonności do zawierania nowych małżeństw; utrzymujący się przez 6 lat ujemny bilans małżeństw powodowany nadwyżką liczby związków rozwiązanych z powodu zgonu współmałżonka lub rozwodu nad liczbą małżeństw zawartych; notowany od połowy lat dziewięćdziesiątych wzrost natężenia rozwodów oraz niepokojąca dezintegracja małżeństw w miastach, gdzie odsetek orzeczonych rozwodów przekracza 80% ich

ogólnej liczby; utrwalanie się zawężonej reprodukcji ludności na skutek postępującego spadku intensywności rodzenia dzieci przez kobiety w wieku największej płodności: w 1999 roku współczynnik dzietności wyniósł zaledwie 1,37; postępujący proces nadumieralności coraz młodszych mężczyzn; wysoki wzrost umieralności w następstwie tzw. przyczyn cywilizacyjnych (nowotworów, chorób układu krążenia oraz wypadków drogowych, zabójstw i samobójstw); wzrost poziomu odsetka urodzeń przedmałżeńskich oraz udziału urodzeń pierwszych z poczęć przedślubnych – fakty te stanowią przesłankę do hipotezy o rosnącej roli związków nieformalnych kosztem zalegalizowanych małżeństw.

Według najnowszych prognoz w ciągu 30 lat liczba osób powyżej 80. roku życia wzrośnie dwuipółkrotnie, a osób w wieku emerytalnym o dwie trzecie. Myślę, ze nie jest to bez znaczenia dla polityki państwa. Bowiem obowiązkiem naszym jest zapewnienie im godnego życia.

Na demograficznej mapie Europy Polska jest dostrzegana jako kraj, który pod wieloma względami szybko zmierza do osiągnięcia przeciętnego stanu procesów ludnościowych na kontynencie. A stan ten jest wyjątkowo niepokojący.

Instytucja małżeństwa w całej Europie przeżywa poważne wstrząsy. Spadek liczby zawieranych małżeństw, wzrost liczby małżeństw rozpadających się oraz liczby nieformalnych związków (aczkolwiek rzadko rejestrowanych w statystykach) stanowią główne symptomy kryzysu tradycyjnego związku małżeńskiego.

W żadnym z krajów europejskich nie ma obecnie prostej zastępowalności pokoleń. W Polsce na 100 matek w wieku 15-49 lat przypada średnio 69 córek, co w rankingu lokuje nasz kraj na pozycji siedemnastej między Portugalią a Słowacją i oznacza prawdopodobieństwo potencjalnego ubytku przyszłej generacji o 31%.

Zarówno powyższe fakty, jak i wyniki badań demograficznych oraz socjologicznych ujawniają wprost realność kryzysu rodziny i spadek atrakcyjności macierzyństwa w Europie, w tym również w Polsce. Charakterystyczna dla obrazu współczesnej rodziny i macierzyństwa staje się ekspansja pewnych zjawisk dotychczas mało znanych lub zupełnie obcych polskiej kulturze, kulturze chrześcijańskiej oraz systemowi uznawanych norm i wartości (Wierzchosławski, 1997).

Rodzina była przez wieki uznawana przez państwa za podstawę istnienia i funkcjonowania społeczeństw. Jej doniosłe znaczenie było również doceniane przez społeczność międzynarodową.

Najważniejsze akty ochrony praw człowieka wskazują, że rodzina jest podstawową komórką społeczną, a państwa są zobowiązane do opieki nad nią i jej potrzebami (Powszechna Deklaracji Praw Człowieka, art. 14).

Jednakże mimo prawnie zagwarantowanego szacunku dla rodziny, koniec naszego stulecia obfituje w bezprecedensowe ataki na nią. Rodzina jest zagrożona w swej istocie, strukturze i funkcjach. Organizacja Narodów Zjednoczonych, Parlament Europejski czy też Rada Europy zamiast chronić rodzinę, podejmują destrukcyjne działania skierowane przeciwko niej. Próbuje się zmienić społeczną perspektywę rodziny, dotąd uznawanej za podstawowy element społeczeństwa. Czynione są starania, by miejsce rodziny zajęła jednostka z właściwymi dla niej prawami lub też rodziny w liczbie mnogiej, pojmowane jako grupy osób żyjących razem (Grześkowiak, 1998).

Wśród najgroźniejszych działań antyrodzinnych należy wymienić m. in.: niszczenie wymiaru osobowego i strukturalnego rodziny; podejmowanie działań w kierunku osłabiania więzi małżeńskich i rodzinnych oraz nasilanie ataków na funkcję prokreacyjną i opiekuńczo- wychowawczą rodziny.

Upowszechnianie się postaw antyprokreacyjnych jest groźne dla życia społecznego w jego wymiarze moralnym, psychospołecznym, jak i demograficznym. Postawy takie stoją również w jawnej sprzeczności z podstawowymi prawdami chrześcijaństwa, podzielanymi przez większą część społeczeństwa. Można przypuszczać, że wielu ludzi żyje w sytuacji konfliktu sumienia i nieporządku moralności małżeńsko-rodzinnej. Nie sprzyja to samej wartości małżeństwa i rodziny, a przede wszystkim osłabia wrażliwość na życie ludzkie. Upowszechnianie się takich postaw będzie też wzmacniało tendencję spadkową przyrostu naturalnego. Przeciwstawianie się tego rodzaju tendencjom i procesom jest działaniem społecznie pożądanym. Realizacja tego zadania powinna znaleźć się w zakresie zainteresowań wielu różnego rodzaju podmiotów i grup społecznych.

Tak społeczność międzynarodowa, jak i społeczeństwo polskie stoi przed trudnym zadaniem wyboru drogi rozwoju społecznego. Z jednej strony może być to droga oparta na zdrowej i prawidłowo funkcjonującej rodzinie, na ładzie moralnym i społecznym, z uznaniem szacunku dla każdej osoby. Z drugiej strony znajduje się ścieżka cywilizacji destrukcji tego, co zbudowały i chroniły pokolenia. Rodzina ma być pierwszą ofiarą tej destrukcji. Aby tak się nie stało należy dbać o zachowanie

tych wartości, które są gwarantem godnego życia wszystkich jej członków od ich poczęcia aż do naturalnej śmierci, poszanowania godności osoby ludzkiej.

Szanowni Państwo!

Mam nadzieję, że na planowanych spotkaniach kongresowych specjaliści z dziedziny demografii, socjologii, polityki społecznej oraz dyscyplin pokrewnych wskażą newralgiczne punkty w rozwoju ludnościowym Polski, podejmą trud określenia ich przyczyn i zaproponują skuteczne sposoby przeciwdziałania negatywnym zjawiskom, spójne z uznawanym przez Polaków od wieków systemem norm i wartości oraz z istniejącymi społeczno-ekonomicznymi potrzebami i możliwościami.

Z ogromną uwagą będziemy śledzić treści prezentowane na rozpoczynającym się I Kongresie Demograficznym. Jednocześnie z nadzieją będziemy wsłuchiwać się w postulaty, które zostaną sformułowane w podsumowaniu obrad. Wierzę, że zwycięży dobro polskiej rodziny.

Załącznik nr 3

Józef Kardynał Glemp
Prymas Polski

CHCEMY ODPOWIEDZIEĆ NA PYTANIE, KIM JESTEŚMY?

Słowo podczas inauguracji I Kongresu Demograficznego 2001-2002
Warszawa, Biblioteka Narodowa, audytorium im. Stefana Dembego
15 września 2001 roku

Szanowna Pani Marszałek,

Szanowne Prezydium,

Szanowni Uczestnicy I Kongresu Demograficznego!

Pragnę wyrazić uznanie dla Organizatorów tego spotkania, jak i tego studium, jakże potrzebnego by odpowiedzieć na pytanie, kim jesteśmy? To jest bardzo ważne pytanie – by wiedzieć o samych sobie, o naszym społeczeństwie, kim jesteśmy. Na to pytanie chce odpowiedzieć szereg instytucji czy dyscyplin naukowych. Odpowiada na nie nasza literatura pokazując, kim na przestrzeni stuleci są Polacy. Postęp Polaków ukazano kiedyś również w obrazach i mogliśmy rozeznać siebie na przestrzeni kilku stuleci – kim konkretnie jesteśmy, jakie są nasze charaktery, upodobania.

To wszystko jest jednak mało precyzyjne. Natomiast przedsięwzięcia demograficzne operują już metodami, narzędziami i kwalifikacjami, które mogą dać precyzyjną odpowiedź na to pytanie: kim jesteśmy, jaki jest nasz stan, ilu nas jest, jakie są tendencje rozwojowe? I myślę, że to jest niezwykle ważne. Ważne także dla Kościoła. I dlatego jako duchowny, reprezentując ten stan, chcę wyrazić ogromne zainteresowanie podejmowanymi tu zagadnieniami. Wśród dokumentów jest wiele niezwykle cennych, także autorstwa Staszica. Powiedziano, że w roku bodaj 1808 Stanisław Staszic dokonał pierwszej statystyki. Ale patrząc od strony – powiedziałbym – ogólnie pojętego humanizmu, nie można stwierdzić, że było to po raz pierwszy, bo jeśli otworzymy Ewangelię według świętego Łukasza, to przeczytamy, że za czasów Cezara Augusta, kiedy rządcą obecnej Ziemi Świętej był Kwiryniusz, odbył się spis ludności i dlatego Rodzina Święta musiała udać się

z Nazaretu do Betlejem, gdzie narodził się Chrystus (por. Łk 2, 1-7). To jest ślad tamtego spisu ludności, a więc tych wysiłków demograficznych, które tak wcześnie się pojawiły i które mamy odnotowane na kartach Ewangelii.

To co dzisiaj Kościół interesuje, to rzeczywista potrzeba pewnej polityki wobec społeczeństwa, ażeby ono wzrastało, żeby nie było degradacji narodu. Kiedyś podnoszone było zagadnienie, czy się wyżywimy? – stąd tendencje do ograniczania przyrostu ludności. Dzisiaj wiemy, że Europa zmniejsza swoją liczebność etniczną i w to miejsce przychodzą inni. Dzisiaj w Europie liczy się dwadzieścia milionów wyznawców islamu, co jest do odnotowania jako zjawisko kulturowe, cywilizacyjne, ale także budzi refleksje i zatroskanie o przyszłość. Podobnie jest u nas, i my w Polsce także interesujemy się tym, żeby nie było „pustki" demograficznej, bo w tę „pustkę" wejdą ci, przed którymi nas bronił Jan III Sobieski, a my byśmy nie chcieli innej kultury ani terroryzmu, ani innych trudnych zagadnień.

Chcemy więc wiedzieć, ile jest dzieci, a od strony kościelnej – ile jest chrztów, ile dzieci uczęszcza do szkoły, ilu sierotom trzeba pomóc w szkole, bo pierwszą instancją, która jest w stanie pomóc, jest „Caritas" parafialna. Znam parafie, które systematycznie pomagają szkołom w dożywianiu dzieci. I właśnie ta troska o dziecko musi być włączona właśnie w obszar zadań demograficznych. Otrzymałem bowiem dane z jednego domu dziecka, gdzie naturalnych sierot było tylko 7%, a reszta to sieroty, jak to się mówi: legalne, czyli sieroty społeczne – dzieci niechciane, porzucone. Odkrywamy więc pewien nieład, bo jest nieład, gdy mniej jest sierot naturalnych niż społecznych.

Dlatego też życzę, by badania demograficzne pomogły w tej wielkiej trosce o dobro narodu i społeczeństwa. Dziękuję bardzo.

Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Warszawa, dnia 15 września 2001 roku

Do uczestników
I KONGRESU DEMOGRAFICZNEGO
Warszawa, 15 września 2001 roku.

Szanowni Państwo,

Serdecznie dziękuję, za zaproszenie do udziału w I Kongresie Demograficznym. Nie mogąc przybyć dzisiaj osobiście, tą drogą chciałbym przekazać państwu życzenia owocnych obrad.

Dzisiejsze społeczeństwa państwowe są coraz bardziej złożonymi mechanizmami. Kierowanie ich rozwojem, co należy do obowiązków władz państwowych, wymaga coraz większej wiedzy, coraz szerszego zaplecza analitycznego. Wiedza ta obejmuje bardzo wiele dziedzin nauki. Wśród nich demografia zajmuje na pewno miejsce poczesne. Wiedza o ludności, jej strukturze wiekowej, zawodowej, wykształceniowej, rozmieszczeniu geograficznym, wiedza o migracjach, o dynamice zmian ilościowych, o przyroście naturalnym, falach wyżów i niżów demograficznych, wiedza o prawidłowościach rządzących tą dziedziną, o prognozach na przyszłość, cała ta wiedza niezbędna jest do kompetentnego konstruowania polityki gospodarczej i społecznej we wszystkich chyba szczegółowych dziedzinach, które na nie się składają.

Trudno sobie wyobrazić planowanie działań wspierających przyrost nowych miejsc pracy, jeżeli nie ma się wiedzy, jak liczne będą roczniki wkraczające w najbliższych latach w wiek produkcyjny, gdzie można się spodziewać nadmiaru, a gdzie deficytu siły roboczej, jaki będzie poziom wykształcenia nowych roczników, jaka struktura zawodowa. Trudno planować politykę rolną nie śledząc zjawisk migracyjnych, trudno inwestować w szkolnictwo, jeśli nie zna się prognoz dotyczących liczebności uczniów, trudno konstruować reformę ubezpieczeń emerytalnych bez pojęcia na temat prognozowanej struktury wieku ludności. Demografia jest niezbędna. Niezbędna jest przede wszystkim dla odpowiedzialnych za kierowanie sprawami państwa. Ale we współczesnym, demokratycznym państwie, za kierowanie sprawami państwa odpowiedzialne jest nie tylko wąskie grono zawodowych polityków. Dlatego świadomość przesłanek głównych kierunków polityki państwa powinna być powszechna zarówno wśród różnych elit przywódczych narodu, jak i wśród szerokich mas społecznych.

Myślę, że dzisiaj inaugurowany I Kongres Demograficzny, pomoże zebrać i przeanalizować dotychczasową wiedzę na temat polskiej demografii na tle procesów europejskich, że dostarczy impulsu do dalszych badań i rozwoju tej dziedziny wiedzy. Mam jednak przede wszystkim nadzieję, że obrady Kongresu przyczynią się do upowszechnienia wiedzy demograficznej wśród Polaków, tak istotnej przecież wiedzy o nas samych. Liczę też na to, że Kongres zaowocuje wzrostem świadomości wśród polskich elit znaczenia procesów ludnościowych i wiedzy o nich, wiedzy której dostarcza demografia. Dlatego dziękuję organizatorom za podjęcie tej tematyki i za zorganizowanie Kongresu.

Maciej Płażyński

Załącznik nr 7

Wystąpienie Tadeusza Toczyńskiego

Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego

Statystyka demograficzna w Polsce

Szanowna Pani Marszałek
Wasza Eminencjo Księże Prymasie
Panie Przewodniczący
Panie i Panowie Ministrowie
Szanowni Państwo

Statystyka demograficzna w Polsce zawsze była i jest takim obszarem badań, który opiera się na trwałych podstawach metodologicznych. Zmieniająca się sytuacja polityczna, społeczno – gospodarcza a wraz z nią pojawiające się nowe potrzeby odbiorców danych demograficznych, niewątpliwie miały pewien wpływ na statystykę demograficzną – różny, w różnych okresach jej historii. Szczególnie ostatnia dekada, tj. lata 90-te w bardzo wyraźny sposób – i prawdopodobnie na długo – ugruntowały nowe „spojrzenie" na zakres gromadzonych danych o ludności, na sposób ich pozyskiwania, a także w pewnym stopniu na ich jakość.

Na czym koncentrowaliśmy się w badaniach demograficznych

W latach 1990-2001 badania statystyczne dotyczące ludności oraz zjawisk i procesów demograficznych, a właściwie demograficzno-społecznych, obejmowały badania demograficzne stałe, niezbędne do obserwacji rozmiarów zjawisk demograficznych oraz opracowywania bilansów ludności, prognoz ludności i prognoz gospodarstw domowych, a także badania jednorazowe empiryczne i studialne, mające na celu rozpoznanie uwarunkowań obserwowanych procesów.

W ostatniej dekadzie statystyka demograficzna obejmowała szereg bardzo istotnych badań:

• Spis powszechny ludności i mieszkań 1988 r. – ostatnia pełna baza danych jako punkt wyjściowy oceny zjawisk w okresie transformacji

• Ruch naturalny ludności w zakresie urodzeń i zgonów
• Małżeństwa, rozwody i separacje
• Migracje wewnętrzne ludności
• Migracje zagraniczne ludności
• Bilanse stanu i struktury ludności
• Szacunki stanu i struktury ludności, gospodarstw domowych i rodzin
• Prognozy demograficzne ludności, gospodarstw domowych i rodzin
• Dzietność kobiet
• Trwanie życia

W latach wcześniejszych – poprzedzających transformację społeczno-gospodarczą – zakres prowadzonych badań demograficznych był węższy.

Jednak polska statystyka demograficzna była widoczna na forum międzynarodowym. GUS dostarczał dane dla potrzeb ONZ (WHO oraz EKG). Przedstawiciele statystyki uczestniczyli także – aczkolwiek w bardzo skromnym zakresie – w międzynarodowych spotkaniach, konferencjach, seminariach itp.

W latach 90-tych rozpoczęła się nowa epoka bardzo intensywnej współpracy z ONZ oraz Unią Europejską – głównie w dziedzinie metodologii badań.

Większość badań demograficznych była już w 1997 roku dostosowana w satysfakcjonujący sposób do standardów europejskich, zarówno w aspekcie zakresu tematycznego, jak i zalecanej metodologii badań. Efekt ten został osiągnięty, m. in. dzięki stałej współpracy GUS z organizacjami międzynarodowymi, zajmującymi się problemami ludnościowymi (przede wszystkim w ramach współpracy z agendami ONZ, takimi jak: EKG, WHO, Biurem Statystycznym oraz UNDP, a także współpracy z Biurem Statystycznym UE – EUROSTAT). Dotyczyło to takich tematów jak: stan i struktura ludności, ruch naturalny, dzietność kobiet, umieralność oraz prognozy demograficzne.

Podstawowe problemy dostosowawcze dotyczyły i nadal dotyczą statystyki migracji zagranicznych, głównie za sprawą braku odpowiednich aktów prawnych w tym zakresie oraz
braku danych o rozmiarach emigracji Polaków za granicę i imigracji cudzoziemców do Polski. *Ustawa o cudzoziemcach* z 25 czerwca 1997 r., regulująca m. in. także

zasady prowadzenia ewidencji cudzoziemców w Polsce, weszła w życie 27 grudnia 1997 r. Jednakże dopiero jej ostatnia nowelizacja z 11 kwietnia 2001 r. spowodowała, że ten dokument prawny stał się w pełni zgodny z prawem unijnym.

Przeobrażenia społeczno-ekonomiczne okresu transformacji spowodowały znaczne zmiany w przemieszczeniach ludności w kraju i za granicę. Zmieniły się rozmiary ludności migrującej, zmianie uległy kierunki migracji, jak również jej formy, zwłaszcza w przypadku migracji zagranicznych. Należy przypomnieć, że bieżące badania migracji zagranicznych nie pozwalają na uzyskanie danych wymaganych przez międzynarodowe zalecenia. Temat migracji zagranicznych praktycznie nie był badany w ostatnim spisie ludności w 1988 roku, którego wyniki mogły stanowić w miarę dobrą bazę wyjściową do podejmowania dalszych szacunków. Dla uzupełnienia tej luki informacyjnej w latach 1997-2001 podjęto szereg działań, które mogłyby dostarczyć pewnych danych o przemieszczeniach ludności. Przede wszystkim rozpoznano w pełni źródła administracyjne, które mogłyby być wykorzystane dla celów statystyki migracji (rejestr PESEL, ewidencję uchodźców, ewidencję cudzoziemców podejmujących legalną pracę w Polsce oraz uczących się), a ponadto przygotowano projekt pełnego badania migracji zagranicznych, tzw. długookresowych, w kolejnym powszechnym spisie ludności, przewidzianym do realizacji w 2002 roku.

Istotne zmiany metodologiczne wprowadzono także w obszarze podstawowych badań dotyczących ruchu naturalnego ludności oraz zawierania i rozwiązywania związków małżeńskich. Począwszy od 1997 roku do statystyki zachorowań oraz zgonów (przyczyn zgonów) wdrożono nowy międzynarodowy standard klasyfikacyjny (ICD – 10). W tym miejscu należy przypomnieć, że z dniem 1 lipca 1994 r. została wprowadzona międzynarodowa definicja urodzenia żywego, która wprowadziła istotne zmiany do polskiej statystki ludności. Od 1999 roku statystyka małżeństw obejmuje również małżeństwa zawarte w obecności duchownego, podlegające prawu kanonicznemu Kościoła lub związku wyznaniowego, zaś od 2000 roku wprowadzono nowe badanie, dotyczące orzeczonych prawnie separacji. Wprowadzone zmiany metodologiczne wynikały przede wszystkim z konieczności dostosowywania statystyki ludności do zmieniających się przepisów polskiego prawa, tj. uchwalania nowych ustaw lub nowelizacji już istniejących aktów prawnych.

W 1999 roku została opracowana nowa prognoza ludności, w założeniach której uwzględniono zmianę wzorca płodności. Jest to projekcja długookresowa, przedstawiająca perspektywy rozwoju demograficznego Polski do roku 2030 wraz z symulacją do 2050 roku.

Poza zmianami wynikającymi bezpośrednio ze zmian ustawodawczych lub zmian standardów klasyfikacyjnych wprowadzane są zmiany w zakresie metodologii badań, powodowane nie tylko wymaganiami porównań międzynarodowych, ale także dążeniem do doskonalenia narzędzi badawczych, które pozwolą na jak najlepsze zaspokojenie rosnących potrzeb użytkowników na dane lepszej jakości, a zatem na bardziej wiarygodne i rzetelne informacje statystyczne.

Zmiany zakresu tematycznego badań (analiz) i zmiany metodyczne wynikają również ze zmieniającej się sytuacji demograficznej i pojawiania się nowych, wcześniej nie obserwowanych zjawisk.

W ostatnich latach, w badaniach dotyczących ludności i procesów demograficznych szczególną uwagę zwraca się na te obszary badawcze, które podlegały silnym przemianom, wynikającym z rozwoju i transformacji życia społeczno-ekonomicznego.

Przypomnijmy, w latach 90-tych wystąpił – po raz pierwszy w powojennej historii Polski – „regres" demograficzny. Dzietność kobiet obniżyła się do nienotowanego nigdy wcześniej poziomu: z 2,04 w 1990 r. do 1,34 w roku 2000, natomiast współczynnik urodzeń z 14,3 do 9,8 na 1000 ludności. Jednocześnie, w tych samych latach dalsze trwanie życia wydłużyło się o ponad 3 lata dla mężczyzn (osiągając 69,7 lat w 2000 r.) oraz o 2,5 roku dla kobiet (78 lat w 2000 r.)

Przemiany demograficzne w okresie transformacji rodzą nowe potrzeby, wynikające z konieczności monitorowania wielu zjawisk przez statystykę, jak również determinują nowe kierunki badań prowadzonych przez środowiska naukowo--badawcze. Bardzo często zapotrzebowanie tych środowisk zmierza do poznania nie tylko skali zjawiska, ale i czynników społeczno- ekonomicznych, warunkujących przemiany demograficzne, zaś takie podejście wymaga od statystyki wdrażania badań ankietowych, które są jednymi z najdroższych.

Potrzeby w zakresie statystyki ludności są różne w następujących obszarach:

- na poziomie krajowym,
- na poziomie regionalnym oraz lokalnym,
- na poziomie międzynarodowym.

Na poziomie krajowym potrzeby te pozostają w związku z polityką ludnościową, polityką społeczną oraz polityką migracyjną Polski. Zakres prowadzonych badań demograficznych w zasadzie zabezpiecza zapotrzebowanie na dane demograficzne (natomiast pewna luka informacyjna występuje w obszarze badań migracji). Wykorzystanie badań statystycznych dla celów prowadzenia polityki ludnościowej stawia wobec statystyki bardzo precyzyjne wymagania, a przede wszystkim szybkie dostarczanie danych o dobrej jakości.

Potrzeby statystyki na poziomie regionalnym pozostają w związku z polityką rozwoju regionów oraz zarządzania funduszami wspomagania równomiernego rozwoju tych regionów. Statystyka demograficzna może być z powodzeniem wykorzystywana – obok innych statystyk – dla potrzeb śledzenia dysproporcji w rozwoju społeczno-gospodarczym regionów.

Nowy, trójstopniowy podział terytorialny kraju, wprowadzony 1 stycznia 1999 r. oraz rozszerzenie uprawnień władz samorządowych, spowodowały zwiększone zapotrzebowanie na dane demograficzne na poziomie lokalnym (gminy oraz powiatu). W tym względzie statystyka demograficzna (tzw. bieżąca) tylko częściowo pokrywa wzrastające zapotrzebowanie na dane. Jednak planowany na 2002 rok Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań powinien w pełni zaspokoić potrzeby w zakresie statystyki ludności – dla różnych odbiorców oraz na rożnym poziomie podziału administracyjnego kraju.

Ostatnią płaszczyzną, która kreuje zapotrzebowanie na dane demograficzne i – szerzej ludnościowe, jest uczestniczenie polskiej statystyki w statystyce międzynarodowej. Taka międzynarodowa wymiana danych rodzi wiele problemów, a wśród nich: kwestie porównywalności danych, harmonizacji definicji i klasyfikacji, dotrzymywanie terminów dostarczania informacji (zwłaszcza przy monitorowaniu zjawisk) itp.

Szczególne zobowiązania – jako kraj starający się o akcesję – ma Polska wobec Unii Europejskiej. W obszarze statystyki demograficznej wszystkie dane dla potrzeb UE są już przekazywane na bieżąco do Eurostatu. Stosunkowo duże luki informacyjne występują nadal w dziedzinie statystyki migracyjnej.

W najbliższych latach główne zadania badawcze w zakresie statystyki ludności będą dotyczyły:

• przygotowania i przeprowadzenia Narodowego Spisu Powszechnego w 2002 roku, opracowania wyników tego spisu i towarzyszących mu badań, szerokie ich upowszechnienie różnym odbiorcom oraz wykorzystanie w pracach analitycznych i prognostycznych,
• zakończenia wdrażania systemu badania migracji zagranicznych, a zwłaszcza długookresowych emigracji Polaków oraz imigracji cudzoziemców do Polski,
• monitorowania wyników prognozy ludności oraz określenia wariantowych założeń długookresowej projekcji demograficznej do 2050 roku,
• pogłębienia prac studialnych oraz analiz demograficzno-społecznych szczególnie w zakresie przemian reprodukcji ludności (głównie w obszarze metodyki i opracowywania analiz); m. in. dzięki współpracy z przedstawicielami środowisk naukowych,
• badania narodowościowe.

Ważnym zadaniem statystyki ludnościowej jest zdiagnozowanie przemian okresu transformacji społeczno-ekonomicznej oraz wnioskowanie o ich wpływie na przyszły przebieg procesów demograficznych.

W ramach badań narodowościowych kontynuowane będą badania sytuacji mniejszości narodowych oraz niektórych grup etnicznych w Polsce, a także sytuacji Polaków w krajach ościennych. Uzyskane wyniki badań pozwolą na wypełnienie luki informacyjnej i stworzenie podstawy do oceny stosunków etnicznych i kulturowych między mniejszościami narodowymi oraz ludnością polską w miejscach ich wspólnego zamieszkania. Temat jest szczególnie ważny, m. in. z uwagi na ratyfikowanie przez Polskę Konwencji ramowej o ochronie mniejszości narodowych.

Będziemy kontynuować ścisłą współpracę z ośrodkami naukowymi w celu prowadzenia prac studialnych i porównawczych w nurcie nowoczesnych, teoretycznych koncepcji badania szeroko pojmowanych procesów rozwoju społeczeństw.

Te wszystkie dokonania, jak też sformułowanie kierunków przyszłych badań, były wynikiem ścisłej współpracy GUS ze środowiskami naukowymi. To właśnie państwu, wielu osobom będącym dzisiaj na tej sali, zawdzięczamy inspirację, pomoc merytoryczną, twórczą krytykę, ale także od czasu do czasu słowa pochwały, które

zachęcają nas do dalszej pracy. To właśnie demografowie i pracownicy nauki zajmujący się szeroko pojmowanymi badaniami zjawisk społecznych są najczęstszymi gośćmi w GUS, witanymi z radością i mam nadzieję – czującymi się u nas jak u siebie w domu.

I Kongres Demograficzny jest znakomitą okazją do zdyskontowania dokonań polskiej szkoły demograficznej, wieloletnich tradycji twórczej pracy wielu środowisk oraz wytyczenia kierunków prac na przyszłość.

Państwa postulaty i oczekiwania będziemy starali się realizować dostarczając wiarygodne dane statystyczne, kompletne w takim niestety zakresie, na jaki pozwolą nam możliwości finansowe.

Życzę Państwu owocnych obrad i dalszego wzmacniania wizerunku polskiej demografii.

Załącznik nr 8

Wystąpienie Pawła Grzesika

zastępcy Stałego Przedstawiciela UNDP w Polsce

Działalność UNDP w Polsce

Sesja jest dobrą okazją do zaprezentowania pokrótce działalności zarówno Programu Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju (UNDP), jak też funduszu populacyjnego Narodów Zjednoczonych UNDP w dziedzinie demografii w skali międzynarodowej oraz krajowej. Zasadniczy mandat UNFPA jako agendy systemu ONZ polega na monitorowaniu sytuacji demograficznej na świecie, zapewnieniu równego dostępu do informacji na temat zdrowia prokreacyjnego oraz wdrażania postanowień konferencji kairskiej „Ludność i rozwój." we współpracy z państwami członkowskimi ONZ, w tym Polski. Ten globalny mandat przekłada się na konkretne działania i projekty finansowane przez UNFPA oraz UNDP w Polsce.

Od kilku już lat UNDP współpracuje z Rządową Radą Ludnościową, Głównym Urzędem Statystycznym oraz organizacjami pozarządowymi i ośrodkami badawczymi w przygotowaniu analiz oraz raportów demograficznych na zamówienie UNFPA w takich dziedzinach jak: umieralność niemowląt, ocena płodności rodzin, działalność edukacyjna w zakresie prewencji chorób przenoszonych drogą płciową, AIDS i zdrowia prokreacyjnego. Szkolenia te prowadzone są przy udziale organizacji pozarządowych i skierowane jak dotąd do personelu medycznego. Równolegle prowadzone są działania mające na celu wypracowanie standardów opieki nad dziećmi maltretowanymi.

Polska jest krajem starzejącego się społeczeństwa, na co wskazują dostępne dane statystyczne, o których była mowa. To wynika zarówno ze zmniejszenia liczby urodzeń, jak również wydłużenia przeciętnej długości życia. Fakt ten ma znaczące konsekwencje w takich dziedzinach życia, jak ubezpieczenia zdrowotne, służba zdrowia, systemy emerytalne czy rynek pracy i edukacja. UNDP włączyło się do dyskusji na temat sytuacji demograficznej w Polsce również w formie opracowania analizy z udziałem polskich specjalistów w postaci raportu o rozwoju społecznym. Jest to coroczny raport, a ten o którym pragnę wspomnieć, powstał w 1999 roku pt.: „Ku godnej i aktywnej starości.". Tezy i rekomendacje raportu były szeroko dyskutowane zarówno w mediach jak i wśród decydentów i specjalistów. Jestem

przekonany, że obrady w trakcie sesji będą kolejnym, ważnym krokiem w debacie nad procesami demograficznymi ze wszystkimi ich konsekwencjami, które przecież dotyczą nas wszystkich. Ze swojej strony zapewniam o kontynuowaniu działań w tych dziedzinach przez UNFPA oraz UNDP.

Załącznik nr 9

Dr hab. Zbigniew Strzelecki, prof. SGH

Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku

referat Komitetu Kongresu

Wstęp

Przesłaniem I Kongresu Demograficznego w Polsce jest odwołanie się do społeczeństwa polskiego w sprawach tak zasadniczych, jak ciągłość pokoleń a przez to także do miejsca naszego narodu i państwa we współczesnym świecie. W materiale informującym o zamiarze jego zwołania podkreślamy wagę procesów ludnościowych, kulturowych i edukacji dla miejsca Polski w Europie i świecie. Złożony charakter tych procesów i ich uwarunkowań oraz ich wpływ na gospodarkę i życie społeczne, a w rezultacie na osiągany poziom cywilizacyjny – wymagają szerokiej debaty społecznej, która powinna ukierunkować działania państwa na rzecz dobra wspólnego, jakim przecież jest ono samo. Inaugurując Kongres chcemy taką debatę zapoczątkować.

1. Główne tendencje

Polska z 38,6 mln ludności jest państwem o dużym potencjale demograficznym w Europie i o silnie ugruntowanej ósmej pozycji pod tym względem na kontynencie.

Zaawansowany proces transformacji demograficznej, którego doświadczają kraje europejskie, „zagościł" także w Polsce. Charakteryzują go silne przekształcenia w poziomie i natężeniu przebiegu podstawowych procesów demograficznych takich jak: płodność, umieralność, migracje, proces tworzenia i rozpadu rodzin oraz gospodarstw domowych. Oznakami tych przemian są: zmiany wzorca tworzenia rodzin, związków, zmiany wzorca płodności, pozytywne zmiany w poziomie umieralności i związane z nimi wydłużanie się życia ludzkiego, a także nowa jakość procesów migracyjnych. Czynnikiem sprawczym obserwowanych zmian były i są zmiany strukturalne funkcjonowania wielu sfer życia politycznego, ekonomicznego, społecznego państwa i obywateli. Procesy te niewątpliwie wpłynęły na zmianę norm

oraz hierarchię wartości młodego pokolenia Polek i Polaków oraz pokolenia ich rodziców.

Obserwujemy w Polsce zjawisko głębokiego obniżania się częstości zawierania pierwszych małżeństw oraz odkładanie decyzji o zawarciu związku małżeńskiego w czasie, co silnie ogranicza proces tworzenia nowych rodzin. Ma to oczywisty wpływ na zachowania prokreacyjne. Przeważający obecnie typ odkładania decyzji o urodzeniu dziecka w związku z opóźnianiem zakładania rodzin jest modelem przeciwnym do obserwowanego poprzednio. Podkreślić należy, że w ostatniej dekadzie szczególnie szybko ulegały zmianie wzorce tworzenia rodzin i zachowania prokreacyjne na wsi. Obecnie proces zastępowalności pokoleń w mieście i na wsi na wsi ma już podobny charakter.

W konsekwencji zmniejsza się liczba dzieci w polskich rodzinach. Współczynnik dzietności, 1,3 dziecka na 1 kobietę, obniżył się w ciągu 20 lat aż o 80%. Oznacza to już bardzo głęboką nierównowagę międzypokoleniową, a przypomnijmy, że dla zachowania tej równowagi między pokoleniem rodziców i dzieci, współczynnik ten w obecnych warunkach umieralności powinien mieć wartość 2,1.

Od 1992 roku ponownie obserwujemy w Polsce systematyczne wydłużanie się życia ludzkiego. Przewidywane przeciętne dalsze trwanie życia urodzonych w 2000 roku chłopców obliczono na 69,7 lat, a dziewcząt – na 78,0 lat. Niemniej jednak, przeciętne dalsze trwanie życia Polki jest nadal o 3-4 lata krótsze, a Polaka nawet o 5-6 lat krótsze w porównaniu z mieszkańcami krajów Unii Europejskiej. Świadczy to o tym, jak ogromny jest dystans dzielący nas od tych krajów.

Proces wydłużania się życia ludzkiego jest wynikiem zmniejszania się ryzyka zgonu zarówno niemowląt jak i dzieci, a także osób dorosłych. W ubiegłej dekadzie, choć znacznie zmniejszyła się umieralność niemowląt (spadek z 19 zgonów w 1990 r. do 8 na 1000 urodzeń żywych w 2000 r.) to jeszcze dzieli nas duży dystans do przodujących pod tym względem krajów: Niemiec i Francji (5 zgonów), a przede wszystkim Szwecji (mniej niż 4 zgony).

Umieralność dzieci i młodzieży spadła w tym czasie o jedną trzecią, osób w wieku produkcyjnym o jedną piątą. Spadek umieralności objął też osoby w starszym wieku. Niemniej jednak poprawa ta nie może nas jeszcze zadawalać. Zbyt wiele osób umiera przedwcześnie z powodu chorób układu krążenia, chorób nowotworowych, a także na skutek urazów i zatruć. Te trzy grupy przyczyn stanowią

aż ponad 78% zgonów. Jednocześnie następują zmiany w strukturze przyczyn zgonów. Nowotwory są już przyczyną blisko czwartej części zgonów, co może świadczyć, że postęp w skuteczności leczenia nowotworów nie nadąża za wzrostem zachorowalności.

Migracje wewnętrzne pozostają na niskim, prawie stałym poziomie. Nowym elementem jest niewielki wzrost migracji z miasta na wieś. Oznacza to, że procesy transformacji osłabiły mobilność przestrzenną ludności kraju, a wpływ migracji wewnętrznych na zmiany podstawowych struktur demograficznych znacznie się zmniejszył.

Niespotykany wcześniej rozwój procesów demograficznych, odmienny od trendów obserwowanych w latach osiemdziesiątych, wpłynął znacznie na zmianę struktury ludności według wieku. Obniżył się zasadniczo odsetek dzieci i młodzieży a wzrósł – osób starszych.

Liczba osób w wieku poprodukcyjnym w tym okresie zwiększyła się o ponad 800 tys., a więc o 17%. Pomimo systematycznego wzrostu liczby i odsetka osób starszych przy jednoczesnym spadku liczby dzieci i młodzieży, Polska na mapie Europy należy jeszcze do społeczeństw stosunkowo młodych w sensie demograficznym.

2. Uwarunkowania

Zależności między przebiegiem procesów demograficznych i gospodarczych są złożone i powinny być rozpatrywane w szerszym kontekście kulturowym i społecznym. Określenie przyczyn ostatnich tendencji demograficznych nie jest rzeczą prostą, gdyż brak w tym zakresie pogłębionych badań naukowych.

Przyczyn zmiany tradycyjnych zachowań matrymonialnych należy prawdopodobnie upatrywać w nasilającej się konkurencji na rynku pracy, w dążeniu młodzieży do uzyskiwania wyższego statusu zawodowego, w rosnących kosztach kształcenia zarówno osób dorosłych jak i dzieci, czy też w postępującym rozwarstwieniu dochodowym społeczeństwa.

Dążenia edukacyjne w społeczeństwie polskim są obiektywną i pozytywną przesłanką późniejszego zawierania małżeństw i zakładania rodzin. Problem polega jednak na tym, że obserwowane obecnie zjawisko głębokiego obniżania się częstości zawierania małżeństw nie może być wytłumaczone jedynie tym czynnikiem.

Pojawiają się również inne czynniki, takie jak: zmianami w hierarchii wartości, poszerzanie się postaw indywidualizmu i relatywizmu etycznego.

W społeczeństwie polskim do głównych czynników ekonomicznych wpływających na procesy demograficzne można zaliczyć: możliwość zatrudnienia, dostępność mieszkań oraz znaczenie transferów społecznych kierowanych bezpośrednio lub pośrednio do rodzin i gospodarstw domowych. Wysokie ryzyko bezrobocia młodych ludzi hamuje zawieranie małżeństw. Bezrobocie powoduje zarazem nadmierne zróżnicowanie dochodów gospodarstw domowych, przyczynia się do ubożenia szerokich kręgów społeczeństwa.

Ubóstwo stanowi zagrożenie dla zdrowia człowieka, ogranicza możliwości rozwoju intelektualnego, wywołuje różnorakie patologie, a w konsekwencji prowadzi do marginalizacji społecznej.

Wysokie ceny mieszkań i koszty ich utrzymania w stosunku do dochodów ludności nie tylko utrudniają rozwój biologiczny rodziny, ale są również barierą mobilności przestrzennej i zawodowej, a tym samym czynnikiem ograniczającym rozwój gospodarczy i społeczny. Liczba budowanych mieszkań w Polsce w całym okresie powojennym nigdy nie była wyższa od liczby zawieranych małżeństw. Ponadto stosowane w latach siedemdziesiątych technologie spowodowały uzasadnione obawy o negatywne dla zdrowia ludności skutki podwyższonego promieniowania jonizujące.

W szerokim kontekście uwarunkowań rozwoju demograficznego Polski należałoby również określić znaczenie takich czynników, jak: jakość spożywanej żywności, zagrożenia ekologiczne, skutki zdrowotne stosowanych technologii budownictwa mieszkaniowego, przyczyny wypadków przy pracy i wypadków komunikacyjnych, a także skutki alkoholizmu, nikotynizmu i narkomanii.

Skutki ekologicznej degradacji są najczęściej długookresowe, ale wydaje się, że ramy, jakie stwarza środowisko naturalne dla odnowy pokoleń w Polsce, są coraz węższe, o czym świadczą: szybkie kurczenie się zasobów wody lepszej jakości, zanieczyszczenie gleb metalami ciężkimi i ich związkami czy uszkodzenie drzewostanów. Tego typu czynniki niosą groźne skutki dla funkcjonowania łańcucha żywnościowego, a trzeba otwarcie przyznać, że skala zjawiska zanieczyszczeń żywności nie jest dostatecznie rozpoznana. Niepokojące są także zjawiska podwyższonej umieralności, także niemowląt, na obszarach zagrożonych ekologicznie.

Realizowany w Polsce *Narodowy Program Zdrowia* jest ukierunkowany na: promocję zdrowia, zapobieganie chorobom i inwalidztwu oraz skuteczne leczenie ze szczególnym uwzględnieniem chorób nowotworowych i układu krążenia. W opracowaniach poświęconych uwarunkowaniom umieralności podkreśla się jednak konieczność zmiany stylu życia i nawyków konsumpcyjnch wielu Polaków. Szczególnie groźne dla zdrowia jest palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu czy zażywanie narkotyków.

Należy stwierdzić, że w latach dziewięćdziesiątych zwiększyła się liczba osób regularnie i okazjonalnie używających narkotyków, zwłaszcza wśród młodzieży. Zwiększyła się podaż narkotyków w nielegalnym handlu. Narasta zarazem przekonanie, że niektóre narkotyki będą podlegać swoistej asymilacji kulturowej. Są to zjawiska, które zagrażają prawidłowemu rozwojowi demograficznemu naszego kraju.

3. Przewidywane zmiany demograficzne

Kontynuacja dotychczasowych procesów demograficznych w naszym kraju będzie powodować głębokie zmiany w relacjach między kolejnymi pokoleniami: zmieniać się będą ilościowe proporcje dzieci i rodziców, zwiększać się będzie udział pokolenia osób w starszym wieku. W rezultacie, należy oczekiwać większej liczby zgonów niż urodzeń już w drugiej dekadzie obecnego wieku. ze zmniejszeniem liczby ludności włącznie. Świadczy o tym chociażby to, że utrwalenie się obecnej sytuacji oznaczałoby, iż około 34% kobiet i mężczyzn osiągających wiek matrymonialny nie zawarłoby nigdy małżeństwa. Utrwalenie się obecnego poziomu dzietności kobiet w latach przyszłych oznaczałoby, że pokolenie dzieci byłoby o ponad 30% mniej liczne niż pokolenie ich rodziców.

Prognozy demograficzne ukazują złożony proces zmian struktury wieku ludności Polski. Prognoza ludności do 2030 roku pozwala na wskazanie kilku najważniejszych przesłanek demograficznych dla polityki gospodarczej i społecznej

• bardzo mała liczebność dzieci w wieku przedszkolnym (3-6 lat) może ułatwić powszechne objęcie ich tą formą opieki, co byłoby korzystne z punktu widzenia tworzenia warunków dla zakładania i biologicznego rozwoju nowych rodzin,

• liczebność dzieci w wieku nauczania w szkole podstawowej (7-12 lat) zmniejszy się znacznie, szczególnie do 2005 roku, co będzie sprzyjać zmianom jakościowym w zreformowanym systemie edukacyjnym, przed ponownym powiększeniem się liczebności tych roczników po 2010 roku,

• przewidywane jest stałe zmniejszanie się liczebności roczników uczęszczających do szkoły gimnazjalnej (13-15 lat) do 2015 roku w miastach (o 45%) i do 2020 roku na wsi; co tworzy warunki do podwyższania poziomu kształcenia, zwłaszcza na wsi przy optymalnym rozmieszczeniu tego typu szkół,

• po 2000 roku znacznie zmniejszy się liczebność roczników młodzieży w wieku nauczania w liceach (16-18 lat), a proces ten o takim nasileniu będzie trwał aż do 2015 roku, • zwiększanie się liczby młodzieży pragnącej kontynuować naukę w szkołach wyższych (19-24 lata) będzie trwało do 2004 roku, należy więc kontynuować dynamiczny rozwój potencjału szkolnictwa wyższego,

• do 2005 roku będzie wzrastać liczba osób w wieku 20-29 lat, a więc w generacjach o największej częstości zawierania małżeństw i zakładania rodzin; jednocześnie znaczące przyrosty tej grupy ludności (do poziomu 6 mln osób) wywierają silną presję na rynek pracy – są to okoliczności wymagające szczególnej troski o rozwój budownictwa mieszkaniowego i powstawanie nowych miejsc pracy,

• zmniejszenia liczby ludności w wieku zdolności do pracy należy oczekiwać po 2010 roku; wymaga to wzmacniania już dziś inwestycji w edukację w celu znacznego podwyższenia efektywności gospodarki w drugiej dekadzie obecnego stulecia,

• do 2030 roku liczba ludności w wieku emerytalnym wzrośnie do ponad 9 milionów, czyli o ponad 3,4 mln osób w porównaniu z 2000 rokiem (o 60%). Proces starzenia się polskiego społeczeństwa nabierze w drugiej dekadzie (2010–2020), kiedy przybędzie blisko 2 mln osób w wieku emerytalnym. Będzie w tym czasie wchodzić w wiek emerytalny pokolenie powojennego wyżu demograficznego. Proces starzenia się naszego społeczeństwa będzie też nosił cechy tzw. Podwójnego starzenia się („double aging”), gdyż liczebność najstarszych obywateli (w wieku 80 lat i więcej) wzrośnie z 0,8 mln obecnie do 1,8 mln w 2030 r., czyli o 125%. Proces ten jest w głównej mierze skutkiem niekorzystnych zmian w prokreacji, powolnych, lecz korzystnych zmian w umieralności oraz naturalnych przesunięć w strukturze wieku

4. Starość

Pogłębienie się nierównowagi liczebnej pomiędzy podstawowymi grupami wieku ludności oraz przyśpieszenie procesu starzenia się to najbardziej niepokojący przejaw przyszłości demograficznej najbliższego 30-lecia Polski.

W krajach Unii Europejskiej zrównanie się odsetka ludności młodej z odsetkiem ludności w starszym wieku nastąpi prawdopodobnie już w 2004 roku. Prognozy dla Polski przewidują taką możliwość około 2020 roku w sytuacji utrzymania się obecnych tendencji w zakresie dzietności. Jednocześnie postępował będzie proces głębokich zmian w proporcjach między ludnością w wieku aktywności zawodowej a ludnością w wieku przedprodukcyjnym i poprodukcyjnym. W Polsce szczególnie szybko będzie on przebiegał w latach 2010-2020.

Demograficzny proces starzenia się ludności ma swój wymiar jednostkowy (indywidualny) i społeczny. We współczesnej Europie stawia on trudne wyzwania natury ekonomicznej i psychologicznej, zdrowotnej i moralnej, socjalnej i kulturalnej.

Problem transferów międzygeneracyjnych w starzejących się społeczeństwach coraz częściej skupia uwagę rządów, organizacji międzynarodowych i innych instytucji życia publicznego. Próbę rozpoznania rysujących się perspektyw w tym zakresie podjęto ostatnio w krajach OECD. Realizowany projekt zmierza do określenia skutków starzenia się ludności w tych krajach dla finansów publicznych ze względu na potrzebę zapewnienia na odpowiednim poziomie wydatków na emerytury. W modelach analitycznych uwzględnia się takie kwestie jak podatki, wysokość deficytu budżetowego czy poziom długu publicznego. Takie prace powinny być podjęte w Polsce jak najszybciej.

W Polsce duże nadzieje wiąże się z wprowadzonym w 1999 roku nowym systemem ubezpieczeń emerytalnych, który z założenia ma także pobudzić indywidualną przezorność i zwiększenie oszczędzania na starość. Niemniej jednak wiele pytań związanych z jego funkcjonowaniem nadal oczekuje odpowiedzi, a między innymi dotyczących wysokości przyszłych emerytur, obciążeń dla budżetu państwa czy też wydatków na renty.

5. Potrzeba polityki ludnościowej – główne założenia

Dokonany przegląd sytuacji demograficznej Polski w kontekście europejskim, chociaż nie daje jeszcze jej pełnego obrazu i pojawiających się wyzwań przed narodami i państwami współczesnej Europy, skłania jednak do postawienia pytania: czy potrzebna jest aktywna polityka ludnościowa w naszym kraju? Warto w związku z tym pytaniem odwołać się także do ustaleń i rekomendacji międzynarodowych konferencji na temat ludności i rozwoju organizowanych pod auspicjami ONZ. Ostatnia z nich odbyła się w Kairze w 1994 roku, a ocena realizacji przyjętego na tej konferencji Programu Działania została dokonana na XXI Nadzwyczajnej Sesji Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych w 1999 roku.

W dokumentach przyjętych na tych konferencjach zgodnie uznano, że punktem wyjścia oceny tendencji cywilizacyjnych w świecie jest teza o wzajemnych zależnościach między rozwojem demograficznym, społecznym, ekonomicznym i ekologicznym. Diagnoza tych współzależności doprowadziła do konstatacji, że konieczne jest ustabilizowanie rytmu demograficznego, który doprowadziłby do prostej zastępowalności pokoleń. Dla państw Europy może to oznaczać wyjście z obszaru zawężonej zastępowalności pokoleń, czyli doprowadzenie do sytuacji, kiedy kolejne pokolenia dzieci będą tak samo liczne jak pokolenia ich rodziców.

Ustanowiono przy tym zasadę, że kształtowanie polityki ludnościowej jest suwerennym prawem każdego państwa i powinno odbywać się zgodnie z wewnętrznym prawodawstwem oraz priorytetami rozwoju danego kraju, z pełnym poszanowaniem różnych religii, wartości etycznych, dziedzictwa kulturowego, a także zgodnie z powszechnie uznawanymi prawami człowieka.

Rdzeniem polityki ludnościowej państwa jest polityka rodzinna. Panuje przekonanie, że faktem generującym politykę rodzinną jest obecność dziecka, którego dobro w relacji z rodzicami jest jej głównym celem. Tak więc łączy się ona ze swej natury z tymi dziedzinami polityki publicznej, które mają bezpośredni wpływ na warunki życia rodzin. Można tu wymienić regulacje i działania państwa dotyczące: ochrony rodziny i macierzyństwa, zdrowia, edukacji, zatrudnienia, mieszkalnictwa, podatków.

Nawiązując do aksjologicznych podstaw oceny starzenia się społeczeństw, podkreśla się konieczność tworzenia takich warunków, aby człowiek stary nie był tylko przedmiotem troski, opieki i służby, ale on sam powinien mieć możliwość

wykorzystania swoich doświadczeń i przekazywać następnym pokoleniom mądrość życiową i świadczyć o ciągłości kultury zarówno narodowej, jak i wspólnoty ludzkiej na naszym globie.

Należy jednak wskazać i na takie hipotezy, które przewidują, że jedną z najpoważniejszych konsekwencji starzenia się ludności może okazać się zanik solidarności międzypokoleniowej, prowadzący do silnych konfliktów o podział środków ekonomicznych.

W Polsce pojęcia gerontologia i geriatria rzadko pojawiają się w ogólnonarodowych debatach nad stanem stosunków społecznych. Pora zmienić tę sytuację. Człowiek stary może i powinien znaleźć swoje miejsce w społeczeństwie i rodzinie. Nie trzeba więc lękać się społeczeństwa z dużą liczbą osób starszych, a poszukiwać takich rozwiązań systemowych, które pozwolą zachować więzi międzypokoleniowe a dzięki temu zwartość społeczeństwa.

Z podeszłym wiekiem często wiąże się niepełnosprawność. Skala potrzeb osób niepełnosprawnych w Polsce jest ogromna. Wskazuje na to chociażby fakt, że w co drugim gospodarstwie domowym jest osoba niepełnosprawna, a przeważająca część z nich to osoby starsze. Oczekiwania tej grupy społeczeństwa na skuteczne działania państwa mające na celu tworzenie warunków ich aktywnego i godnego życia są bardzo ważną przesłanką polityki społecznej. Osoby niepełnosprawne nadal silnie podkreślają potrzebę poprawy opieki medycznej, dostępności usług rehabilitacyjnych, znoszenia barier architektonicznych oraz zwiększenia ich dochodów.

Ta kategoria mieszkańców oraz rodziny żyjące w niedostatku to głównie korzystający z pomocy społecznej. Potrzeby w tym zakresie są coraz większe a możliwości coraz mniejsze. Powstaje pytanie na ile system ten spełnia funkcje wynikające z solidaryzmu społecznego i pomocniczości? Wymaga to oceny. Jednak już dzisiaj można zauważyć potrzebę zmiany jej modelu z typowego rozdzielnictwa zasiłków na funkcje profilaktyczne, zapobiegawcze, przywracania miejsca w społeczeństwie, kształtowania postaw zapobiegających dziedziczeniu patologii przez dzieci podopiecznych, poradnicze itp. Działania w tym zakresie powinny mieć charakter zintegrowany w każdej gminie.

Starzenie się społeczeństw zachodnioeuropejskich postawiło na porządku dziennym problem tzw. „migracji zastępczej". Podawane szacunki takiej imigracji do krajów Unii Europejskiej, które biorą za punkt wyjścia utrzymanie obecnych relacji

między liczbą emerytów a liczbą zatrudnionych, wskazują na potrzebę pozyskania z zagranicy wielu dziesiątków milionów pracowników w okresie do połowy bieżącego stulecia. Przytacza się w związku z tym także tezę, że po erze wolnego handlu i swobodnego przepływu kapitału nadchodzi czas globalizacji rynku pracy. Przed Polską staną także te wyzwania, których skalę i wielorakie skutki należy starać się przewidzieć już dzisiaj.

W Rządowym Centrum Studiów Strategicznych podjęto szeroko zakrojony projekt badawczy mający na celu opracowanie prognoz zapotrzebowania na pracę według zawodów. Poczynione oszacowania wskazują, że już w perspektywie do 2010 roku, a więc jeszcze przed okresem wzmożonego przechodzenia pracowników na emeryturę, wystąpią zarówno deficyty, jak i nadwyżki pracowników o określonych kwalifikacjach. Wskazuje się zarazem, że struktura zawodowa pracujących w Polsce dalece odbiega od struktury zatrudnienia w krajach Unii Europejskiej. Podkreśla się w związku z tym konieczność zdecydowanego rozwinięcia kształcenia w naszym kraju w zawodach nowoczesnych. Newralgiczne znaczenie będzie miało przygotowanie kadr dla informatyki, personelu do obsługi zautomatyzowanego sprzętu i linii w przemyśle, a w sferze usług społecznych kształcenie pracowników do opieki nad chorymi oraz opiekunów społecznych. Wydaje się jednak, że relatywnie młodsza jeszcze struktura wieku ludności Polski w porównaniu z krajami Unii Europejskiej stwarza szansę sprostania wymogom gospodarki oraz zaspokojenia potrzeb ludzi w starszym wieku na usługi opiekuńcze pod warunkiem poczynienia niezbędnych nakładów na edukację, co pozwoli lepiej przygotować się do prawdopodobnie bardziej wzmożonych migracji zagranicznych w perspektywie XXI wieku.

Polska z 304 mieszkaniami na 1000 mieszkańców należy do krajów o niskim zaspokojeniu potrzeb mieszkaniowych. Opóźnienie to oceniane w stosunku do krajów UE sięga 30-40 lat, a wyższy wskaźnik w tym zakresie mają niemal wszystkie kraje Europy Środkowo-Wschodniej. Wpływ takiej sytuacji na procesy rodzinotwórcze, a często i dezintegrację rodzin, wymaga przede wszystkim nadrobienia opóźnienia z uwzględnieniem możliwości finansowych rodzin, a głównie młodych małżeństw. Jednocześnie w formułowanych programach rozwoju budownictwa i rekonstrukcji istniejącej substancji mieszkaniowej należałoby uwzględnić także aspekt jakościowy – oddziaływania na zdrowie człowieka zastosowanych technologii budownictwa.

Jak już wspomniano, migracje zagraniczne prawdopodobnie będą odgrywać coraz większą rolę w kształtowaniu stosunków demograficznych w obrębie poszczególnych państw, regionów, a nawet kontynentów. Kształtowanie prawa regulującego różne aspekty migracji zagranicznych i polityka naszego państwa w tym zakresie przebiega w powiązaniu z akcesją Polski do Unii Europejskiej. Wydaje się jednak, że ten obszar polityki demograficznej państwa będzie wymagał głębokich przewartościowań.

Konieczne jest podjęcie zdecydowanych działań w ramach długofalowych programów bezpieczeństwa ruchu drogowego, których zasadniczym elementem musi być poprawa stanu technicznego polskich dróg. Najtrudniejszym jednak wyzwaniem dla państw w XXI wieku są takie zjawiska jak eutanazja i manipulacje genetyczne. Polityka ludnościowa naszego państwa musi jasno określić zasady w tym zakresie respektujące godność osoby ludzkiej.

Zakończenie

Złożona sytuacja demograficzna kraju w okresie dokonujących się zmian systemowych oraz konieczność łagodzenia jej skutków wymaga podejmowania różnorodnych i harmonijnych działań we wszystkich sferach życia społeczno-ekonomicznego, w szczególności zaś w edukacji, w polityce na rzecz zdrowia i w polityce społecznej. Zasadniczym celem tych działań powinno być tworzenie warunków wzrostu materialnego dobrobytu rodzin, stanowiących podstawę funkcjonowania społeczeństwa, umacnianie ich samodzielności ekonomicznej oraz poczucia bezpieczeństwa, tworzenie klimatu poszanowania rodziny, wspieranie rodzin w rozwiązywaniu problemów bytowych i opiekuńczo-wychowawczych.

Długoterminowa koncepcja poprawy stanu zdrowia społeczeństwa, oparta na promocji

zdrowia, wychowaniu prozdrowotnym, kształtowaniu i upowszechnianiu stylu życia sprzyjającego zachowaniu zdrowia, w tym poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie – to kolejny warunek prawidłowego rozwoju procesów demograficznych.

Miejsce Polaków w Europie zależy od mądrości obecnych i przyszłych pokoleń. Przyszłość naszych rodzin, a tym samym byt państwowy i narodowy zależeć będą od kondycji zdrowotnej, etycznej i intelektualnej całego społeczeństwa, a w szczególności dzieci i młodzieży. One też zasługują na szczególną uwagę we

wszelkich działaniach. Inwestycje w młodych zwracają się wielokrotnie, ponieważ pozwalają zapobiegać wielu niepożądanym zjawiskom i unikać kosztownej walki z nimi. Zatem istotnym czynnikiem podnoszenia poziomu cywilizacyjnego i podnoszenia świadomości społecznej jest inwestowanie w edukację i wychowanie młodego pokolenia mające na celu przygotowanie go do dorosłego, odpowiedzialnego życia rodzinnego i społecznego. Nie wyobrażamy sobie przy tym, żeby elity naszego kraju nie posiadały wiedzy na temat kształtowania się zjawisk i procesów demograficznych oraz ich uwarunkowań i skutków, a studenci ekonomii, socjologii i politologii nie mieli obowiązkowych zajęć z tego zakresu.

Odpowiedź na to pytanie, jak również wiele innych problemów postawionych wcześniej w opracowaniu wymaga – w sytuacji intensywnych zmian procesów demograficznych i społecznych w Polsce – zintegrowanych, wielodyscyplinarnych studiów i badań naukowych, których wyniki pozwolą na lepszą diagnozę sytuacji demograficznej Polski oraz na ocenę jej perspektyw w tym zakresie w warunkach integracji z Unią Europejską.

II. INFORMACJA RZĄDU O SYTUACJI DEMOGRAFICZNEJ KRAJU – PRZEDSTAWIONA NA POSIEDZENIU KOMISJI POLITYKI SPOŁECZNEJ I RODZINY W DNIU 24 KWIETNIA 2002 R. ORAZ OPINIA NR 6 KOMISJI POLITYKI SPOŁECZNEJ I RODZINY DO PREZESA RADY MINISTRÓW UCHWALONA NA POSIEDZENIU W DNIU 24 KWIETNIA 2002 R.

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

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

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

1. Liczba i rozmieszczenie ludności

W 2001 roku ludność Polski liczyła 38,6 mln osób, co sytuowało nasz kraj na ósmym miejscu w Europie. Notujemy jeszcze niewielki przyrost naturalny ludności, ale wskutek

ujemnego salda migracji zagranicznych liczba ludności Polski zmniejszyła się w latach 1999-2001 o 35 tys. (tabl. 1). Według prognozy niewielkie zmniejszanie się liczby ludności będzie miało miejsce do 2005 roku. W latach 2006-2017 liczba ludności zacznie wzrastać, a w następnych latach stale maleć. W 2030 roku liczba ludności Polski według prognozy wyniesie około 38,0 mln osób, a więc będzie mniejsza niż w 2001 r. o 1,6 % (tj. o ok. 600 tys.).

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

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

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

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

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

Potencjał demograficzny poszczególnych województw jest bardzo zróżnicowany. W czterech województwach liczba ludności przekracza 3 mln osób: mazowieckie (5,06 mln), śląskie (4,86 mln), wielkopolskie (3,36 mln) i małopolskie (3,23 mln). Najmniejszą liczbę ludności mają województwa: świętokrzyskie (1,32 mln), podlaskie (1,22 mln), opolskie (1,09 mln) i lubuskie (1,02 mln). W ostatniej dekadzie liczba ludności malała w województwach: łódzkim, śląskim, świętokrzyskim i opolskim. W tych województwach oraz w województwach dolnośląskim i małopolskim malała także liczba ludności w miastach. Największe ubytki ludności wiejskiej miały miejsce we wschodniej, środkowej i południowo-zachodniej Polsce, głównie w województwach: podlaskim, lubelskim i świętokrzyskim. Proces starzenia się ludności wiejskiej w tych województwach jest już bardzo zawansowany. Są to obszary depopulacyjne stanowiące obecnie trzon tzw. wiejskich obszarów problemowych.

Gęstość zaludnienia poszczególnych województw wynosi od 61 do 396 osób na 1 km^2. Województwami o największej gęstości zaludnienia są: śląskie (396 osób/km^2) i małopolskie (213 osób/ km^2). Województwa najrzadziej zaludnione (o gęstości 61-90 osób/ km^2) to dwa województwa zachodnie: lubuskie i zachodniopomorskie oraz trzy województwa położone we wschodniej i północno-wschodniej części kraju: lubelskie, podlaskie i warmińsko-mazurskie.

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

2. Małżeństwa i rodziny

Aspiracje i dążenia edukacyjne społeczeństwa polskiego są obiektywną i pozytywną przesłanką późniejszego zawierania małżeństw i zakładania rodzin. Problem polega jednak na tym, że obserwowane obecnie zjawisko głębokiego obniżenia się częstości zawierania małżeństw nie może być wytłumaczone jedynie tym czynnikiem. Utrwalenie się obecnej sytuacji oznaczałoby, iż ponad jedna trzecia kobiet i mężczyzn osiągających wiek matrymonialny nie zawarłoby nigdy małżeństwa. W 2000 roku ogólny współczynnik pierwszych małżeństw wyniósł wśród kobiet 0,629, a wśród mężczyzn 0,631 (tabl. 2). Uwzględnienie związków konsensualnych, których liczba stale rośnie – na co wskazuje zwiększająca się liczba urodzeń pozamałżeńskich – nie zmienia ogólnej, silnie zaznaczonej tendencji ograniczania tworzenia nowych rodzin. Jednocześnie nowe małżeństwa zawierane

są w późniejszym wieku. Zmian w tradycyjnych zachowaniach matrymonialnych upatruje się m.in. w nasilającej się konkurencji na rynku pracy, w dążeniu do uzyskiwania wyższego statusu zawodowego, w rosnących kosztach kształcenia dzieci, trudnościach materialnych itp. Wskazane przyczyny nie wyjaśniają jednak do końca tak istotnych zmian w postawach młodych wobec małżeństwa i rodziny.

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

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

3. Zastępowalność pokoleń

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

Obserwowany poziom dzietności świadczy jednoznacznie, że nadal postępuje proces prowadzący do zmian w relacjach międzypokoleniowych. Kolejne pokolenia dzieci będą mniej liczne niż pokolenia ich rodziców, jeżeli utrwalą się dotychczasowe zachowania matrymonialne i prokreacyjne. Proces ten prowadzić będzie do starości demograficznej społeczeństwa, zjawiska powszechnie uznawanego za jedno z trudniejszych wyzwań we współczesnym świecie.

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

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

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

4. Trwanie życia i umieralność

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

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

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

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

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

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

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

Nadal występuje duże zróżnicowanie przestrzenne umieralności w następstwie chorób układu krążenia. Na zjawisko to wskazują wartości standaryzowanych współczynników zgonów z powodu tej grupy chorób przeliczone na 100 tys. ludności. W 1999 roku wartość tego współczynnika w miastach wynosiła średnio 464, a na wsi 503 zgony na 100 tys. ludności. Najwyższą umieralność z powodu chorób układu krążenia odnotowano w miastach

województw śląskiego (528) i łódzkiego (515). Najniższy poziom umieralności w następstwie tej grupy chorób miał miejsce w województwach podlaskim (350) i warmińsko-mazurskim (397).

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

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

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

5. Niektóre problemy zdrowotne ludności

Indywidualne stany i problemy zdrowotne składają się na ogólny obraz stanu zdrowia ludności, który warunkuje wiele procesów demograficznych. Próbę analizy tego problemu podjęto w toku przygotowywania *Raportu Rządowej Rady Ludnościowej 2000-2001*. Analiza objęła choroby układu krążenia, choroby psychiczne, choroby zakaźne, uzależnienia, następstwa wypadków drogowych i wypadki przy pracy. Brakuje kompletnych danych o zachorowalności na nowotwory złośliwe, dlatego badanie tego zagadnienia odłożono na następny rok. Podjęto także analizę najważniejszych problemów zdrowotnych populacji kobiet, dzieci i młodzieży oraz osób niepełnosprawnych.

Dostępne dane pozwalają stwierdzić, że rośnie liczba osób leczonych ambulatoryjnie i w szpitalach z powodu chorób układu krążenia, najczęściej na chorobę nadciśnieniową,

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

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

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

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

i ryzykowne dla zdrowia zachowania wśród młodzieży. Stan zdrowia dzieci i młodzieży z rodzin uboższych. jest gorszy.

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

6. Migracje zagraniczne

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

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

Migracje zagraniczne na pobyt stały cechuje duże zróżnicowanie terytorialne; obszarami emigracji są przede wszystkim województwa: śląskie, opolskie, dolnośląskie i pomorskie, a obszarami imigracji województwa: mazowieckie, śląskie, małopolskie, dolnośląskie, pomorskie i opolskie.

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

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

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

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

7. Struktura wieku ludności

Zmniejszająca się liczba urodzeń, przesuwanie się wyżów i niżów demograficznych przez różne grupy wieku, a także korzystne zmiany w poziomie umieralności – determinują proces starzenia się polskiego społeczeństwa. Następuje wzrost liczby osób w wieku poprodukcyjnym (mężczyźni 65 lat i więcej, kobiety 60 lat i więcej). W 2000 roku odsetek tej grupy ludności w ogólnej populacji wynosił ok. 14,3% (w 1990 r. 12,8%). W następstwie zmniejszającej się liczby urodzeń obniżył się udział dzieci i młodzieży w wieku 0-17 lat do 24,1% (z 29,7% w 1990 r.).

Rósł odsetek ludności w wieku produkcyjnym (kobiety w wieku 18-59 lat, mężczyźni – 18-65 lat) w ogólnej liczbie ludności Polski. W końcu 2000 r. udział ten wynosił 63,6% (w 1990 r. – 57,5%). Na 100 osób w wieku produkcyjnym przypadały 64 osoby w wieku nieprodukcyjnym, tj. 24 osoby w wieku poprodukcyjnym oraz 40 osób do 17 lat (w 1990 r. 74 osoby – odpowiednio 22 i 52). Szczególnie wysoki przyrost dotyczył osób w wieku

produkcyjnym niemobilnym, tj. powyżej 44 roku życia. W latach 1990-2000 liczba osób w wieku produkcyjnym zwiększyła się o prawie 1,7 mln, przy czym w wieku niemobilnym o ok. 1,6 mln osób; ludność ta będzie stopniowo zasilać grupę osób w wieku poprodukcyjnym.

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

- malejąca liczebność dzieci w wieku przedszkolnym (3-6 lat); zmiany liczebności tej grupy wiekowej będą przebiegać podobnie we wszystkich województwach: największe liczebności wystąpią około 2015 roku, a najmniejsze w 2030 roku; w skali kraju liczebności te prawdopodobnie wyniosą: 1,5 mln w 2005 r., 1,6 mln w 2010 r., 1,8 mln w 2015 r., 1,4 mln w 2030 r.,
- liczebność dzieci w wieku nauczania w szkole podstawowej (7-12 lat) zmniejszy się znacznie, szczególnie do 2005 roku, przed ponownym powiększeniem się liczebności tych roczników po 2010 roku; we wszystkich województwach liczebności tej grupy wiekowej będą maleć do 2010 roku, a następnie wzrastać do 2022 roku i ponownie maleć; w skali kraju liczebności te prawdopodobnie wyniosą: 2,5 mln w 2005 r., 2,3 mln w 2010 r., 2,7 mln w 2020 r., 2,3 mln w 2030 r.,
- przewidywane jest zmniejszanie się liczebności roczników uczęszczających do szkoły gimnazjalnej (13-15 lat): do 2015 roku w miastach (o 45%) i do 2020 roku na wsi; we wszystkich województwach liczebności tej grupy wiekowej będą maleć do 2014 lub 2015 roku, a następnie nieznacznie wzrastać do 2027 roku; w skali kraju liczebności tej grupy wiekowej prawdopodobnie wyniosą: 1,5 mln w 2005 r., 1,3 mln w 2010 r.,1,1 mln w 2015 r., 1,3 mln w 2030 r.,
- po 2001 roku znacznie zmniejszy się liczebność roczników młodzieży w wieku nauczania w liceach (16-18 lat), a proces ten o takim nasileniu będzie trwał aż do 2017 roku; podobne zmiany wystąpią we wszystkich województwach, a w skali kraju liczebności tej grupy wiekowej prawdopodobnie wyniosą: 1,7 mln w 2005 r., 1,5 mln w 2010 r., 1,2 mln w 2015 r., 1,4 mln w 2030 r.,
- zwiększanie się liczby młodzieży pragnącej kontynuować naukę w szkołach wyższych (19-24 lata) będzie trwało do 2004 roku, a następnie liczebność tej grupy wiekowej będzie szybko maleć do 2022 roku; podobne zmiany wystąpią we wszystkich województwach,

a w skali kraju przewidywane liczebności wyniosą: 3,9 mln w 2005 r., 3,4 mln w 2010 r., 2,3 mln w 2020 r., 2,6 mln w 2030 r.,

- do 2005 roku będzie wzrastać liczba osób w wieku 20-29 lat, a więc w generacjach o największej częstości zawierania małżeństw i zakładania rodzin; jednocześnie znaczące przyrosty tej grupy ludności wywierać będą silną presję na rynek pracy. Taka sytuacja będzie występować we wszystkich województwach, po czym nastąpi bardzo znaczące zmniejszanie się liczebności tej grupy wiekowej szczególnie do 2020 roku, a w skali kraju przewidywane liczebności wyniosą: 6,5 mln w 2005 r., 6,2 mln w 2010 r., 4,3 mln w 2020 r., 4,0 mln w 2030 r.,
- zmniejszenia liczby ludności w wieku zdolności do pracy należy oczekiwać od 2010 roku, w poszczególnych województwach liczba ludności w wieku zdolności do pracy będzie się istotnie zmniejszać w latach 2010-2030, a w skali kraju liczebności tej grupy wiekowej wyniosą: 24,8 mln w 2005 r., 25,1 mln w 2010 r., 23,1 mln w 2020 r., 22,0 mln w 2030 r.,
- intensywny proces starzenia się ludności obejmie wszystkie województwa; do 2030 roku liczba ludności w wieku emerytalnym wzrośnie do 9,1 milionów, czyli o ponad 3,4 miliony osób w porównaniu z 2000 rokiem; szybko będzie wzrastać liczba ludności w wieku 80 lat i więcej: z 0,8 mln w 2000 r. do 1,8 mln w 2030 roku.

W krajach Unii Europejskiej zrównanie się odsetka ludności młodej z odsetkiem ludności w starszym wieku nastąpi prawdopodobnie już w 2004 roku. Prognozy dla Polski przewidują taką możliwość około 2020 roku w sytuacji utrzymania się obecnych tendencji w zakresie dzietności. Jednocześnie będzie postępował proces głębokich zmian w proporcjach między ludnością w wieku aktywności zawodowej a ludnością w wieku przedprodukcyjnym i poprodukcyjnym. W Polsce szczególnie szybko będzie on przebiegał w latach 2010-2020.

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

Zakończenie

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

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

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

Aneks:

Spis wykresów:

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

Spis tablic:

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

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

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

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

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

Tablica 6. Standaryzowane współczynniki zgonów według przyczyn i województw w 1999 r. (na 100 tys. ludności)

Tablica 7. Zmiany liczby ludności miejskiej i wiejskiej w 1atach 1990 i 2000

Tablica 8. Podstawowe kierunki migracji wewnętrznych, w latach 1990-2000

Tablica 9. Migracje zagraniczne ludności na pobyt stały w latach 1989-2000 (w tys. osób)

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

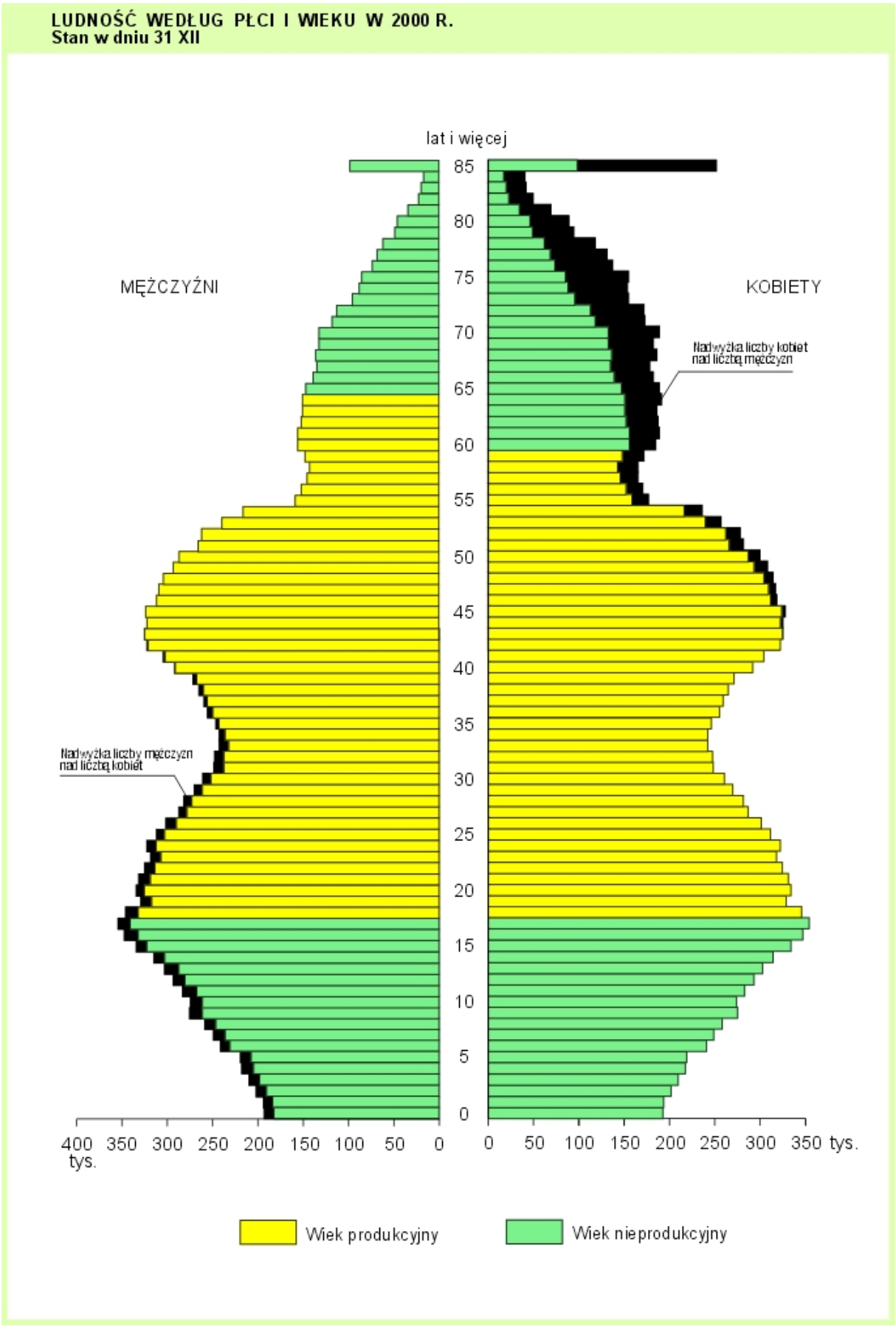
Tablica 11. Ludność województw według wieku w latach 2000-2030 w tys. osób (stan 31.XII)

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

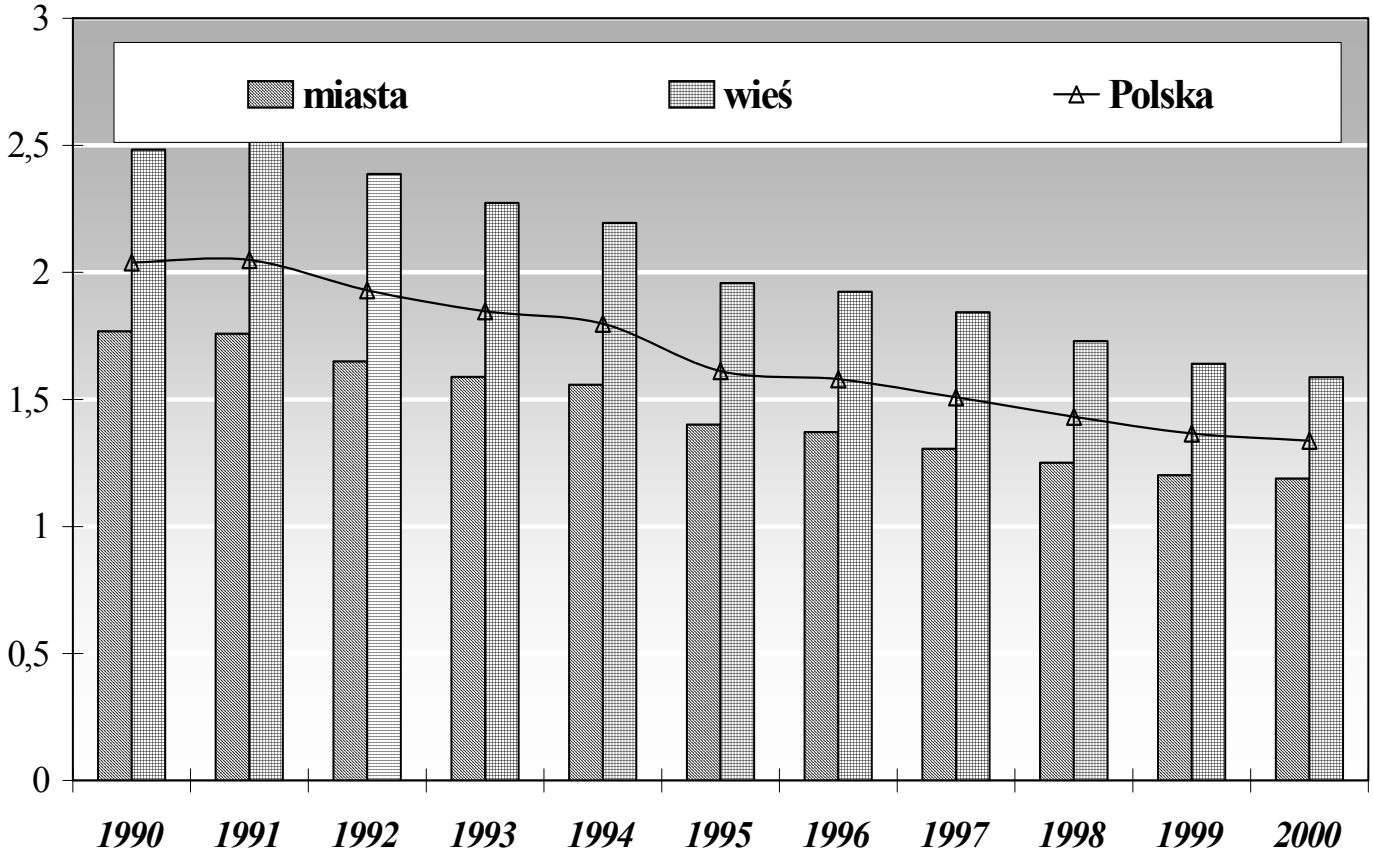
Tablica 13. Prognoza gospodarstw domowych według liczby dzieci do lat 18

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

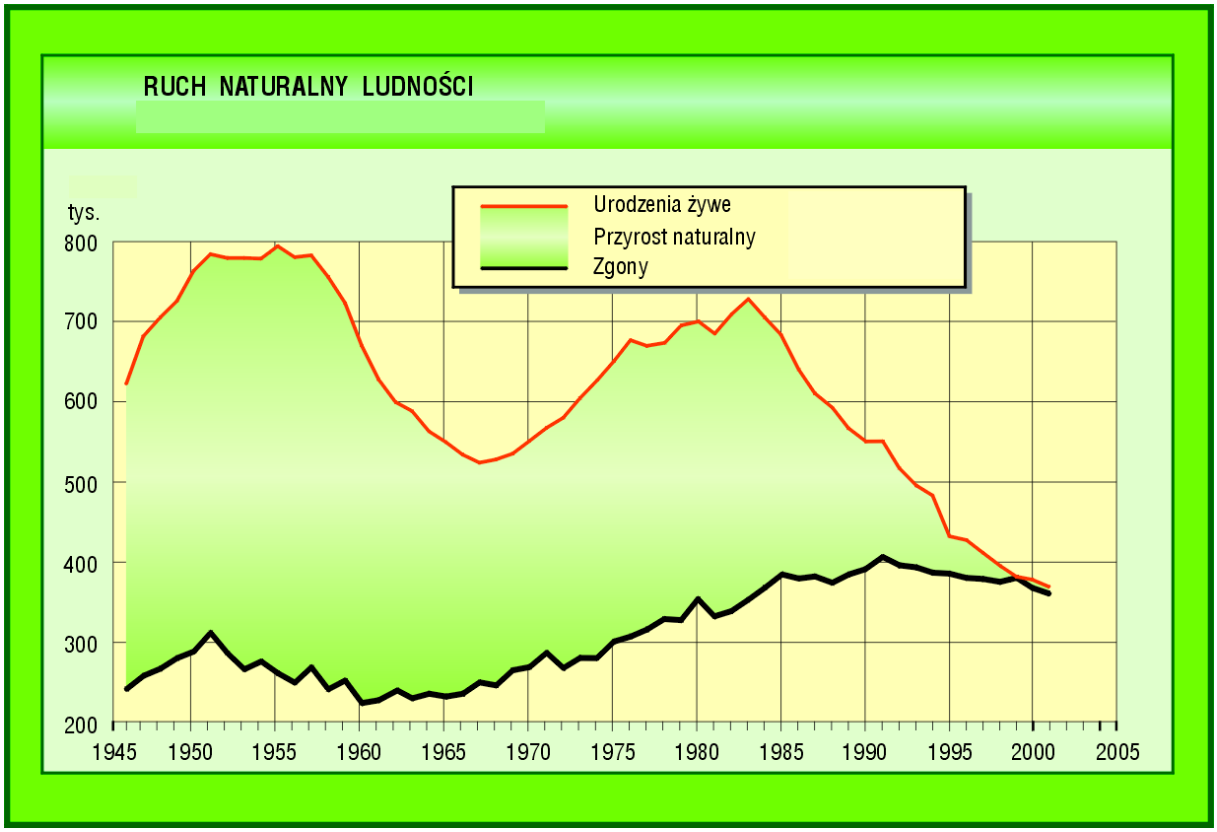
Wykres 1. Ludność według płci i wieku w 2000 roku



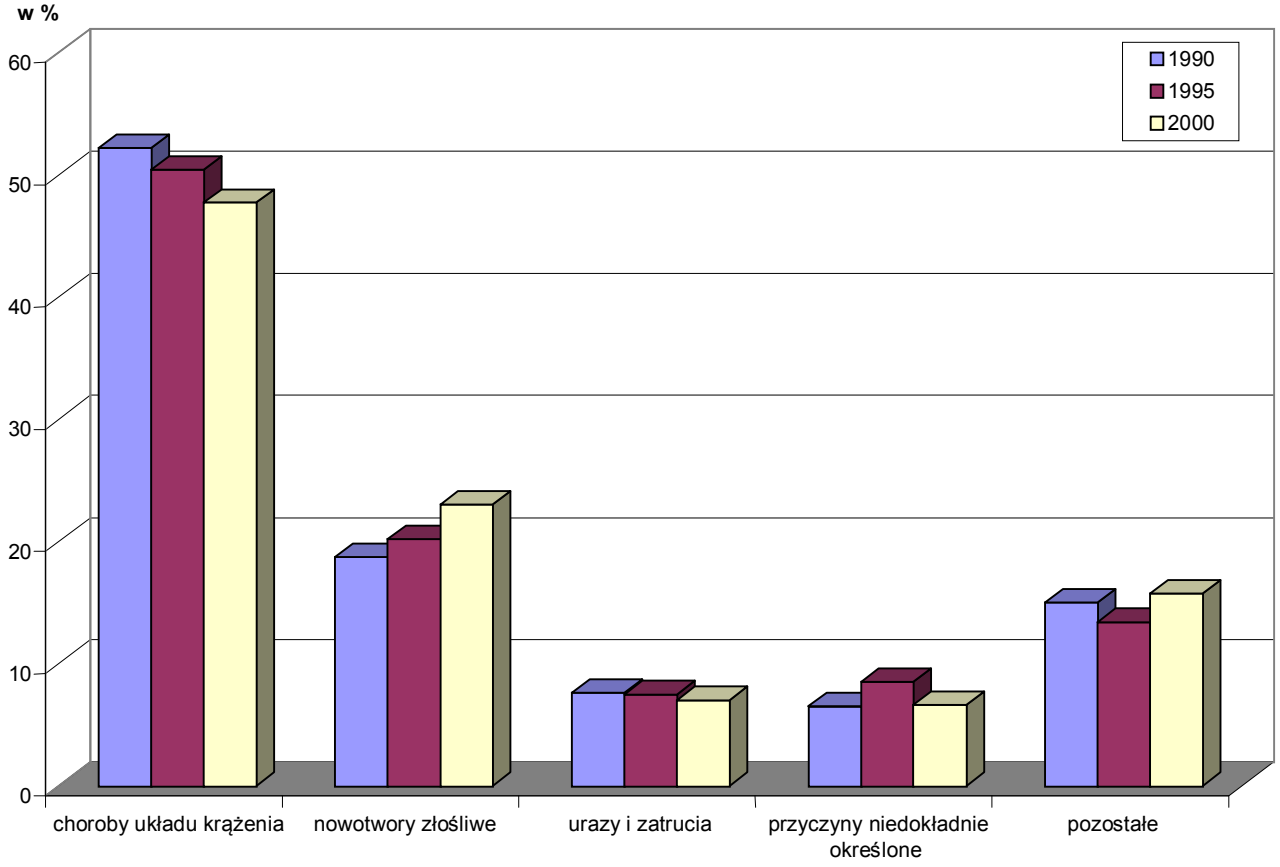
Wykres 2. Współczynniki dzietności w latach 1990 - 2000



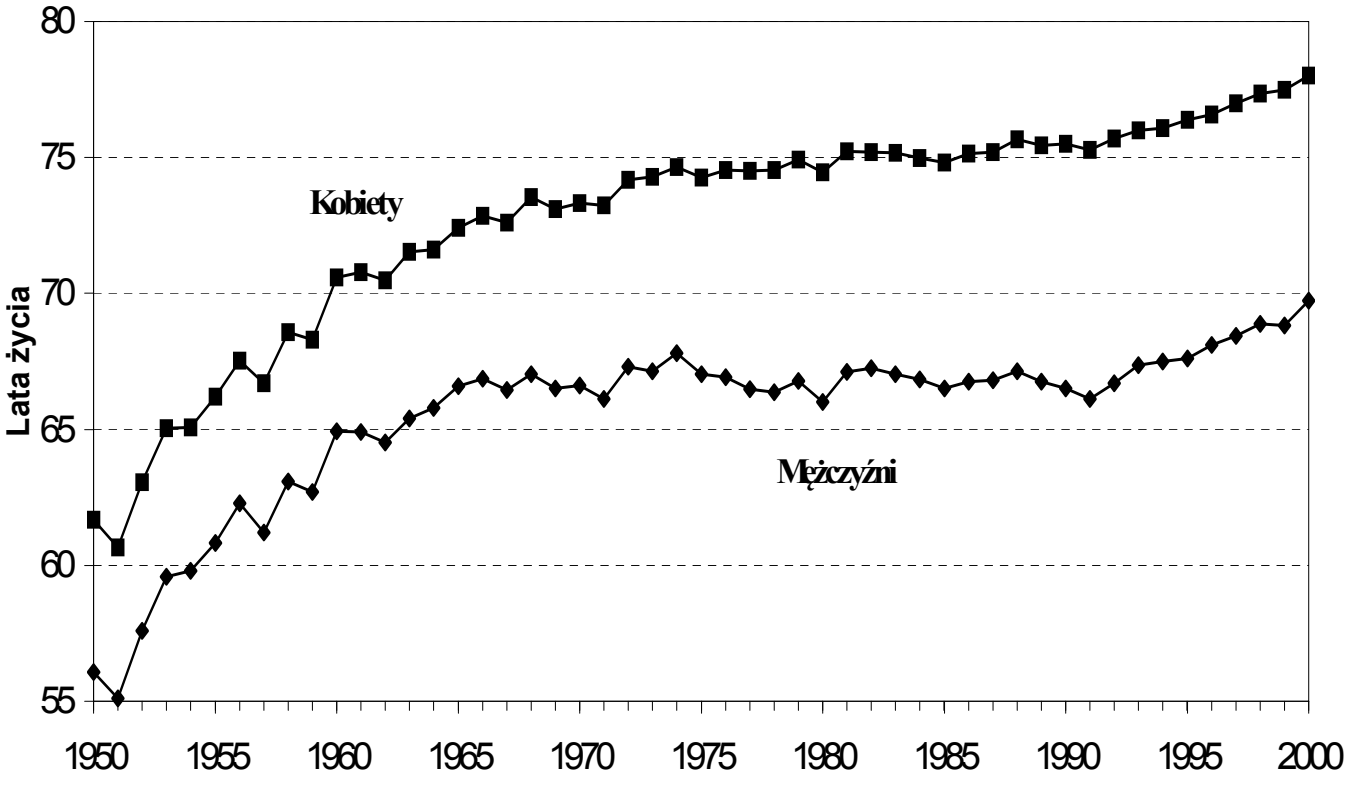
Wykres 3. Ruch naturalny ludności w latach 1945 - 2000



Wykres 4. Zgony według przyczyn w 2000 roku



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



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

Wyszczególnienie	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	*2001[a)]*
Ludność ogółem w tys. (stan w dn. 31.XII)	38183	38609	38639	38660	38667	38654	38644	38632
Przyrost roczny w tys.	145	28	30	21	7	-13	-10	-12
w %	0,38	0,07	0,08	0,05	0,02	-0,03	-0,02	-0,03
Mężczyźni (w tys.)	18608	18786	18797	18801	18798	18784	18773	18761
Ludność miejska (w tys.)	23614	23877	23903	23925	23923	23894	23876	*23870*
w %	61,8	61,8	61,9	61,9	61,9	61,8	61,8	*61,8*
Ludność w wieku - w %								
przedprodukcyjnym (0-17 lat)	29,7	27,6	27,0	26,3	25,6	24,9	24,1	*23,3*
produkcyjnym (18-59/64 lata)	57,5	58,6	59,0	59,5	60,1	60,6	61,2	*61,9*
poprodukcyjnym (60/65 lat i więcej)	12,8	13,8	14,0	14,2	14,3	14,5	14,7	*14,8*
0-14 lat (dzieci)	24,9	22,5	21,9	21,1	20,3	19,6	18,8	*18,0*
65 lat i więcej	10,2	11,2	11,5	11,7	11,9	12,1	12,3	*12,5*
Przeciętne dalsze trwanie życia								
mężczyźni	66,5	67,6	68,1	68,5	68,9	68,8	69,8	.
kobiety	75,5	76,4	76,6	77,0	77,3	77,5	78,0	.
Małżeństwa (w tys.)	255,4	207,1	203,6	204,9	209,4	219,4	211,2	195,1
na 1000 ludności	6,7	5,4	5,3	5,3	5,4	5,7	5,5	5,1
Rozwody (w tys.)	42,5	38,1	39,4	42,6	45,2	42,0	42,8	45,3
na 1000 ludności	1,1	1,0	1,0	1,1	1,2	1,1	1,1	1,2
Urodzenia żywe (w tys.)	547,7	433,1	428,2	412,7	395,6	382,0	378,3	368,2
na 1000 ludności	14,3	11,2	11,1	10,7	10,2	9,9	9,8	9,5
dzietność kobiet	2,04	1,61	1,58	1,51	1,43	1,37	1,34	.
Zgony ogółem (w tys.)	390,3	386,1	385,5	380,2	375,3	381,4	368,0	363,2
na 1000 ludności	10,2	10,0	10,0	9,8	9,7	9,9	9,5	9,4
według przyczyn (w %)[b)]:				**b)**	**b)**			
choroby układu krążenia	52,2	50,4	50,4	48.5	48,9	47,6	47,7	.
nowotwory złośliwe	18,7	20,2	20,4	20,9	21,9	21,4	23,0	.
urazy i zatrucia	7,6	7,5	7,1	7,6	7,4	7,2	7,0	.
w tym: wypadki drogowe	2,12	1,83	1,71	1,65	1,64	1,59	1,58	.
samobójstwa	1,27	1,42	1,41	1,42	1,46	1,51	1,59	.
przyczyny niedokładnie określone	6,5	8,5	8,4	7,5	7,2	6,7	6,6	.
Zgony niemowląt (w tys.)	10,6	5,9	5,2	4,2	3,8	3,4	3,1	2,8
na 1000 urodzeń żywych	19,3	13,6	12,2	10,2	9,5	8,9	8,1	7,7
Przyrost naturalny (w tys.)	157,4	47,0	42,7	32,5	20,3	0,6	10,3	5,0
na 1000 ludności	4,1	1,2	1,1	0,9	0,5	0.0	0,3	0,1
Migracje zagraniczne na stałe (w tys.)								
Napływ	2,6	8,1	8,2	8,4	8,9	7,5	7,3	6,6
Odpływ	18,4	26,3	21,3	20,2	22,2	21,5	27,0	23,3
Saldo	-15,8	-18,2	-13,1	-11,8	-13,3	-14,0	-19,7	-16,7

a) Kursywą – dane wstępne

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

Źródło: Dane GUS

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

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

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

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

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

Źródło: Dane GUS.

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

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

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

Tablica 5. Zgony według głównych przyczyn w latach 1990-96 i 1999-2000

(na 100 tys. ludności)

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

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

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

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

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

Źródło: Dane GUS, 2000, cyt. za „Sytuacja demograficzna Polski" Raport 1999-2000, RRL, Warszawa 2001

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

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

Źródło: Dane GUS.

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

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

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

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

(w tys. osób)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Wiek	2000	2010	2020	2030	2000	2010	2020	2030	2000	2010	2020	2030
	świętokrzyskie				warmińsko-mazurskie				wielkopolskie			
Ogółem	**1321**	**1291**	**1258**	**1195**	**1467**	**1483**	**1491**	**1449**	**3359**	**3419**	**3492**	**3453**
0-2	39	43	38	29	47	53	48	36	107	122	114	90
3-6	59	53	56	41	72	64	70	52	158	148	166	128
6	16	13	14	11	20	16	18	14	43	36	42	33
7-12	110	77	85	72	134	94	107	91	292	214	248	220
13-15	63	43	39	41	77	52	48	52	167	116	113	124
16-18	71	51	38	43	86	60	46	53	183	134	108	127
18	24	18	13	14	28	21	15	18	60	46	36	42
19-24	126	106	71	74	152	135	90	97	346	311	221	243
20-29	200	193	133	117	237	246	170	152	544	560	407	380
18-44	513	499	443	356	609	610	560	462	1366	1407	1316	1123
45-59k/64m	274	319	289	319	286	362	336	383	693	819	770	900
60k	7	10	9	8	6	10	11	9	14	25	23	21
60-64k	37	42	47	35	45	44	56	41	106	118	124	99
65m	5	5	9	7	5	4	10	7	11	11	21	17
65-69	58	46	87	70	54	44	93	81	125	106	215	181
70-74	54	48	65	76	46	44	65	86	106	104	174	193
75-79	38	40	33	64	30	37	31	68	79	84	74	156
80+	33	48	51	63	22	40	46	61	69	94	105	154
0-17	318	248	244	212	388	303	304	266	847	688	714	647
18-59k/64m	786	818	731	675	895	972	895	845	2059	2226	2086	2022
60k+/65m+	216	224	283	308	184	208	291	337	453	505	692	784

Wiek	2000	2010	2020	2030	2000	2010	2020	2030
	zachodniopomorskie				Polska			
Ogółem	**1734**	**1753**	**1766**	**1719**	**38649**	**38788**	**39003**	**38025**
0-2	51	60	55	42	1146	1330	1229	953
3-6	79	72	80	60	1731	1606	1792	1351
6	22	17	21	16	473	390	458	351
7-12	141	102	122	104	3187	2296	2705	2348
13-15	83	56	54	59	1865	1254	1214	1332
16-18	93	65	51	61	2054	1455	1155	1370
18	31	22	17	20	679	501	381	456
19-24	181	152	106	119	3857	3367	2325	2582
20-29	282	281	198	184	6067	6158	4334	4030
18-44	714	707	652	543	15539	15590	14342	12030
45-59k/64m	377	450	393	455	8126	9487	8733	9985
60k	8	14	12	10	189	284	272	236
60-64k	52	60	69	48	1196	1271	1441	1102
65m	6	5	12	9	146	129	252	196
65-69	67	55	122	92	1606	1358	2534	2089
70-74	58	54	89	105	1386	1328	1895	2245
75-79	39	45	38	88	972	1089	959	1855
80+	25	49	57	81	778	1226	1385	1821
0-17	416	334	346	306	9304	7440	7714	6898
18-59k/64m	1091	1157	1045	998	23665	25076	23075	22015
60k+/65m+	227	262	375	414	5680	6271	8215	9112

Źródło: Obliczenia według prognozy GUS, 2000, cyt. za „Sytuacja demograficzna Polski" Raport 1999-2000, RRL, Warszawa 2001.

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

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

Źródło: dla 2000 r. - dane rzeczywiste, na podstawie BAEL i bilansów ludności, dla lat: 2005, 2010, 2015 i 2020 – projekcja GUS, cyt. za „Sytuacja demograficzna Polski" Raport 2000-2001, RRL, Warszawa 2001.

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

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

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

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

Lp	Kraje	Ogółem w tys.	W wieku 65 i więcej w %	Urodzenia żywe na 1000 ludności	Dzietność kobiet	Małżeństwa zawarte w 2000 r na 1000 ludności
Kraje Unii Europejskiej						
1	Austria	8121,3	15,5	9,7	1,34	4,8
2	Belgia	10263,4	16,9	11,3	1,66	4,4
3	Dania	5349,2	14,8	12,6	1,77	7,2
4	Finlandia	5181,1	15,0	11,0	1,73	5,1
5	Francja	59039,7	16,1	13,2	1,89	5,2
6	Grecja	10564,7	17,3	9,6	1,29	4,3
7	Hiszpania	40121,7	16,9	9,9	1,24	5,3
8	Irlandia	3780,6	11,2	14,4	1,89	5,1
9	Luksemburg	441,3	14,3	13,1	1,79	4,9
10	Niderlandy	15987,1	13,6	13,0	1,72	5,5
11	Niemcy	82192,6	16,2	9,2	1,36	5,1
12	Portugalia	10242,9	15,5	11,8	1,52	6,3
13	Szwecja	8882,8	17,2	10,2	1,54	4,5
14	Wielka Brytania	59862,8	15,6	11,4	1,65	5,1 [c]
15	Włochy	57844,0	18,2	9,3	1,23	4,6
Kraje EFTA						
16	Islandia	283,4	11,6	15,3	2,08	6,3
17	Lichtenstein	32,9	10,5	12,1 [b]	1,33(94r.)	6,6 [b]
18	Norwegia	4503,4	15,3	13,2	1,85	5,6
19	Szwajcaria	7204,1	15,4	10,9	1,50	5,5
Pozostałe kraje europejskie						
20	Białoruś	9990,4	13,5	9,4	1,31	6,2
21	Bośnia i Hercegowina	3695,5 [b]	6,7	13,1 [a]	1,21 [b]	6,7(90r.)
22	Bułgaria	8149.5	16,3	9,0	1,26	4,3
23	Chorwacja	4381,0	12,5	10,0	1,36	5,2 [c]
24	Czechy	10266,5	13,9	8,8	1,14	5,4
25	Estonia	1366,7	15,2	9,6	1,39	4,0
26	Jugosławia	10645,2	13,8	11,8	1,67	5,6
27	Litwa	3692,6	13,6	9,2	1,27	4,6
28	Łotwa	2366,1	15,2	8,5	1,24	3,9
29	Macedonia	2022,1	10,1	14,5	1,88	7,0
30	Malta	382,5	12,3	11,2	1,67	6,7
31	**Polska**	**38644,2**	**12,3**	**9,8**	**1,34**	**5,5**
32	Rosja	144819,1	12,5	8,7	1,21	5,4
33	Rumunia	22430,5	13,5	10,4	1,31	6,1
34	Słowacja	5402,5	11,5	10,2	1,29	4,8
35	Słowenia	1990,1	14,1	9,1	1,26	3,6
36	Turcja	65783,0	5,6	21,5	2,50	7,7 [b]
37	Ukraina	49036,5	13,9	7,8	1,10 [c]	5,6
38	Węgry	10005,2	14,7	9,7	1,32	4,8

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

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

Źródło: Recent demographic developments in Europe 2001, Council of Europe Publishing, Strasbourg 2001
.a) 1997r.; b)1998r.; c) 1999r.;

Opinia nr 6
Komisji Polityki Społecznej i Rodziny
do Prezesa Rady Ministrów
uchwalona na posiedzeniu w dniu 24 kwietnia 2002 r.

Komisja Polityki Społecznej i Rodziny w dniu 24 kwietnia br. rozpatrzyła *Informację Rządu o sytuacji demograficznej kraju.* Komisja z zaniepokojeniem przyjęła zawarte w wymienionej wyżej informacji prognozy będące wynikiem procesów kształtujących rozwój demograficzny Polski. Wskazują one na niezbędną potrzebę przyjęcia przez Rząd RP programu w zakresie kierunków preferowanej polityki państwa mającej na celu zapobieżenie negatywnym skutkom wynikającym z aktualnej sytuacji demograficznej.

W związku z powyższym Komisja Polityki Społecznej i Rodziny oczekuje, że w przyjętym przez Rząd RP programie znajdą się odpowiedzi na podstawowe pytania nasuwające się po rozpatrzeniu przedłożonej informacji dotyczące podjęcia działań zmierzających do:

- przeciwdziałania postępującemu pogarszaniu się sytuacji demograficznej kraju i jej skutkom społecznym,
- zagwarantowania bezpieczeństwa socjalnego osobom w wieku poprodukcyjnym w związku z prognozowaną tendencją wzrostu liczby tych osób w stosunku do całej populacji.

Jednocześnie Komisja Polityki Społecznej i Rodziny uprzejmie informuje Pana Premiera, że wystąpi do Marszałka Sejmu RP z wnioskiem o przeprowadzenie debaty na posiedzeniu Sejmu nad *Informacją Rządu o sytuacji demograficznej kraju* wraz z przyjętym przez Rząd RP programem.

Przewodnicząca Komisji
Anna Bańkowska

III. DOKUMENTACJA 35 SESJI ONZ KOMISJI DS. LUDNOŚCI I ROZWOJU (NOWY JORK 1-5 KWIETNIA 2002 R.)

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

Cel wyjazdu

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

Skład delegacji

Przewodniczący :
Pan Aleksander Nauman – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Członkowie :
Pan Marek Balicki – Senator RP
Pani Anna Marzec-Bogusławska – Dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS
Pani Alina Potrykowska – gł. specjalista w Rządowym Centrum Studiów Strategicznych
Pan Janusz Stańczyk – Ambasador RP, Stała Misja RP przy ONZ w Nowym Jorku
Pani Ewa Azorge – radca, Stała Misja RP przy ONZ w Nowym Jorku

Założenia Konferencji

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

Zadania delegacji

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

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

Przebieg konferencji

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Raport Sekretarza Generalnego wywołał wiele uwag krytycznych przedstawicieli kilku delegacji m.in. z Egiptu, Chin, Jemenu, Pakistanu, USA. Zarzucano, iż opiera się na niepewnych danych statystycznych, operuje zwrotami różnymi od uzgodnionych podczas sesji specjalnej

Zgromadzenia Ogólnego poświęconej AIDS, pomija działania podjęte na rzecz edukacji seksualnej, podaje informacje wykraczające poza kompetencje Komisji. USA sprzeciwiły się stosowaniu terminu "reproductive health services", gdyż termin ten może wskazywać na promocję aborcji. Zdaniem delegacji USA, najskuteczniejszym sposobem zwalczania epidemii AIDS jest prewencja i edukacja.

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

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

Z kolei Pani **Anabella Arredondo Paz**, Dyrektor Komisji Krajowej ds. AIDS i Minister Zdrowia Chile, podkreśliła, iż z powodu nierównego traktowania płci prawa seksualne i prokreacyjne w kontekście społecznym i kulturalnym nie są uwzględniane, szczególnie w stosunku do homoseksualistów. Sprawy te nie są dyskutowane w społeczeństwie. Przedstawiła ona politykę i inicjatywy rządu dotyczące edukacji i zdrowia publicznego, dostępu do informacji w zakresie prokreacji i ochrony przed zakażeniem HIV/AIDS. Kobiety ciężarne mają dostęp do wykonania testów na HIV/AIDS, a w przypadku testu pozytywnego, są objęte narodowym

programem opieki. W dyskusji Pani Paz stwierdziła, iż wskaźnik stosowania antykoncepcji w Chile wzrasta. Rośnie też liczba kobiet w ciąży zarażonych HIV. W wyniku nielegalnych aborcji umieralność matek wynosi 25%.

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

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

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

Przewodniczący delegacji RP, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia, Pan **Aleksander Nauman** przedstawił narodowy raport na temat realizacji polityki ludnościowej i zdrowotnej w naszym kraju w zakresie prokreacji ze szczególnym uwzględnieniem profilaktyki

i zwalczania HIV/AIDS. W wystąpieniu szczególnie wiele uwagi poświęcono dorobkowi Polski w zakresie ochrony praw człowieka w aspekcie HIV/AIDS, działań prewencyjnych oraz kompleksowej opieki nad osobami zakażonymi HIV i chorymi na AIDS i ich bliskimi.

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

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

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

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

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

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

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

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

Korzyści z wyjazdu

Dla Rządu RP aktywny udział delegacji polskiej w konferencji w Nowym Jorku stanowi okazję dla podkreślenia zaangażowania naszego kraju w realizację naszego członkostwa (od

ub. roku) w Radzie Ekonomicznej i Społecznej (Komisji Ludności i Rozwoju) ONZ. Ponadto była to również okazja do utrwalenia pozytywnego wizerunku Polski i wzmocnienia pozycji naszego kraju w gremiach ONZ.

Najistotniejsze elementy stanowiska RP

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

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

Dr Alina Potrykowska – Rządowa Rada Ludnościowa

Załączniki:

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

Załącznik nr 1

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

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

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

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

Nowy Jork, 3 kwietnia 2002

Panie Przewodniczący, Szanowni Delegaci,

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

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

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

- zawężona zastępowalność pokoleń jest już na tyle głęboka, że przyspieszy moment wejścia w trwale ujemny przyrost naturalny ludności,

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

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

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

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

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

Głównym celem strategii długoterminowej Narodowego Programu d/s Kobiet była promocja i gwarancja praw kobiet w kontekście praw człowieka oraz respektowanie równości płci i zapewnienie nie-dyskryminujących legalnych działań we wszystkich sferach życia społecznego.

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

podejmuje przedsięwzięcia, które zapewnią pełne wdrażanie międzynarodowych standardów i ustaleń.

Szanowni Delegaci,

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

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

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

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

Naukowo potwierdzona wiedza o rozwoju psychoseksualnym osób i metodach planowania rodziny są promowane wśród młodzieży. W Polsce wzrasta tendencja do stosowania środków antykoncepcyjnych w związku z łatwym i szerokim dostępem do tych środków zarówno dla mężczyzn jak kobiet.

Od 1997 r. aborcja jest zastrzeżona tylko w sytuacjach, gdy życie matki jest w niebezpieczeństwie, w przypadku ryzyka poważnego uszkodzenia płodu lub gdy ciąża jest wynikiem aktu kryminalnego, np. gwałtu.

Ustawa z dn. 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i aborcji uregulowała kwestię dostępu do badań prenatalnych. Zgodnie z Raportem Rządu z 1999r. o stosowaniu powyższej ustawy, liczba badań prenatalnych wykonywanych w Polsce stale rośnie 99% porodów w Polsce odbywa się przy pomocy zawodowego personelu medycznego. Współczynnik zgonów okołoporodowych matek stale zmniejsza się i w 1999 r. wynosił 5,5/100 tys. żywych urodzeń.

Odsetek noworodków o małej masie ciała, których ciężar ciała przy urodzeniu wynosi mniej niż 2500 gramów znacząco spada. Pozytywnym zjawiskiem jest systematyczne zmniejszanie się umieralności niemowląt. W latach 1990-2000 wystąpił duży spadek współczynników zgonów niemowląt, który w skali roku wyniósł 58% : – z 19,4‰ w 1990 r. do 8,1 ‰ w 2000 roku.

Panie Przewodniczący,

Epidemia HIV/AIDS dotarła do społeczeństwa polskiego w połowie lat 80-tych. Od 1985 r. wykryto ponad 7400 przypadków zakażeń HIV. Według danych skumulowanych ok. 63% zakażeń miało miejsce wśród osób stosujących środki odurzające we wstrzyknięciach. Wprawdzie w ostatnich latach obserwuje się w Polsce niską dynamikę zakażeń HIV, jednak by utrzymać ten poziom, potrzebna jest dalsza intensyfikacja działań prewencyjnych.

W ostatnich latach obserwuje się systematyczny postęp w rozwoju strategii przeciwdziałania HIV/AIDS. Na szczególną uwagę zasługują:

- Utworzenie Krajowego Centrum ds. AIDS.
- Stały wzrost środków na prewencję HIV/AIDS i leczenie pacjentów z AIDS.
- Wsparcie dla organizacji pozarządowych działających w zakresie prewencji HIV/AIDS.
- Ustanowienie funkcji pełnomocników wojewodów, których zadaniem jest koordynacja przeciwdziałania epidemii HIV/AIDS na szczeblu lokalnym.

Dokumentem określającym strategię i politykę państwa w zakresie walki z epidemią HIV/AIDS jest *Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV, Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS na lata 1999-2003,* którego pierwsza edycja przyjęta była przez Sejm RP.
Główne cele programu to:

- stałe uaktualnianie i wprowadzanie jednolitych standardów prewencji HIV/AIDS,
- edukacja społeczeństwa oparta na aktualnym stanie wiedzy medycznej, zasadach poszanowania praw człowieka i równości płci,
- poprawa jakości i dostępności opieki nad ludźmi żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS.

Istotnymi cechami *Krajowego Programu* jest jego realizacja przez wiele sektorów na poziomie zarówno centralnym jak i lokalnym. Głównym celem utworzenia funkcji pełnomocników wojewodów była potrzeba dokładnego rozpoznania potrzeb w zakresie walki z epidemią HIV/AIDS na poziomie lokalnym, a także włączanie tej problematyki do współpracy samorządów lokalnych z organizacjami pozarządowymi.

Szereg lat badań nad mechanizmami rozprzestrzeniania się zakażeń HIV/AIDS potwierdziło, że poszanowanie praw człowieka stanowi kluczowy element zapobiegania epidemii i ograniczaniu jej wpływu na życie społeczne.

Wkład Polski do prac nad poszanowaniem praw człowieka zaznaczył się także na poziomie międzynarodowym. Od początku lat 90-tych Polska co dwa lata prezentuje na forum ONZ Rezolucję „Ochrona praw człowieka w kontekście epidemii HIV/AIDS".

Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV, Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS na lata 1999-2003 został stworzony w pełnym poszanowaniu praw człowieka i jego godności osobistej.

Instytucją rządową powołaną do koordynacji i realizacji szerokiego zakresu działań wynikających z *Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV, Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS na lata 1999-2003* jest Krajowe Centrum ds. AIDS. Instytucja ta działa od 1993 roku. Jest agendą ministra zdrowia, oficjalnie nadzorującego realizację strategii przeciwdziałania HIV/AIDS W Polsce.

Ludzie zakażeni HIV i chorzy na AIDS mają w naszym kraju dostęp do bezpłatnego leczenia od 1990 roku. Należy podkreślić, że wysoko-specjalistyczna terapia antyretrowirusowa dostępna jest w Polsce od roku 1996, tj. pojawienia się inhibitorów proteazy.

Od roku 1997 działa w naszym kraju sieć punktów anonimowego i bezpłatnego testowania w kierunku HIV, połączona z profesjonalnym poradnictwem.

By zapobiec powstawaniu szkód związanych ze stosowaniem środków odurzających we wstrzyknięciach, od roku 1991 działa szereg programów redukcji szkód, których elementem jest wymiana igieł i strzykawek.

W Polsce zawsze wysoko ceniliśmy działalność organizacji pozarządowych i władz lokalnych w przeciwdziałaniu epidemii HIV/AIDS. Od czasu wykrycia pierwszych zakażeń HIV widoczne jest wsparcie Rządu dla wszelkich inicjatyw, w szczególności programów współpracy między organizacjami rządowymi i pozarządowymi szczebla centralnego i lokalnego w zakresie zwalczania epidemii HIV/AIDS i jej skutków.

Prowadzone w naszym kraju działania mające na celu opiekę nad ludźmi zakażonymi HIV i dotkniętymi tym problemem nie pozostały niezauważone również na arenie międzynarodowej. Zaowocowało to przyznaniem Księdzu Arkadiuszowi Nowakowi międzynarodowej nagrody Poverty Award na forum ONZ w 2000 roku.

Na zakończenie pragnę dodać, że dla osób szczególnie zainteresowanych zagadnieniami zdrowia prokreacyjnego w aspekcie HIV/AIDS w Polsce przygotowaliśmy kilka egzemplarzy *Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV, Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS na lata 1999-2003* oraz szczegółowy raport. Materiały te dostępne są w tylnej części sali.

Dziękuję za uwagę.

Załącznik nr 2.

Problematyka HIV/AIDS w 35 Sesji Komisji Ludności i Rozwoju ONZ,
Anna Marzec Bogusławska, Dyrektor Krajowego Centrum AIDS

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

Kiedy po raz pierwszy, ponad dwie dekady temu, pojawiły się doniesienia o nieznanej chorobie atakującej układ odpornościowy, nikt nie mógł przewidzieć, jaki będzie jej wymiar w przyszłości. Kilka lat później mówiono już o epidemii HIV i AIDS, później — ze względu na niesłychanie szybkie rozprzestrzenianie się HIV — sytuację określono mianem pandemii. Dziś używa się często określenia „światowy kryzys". W skali świata zakaziło się już ponad 36 milionów osób, zmarło ponad 22 miliony zakażonych i chorych na AIDS, osieroconych zostało ponad 13 milionów dzieci. Tylko w roku 2001 zakażeniu uległo blisko 5 milionów osób, z czego około 42% to kobiety. Każdego dnia na świecie zakaża się HIV około 15 tysięcy osób, z czego około 10% stanowią dzieci, a 50% to osoby między 16 a 24 rokiem życia. Regionem najbardziej dotkniętym skutkami pandemii jest Afryka podzwrotnikowa. W różnych państwach tego regionu szacuje się liczbę zakażonych HIV lub chorych na AIDS na 15-45% populacji. Pandemia szerzy się tam głównie drogą kontaktów heteroseksualnych, a czynniki takie jak ogólnie zła sytuacja zdrowotna, bieda, współistnienie innych chorób zakaźnych, w szczególności gruźlicy, ograniczony dostęp do usług medycznych, w tym leków antyretrowirusowych, przemoc wobec kobiet, uwarunkowania kulturowe i wiele innych czynników sprzyjają szybkiemu rozprzestrzenianiu się zakażeń. Każdego dnia z powodu HIV/AIDS na świecie zakaża się ok. 14 tys. osób, z czego ok. 50% to osoby między 15 a 24 rokiem życia. Każdego dnia z przyczyn związanych z HIV/AIDS na świecie umiera ok. 8 tysięcy osób, z czego 5 tys. w samej Afryce Podzwrotnikowej.

Problemy dotyczące zdrowia, zwłaszcza takie jak zakażenie HIV, nie uznają granic międzypaństwowych. W ciągu ostatnich dwóch lat szczególnie niepokojąca stała się sytuacja w Europie Wschodniej. Krajami o największej dynamice zakażeń w tym regionie są obecnie Estonia oraz Uzbekistan. Podobnie niepokojąca jest sytuacja na Ukrainie, gdzie, według szacunków UNAIDS, żyje ok. 450 tysięcy osób zakażonych HIV i/lub chorych na AIDS. Zakażenia szerzą się w tym kraju głównie przez dożylne stosowanie narkotyków, lecz ostatnio coraz więcej osób zakaża się w trakcie stosunków heteroseksualnych. Również na terenie

Federacji Rosyjskiej sytuacja epidemiologiczna HIV/AIDS stała się alarmująca. Każdego miesiąca tylko w dwóch miastach: Moskwie i St. Petersburgu rejestruje się ponad 5,5 tysiąca nowych zakażeń HIV, a szacunkowe dane mówią nawet o milionie osób zakażonych w tym kraju. Podobnie jak w innych państwach Europy Wschodniej główną drogą rozprzestrzeniania się zakażeń jest dożylne stosowanie narkotyków, jednak coraz częściej zakażenie następuje w efekcie kontaktów heteroseksualnych.

W krajach Europy Zachodniej, dzięki kontynuacji działań profilaktycznych oraz wprowadzeniu terapii antyretrowirusowej sytuacja nieco ustabilizowała się. Obserwuje się spadek zachorowań na AIDS oraz niewielką dynamikę nowych zakażeń HIV.

W Polsce pierwsze zakażenie HIV odnotowano w 1985 roku. Rok później zdiagnozowano pierwszy przypadek zachorowania na AIDS. W początkowej fazie rozprzestrzeniania epidemii do zakażeń HIV dochodziło na skutek kontaktów homoseksualnych. Później przeważały zakażenia będące skutkiem dożylnego stosowania środków odurzających. Obecnie natomiast obserwuje się, że wśród nowo wykrytych zakażeń dominują zakażenia drogą kontaktów heteroseksualnych.

Polska podjęła działania odpowiednio wcześnie i dzięki temu – pomimo bardzo skromnych środków na walkę z HIV i AIDS – udało się jak dotychczas zatrzymać postęp epidemii. Dzięki temu, że zrozumieliśmy rangę problemu odpowiednio wcześnie, dziś w naszym kraju sytuacja jest w miarę ustabilizowana. W Polsce rokrocznie liczba wykrywanych przypadków zakażeń HIV utrzymuje się na poziomie około 600, od 1985 r. do końca maja 2002 r. w naszym kraju wykryto nieco ponad 7,5 tys. zakażeń. Szacuje się jednak, że w Polsce ogólna liczba żyjących osób zakażonych HIV lub chorych na AIDS wynosi 15-20 tysięcy, z czego około 20% to kobiety.

Jeszcze parę lat temu uważano, że HIV i AIDS to głównie problem niektórych grup społecznych, takich jak stosujący narkotyki dożylne, homoseksualiści, osoby trudniące się świadczeniem usług seksualnych itp. Od pewnego jednak czasu mamy do czynienia z „demokratyzacją" ryzyka zakażenia, co potwierdzają także doniesienia z innych krajów, zarówno Zachodu, jak i Wschodu. Obserwujemy, również w Polsce, stale rosnącą ilość zakażeń wśród kobiet. Fakt ten należy tłumaczyć tendencją wzrostową liczby zakażeń, do których dochodzi na drodze kontaktów heteroseksualnych, a na statystyki zbiorcze mówiące o 62% zakażeń wśród osób stosujących narkotyki dożylnie, w dużej mierze ma wpływ sytuacja z lat poprzednich. Widoczna jest zdecydowana zmiana świadomości społecznej w postrzeganiu zakażenia HIV, choroby i osób chorych, zmierzająca w kierunku uznania AIDS jako jednej z wielu chorób zakaźnych.

W naszym kraju utworzono w ramach budżetu państwa celowy fundusz przeznaczony na zapobieganie AIDS, opracowano ogólnopolską strategię leczenia antyretrowirusowego i wydzielono w budżecie Ministra Zdrowia specjalne fundusze przeznaczone na zakup leków antyretrowirusowych. Instytucją powołaną do koordynacji i częściowej realizacji działań wynikających z *Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV, Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS na lata 1999-2003* jest Krajowe Centrum ds. AIDS.

Praktycznie żaden kraj nie poradził sobie ze zlikwidowaniem HIV i AIDS na własnym terenie. Wszystkie kraje, i te bardzo biedne, i te bogate, mają ten sam problem: jak skutecznie przeciwdziałać epidemii. Mimo ogromnego postępu nauk medycznych ciągle nie potrafimy skutecznie wyleczyć z AIDS, możemy jedynie – dzięki terapii antyretrowirusowej – przedłużać życie zakażonych i sprawiać, by jego jakość znacznie się polepszyła.

Dotychczas nie udało się – mimo wysiłków i potężnych nakładów finansowych – wynaleźć skutecznej i bezpiecznej zarazem szczepionki. Jedyną formą przeciwdziałania pandemii pozostaje więc profilaktyka.

IV. TEKST UJEDNOLICONY ZARZĄDZENIA NR 57 PREZESA RADY MINISTRÓW Z DNIA 30 KWIETNIA 2002 R. I ZARZĄDZENIA NR 60 PREZESA RADY MINISTRÓW Z DNIA 22 MAJA 2002 W SPRAWIE UTWORZENIA RADY DO SPRAW KOORDYNACJI DZIAŁAŃ MIĘDZYRESORTOWYCH W ZAKRESIE POLITYKI LUDNOŚCIOWEJ

Tekst ujednolicony

ZARZĄDZENIE NR 57
PREZESA RADY MINISTRÓW
z dnia 30 kwietnia 2002 r.

w sprawie Rady do Spraw Koordynacji działań międzyresortowych w zakresie polityki ludnościowej.

Na podstawie art. 12 ust. 1 pkt 3 i ust. 2 ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Radzie Ministrów (Dz. U. z 1999 r. Nr 82, poz. 929, z 2000 r. Nr 120, poz. 1268 oraz z 2001 r. Nr 102, poz. 1116 i Nr 154, poz. 1799 i 1800) zarządza się, co następuje:

§ 1

1. Tworzy się Radę do Spraw Koordynacji działań międzyresortowych w zakresie polityki ludnościowej, zwaną dalej „Rządową Radą Ludnościową”, jako organ opiniodawczo-doradczy Prezesa Rady Ministrów.
2. Rządowa Rada Ludnościowa jest organem pomocniczym Prezesa Rady Ministrów w sprawach dotyczących zagadnień ludnościowych i polityki ludnościowej.

§ 2

1. W skład Rządowej Rady Ludnościowej wchodzą:

   1) Przewodniczący – dr hab. prof. Szkoły Głównej Handlowej Zbigniew Strzelecki – Wiceprezes Rządowego Centrum Studiów Strategicznych,

   2) Zastępcy przewodniczącego:

      a) prof. dr hab. Józefina Hrynkiewicz – Uniwersytet Warszawski,

      b) prof. dr hab. Janusz Witkowski – Wiceprezes Głównego Urzędu Statystycznego,

   3) Sekretarz Generalny Rady – dr hab. prof. Szkoły Głównej Handlowej Ewa Frątczak,

   4) Członkowie powoływani imiennie:

      a) dr Bożena Balcerzak-Paradowska – Instytut Pracy i Spraw Socjalnych,

      b) ks. prof. dr hab. Janusz Balicki – Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego,

      c) prof. dr hab. Lucyna Frąckiewicz – Akademia Ekonomiczna w Katowicach,

      d) prof. dr hab. Adam Jelonek – Uniwersytet Jagielloński,

      e) prof. dr hab. Mikołaj Latuch – Szkoła Główna Handlowa,

      f) dr hab. prof. Szkoły Głównej Handlowej – Irena E. Kotowska,

      g) prof. dr hab. Jerzy T. Kowaleski – Uniwersytet Łódzki,

      h) prof. dr hab. Adam Kurzynowski – Szkoła Główna Handlowa,

      i) dr hab. prof. Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego – Andrzej Ochocki,

      j) prof. dr hab. Antoni Rajkiewicz – Uniwersytet Warszawski,

      k) prof. dr hab. Robert Rauziński - Instytut Śląski w Opolu,

      l) prof. dr hab. Krystyna Slany – Uniwersytet Jagielloński,

      m) prof. dr hab. med. Janusz Szymborski – Kierownik Zakładu Zdrowia Publicznego i Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka,

n) prof. dr hab. Stanisław Wierzchosławski – Akademia Ekonomiczna w Poznaniu,

5) członkowie pełniący określone funkcje:

a) Przewodniczący Komitetu Nauk Demograficznych Polskiej Akademii Nauk,

b) przedstawiciel Polskiego Towarzystwa Demograficznego,

6) członkowie delegowani przez:

a) Ministra Edukacji Narodowej i Sportu,

b) Ministra Nauki - Przewodniczącego Komitetu Badań Naukowych,

c) Ministra Obrony Narodowej,

d) Ministra Pracy i Polityki Społecznej,

e) Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji,

f) Ministra Spraw Zagranicznych,

g) Ministra Zdrowia,

h) Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych,

i) Pełnomocnika Rządu do Spraw Równego Statusu Kobiet i Mężczyzn.

2. Pracami Rządowej Rady Ludnościowej kieruje Przewodniczący przy pomocy Prezydium.

§ **3**

Do zakresu działania Rządowej Rady Ludnościowej należy:

1) dokonywanie oceny sytuacji demograficznej kraju oraz opracowywanie dla Rady Ministrów okresowych (corocznych) raportów o sytuacji demograficznej kraju,

2) inicjowanie badań naukowych, w tym formułowanie tematyki i opiniowanie założeń metodycznych w dziedzinie demografii i polityki ludnościowej,

3) inicjowanie badań naukowych w zakresie prognozowania procesu zastępowalności pokoleń ludności Polski i jego skutków dla społeczno-ekonomicznego rozwoju kraju,

4) dokonywanie, w porozumieniu z właściwymi ministrami, kierownikami urzędów centralnych i organizacjami społecznymi, oceny wykonywania zaleceń Rady Ministrów i jej komitetu w zakresie polityki ludnościowej i wiążących się z nią bezpośrednio zagadnień polityki społecznej,

5) inicjowanie prac nad projektami aktów normatywnych z dziedziny polityki ludnościowej i wiążących się z nią bezpośrednio zagadnień polityki społecznej,

6) opiniowanie projektów aktów normatywnych z dziedziny polityki ludnościowej i wiążących się z nią bezpośrednio zagadnień polityki społecznej,

7) współpraca z komisjami ludnościowymi i organizacjami międzynarodowymi zajmującymi się problematyką ludnościową,

8) przygotowywanie założeń dotyczących wdrażania i monitorowania w Polsce zaleceń programów działań międzynarodowych konferencji ludnościowych, organizowanych pod auspicjami Organizacji Narodów Zjednoczonych oraz Rady Europy,

9) współdziałanie w zakresie realizacji programów ludnościowych prowadzonych w Polsce, przy wsparciu finansowym Funduszu Ludnościowego Narodów Zjednoczonych i innych organizacji międzynarodowych,

10) przygotowywanie udziału delegatów Polski w międzynarodowych konferencjach i kongresach ludnościowych,

11) inicjowanie upowszechniania informacji z dziedziny demografii i polityki ludnościowej oraz współpraca w tym zakresie z właściwymi instytucjami wydawniczymi, a także wydawanie Biuletynu Rządowej Rady Ludnościowej,

12) inicjowanie, organizowanie i współudział w organizowaniu konferencji i sympozjów poświęconych zagadnieniom polityki ludnościowej,

13) współpraca z Komitetem Nauk Demograficznych Polskiej Akademii Nauk, Polskim Towarzystwem Demograficznym, Głównym Urzędem Statystycznym, instytucjami naukowo-badawczymi i szkołami wyższymi w dziedzinie badań demograficznych oraz badań nad polityką ludnościową i społeczną.

§ **4**

1. Do wykonywania określonych prac, związanych z działalnością Rządowej Rady Ludnościowej, jej Przewodniczący może powoływać, w miarę potrzeby, odpowiednie zespoły, jak również powoływać w jej skład oraz zapraszać do udziału w pracach przedstawicieli nauki i specjalistów z dziedziny demografii i pokrewnych dyscyplin naukowych.
2. Przewodniczący Rządowej Rady Ludnościowej może zlecać badania w zakresie objętym jej działalnością.

§ **5**

1. Organy administracji rządowej są obowiązane, na wniosek Rządowej Rady Ludnościowej, udostępniać jej wszelkie materiały i wydawać opinie z zakresu pracy Rządowej Rady Ludnościowej, jak również uzgadniać z nią opracowywane przez siebie projekty aktów normatywnych, wiążących się z zakresem działania Rządowej Rady Ludnościowej.
2. Rządowa Rada Ludnościowa może występować do właściwych organów organizacji społecznych w sprawach, o których mowa w ust. 1.

§ **6**

Tryb działania Rządowej Rady Ludnościowej i zakres działania Przewodniczącego, Prezydium, Sekretarza Generalnego oraz Sekretariatu określa regulamin stanowiący załącznik do zarządzenia.

§ **7**

Przewodniczący Rządowej Rady Ludnościowej przedstawia Prezesowi Rady Ministrów coroczne sprawozdanie z jej działalności, w terminie do dnia 31 stycznia każdego roku za rok ubiegły.

§ **8**

Obsługę Rządowej Rady Ludnościowej zapewnia Rządowe Centrum Studiów Strategicznych.

§ **9**

1. Członkom Rządowej Rady Ludnościowej i specjalistom biorącym udział w jej pracach przysługuje zwrot kosztów podróży (odbywanych na zlecenie Przewodniczącego) według zasad określonych w przepisach

w sprawie należności przysługujących pracownikowi z tytułu podróży służbowej na obszarze kraju.

2. Koszty podróży zagranicznych pokrywają instytucje zatrudniające osoby włączone w skład delegacji zagranicznej.

§ 10

Traci moc zarządzenie Nr 86 Prezesa Rady Ministrów z dnia 2 października 1997 r. w sprawie powołania Rady do Spraw Koordynacji działań międzyresortowych w zakresie polityki ludnościowej, zmienione zarządzeniem Nr 25 Prezesa Rady Ministrów z dnia 28 kwietnia 1999 r., zarządzeniem Nr 50 Prezesa Rady Ministrów z dnia 3 września 1999 r. oraz zarządzeniem Nr 3 Prezesa Rady Ministrów z dnia 19 stycznia 2000 r.

§ 11

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

PREZES RADY MINISTRÓW

Leszek Miller

V. SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI RZĄDOWEJ RADY LUDNOŚCIOWEJ W 2001 R.

W 2001 r. Rada do spraw koordynacji działań międzyresortowych w zakresie polityki ludnościowej, zwana "Rządową Radą Ludnościową" funkcjonowała na mocy Zarządzenia Nr 86 Prezesa Rady Ministrów z dnia 2 października 1997 r. (z późniejszymi zmianami), pod przewodnictwem dr hab. Zbigniewa Strzeleckiego, wiceprezesa Rządowego Centrum Studiów Strategicznych.

I. W 2001 r. Rządowa Rada Ludnościowa obradowała na posiedzeniu plenarnym w dniu 28 czerwca 2001 r. poświęconym:

1) przygotowaniom do I Kongresu Demograficznego w Polsce,
2) wpływowi starzenia się ludności na redystrybucję PKB w Polsce,
3) koncepcji *Raportu 2000-2001 Sytuacja demograficzna Polski*.

1. Idea zwołania I Kongresu Demograficznego w Polsce pojawiła się w środowisku demografów już wiele lat temu. Przesłanką ku temu była troska o tworzenie takich warunków, które sprzyjałyby zachowaniu ciągłości pokoleń i spoistości społeczeństwa. W Polsce dokonują się bowiem bardzo ważne dla przyszłości narodu i państwa przemiany, w tym przemiany demograficzne. Obserwujemy proces głębokiej, zawężonej zastępowalności pokoleń i związane z nim zjawisko starzenia się ludności, a także zbyt powolne zmniejszanie się umieralności. W porównaniu z krajami wysoko rozwiniętymi mobilność przestrzenna i zawodowa naszego społeczeństwa jest jeszcze dalece niewystarczająca. Utrwalanie się tych tendencji oznacza poważne wyzwania dla Polski. Z tych przede wszystkim powodów wiele osób i instytucji podejmowało starania, aby stworzyć możliwie szerokie forum debaty na temat przyszłości naszego narodu i państwa we współczesnym świecie w kontekście rozwoju demograficznego.

Z inicjatywy Rządowej Rady Ludnościowej, Polskiego Towarzystwa Demograficznego i Komitetu Nauk Demograficznych PAN zwołano we wrześniu 2001 roku I Kongres Demograficzny w Polsce. W jego organizacji bierze także udział Główny Urząd

Statystyczny i Stały Koordynator Systemu ONZ w Polsce. Patronat nad Kongresem objął Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej Aleksander Kwaśniewski. W skład Komitetu Honorowego wchodzą: Prezes Rady Ministrów, marszałkowie Sejmu i Senatu oraz Prymas Polski. Celami Kongresu są:

- określenie stanu i perspektyw rozwoju demograficznego Polski;
- ustalenie charakteru, metod i środków polityki ludnościowej w Polsce u progu nowego wieku i członkostwa w Unii Europejskiej;
- ocena dorobku polskiej demografii, sprecyzowanie potrzeb dalszego jej rozwoju, metod badawczych i dydaktyki.

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

Część pierwsza – inauguracyjna – została zaplanowana na 15 września 2001 roku w Warszawie. Poświęcona była sytuacji demograficznej Polski na tle problemów demograficznych współczesnego świata. Zostały na niej zaprezentowane najważniejsze czynniki warunkujące rozwój demograficzny, rola rodziny, etyczny wymiar procesów demograficznych i ich znaczenie dla postępu społecznego, informacja o spisie ludności i mieszkań w 2002 roku.

Część druga to zaplanowany na 2002 rok cykl konferencji i seminariów tematycznych poświęconych najważniejszym czynnikom rozwoju demograficznego Polski, a w tym warunkom życia rodzin, zdrowiu obywateli, edukacji, sytuacji mieszkaniowej, pracy, ekologii oraz czynnikom kulturowym.

Część trzecia to cykl seminariów regionalnych poświęconych problemom demograficznym współczesnej Polski.

Część czwarta składać się będzie z trzydniowych obrad plenarnych. Będzie ona poświęcona przede wszystkim perspektywom demograficznym Polski w odniesieniu europejskim i światowym oraz polityce ludnościowej wobec wyzwań współczesności i przyszłości.

I Kongres Demograficzny w Polsce stworzył ogromną szansę nie tylko wszechstronnego przedyskutowania uwarunkowań i konsekwencji obserwowanych procesów demograficznych, ale także wypracowania przy współudziale szerokich kręgów społeczeństwa strategii działania i możliwych dla naszego państwa propozycji rozwiązań systemowych w zakresie polityki demograficznej..

RRL zaakceptowała powyższe cele i program I Kongresu Demograficznego w Polsce.

2. Projekt stanowiska RRL w sprawie wpływu starzenia się ludności na redystrybucję PKB opracowano na podstawie:
    - Informacji dotyczącej prognozy wielkości gromadzonych aktywów w sektorze otwartych funduszy emerytalnych oraz Funduszu Rezerwy Demograficznej w perspektywie do 2050 roku przedłożonej przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej (Ewa Lewicka).
    - Referatu pt. „Wpływ starzenia się ludności na redystrybucję PKB w Polsce" przygotowanego przez doradcę ministra Pracy i Polityki Społecznej (Agnieszka Chłoń).
    - Oceny na temat wpływu starzenia się ludności na redystrybucję PKB w Polsce – przygotowanej przez Departament Polityki Finansowej, Analiz i Statystyki Ministerstwa Finansów (Jacek Krzyślak).
    - Referatu pt. „Reforma systemu ubezpieczeń społecznych wobec starzenia się ludności polskiej" (prof. dr hab. Józefina Hrynkiewicz – wiceprzewodnicząca RRL).

Rządowa Rada Ludnościowa zdecydowała, iż projekt stanowiska w sprawie wpływu starzenia się ludności na redystrybucję PKB w Polsce opracowany przez prof. dr hab. Józefinę Hrynkiewicz zostanie przedłożony do zatwierdzenia przez Prezydium RRL.

Główne tezy projektu rozpatrzonego przez Prezydium RRL są następujące:

- Proces starzenia się ludności Polski wywoływać musi zmiany w zakresie kształtowania poszczególnych dziedzin polityki społecznej państwa oraz w kształtowaniu polityki podziału. Wzrost o 3,4 mln osób w wieku poprodukcyjnym w 2030 roku w stosunku do roku 2000 wywoła zmiany w podziale PKB, wpłynie na zwiększenie udziału wydatków na świadczenia socjalne i usługi społeczne. Realizowane reformy społeczne, w tym szczególnie reforma systemu ubezpieczeń społecznych, ochrony zdrowia i reforma struktury administracyjnej kraju muszą uwzględniać zadania wynikające ze zmian demograficznych, w tym z procesu starzenia się ludności.

- Reforma ubezpieczeń społecznych zakłada finansowanie świadczeń emerytalnych z kilku źródeł: ubezpieczenia repartycyjne (ZUS), otwarte fundusze emerytalne,

pracownicze programy emerytalne (inne formy zapewniające dochody na starość pozostające poza systemem ubezpieczeń społecznych). Zasady uzyskiwania i wielkość świadczeń z systemu powszechnych ubezpieczeń społecznych zostały określone ustawowo. Zasadnicza cecha zmian w zakresie tej części ubezpieczeń jest ściślejsze niż w poprzednim systemie uzależnienie uzyskiwanych świadczeń z liczbą lat pracy i opłacania składek oraz z wysokością opłaconej składki. Natomiast nie ma określonych zasad kształtowania wysokości świadczeń oraz zasad wypłaty świadczeń z systemu kapitałowego (otwarte fundusze emerytalne). Otwarte fundusze emerytalne przejmują 1/5 ogólnej kwoty składek opłacanych na ubezpieczenie społeczne. Ograniczenie dochodów ZUS, który traci ok. 20% dochodów ze składek ubezpieczonych, a jednocześnie wypłaca ustawowo należne świadczenia prowadzi do narastania trudności finansowych związanych z realizacją bieżących zobowiązań wobec ubezpieczonych. ZUS ponosi ciężar wypłaty wszystkich, nie tylko emerytalnych, świadczeń z ubezpieczenia społecznego pracowników i grup ubezpieczonych. ZUS ma ustawowy obowiązek wypłacić świadczenia tym, którzy z powodu utraty zdolności do pracy (renta inwalidzka), wypadku (renta wypadkowa) lub zdarzenia losowego (renta rodzinna) utracili dochody z pracy. W założeniu ubytek dochodów ma być uzupełniany dotacją budżetu państwa pochodzącą z dochodów uzyskiwanych z prywatyzacji majątku skarbu Państwa lub innych źródeł (podatki). Uzyskiwanie tych dochodów okazuje się coraz trudniejsze, a trudności budżetu państwa z finansowaniem wielu zadań wskazują, że nadchodzące lata mogą okazać się bardzo trudne, jeśli chodzi o możliwość sfinansowania świadczeń ubezpieczenia społecznego dochodami z prywatyzacji. Najwyższe zapotrzebowanie na dofinansowanie świadczeń realizowanych przez ZUS pojawi się po 2006 r., a nasili się w latach 2010-2018, gdy w wiek emerytalny zaczną wchodzić najliczniejsze roczniki pierwszego powojennego wyżu demograficznego. W tym czasie zasoby majątku państwowego do prywatyzacji i dochody z prywatyzacji mogą okazać się niewystarczające dla sfinansowania zadań. Dochody ZUS mogą być także zagrożone wobec zmian na rynku pracy w wyniku: 1) nasilającego się bezrobocia (bezrobotni bez prawa do zasiłku nie opłacają składek na ubezpieczenie społeczne) oraz 2) w związku z projektowanymi zmianami w kodeksie pracy umożliwiającymi takie formy zatrudnienia, które ograniczają wysokość składek opłacanych na ubezpieczenie społeczne. Możliwości sfinansowania świadczeń z ubezpieczenia społecznego przez systematyczne obniżanie relacji między wysokością wynagrodzenia a wysokością uzyskiwanego świadczenia (niższa stopa zastąpienia wynagrodzenia świadczeniem) są

również ograniczone. W latach 1996-2000 relacja między świadczeniem (emerytury i renty) a wynagrodzeniem zmniejszyła się z 59,0% w roku 1996 do 52,7% w 2000 roku. Roczne tempo spadku relacji wynagrodzenie-świadczenie wynosiło w tych latach około 2 punkty proc. rocznie. Przy utrzymaniu tempa zmniejszania relacji świadczenia do wynagrodzenia na poziomie ukształtowanym w latach 1996-2000 oznacza, że około roku 2010 relacja między świadczeniem a wynagrodzeniem ukształtuje się na poziomie około 30%. Utrzymanie w kolejnych latach takiego, jak w latach 1996-2000 tempa obniżania świadczeń prowadzi do wyczerpania tej możliwości w ciągu około 10 lat. Obniżenie realnej wartości świadczeń z ubezpieczenia społecznego może przynieść dalsze konsekwencje w postaci zmniejszającej się siły nabywczej świadczeniobiorców, zmniejszenia popytu konsumpcyjnego na rynku wewnętrznym (emeryci i renciści są konsumentami towarów i usług wytwarzanych głównie na rynku wewnętrznym). Obniżenie wartości świadczeń z ubezpieczenia społecznego może też napotkać na znaczny opór społeczny; społeczeństwo może nie udzielić zgody na dalsze zmniejszanie wymiaru świadczeń.

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

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

- Zgodnie z reformą systemu administracyjnego kraju obowiązkiem dostarczenia dochodu i opieki zostały obciążone samorządy gmin i powiatów. Gminy zostały zobowiązane do udzielenia pomocy materialnej i usług w miejscu zamieszkania, natomiast powiaty do udzielenia w razie potrzeby opieki w formie instytucjonalnej. Realizacja usług w zakresie stacjonarnej opieki nad ludźmi starymi została powierzona samorządom powiatowym i powiat został zobowiązany do utrzymania placówek opieki stacjonarnej dla osób, które ze względu na stan zdrowia i wiek muszą korzystać z usług opieki stacjonarnej. Wzrost kosztów utrzymania gospodarstwa domowego oraz wzrost opłat i podatków lokalnych, a jednocześnie spadek realnej wartości świadczeń z ubezpieczenia społecznego może wywołać wzrost zapotrzebowania na ten kosztowny rodzaj opieki. Przeciętny koszt utrzymania pensjonariusza w domu pomocy społecznej przekracza wartość przeciętnego wynagrodzenia. Dlatego tylko niespełna 5% podopiecznych domów pomocy społecznej pokrywało w 1999 r. pełne koszty utrzymania, pozostali w różnym stopniu partycypowali w ponoszeniu kosztów i płacili wartość ¾ renty lub emerytury).
- Wnioski.

Procesy starzenia się ludności, które nasilą się w perspektywie najbliższych 30 lat, wymuszają inne podejście do podziału PKB. Wzrost o blisko 10 punktów proc. udziału ludności w wieku poprodukcyjnym zwiększy wydatki publiczne na zaspokojenie potrzeb ludzi starych w zakresie: dostarczenia dochodu na utrzymanie gospodarstwa domowego, dostarczenie usług opieki stacjonarnej i środowiskowej oraz na dostarczenie usług ochrony zdrowia w zakresie leczenia i rehabilitacji.

Podjęte reformy systemowe w ubezpieczenia społecznych, ochronie zdrowia i reforma administracyjna oceniane z punktu widzenia dostosowania ich celów i zasad działania do potrzeb starzejącej się ludności budzą wiele wątpliwości. Konieczna zatem staje się ponowna ocena ich skutków uwzględniająca problemy starzenia się społeczeństwa i narastających kosztów dostarczenia dochodów i usług. Konieczne staje się poszukiwanie takich form organizacyjnych, które byłyby efektywniejsze i skuteczniejsze w rozwiązywaniu problemów ludzi starych, niż zastosowane dotychczas. Przyjmując dotychczas stosowane rozwiązanie można stwierdzić, że udział w PKB wydatków na zabezpieczenie potrzeb ludzi starych wzrósł w stosunku do 2000 r. o około 10 punktów proc. przy utrzymaniu obecnego poziomu zaspokojenia potrzeb.

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

3. RRL przyjęła koncepcję raportu o sytuacji demograficznej Polski w latach 2000-2001.

   Natura procesów demograficznych wymaga ciągłej obserwacji zachodzących zdarzeń, ponieważ nawet niewielkie zmiany w ich przebiegu mogą być zapowiedzią trwalszych tendencji. Obejmują one wszystkie elementy ruchu naturalnego i wędrówkowego oraz zmiany w strukturze ludności. XXVI raport Rządowej Rady Ludnościowej zawiera opis tych procesów omówiono w nim niektóre problemy zdrowotne naszego społeczeństwa, a także przedstawiono wyniki dwóch prognoz: gospodarstw domowych i zasobów pracy.

II. Podstawowym statutowym obowiązkiem Rządowej Rady Ludnościowej jest opracowywanie corocznych raportów o sytuacji demograficznej Polski. *Raport 1999-2000* został przyjęty na posiedzeniu Komitetu Społecznego Rady Ministrów w dniu 7 marca 2001 r. i zaakceptowany na posiedzeniu Rady Ministrów w dniu 20 marca 2001 roku.

Zgodnie z przyjętą koncepcją, zatwierdzoną na posiedzeniu plenarnym RRL, opracowano projekt raportu *Sytuacja demograficzna Polski 2000-2001*, który zawiera następujące oceny.

- Obserwowany poziom dzietności świadczy jednoznacznie o tym, że nadal postępuje proces prowadzący do zmian w relacjach międzypokoleniowych, w wyniku których kolejne pokolenia dzieci będą mniej liczne niż pokolenia ich rodziców, w wypadku utrwalenia się dotychczasowych zachowań matrymonialnych i prokreacyjnych. Proces ten prowadzi zarazem do starości demograficznej społeczeństwa, zjawiska uznawanego powszechnie za jedno z najbardziej trudnych wyzwań we współczesnym świecie. Konsekwencją tych procesów będzie prawdopodobnie stale większa liczba zgonów niż urodzeń już w drugiej dekadzie XXI wieku. Obecnie notujemy jeszcze niewielki przyrost naturalny ludności, ale na skutek ujemnego salda migracji zagranicznych liczba ludności Polski zmniejszała się w latach 1999 – – 2001.

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

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

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

- W latach dziewięćdziesiątych zwiększyła się liczba osób regularnie i okazjonalnie używających narkotyków, zwłaszcza wśród młodzieży. Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 roku spowodowała wzrost wykrywalności przestępstw określonych tą ustawą, ale nadal podaż i nielegalne posiadanie narkotyków wykazuje tendencję wzrostową. Narasta zarazem przekonanie, że niektóre narkotyki będą podlegać swoistej asymilacji kulturowej. Zwrócono również uwagę na konieczność przeciwdziałania coraz bardziej powszechnemu spożywaniu alkoholu przez dzieci i młodzież, a także na ciągle rozległe negatywne skutki zdrowotne i społeczne alkoholizmu w naszym kraju. Odnotowano malejącą tendencję palenia tytoniu, ale wskazano przy tym na zjawisko obniżania się wieku nałogowych palaczy, co świadczy o szczególnym zagrożeniu młodzieży.

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

wypadków jest powodowana nieprawidłowym postępowaniem pracownika. Szczególnie wysokie natężenie wypadków przy pracy występuje w rolnictwie indywidualnym.

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

- Wybrane problemy zdrowotne dzieci i młodzieży opisano na podstawie dwóch badań, które dotyczyły: chorób przewlekłych, wad wrodzonych, dolegliwości typowych dla okresu dojrzewania, następstw wypadków oraz samooceny stanu zdrowia. Około jednej czwartej populacji dzieci w wieku 0-14 lat i młodzieży w wieku 15-19 lat cierpiało na chorobę przewlekłą, a w tym na uczulenia i alergie, skrzywienia kręgosłupa, nerwice i inne choroby. Wskazano na korzystne zjawisko obniżania się częstości zgonów niemowląt i małych dzieci z powodu wad wrodzonych, chociaż jest ona jeszcze wyższa niż w krajach zamożnych. Opisano dolegliwości psychosomatyczne, niedostatki zachowań prozdrowotnych i ryzykowne dla zdrowia zachowania wśród młodzieży. Zwrócono uwagę na fakt, że stan zdrowia w populacji dzieci i młodzieży jest gorszy w rodzinach uboższych.

- W co drugim gospodarstwie domowym jest osoba niepełnosprawna, a większość z nich to osoby w wieku produkcyjnym i starsze. Z badań Głównego Urzędu Statystycznego w 2000 roku wynika, że ponad dwie trzecie osób niepełnosprawnych w wieku ponad 15 lat posiada orzeczenie o trwałym inwalidztwie. Najczęstszymi

grupami schorzeń powodującymi niepełnosprawność to choroby układu krążenia, dysfunkcje narządów ruchu, a następnie schorzenia neurologiczne i psychiczne, uszkodzenia narządu wzroku i słuchu. Osoby niepełnosprawne nadal silnie podkreślają potrzebę poprawy opieki medycznej i dostępności usług rehabilitacyjnych.

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

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

- Prognozowanie rodzin i gospodarstw domowych w Polsce nie ma jeszcze ugruntowanych doświadczeń. Projekcja opublikowana przez Główny Urząd Statystyczny w 2000 roku pozwala jednak ukazać podstawowe tendencje zmian liczby i struktury gospodarstw domowych do 2030 roku, chociaż prezentowane dane są obarczone sporym ryzykiem niepewności. Wyniki *Mikrospisu '95* wykazały, że w 1995 roku liczba gospodarstw domowych z dziećmi w wieku do 18 lat wynosiła 5,7 mln, a bez dzieci – 6,7 mln. Według omawianej prognozy w 2030 roku liczba gospodarstw domowych z dziećmi prawdopodobnie zmniejszy się do 4,6 mln, ale liczba gospodarstw domowych bez dzieci zwiększy się do 11,9 mln. Zmienią się więc w sposób zasadniczy proporcje między tymi typami gospodarstw

domowych. Jednocześnie przeciętna liczba dzieci w wieku do 18 lat w gospodarstwach domowych z dziećmi prawdopodobnie obniży się z 1,835 w 1995 roku do 1,504 w 2030 roku. Wielkości te świadczą o głębokim regresie liczebności rodzinnych gospodarstw domowych oraz malejącej liczbie dzieci w rodzinie. Weryfikacja omawianej prognozy zostanie dokonana na podstawie planowanego na 2002 rok spisu powszechnego ludności i mieszkań.

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

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

III. Rządowa Rada Ludnościowa po wielu latach przerwy wznowiła wydawanie „Biuletynu". „Biuletyn" w obecnej edycji ma przede wszystkim na celu publikowanie dokumentów związanych z działalnością Rady. Są to:

- oficjalne dokumenty o charakterze rekomendacji przyjęte przez międzynarodowe organizacje, których członkiem jest Polska,
- stanowiska rządu RP w sprawach demograficznych,
- opinie Rządowej Rady Ludnościowej kierowane do rządu RP,

- informacje dokumentujące działalność Rządowej Rady Ludnościowej w kolejnych latach,
- inne materiały o charakterze dokumentów w sprawach ludnościowych.

„Biuletyn" nr 46/2001 zawiera następujące materiały:

1. Podstawowe dokumenty XXI Sesji Nadzwyczajnej Zgromadzenia Ogólnego ONZ, Nowy Jork 30.06-2.07.1999 r., która była poświęcona ocenie realizacji *Programu Działania* przyjętego na Międzynarodowej Konferencji nt. Ludności i Rozwoju zorganizowanej pod auspicjami ONZ w Kairze w 1994 roku (PA ICPD '94).
2. Tekst stanowiska w sprawie zmian w *Narodowym Programie Zdrowia na lata 1996-2005*. Rządowa Rada Ludnościowa przedyskutowała propozycje tych zmian i przedstawiła własne stanowisko w tej sprawie, akcentując potrzebę modyfikacji profilaktyki i opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą szkolną. Tekst tego stanowiska skierowano do ministra zdrowia w 2000 roku.
3. Sprawozdania z prac RRL w latach 1999 i 2000. Zawierają one przede wszystkim informacje o opiniach tego gremium w sprawach będących w centrum zainteresowania społeczeństwa, a dotyczących warunków życia obywateli. Przykładem tego jest relacja z dyskusji nad założeniami polityki prorodzinnej państwa. Obrazują one także aktywność członków RRL na forum organizacji międzynarodowych, zwłaszcza ONZ i Rady Europy.

Przewiduje się wydawanie „Biuletynu" RRL w cyklu rocznym.

IV. Dzięki staraniom Rządowej Rady Ludnościowej i Ministerstwa Spraw Zagranicznych, Polska została wybrana do Komisji ds. Ludności ONZ na lata 2001-2004. Fakt ten świadczy o wysokiej ocenie dorobku naszego kraju w dziedzinie demograficznej oraz owocnej aktywności na arenie międzynarodowej. Pomnożenie tego dorobku wymaga kompetentnego zaplecza dla przedstawiciela Polski w w/w Komisji, co zapewnia Rządowa Rada Ludnościowa.

Przedstawiciele Rządowej Rady Ludnościowej reprezentują Polskę w Europejskim Komitecie Ludnościowym i Europejskiej Sieci Ludnościowej Rady Europy w Strasbourgu. Współpraca na tym forum obejmuje przede wszystkim: 1) programowanie i realizację współpracy z agendami Unii Europejskiej i ONZ w zakresie gromadzenia danych poprzez biura statystyczne państw Rady Europy oraz

opracowywanie wskaźników demograficznych w celu ich publikacji, 2) przygotowywanie analiz procesów demograficznych w Europie z punktu widzenia integracji społecznej, zwłaszcza obejmujących formowanie się rodzin i rodność, zdrowie i umieralność, starzenie się ludności, migracje i sytuację mniejszości oraz oddziaływanie na rynek pracy, 3) przygotowywanie w porozumieniu z międzynarodowymi organizacjami konferencji na temat rozwoju ludnościowego w Europie zgodnie z decyzjami Komitetu Ministrów Rady Europy, 4) opracowywanie propozycji programów w dziedzinie ludności i ich wspieranie w krajach Centralnej, Wschodniej i Południowo-Wschodniej Europie.

W grudniu 2001 r. w posiedzeniu Europejskiego Komitetu Ludnościowego Rady Europy wziął udział dr hab. Andrzej Ochocki – sekretarz generalny RRL. Głównym celem posiedzenia były m.in.:

1. Stanowisko Europejskiego Komitetu Ludnościowego w sprawie rekomendacji Rady Europy dotyczących realizacji postanowień Konferencji p.t. Ludność i Rozwój, zorganizowanej pod auspicjami ONZ w Kairze w 1994 roku (PA ICPD '94).
2. Omówienie propozycji tematów ekspertyz zlecanych przez Radę Europy w 2002 r.
3. Zasady działalności publikacyjnej Europejskiego Komitetu Ludnościowego.

Zgodnie z przyjętymi przez Radę Europy regułami przedstawiciel Polski będzie brał udział w pracach Europejskiego Komitetu Ludnościowego w latach 2002-2003 na prawach stałego członka.

Europejski Komitet Ludnościowy na ww posiedzeniu zdecydował powierzyć ekspertom z Polski opracowanie następujących tematów:

- zróżnicowanie regionalne dzietności w Europie (dr hab. Ewa Frątczak),
- polityka emerytalna w krajach europejskich (prof. dr hab. Irena Kotowska).

V. RRL za pośrednictwem sekretariatu RRL współpracuje z UNDP. W 2001 r. współpraca ta skupiała się na przygotowaniach do I Kongresu Demograficznego w Polsce. Pan Marc Destane de Bernis, Stały Koordynator Systemu ONZ w Polsce, jest członkiem Komitetu Kongresu.

RRL wraz z Funduszem Ludnościowym ONZ (UNFPA) jest sygnatariuszem umowy (podpisanej w dniu 24.02.2000r.), w ramach której realizowany jest program szkoleniowy

dla pielęgniarek pracujących z dziećmi i młodzieżą. W 2001 roku szkolenie ukończyły 473 pielęgniarki, uzyskując certyfikat w dziedzinie pełnej edukacji seksualnej, która obejmuje informacje na temat zdrowia prokreacyjnego, chorób przenoszonych drogą płciową oraz prewencji HIV/AIDS. Program zawierał dodatkowy komponent, jak rozpoznać dziecko i jak pomóc dziecku, gdy doznaje przemocy w rodzinie. Program szkolenia pielęgniarek zostanie zakończony w 2002 roku.

VI. W dniu 15 września 2001r. w Warszawie odbyła się Sesja Inauguracyjna I Kongresu Demograficznego w Polsce. W obradach udział wzięli politycy, pracownicy naukowi, przedstawiciele fundacji i organizacji społecznych z całej Polski oraz media.

Przewodniczący Komitetu Kongresu, dr hab. Zbigniew Strzelecki, podkreślił że w Polsce dokonują się bardzo ważne dla przyszłości narodu i państwa przemiany, w tym znaczące przemiany demograficzne. Obserwuje się tendencje głębokiej, zawężonej zastępowalności pokoleń, przyspieszeniu ulega proces starzenia się ludności, zbyt powolne jest zmniejszanie się ryzyka zgonu oraz ograniczona jest mobilność przestrzenna i zawodowa ludności. Utrwalanie się tych tendencji w przyszłości oznacza dla Polski wiele wyzwań. Było to główną podstawą decyzji o zwołaniu I Kongresu Demograficznego w Polsce.

Pan minister Andrzej Śmietanko, odczytał posłanie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, Pana Aleksandra Kwaśniewskiego do uczestników I Kongresu Demograficznego w Polsce.
Następnie głos zabrali członkowie Komitetu: Marszałek Senatu Pani Prof. Alicja Grześkowiak, Ksiądz Kardynał Józef Glemp Prymas Polski, w imieniu Marszałka Sejmu Pana Macieja Płażyńskiego wystąpił jego doradca Pan Michał Drozdek.

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

W kolejnym punkcie obrad referaty zaprezentowali:

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

W trzeciej części sesji inauguracyjnej wystąpili członkowie Komitetu Kongresu: prof. Jerzy Z. Holzer, prof. Janusz Szymborski i dr hab. Ewa Frątczak. W następnej kolejności zabrały głos: prof. Stanisława Borkowska, prof. Maria Rybakowa, dr hab. Irena Kotowska, dyrektor Grażyna Marciniak, Maria Cichońska-Marczak z Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz Anna Grajcarek, Przewodnicząca Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych. Swój udział w trzeciej części Sesji Inauguracyjnej zgłosił również prof. Stefan Kurowski.

Przewodniczący Komitetu Kongresu zamykając obrady Sesji Inauguracyjnej I Kongresu Demograficznego w Polsce zaprosił wszystkich uczestników do udziału w seminariach, konferencjach, prezentacjach i innych obradach Kongresu w 2002 roku. Na podstawie decyzji uczestników Kongresu, Komitet Kongresu sformułuje uchwałę-apel do polityków, decydentów i do społeczeństwa polskiego w sprawach tak zasadniczych, jak ciągłość pokoleń, przez to także miejsca naszego narodu i państwa we współczesnym świecie.
Materiały Sesji Inauguracyjnej Kongresu zostaną wydane drukiem w postaci książkowej.

VII. Prezydium RRL obradowało na pięciu posiedzeniach. Protokoły z posiedzeń plenarnych i posiedzeń prezydium dokumentują całokształt prac Rządowej Rady Ludnościowej w 2001 roku.
Sekretariat Wykonawczy RRL w 2001 r. był również zaangażowany w prace organizacyjne związane z przygotowaniem merytorycznym i organizacyjnym I Kongresu Demograficznego w Polsce.