

**PERSPEKTYWY DEMOGRAFICZNE
JAKO WYZWANIE
DLA POLITYKI LUDNOŚCIOWEJ
POLSKI**

**RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA
Warszawa 2016**

SPIS TREŚCI

WPROWADZENIE - Prof. dr hab. Józefina Hrynkiewicz , dr Alina Potrykowska

CZĘŚĆ I. SYTUACJA DEMOGRAFICZNA POLSKI – OBECNIE I W PRZYSZŁOŚCI

- 1. Aktualna sytuacja demograficzna Polski** - Prof. dr hab. Józefina Hrynkiewicz
- 2. Sytuacja demograficzna Polski na tle Europy** - Dyr. Dorota Szaltys, Joanna Stańczak
- 3. Prognoza demograficzna do roku 2050** – Małgorzata Waligórska, Prof. dr hab. Janusz Witkowski

- 4. Dyskusja**

CZĘŚĆ II. GŁÓWNE WYZWANIA DLA POLITYKI LUDNOŚCIOWEJ POLSKI

- 1. Wprowadzenie** - Prof. dr hab. Janusz Witkowski
- 2. Uwarunkowania dzietności w Polsce** - Prof. dr hab. Bożenna Balcerzak-Paradowska -

- 3. Sytuacja ludzi starszych i niesamodzielnych** - Prof. dr hab. Józefina Hrynkiewicz

- 4. Elżbieta Bojanowska** - Wiceminister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

- 5. Poprawa stanu zdrowia ludności, ograniczanie umieralności** - Prof. dr hab. Janusz Szymborski

- 6. Jarosław Pinkas** - Wiceminister Zdrowia

- 7. Polityka migracyjna Polski** - Dr Alina Potrykowska

- 8. Dr hab. Paweł Hut** - Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji

- 9. Dyskusja:**
- 10. Podsumowanie** - Prof. dr hab. Janusz Witkowski

ZAKOŃCZENIE – Prof. dr hab. Józefina Hrynkiewicz

WPROWADZENIE

Oddajemy do rąk Czytelników publikację zawierającą opracowania wielu wybitnych autorów, przygotowane na podstawie materiałów Konferencji Rządowej Rady Ludnościowej pt., ***Perspektywy demograficzne jako wyzwanie dla polityki ludnościowej Polski***, nad którą honorowy patronat objął Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej, Pan Marek Kuchciński. Konferencja odbyła się w gmachu Sejmu RP w dniu 24 kwietnia 2016 r.

Rządowa Rada Ludnościowa, która działa już 41 lat, jest organem doradczym premiera, przygotowuje raporty i wszystkie materiały, które przedstawiane są na forum międzynarodowym, a więc na forum Rady Europy, Unii Europejskiej, Eurostatu, a także Organizacji Narodów Zjednoczonych.

Na pilną potrzebę interdyscyplinarnego podejścia do procesów demograficznych zachodzących w naszym kraju zwracała uwagę Rządowa Rada Ludnościowa w swoich corocznych raportach o *Sytuacji demograficznej Polski*. Postulat ten znalazł również akceptację Komitetu Stałego Rady Ministrów.

Rządowa Rada Ludnościowa była inicjatorką organizacji I Kongresu Demograficznego, który odbywał się w latach 2001-2002 oraz II Kongresu Demograficznego zorganizowanego w 2012-2013 r. Oba Kongresy stanowiły podstawę do zainteresowania problematyką rozwoju demograficznego Polski parlamentarzystów, gremiów naukowych, rządowych, samorządowych, organizacji pozarządowych, Kościołów i możliwie wszystkich Polaków. Podczas oficjalnego otwarcia II Kongresu Demograficznego został zaprezentowany projekt *Założeń Polityki Ludnościowej*, nad którym toczyła się dyskusja w formie wymiany doświadczeń międzynarodowych oraz dyskusji panelowych poświęconych zagadnieniom szczególnie ważnym dla właściwego kształtowania polityki ludnościowej kraju.

Rządowa Rada Ludnościowa przygotowuje obecnie aktualizację dokumentu *Założenia Polityki Ludnościowej*, co wymaga podjęcia dyskusji poświęconej perspektywom sytuacji demograficznej stanowiącym wyzwanie dla polityki ludnościowej Polski.

Temu celowi przyświecała organizacja konferencji RRL ***„Perspektywy demograficzne jako wyzwanie dla polityki ludnościowej Polski”***, w której uczestniczyli licznie przedstawiciele najwyższych władz państwowych, ministrowie, parlamentarzyści, naukowcy, przedstawiciele uczelni i instytutów, członkowie Rządowej Rady Ludnościowej,

przedstawiciele wojewodów, marszałków, samorządów lokalnych, GUS, dyrektorów urzędów statystycznych. i in.

Niniejsza publikacja zawiera opracowania zaprezentowane podczas konferencji.

W części pierwszej pt. *Sytuacja demograficzna polski – obecnie i w przyszłości* części przedstawiamy sytuację demograficzną oraz prognozy zmian a także sytuację demograficzną Polski na tle sytuacji demograficznej Europy. Rozdział podsumowuje dyskusja.

Część druga pt. *Główne wyzwania dla polityki ludnościowej Polski* jest poświęcona wyzwaniom w polityce społecznej i gospodarczej, jakie płyną z sytuacji demograficznej. W tej części zawarte są fragmenty opracowywanych od 2011 r. założeń polityki ludnościowej i społecznej państwa, które, przy obecnym zrozumieniu problematyki demograficznej przez obecny rząd będą dokończone i wdrożone w życie jako program rządowy. Przedstawiono zagadnienia dotyczące rodziny, ludzi starych i niesamodzielných, zdrowia oraz migracji. W rozdziale przedstawiono szeroką dyskusję oraz podsumowanie.

Składamy serdeczne podziękowania Wszystkim, którzy przyczynili się do powstania tej publikacji.

Prof. dr hab. Józefina Hryniewicz, Przewodnicząca Rządowej Rady Ludnościowej

Dr Alina Potrykowska, Sekretarz Generalna Rządowej Rady Ludnościowej

CZĘŚĆ I. SYTUACJA DEMOGRAFICZNA POLSKI – OBECNIE I W PRZYSZŁOŚCI

PROF. DR HAB. JÓZEFINA HRYNKIEWICZ
Przewodnicząca Rządowej Rady Ludnościowej

Aktualna sytuacja demograficzna Polski

Przedstawiając aktualną sytuację demograficzną Polski¹ skupię się na najważniejszych zagadnieniach.

W Polsce utrzymuje się od czterech lat ubytek rzeczywisty ludności (po wzroście w latach 2008–2011); w 2014 r. mieszkańców Polski było o 17 tys. mniej w porównaniu z 2013 rokiem. W 2014 r. liczba ludności wynosiła 38 479 tys., **w połowie 2015 r. – 38 457 tys.** (o 22 tys. mniej). Ubytek ludności to skutek rosnącego od 2008 r. ujemnego salda migracji zagranicznych oraz ubytku naturalnego. Stopa ubytku rzeczywistego ludności wyniosła –0,04% w 2014 r. i 0,05% w połowie 2015 r. (na każde 10 tys. ubyło odpowiednio 4 i 5 osób).

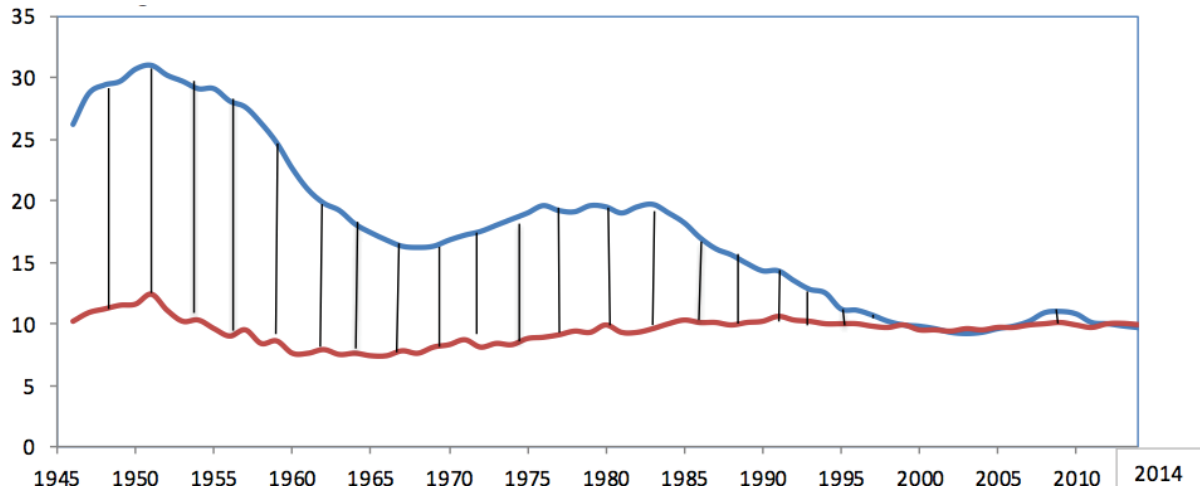
1. **Spadek liczby ludności** to wynik niekorzystnych tendencji w zakresie przyrostu naturalnego oraz migracji zagranicznych na pobyt stały. Największy ubytek naturalny ludności w powojennym rozwoju Polski zanotowano w latach 2012–2013 z powodu małej liczby urodzeń i wzrostu liczby zgonów – w 2013 r. jedna z najniższych liczba urodzeń żywych (369,6 tys.) i jedna z najwyższych liczba zgonów (387,3 tys.), jakie notowano. W 2014 r. liczba urodzeń była mniejsza od liczby zgonów o 1,3 tys. osób. W połowie 2015 r. ujemny przyrost naturalny wyniósł –13 tys. osób (–0,7%). Lata te charakteryzowały się wzrostem liczby emigrantów oraz niewielką imigracją do Polski, saldo definitywnych migracji zagranicznych pozostaje ujemne (w 2014 r. wynosiło –15,8 tys. osób). Tak kształtujące się procesy pozwalają uznać, że **Polska znalazła się w kryzysie demograficznym.**

W latach 2002–2014 utrata ludności następowała w tych województwach, co wcześniej (tj.: opolskie, łódzkie, śląskie, świętokrzyskie, lubelskie i podlaskie). Pozostałe, zwłaszcza największe wielofunkcyjne obszary aglomeracyjne, zyskiwały mieszkańców: głównie Warszawa, Trójmiasto, Poznań, aglomeracja bydgosko-toruńska, Wrocław i Kraków, w mniejszym stopniu – tereny otaczające Szczecin, Olsztyn, Białystok, Lublin, Rzeszów, Łódź i Zieloną Górę (tzw. zjawisko suburbanizacji i „rozlewania się” miast – *urban sprawl*).

¹ Opracowane na podstawie: *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2014-2015*, RRL, Warszawa 2015. Dane na podstawie: *Informacja o sytuacji społeczno-gospodarczej kraju w 2014 r., 2015 r.*, GUS, Warszawa, styczeń 2015 i lipiec 2015, Dane wstępne, stan 30 VI 2015, GUS; *Rocznik Demograficzny 2015*, GUS, Warszawa, październik 2015.

2. Polska wkroczyła w okres **kryzysu demograficznego**, który może mieć charakter trwały. Wskazują na to czynniki kształtujące zmiany w liczbie ludności; **od 2010 r. obniża się przyrost naturalny ludności** (w 2010 r. wynosił ok. 35 tys. osób, w 2011 r. – 12,9 tys., w 2012 r. – 1,5 tys., w 2013 r. ubytek naturalny wyniósł –17,7 tys., w 2014 r. –1,3, w połowie

Rysunek 1. Urodzenia i zgony w latach 1945–2014 (na 1000 mieszkańców)



Źródło: *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2014–2015*, RRL, Warszawa 2016.

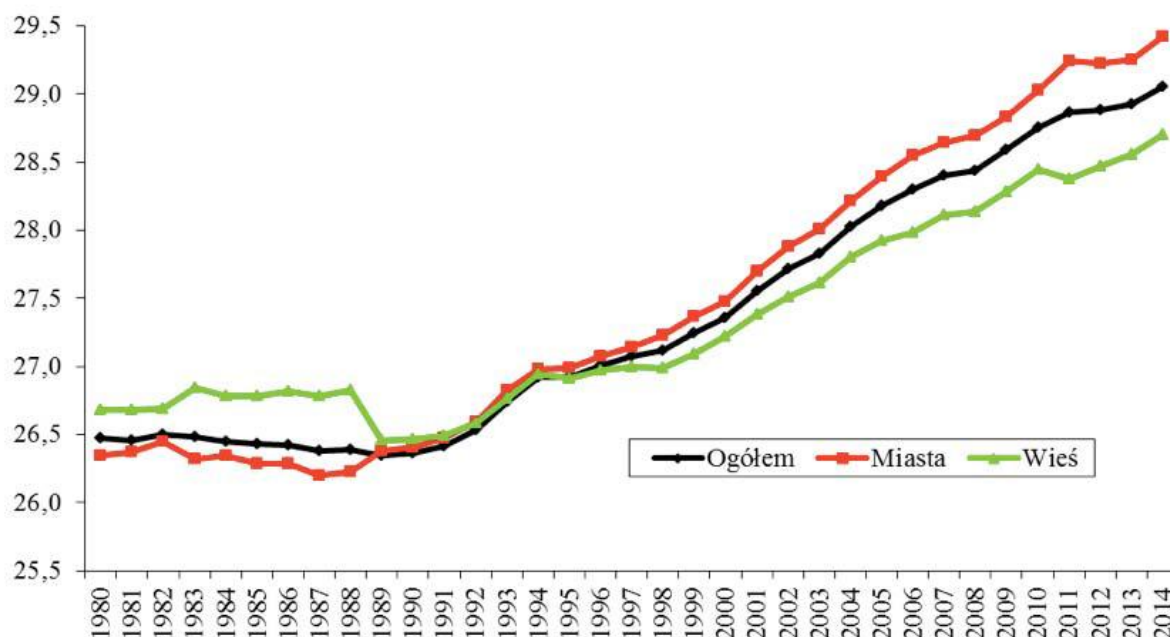
2015 r. wzrósł 10-krotnie do poziomu minus 13 tys. osób). Przyrost naturalny w miastach w latach 2011 i 2012 był prawie zerowy, niemal cały przyrost zapewniała ludność wsi; w 2014 r. wyniósł 0,7‰, w miastach ubytek naturalny wyniósł –0,5‰.

3. Skala przyrostu/ubytku naturalnego jest zróżnicowana terytorialnie; najpełniej różnice te ukazuje ujęcie na poziomie powiatów; przedział zmian kształtował się średnio w latach 2002–2014: od minus 3,99‰ w woj. świętokrzyskim do plus 3,32‰ w woj. mazowieckim (zróżnicowania względne ustabilizowane w porównaniu z danymi z poprzednich lat). **Największy ubytek naturalny ludności występuje w większości powiatów województw: podlaskiego, lubelskiego, łódzkiego, świętokrzyskiego, opolskiego, śląskiego i dolnośląskiego oraz w powiatach grodzkich.** Zróżnicowanie przestrzenne ubytku naturalnego utrwała się w czasie i występuje na tych samych obszarach. Stabilizuje się też zróżnicowanie terytorialne przyrostu naturalnego ludności w powiatach województw: pomorskiego, wielkopolskiego, kujawsko--pomorskiego, przeważającej części warmińsko-mazurskiego i małopolskiego oraz we fragmentach lubuskiego, dolnośląskiego, mazowieckiego i podkarpackiego.

4. Od ponad 20 lat utrzymuje się w Polsce **depresja urodzeniowa** – niska liczba urodzeń nie gwarantuje prostej zastępowalności pokoleń (deficyt w zastępowalności pokoleń wynosił w ponad 1/3 urodzeń: w 2012 r. dla Polski 375 dziewczynek na 1000 kobiet – w miastach 416 i na wsi 314). W 2014 r. współczynnik dzietności ogólnej wyniósł 1,29, co oznacza, że na 100 kobiet w wieku rozrodczym (15–49 lat) przypadało 129 urodzonych dzieci

(w miastach – 122, na wsi – 139). Niekorzystny trend spadku liczby urodzeń żywych wiąże się z niekorzystnymi zmianami we wzorcu płodności oraz w strukturze wieku kobiet w okresie prokreacyjnym. Zmniejsza się liczba urodzeń wszystkich kolejności; obniżająca się płodność rozszerza się na coraz starsze grupy wieku. **Decyzje o urodzeniu dziecka odrażliwane są na późniejszy wiek** (średni wiek w momencie urodzenia pierwszego dziecka wzrósł do **27,4 lat w 2014 r.**, tj. o 3,7 roku w porównaniu z 2000 r.).

Rysunek 2. Średni wiek matek w chwili rodzenia dzieci w latach 1980–2014



Źródło: *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2014–2015*, RRL, Warszawa 2016.

Od 2009 r. najczęściej dzieci urodziły kobiety z wykształceniem wyższym (ok. 50% w 2014 r.) i średnim (31% w 2014 r.), z zasadniczym zawodowym i podstawowym (19%). Utrzymuje się wzrost udziału urodzeń pozamałżeńskich; w 2014 r. udział ten stanowił ponad 24,2% dzieci: w miastach ponad 26%, na wsi 21% (od 2000 r. wzrost prawie dwukrotny). **W 2014 r. urodziło się 376 tys. dzieci, co oznacza wzrost w porównaniu z poprzednim rokiem o ok. 6 tys.** – po czterech latach spadku (liczba urodzeń żywych zmniejszyła się z 417,6 tys. w 2009 r. do 369,6 tys. w 2013 r.). **Najwyższy** poziom urodzeń żywych (10,0–10,7‰) występuje na obszarach rozwijających się aglomeracji miejskich: Mazowieckie, Pomorskie, Wielkopolskie, Małopolskie, **najniższy** w powiatach wschodnich woj. podlaskiego, w części zachodniopomorskiego, na południu dolnośląskiego, opolskiego, na północy śląskiego, w świętokrzyskim i sąsiadujących z nim powiatach woj. podkarpackiego i lubelskiego oraz w większości powiatów grodzkich.

5. Liczba **zgonów** wahała się od 370 do 390 tys. z niewielką tendencją wzrostową od 2011 roku. Zbliżony poziom umieralności jest obserwowany w miastach i na terenach wiejskich (w miastach wyniósł **9,9‰**, na wsi 9,7‰). Według szacunków GUS w połowie 2015 r. zmarło 193 tys. osób, tj. o 4,7 tys. więcej niż w analogicznym okresie roku ubiegłego.

Poziom umieralności ogólnej w Polsce wykazuje znaczne zróżnicowania regionalne. Międzywojewódzki zakres zróżnicowań standaryzowanego współczynnika umieralności (w celu wyeliminowania wpływu różnic w strukturze wieku ludności) kształtował się w roku 2011 od 893,6 w woj. podkarpackim do 1094,9 na 100 tys. ludności w woj. łódzkim. **Wysoka umieralność ludności występuje – poza łódzkim – w województwach: śląskim, lubuskim, lubelskim, warmińsko-mazurskim, zachodniopomorskim i kujawsko-pomorskim.**

Na ogólny poziom umieralności pozytywnie wpływa obniżanie się **umieralności niemowląt** (dzieci do 1. roku). **Rok 2014 był kolejnym rokiem jej spadku: współczynnik umieralności niemowląt wyniósł 4,6 na 1000 urodzeń żywych**, obserwowany jest pozytywny trend obniżania się umieralności niemowląt – zmarło 1,6 tys. dzieci w wieku poniżej 1. roku życia. Współczynnik wyrażający liczbę zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych kształtował się na poziomie 4,2‰ (był o 0,4 pkt. niższy niż w analogicznym okresie ub. roku (wobec 4,6‰ w 2013 r., 8,1‰ w 2000 r. i 19,3‰ – w 1990 r.). W połowie 2015 r. wartość współczynnika obniżyła się do wartości 3,9‰. **Dalsze obniżanie poziomu umieralności niemowląt w Polsce będzie coraz trudniejsze;** w systemie ochrony zdrowia muszą zostać podjęte radykalne programy w zakresie opieki nad matką i dzieckiem, aby uzyskać poziom krajów notujących największe osiągnięcia. Ochrona zdrowia w Polsce może traktować znaczący spadek umieralności niemowląt jako duże osiągnięcie, wartość współczynnika przewyższa jednak 2–3-krotnie wartości notowane w krajach europejskich przodujących pod względem opieki medycznej nad matką i dzieckiem (gdzie osiąga się współczynniki 2–3‰).

Umieralność niemowląt jest zróżnicowana przestrzennie. W 2014 r. współczynnik umieralności niemowląt kształtował się od 3,07‰ w woj. świętokrzyskim (sytuacja najkorzystniejsza) do 5,34‰ w zachodniopomorskim. Średni współczynnik umieralności z lat 2002–2013 kształtuje się od 4,94‰ w woj. opolskim (sytuacja najkorzystniejsza) do 6,75‰ w dolnośląskim (sytuacja najgorsza). Średnioroczny poziom zgonów niemowląt w ujęciu powiatowym w latach 2002–2014 kształtuje się od 3‰ do 10‰ (rozpiętość jest bardzo duża). Niepokojąco wysoki poziom zgonów niemowląt trwale występuje w niektórych powiatach na obszarach tzw. ściany zachodniej oraz wschodniej. **Natężenie zgonów w całej populacji, także niemowląt, jest wyższe w porównaniu z krajami wysoko rozwiniętymi.**

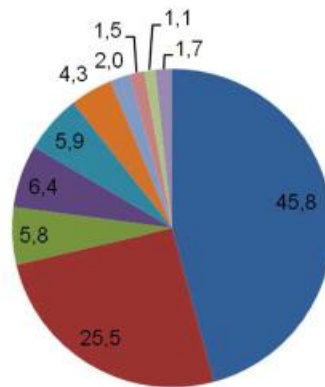
Pozytywne zmiany w zakresie umieralności pozostają w ścisłym związku z ograniczaniem od wielu lat zgonów z powodu najważniejszej ich przyczyny – chorób układu krążenia; na początku lat 90. XX w. były one przyczyną ponad 52% zgonów, zaś w 2014 r. – 46%. Mimo pozytywnej zmiany **nadumieralność Polaków spowodowana chorobami układu krążenia jest dwukrotnie wyższa w porównaniu z wieloma krajami Europy Zachodniej.** Mniejsza poprawa dotyczy umieralności spowodowanej przyczynami zewnętrznymi. **Niekorzystnym zjawiskiem jest wzrost liczby zgonów z powodu chorób nowotworowych** (w 1990 r. stanowiły 20% zgonów, a w 2014 r. prawie 25%). **Wzrasta umieralność z powodu chorób układu trawiennego,** nie zmniejsza się umieralność wywołana chorobami układu oddechowego.

Rysunek3. Struktura zgonów według głównych grup przyczyn w 2013 r.

Choroby układu krążenia

Nowotwory

Zewnętrzne przyczyny

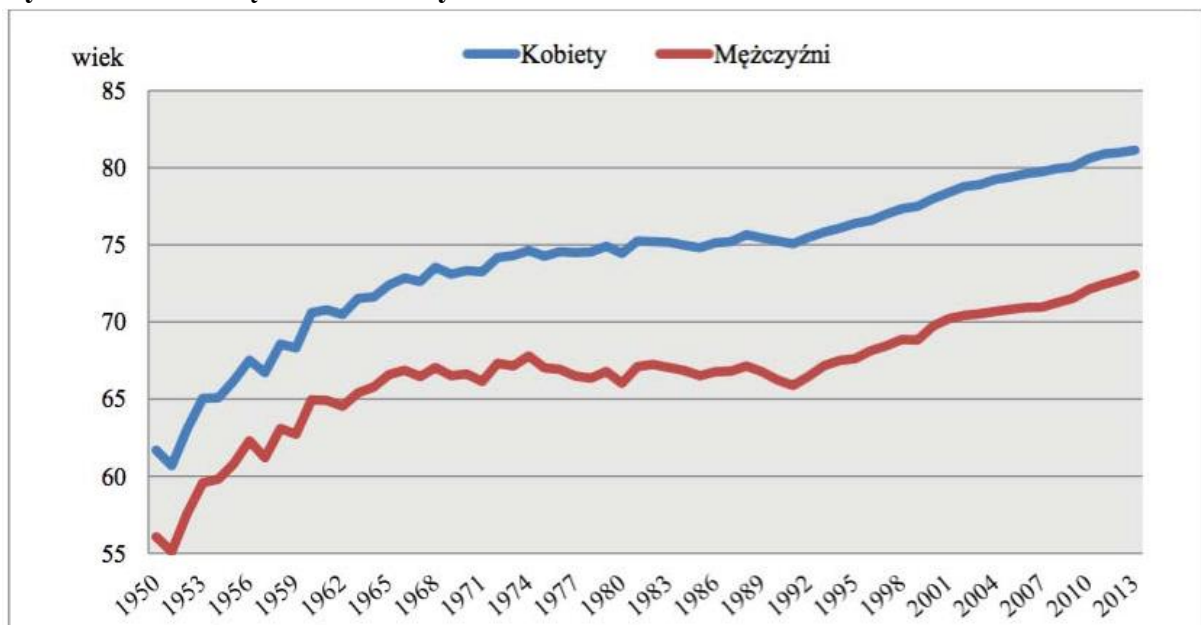


Przyczyny niedokładnie określone
Choroby układu oddechowego
Choroby układu trawiennego
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego
Choroby układu nerwowego
Choroby układu moczowo-płciowego

Źródło: *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2014–2015*, RRL, Warszawa 2016.

6. W roku **2014 nastąpił wzrost długości trwania życia Polaków**; noworodek chłopiec w 2014 r. miał przed sobą 73,75 lat przeciętnego dalszego trwania życia, a dziewczynka – 81,61. Od 1992 r. przeciętne trwanie życia chłopca wydłużyło się prawie o 7 lat, a dziewczynki niemal o 6 lat. Wydłużanie dalszego trwania życia Polaków przez wiele lat wynikało głównie ze spadku umieralności niemowląt; obecnie coraz większego znaczenia nabiera spadek natężenia zgonów wśród osób starszych.

Rysunek 4. Przeciętne trwanie życia w latach 1950–2013



Źródło: GUS.

7. W procesach **tworzenia rodzin** przez minione cztery lata był obserwowany spadek liczby nowo zawartych małżeństw. W 2014 r. zawarto **188,5 tys. małżeństw** (o 8,1 tys. więcej niż w 2013 r.). Liczba zawieranych małżeństw ma w perspektywie 2–3 lat wpływ na liczbę urodzeń. W 2014 r. ok. 63% spośród nowo zawartych małżeństw stanowiły małżeństwa wyznaniowe, tj. zawarte w kościele (związku wyznaniowym), a następnie zarejestrowane w urzędzie stanu cywilnego (**na wsi – blisko 70% wszystkich związków**). **Maleje natężenie zawierania małżeństw w młodszych grupach wieku**, co należy wiązać z opóźnieniem decyzji o zawarciu małżeństwa, pozostawaniem w związkach nieformalnych lub rezygnacją z życia w związku małżeńskim. Od wielu lat udział pierwszych związków małżeńskich wśród ogółu zawieranych małżeństw wynosi ok. 82% w 2014 r. (na wsi ok. 87%). W warunkach swobody przemieszczania się ludności **małżeństwa Polaków z cudzoziemcami** nie są zjawiskiem znaczącym (w 2014 r. 3,4 tys. małżeństw, a w okresie 2001–2014 – 65,3 tys., z czego zdecydowaną większość stanowią związki Polek z cudzoziemcami z Europy Zachodniej).

Rysunek 5. Bilans małżeństw w latach 1990–2014

–50 000
0
50 000
100 000
150 000
200 000
250 000
300 000
1990 2000 2010 2014
Małżeństwa
zawarte
Małżeństwa
rozwiązane
Różnica między
małżeństwami
zawartymi i
rozwiązanymi

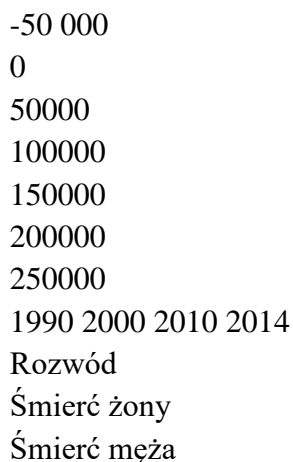
Źródło: GUS.

8. Rok 2014 to ósmy już z kolei rok, kiedy liczba **małżeństw zakończonych rozwodem** kształtuje się w granicach **65–66 tys.** (najwyższa liczba rozwodów to 71,9 tys. w 2006 r.). W 2013 r. orzeczono 66,1 tys. rozwodów, podobnie w 2014 r. (ok. 66 tys.). **Separację** zastosowano w stosunku do ok. **2 tys.** małżeństw. Liczba rozwodów w miastach była prawie 3-krotnie wyższa niż na wsi. Konsekwencją rozwodów jest wychowywanie

małoletnich dzieci w niepełnych rodzinach z powodu rozwodu rodziców; w 2014 r. było ich 55,2 tys. (o ok. 1,2 tys. więcej niż rok wcześniej).

Rysunek 6. Małżeństwa rozwiązane według przyczyn w latach 1990–2014

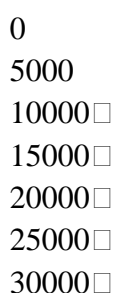
Źródło: GUS.



9. **Polska od wielu lat jest krajem emigracyjnym.** Główną przyczyną emigracji jest różnica poziomu ekonomicznego Polski i krajów zachodnich. Skali emigracji nie określa statystyka wymeldowań i zameldowań wyjazdu za granicę, gdyż obejmuje ona niewielką ich część. Skalę emigracji Polaków można oceniać (oszacować) na podstawie danych spisów powszechnych ludności. Na tej podstawie stwierdza się, że **skala emigracji Polaków jest znacząca; w ostatnich latach istotnie wzrosła** (szczególnie po wstąpieniu Polski do UE i otwieraniu unijnych rynków pracy). W 2002 r. poza granicami Polski przebywało 786,1 tys. osób, w 2014 r. poza miejscem zamieszkania ponad 3 miesiące było 2,1 mln, a pozostających poza krajem przez co najmniej rok – ok. 1,5 mln osób. W 2014 r. liczba Polaków mieszkających w innych krajach członkowskich Unii Europejskiej przekroczyła 1,9 mln (najwięcej było w Wielkiej Brytanii, Niemczech i Irlandii); była to liczba najwyższa po akcesji Polski do UE. Emigracja zmniejsza znacznie potencjał demograficzny Polski, a jednocześnie zmniejsza skalę bezrobocia, ale tworzy też nowe problemy na rynku pracy; emigrują młodzi, dobrze wykształceni, o wysokich kwalifikacjach zawodowych (wielu podejmuje pracę poniżej kwalifikacji, które często traci bezpowrotnie). Innym, niedostatecznie poznanym i zbadanym problemem jest imigracja zarobkowa w Polsce.

Rysunek 7. Emigracja i imigracja na pobyt stały w latach 2010–2014

Źródło: *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2014–2015*, RRL, Warszawa 2016.



35000□

2010 2011 2012 2013 2014

Emigracja Imigracja

10. W wyniku procesów ruchu naturalnego (urodzeń i zgonów), wydłużania się trwania życia oraz migracji następują zmiany w **strukturze wieku**. Od 2010 r. **zmniejsza się liczba osób w wieku produkcyjnym** (18–59 lat kobiety i 18–64 mężczyźni). W 2014 r. osób w wieku produkcyjnym było 24 230,2 tys., tj. o blisko 192 tys. mniej niż przed rokiem. Najwyższy udział ludności w wieku produkcyjnym mieszka w zachodniej części Polski, w dużych miastach i aglomeracjach miejskich (średni udział dla Polski w 2013 r. – 64%, w 2014 r. – 62,9%). Od początku XXI w. **zmniejsza się liczba dzieci i młodzieży (0–17 lat)**; w roku 2014 ich udział w ogólnej liczbie ludności wyniósł **18,1%**, podczas gdy w 2013 r. – 18,2%, zaś w 2000 r. – 24,4% (wynik spadku urodzeń). Następuje przyspieszone **starzenie się ludności Polski**. Rośnie udział ludności w wieku poprodukcyjnym (60+ kobiety, 65+ mężczyźni); od 2000 r. udział ten wzrósł z 14,8% do 18,4% w 2013 r. i 19,0% w 2014 roku. Nastąpił wzrost liczby osób w wieku sędziwym (80 i więcej lat) z prawie 860 tys. w 2002 r. do blisko 1,5 mln w 2014 r., tj. o 70%.

Od kilku lat **zmniejsza się liczba mieszkańców miast** w wyniku pogłębiającego się procesu dezurbanizacji (tzw. rozlewanie się miast i suburbanizacja). W związku z tym narastają problemy społeczne i gospodarcze (infrastrukturalne) w otoczeniu miast.

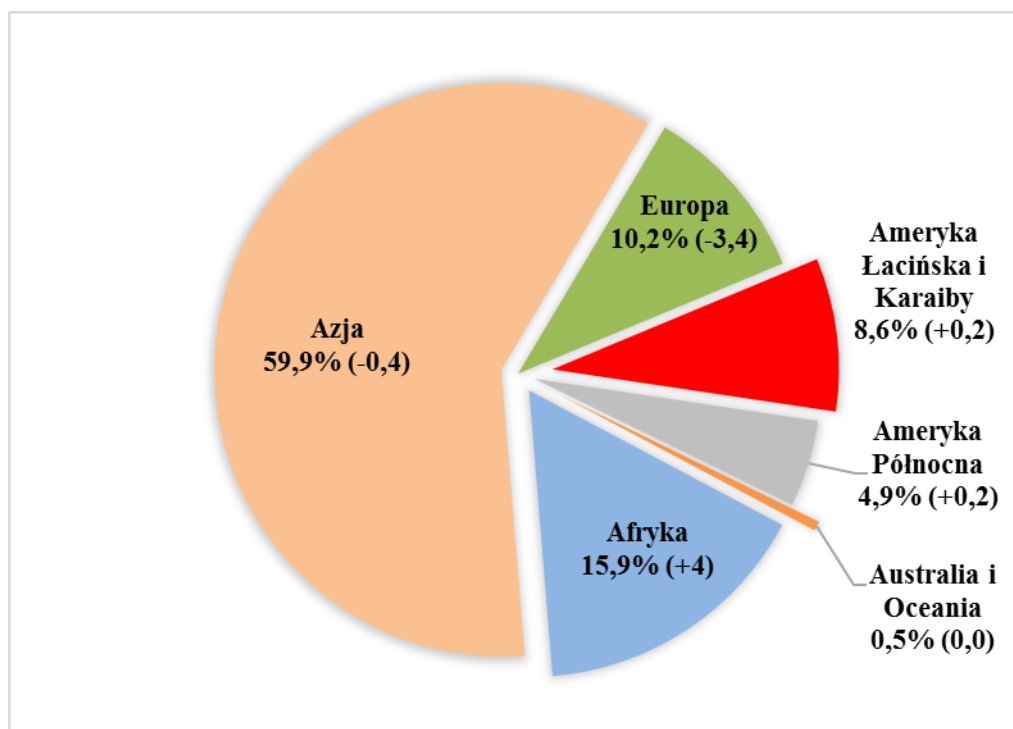
11. Bilans ludności Polski ukazuje wyniki dwóch ściśle ze sobą powiązanych procesów demograficznych: ruchu naturalnego i wędrownego, zaistniałych w Polsce w okresie 31 XII 2002 r. 31 XII 2014 roku. Przedstawia rozwój liczebny ludności i jego składniki oraz zmiany w strukturze populacji według płci i wieku. Dane dotyczące dynamiki liczby ludności prezentowane są w dwóch pięcioleciach: 2003–2007 i 2008–2012; liczby z lat 2013 i 2014 informują o obecnym stanie ludności. W pięcioleciu 2003–2007 liczba ludności w Polsce w niewielkim stopniu, bo o 102,9 tys. osób, się zmniejszyła. Był to rezultat ujemnego salda migracji zagranicznych, a także – w latach 2002–2005 – przewagi liczby zgonów nad liczbą urodzeń. W następnym pięcioleciu 2008–2012 wystąpiła odmiana tendencji – wzrost liczby ludności o 417,7 tys. osób. Do wzrostu przyczyniły się: zwiększony przyrost naturalny ludności (nadwyżka liczby urodzeń nad liczbą zgonów), a także znaczący w tych latach spadek ujemnego salda migracji zagranicznych. Dodatkowo ogólna populacja w tym okresie została powiększona o korektę stanu ludności (+329,9 tys. osób), opartą na wynikach spisu ludności z 2011 roku.

Sytuacja demograficzna Polski na tle Europy

Mieszkańców naszego globu nie przestaje przybywać. W ciągu ostatniego ćwierćwiecza liczba ludności wzrosła z 5,3 mld w 1990 r. do 7,3 mld w 2014 r., tj. o 37%. Jednakże tempo rozwoju demograficznego świata wyraźnie się zmniejszyło. Jeszcze na początku lat 90. ub. wieku średnioroczne **tempo przyrostu ludności** kształtowało się na poziomie ok. 1,6% (co oznacza, że średnio na każde 1000 ludności przybyło 16 osób), by w ostatnich pięciu latach osiągnąć poziom ok. 1,2%.

Tempo zaludniania świata jest oczywiście różne na poszczególnych kontynentach – najwyższe charakteryzuje Afrykę, gdzie - w latach 1990–2014 liczba ludności wzrosła aż o 83%, w Australii o 44%, a w Ameryce Łacińskiej o 41%. Z kolei przyrost liczby ludności w Azji (36%), której mieszkańcy stanowią 60% ludności naszego globu, w sposób szczególnie oddziałuje na rozwój światowej populacji.

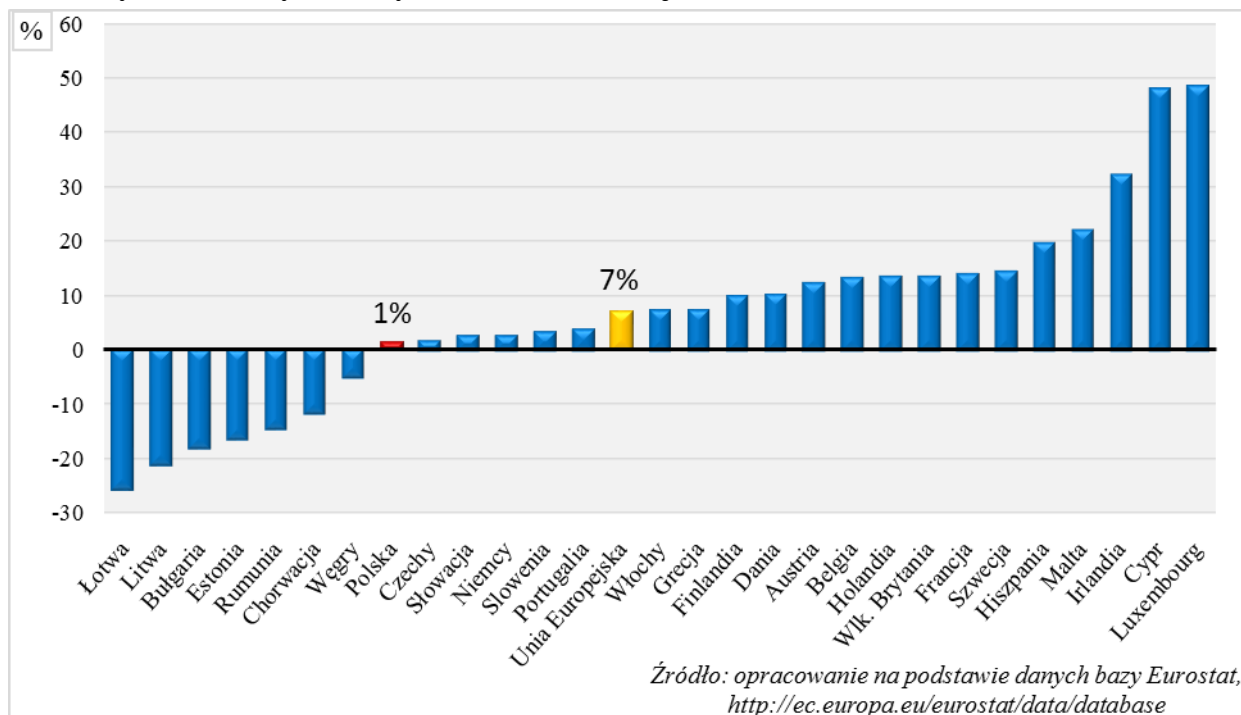
Wykres 1. Udział (w %) ludności poszczególnych kontynentów w 2014 r.
(w nawiasach zmiana udziału w stosunku do 1990 r.)



Źródło: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015).
World Population Prospects: The 2015 Revision, DVD Edition.

Na tym tle Europa, z wyraźnie spadającą dynamiką przyrostu ludności, w skali globalnej zaczyna tracić na znaczeniu. Liczba ludności Europy wzrosła w ciągu 25 lat o niecałe 17 mln (2,4%) i w 2014 r. wynosiła 738 mln osób. W tym czasie liczba ludności krajów Unii Europejskiej wzrosła o 7% (do 508,5 mln), przy czym niewielkie populacje Luksemburga i Cypru prawie się podwoiły; o 1/3 wzrosła liczba ludności Irlandii, natomiast na Łotwie i Litwie zmniejszyła się o ponad 20% (wykres 2).

Wykres 2. Przyrost/ubytok ludności w krajach UE w latach 1990–2014 (w %)



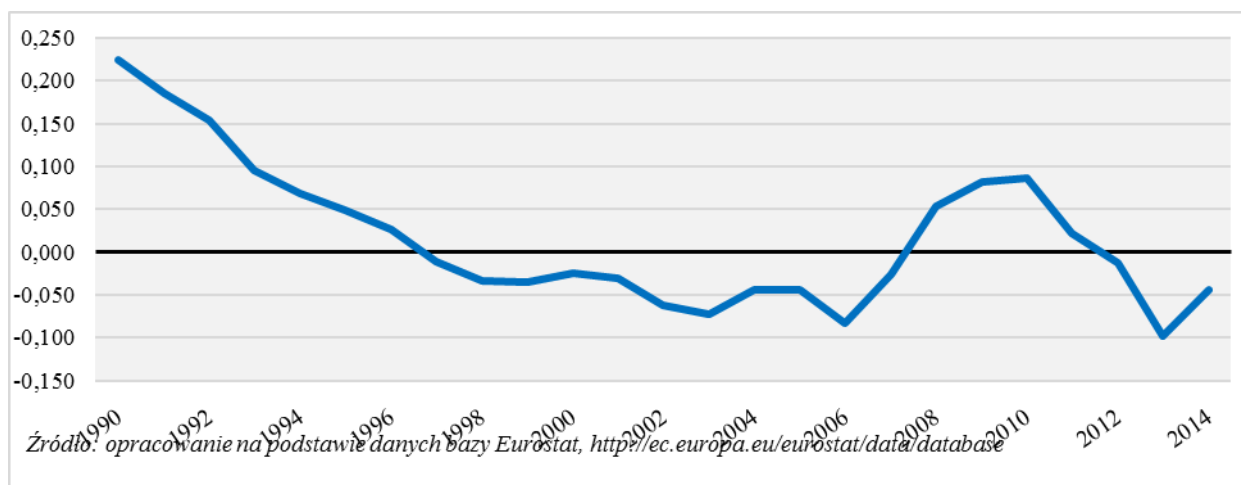
W latach 90. średnioroczne tempo przyrostu liczby mieszkańców Europy wynosiło ok. 0,77%, a obecnie kształtuje się na poziomie ok. 0,5%. Perspektywy dalszego rozwoju ludności Europy również nie są optymistyczne. Według prognozy demograficznej ONZ z 2010 r. liczba ludności Europy zacznie systematycznie spadać, by w 2050 r. zmniejszyć się o ok. 4% i osiągnąć 707 mln osób. Zmiany w tempie rozwoju ludności widoczne są także w krajach Unii Europejskiej i EFTA¹, aczkolwiek dynamika ich zaludnienia ma różne nasilenie. Najwyższe tempo przyrostu (ok. 1% rocznie) obserwuje się obecnie w Szwecji, Wielkiej Brytanii i Austrii, natomiast ubytek ludności – w krajach europejskich basenu Morza Śródziemnego (najszybszy w Grecji – ponad -1%), a także w krajach Europy Środkowo-Wschodniej (m.in. Łotwa, Litwa, Estonia, Bułgaria).

W ten kierunek zmian rozwoju demograficznego wyraźnie wpisuje się **Polska**. Jeszcze do połowy lat 80. ub. wieku nasz kraj należał do grupy krajów o wysokiej, sięgającej 0,9% rocznie **dynamice wzrostu liczby ludności**, a dla całej dekady lat 80. wyniosła ona ok. 0,66%. Tymczasem już od początku obecnego stulecia rozpoczął się wyraźny proces ubytku ludności (średnioroczne tempo ubytku w latach 2000–2014 wynosiło ok. -0,03%; wykres 3). Niemniej jednak Polska nadal jest krajem o dużym potencjale demograficznym; z liczbą rezydentów 38 005,6 tys.² znajdujemy się obecnie na szóstym miejscu wśród krajów Unii Europejskiej. W końcu 2014 r. Unię zamieszkiwało 508 451 tys. rezydentów. Mieszkańcy Polski stanowili zatem 7,5% całej populacji Unii.

¹ EFTA – Europejskie Stowarzyszenie Wolnego Handlu ustanowione w 1960 r. w celu promowania wolnego handlu i integracji gospodarczej z korzyścią dla krajów należących do stowarzyszenia. Obecnie członkami EFTA są Islandia, Liechtenstein, Norwegia i Szwajcaria.

² Przy wyodrębnianiu kategorii ludności rezydującej stosuje się kryterium przebywania/nieobecności w miejscu zamieszkania przez co najmniej 12 miesięcy.

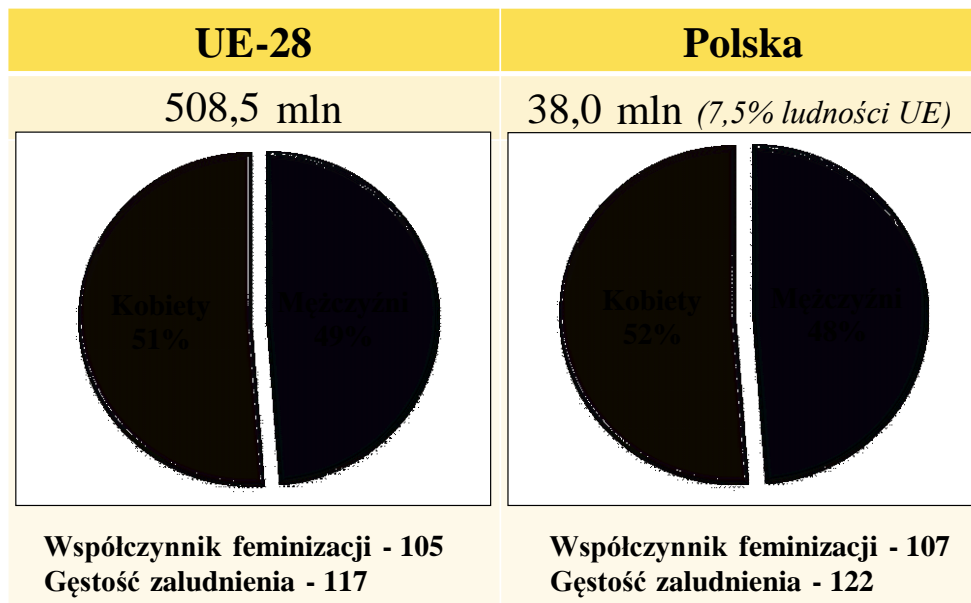
Wykres 3. Tempo (stopa) przyrostu/ubytku ludności Polski w latach 1990–2014 (w %)



Według **gęstości zaludnienia** plasujemy się w grupie średnio zaludnionych państw europejskich. Na 1 km² powierzchni Polski mieszkają 122 osoby, podczas gdy w UE – 117 osób (wykres 4). Do najbardziej zaludnionych krajów należą Malta (1340 osób na 1 km²), Holandia (498), Belgia (369) i Wielka Brytania (264). Z kolei najsłabiej zaludnionymi państwami są Islandia (3 osoby na 1 km²), Norwegia (17), Finlandia (18) oraz kraje nadbałtyckie: Litwa, Łotwa i Estonia (ok. 30 osób).

W całej Unii Europejskiej kobiety stanowią 51% populacji, a **współczynnik feminizacji** wynosi 105. Natomiast w Polsce – w ogólnej liczbie rezydentów kraju kobiety stanowią 52% i na 100 mężczyzn przypada ich 107. Spośród krajów Unii jedynie w Luksemburgu zamieszkuje więcej mężczyzn niż kobiet (współczynnik feminizacji wynosi 99,8). Inne kraje, w których ten współczynnik osiąga najniższe wartości, to Malta i Szwecja (100,3). Zaś do krajów o najwyższej przewadze liczby kobiet nad liczbą mężczyzn należy zaliczyć Łotwę (118), Litwę (117), Estonię (114) i Portugalię (110).

Wykres 4. Ludność UE i Polski według płci w 2014 r.
(współczynnik feminizacji, gęstość zaludnienia)



Źródło: opracowanie na podstawie danych bazy Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

Przemiany ludnościowe, a głównie ich dynamika, zależą od przebiegu podstawowych procesów demograficznych, tj. rozrodczości, umieralności oraz migracji zagranicznych. We wszystkich tych procesach zmiany obserwowane na świecie na przestrzeni ostatnich 25–30 lat były intensywne, wielokierunkowe, odznaczające się niejednorodnością. Szczególny wymiar zmiany te przyjmują w Europie. Obecnie w cywilizacji naszego kontynentu występują dwa typy zaludnienia: pierwszy – charakteryzujący społeczeństwa Europy Zachodniej (ze stałym przyrostem liczby mieszkańców) i drugi – cechujący kraje Europy Środkowej i Wschodniej (ze spadkiem liczby ludności). Źródła tych dysproporcji należy upatrywać w latach 90. XX w., tj. okresie głębokich przemian społeczno-ekonomicznych w krajach byłego bloku socjalistycznego. Przemiany te bez wątpienia spowodowały gwałtowne załamanie wszystkich obserwowanych wcześniej trendów demograficznych.

O rozwoju biologicznym populacji, a w konsekwencji o przyroście naturalnym, a przez to także o dynamice zaludnienia decydują przede wszystkim zmiany w modelu **tworzenia rodzin i ich rozpadu oraz w płodności**. W Europie, w tym i w Polsce, ten kierunek nie jest korzystny. W głównej mierze przejawia się on w malejącej liczbie zawieranych małżeństw, zakładaniu rodziny w coraz późniejszym wieku, a także – co najistotniejsze – w odkładaniu decyzji o posiadaniu pierwszego dziecka na późniejszy czas. W konsekwencji Europa na tle pozostałych regionów świata charakteryzuje się coraz niższą dzietnością.

Na przełomie lat 80. i 90. ub. wieku w Polsce powstawało rocznie ok. 250 tys. nowych **związków małżeńskich**; obecnie rejestrowanych jest ich niespełna 190 tysięcy. Współczynnik małżeństw kształtuje się poniżej 5‰, podczas gdy jeszcze 25 lat temu wynosił ponad 6‰. W okresie transformacji w Polsce zdecydowanie wzrósł wiek nowożeńców. Obecnie mężczyźni najczęściej żenią się „przed trzydziestką” (w wieku – średnio – 29 lat), a mediana wieku dla kobiet wychodzących za mąż wynosi ok. 27 lat. Na początku lat 90. ub. wieku prawie połowa mężczyzn zawierających małżeństwo nie przekraczała 25 lat, a obecnie

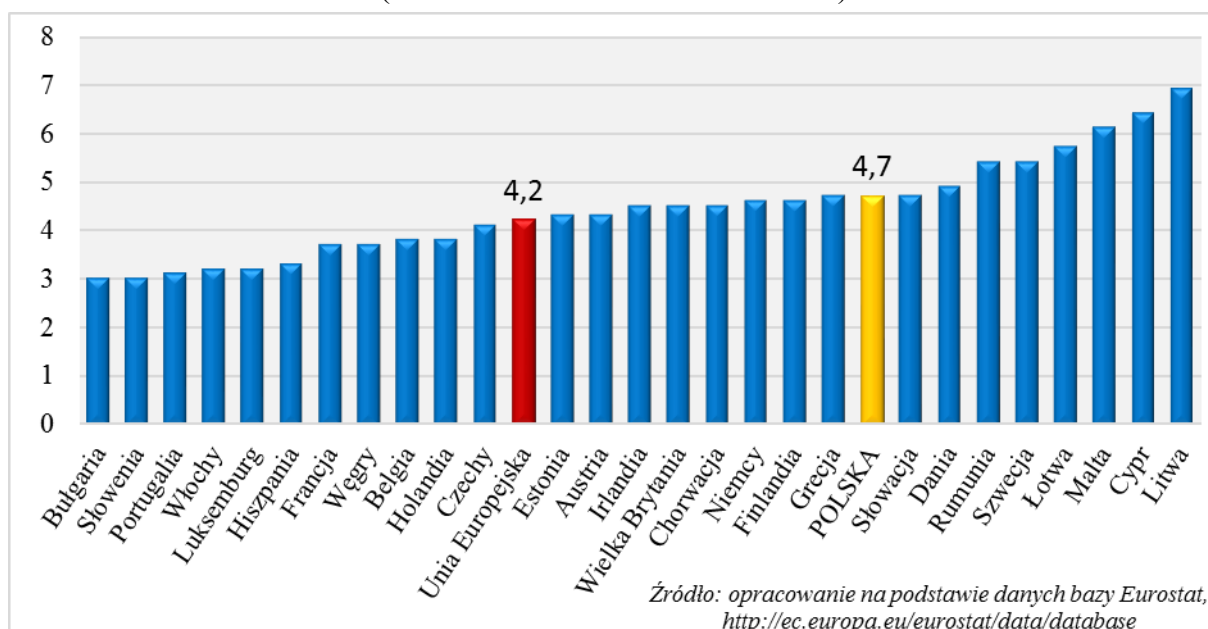
– już tylko niespełna 17%. Wśród kobiet udział ten zmniejszył się z 73% do 34%. W konsekwencji nastąpiło przesunięcie grupy wieku najczęstszego zawierania małżeństwa z 20–24 do 25–29 lat – przy czym proces przesuwania się wieku zawierania małżeństw przyspieszył po 2000 roku.

Wraz ze wzrostem wieku zawierania małżeństw zmianie uległa także struktura poziomu wykształcenia nowożeńców. Obecnie prawie połowa panien młodych legitymuje się wykształceniem wyższym (w 1990 r. udział ten wynosił tylko 4%, natomiast w 2000 r. – już 15%). Wśród mężczyzn dominuje wykształcenie średnie (40%), a studia wyższe ukończyło ponad 33% nowożeńców (wobec 5% na początku lat 90. oraz 13% w 2000 r.).

Przedstawione zmiany przekładają się także na wiek i strukturę wykształcenia matek rodzących swe pierwsze i kolejne dziecko, stanowiąc jednocześnie przykład przeobrażeń zachodzących w zachowaniach ludzi młodych, którzy planując przyszłość, najpierw inwestują w siebie – w edukację, pracę – a dopiero potem w rodzinę.

Liczba małżeństw zmniejsza się także w innych krajach europejskich (wykres 5). W 2013 r. w UE ponad 2,1 mln par zawarło związek małżeński, tj. o prawie 0,4 mln mniej niż w 2000 roku. Współczynnik małżeństw wyniósł 4,2‰ – w porównaniu z 5,2‰ w 2000 roku. Najwyższe współczynniki małżeństw wśród państw członkowskich UE odnotowuje Litwa (6,9‰ w 2013 r.), Cypr (6,4‰) i Malta (6,1‰), a najniższe są w Bułgarii i Słowenii (3,0‰), Portugalii (3,1) oraz we Włoszech i Luksemburgu (3,2‰). Zatem Polska, ze współczynnikiem 4,7‰, mieści się w pierwszej dziesiątce krajów o najwyższym współczynniku małżeństw.

Wykres 5. Współczynniki małżeństw w krajach UE w 2013 r.
(liczba małżeństw na 1000 ludności)



Podobnie jak w Polsce, także w innych krajach UE wzrasta wiek zawierania małżeństw (o 1–4 lata w stosunku do obserwowanego w różnych krajach w 2000 r.). Średni wiek zawarcia pierwszego małżeństwa (średnia arytmetyczna) dla mężczyzn wyniósł co najmniej 30 lat we wszystkich państwach członkowskich UE, z wyjątkiem Polski (29 lat),

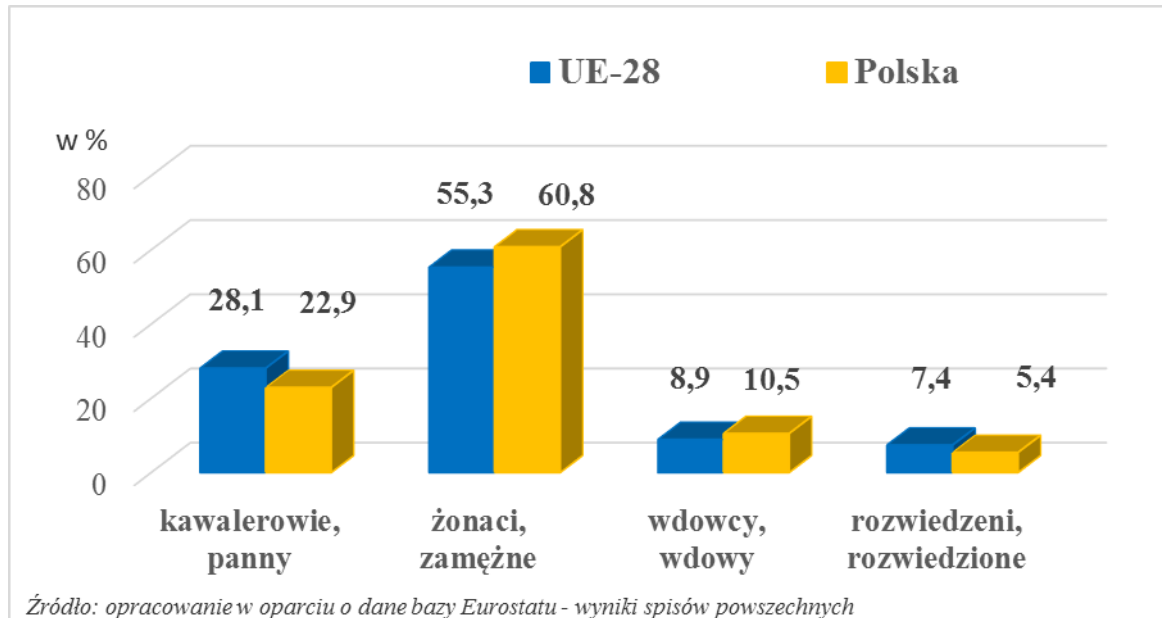
Litwy i Rumunii (prawie 30 lat). Najwyższa średnia wieku dla mężczyzn została odnotowana w Szwecji (prawie 36 lat), a także w Danii, Hiszpanii i we Włoszech (ok. 34 lata). Dla kobiet – najniższy wiek zawarcia pierwszego małżeństwa odnotowano w Rumunii (26 lat), Polsce i Bułgarii (ok. 27 lat), natomiast najwyższy – w Irlandii (ponad 34 lata) oraz w Szwecji (33 lata) i Hiszpanii (32 lata). Jak wynika z przytoczonych danych, mężczyźni zawierający małżeństwo są na ogół starsi od kobiet o ok. 2–3 lata – wyjątkiem jest Irlandia, gdzie – statystycznie – pan młody był młodszy od swej wybranki o prawie rok.

Równie niekorzystne tendencje obserwuje się w liczbie rozpadających się związków małżeńskich. W 2011 r. w krajach Unii Europejskiej odnotowano prawie 1 mln **rozwodów** (ponad 100 tys. więcej niż w 2000 r.), a współczynnik rozwodów wyniósł 2‰. W odniesieniu do liczby zawartych małżeństw oznacza to, że w 2000 r. na 1 rozwód przypadały prawie 3 nowe małżeństwa, a w 2011 r. już tylko 2.

W 2013 r. najwyższe współczynniki rozwodów odnotowano na Łotwie (3,5‰), w Danii i na Litwie (3,4‰) oraz w Szwecji (2,8‰), natomiast najniższe – w Irlandii (0,6‰ w 2012 r.), na Malcie (0,8‰) i we Włoszech (0,9‰ w 2012 r.). Polska ze współczynnikiem 1,7‰ mieści się wśród dziewięciu krajów o najniższym współczynniku – oprócz wymienionych wyżej należą do nich jeszcze Bułgaria, Rumunia, Grecja, Chorwacja i Słowenia.

Spadek liczby nowo zawieranych małżeństw, a także rosnąca liczba rozwodów przekładają się na **stan cywilny ludności** i jego strukturę (wykres 6).

Wykres 6. Ludność (w wieku 20 lat i więcej) według stanu cywilnego prawnego w 2011 r.



W krajach UE ponad połowa ludności (55,3%) w wieku 20 lat i więcej żyje w związkach małżeńskich. Kolejne grupy to: kawalerowie i panny – ponad 28%, osoby owdowiałe – prawie 9%, i rozwiedzione – ponad 7%.

Odsetek osób pozostających w małżeństwie jest zróżnicowany w poszczególnych państwach członkowskich. Najwyższy – ponad 60% – odnotowano na Cyprze i Malcie oraz w Grecji, Rumunii i Polsce. Kraje, w których mniej niż połowa ludności (w wieku

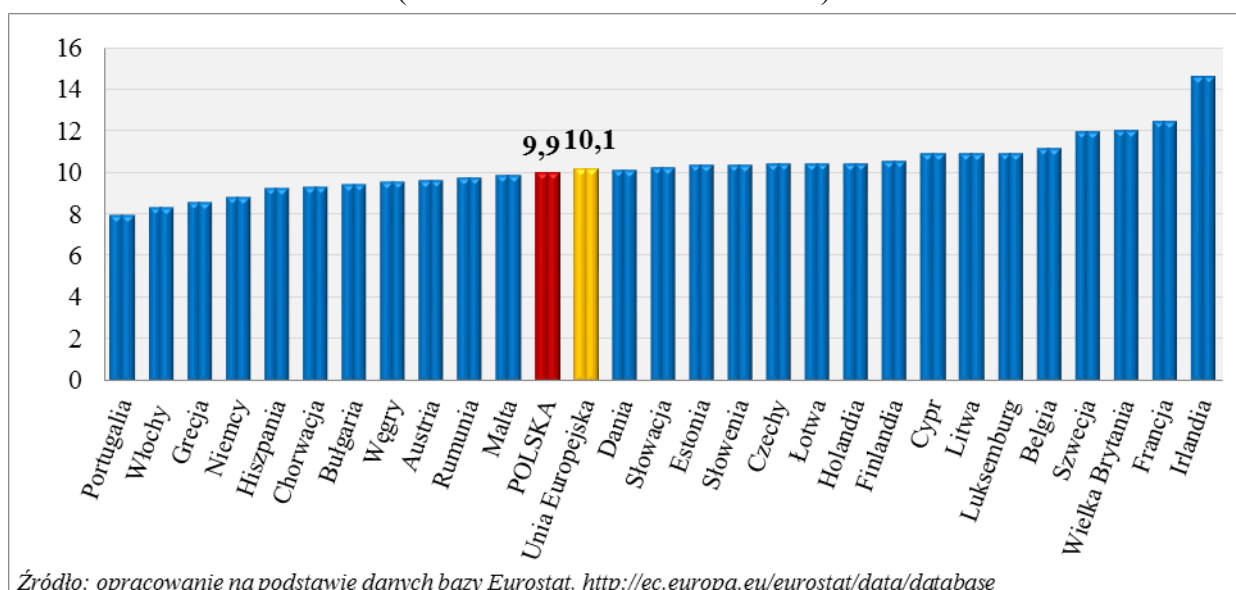
20 i więcej lat) pozostaje w prawnym związku małżeńskim, to Estonia, Szwecja, Łotwa, Węgry i Finlandia oraz Słowenia.

Najwięcej kawalerów i panien jest w Szwecji (37%), Słowenii, Finlandii, Estonii, a także w Irlandii i Francji. Najmniejszy odsetek (poniżej 25%) notują kraje: Litwa (21%), Rumunia, Chorwacja, Polska oraz Cypr i Grecja (24%). Porównując udział osób owdowiałych – najwięcej (co najmniej 12%) takich osób jest w Bułgarii, na Litwie, na Węgrzech oraz w Chorwacji i Rumunii, a najmniej – poniżej 6% – na Cyprze i w Irlandii. Z kolei biorąc pod uwagę udział osób rozwiedzionych w krajach UE – najwyższe odsetki (13–15%) miała Łotwa i Estonia oraz Czechy. Najniższy Malta – wyniósł niespełna 1%; niewielki odnotowano też w Irlandii i we Włoszech.

Polska jest krajem o silnej tradycji rodzinnej, co znajduje odzwierciedlenie w strukturze ludności według stanu cywilnego (wykres 6). W 2011 r. wśród ludności w wieku 20 i więcej lat (jest to populacja licząca prawie 30 mln osób) prawie 61% pozostawało w prawnie zawartych związkach małżeńskich; wśród mężczyzn odsetek ten wyniósł 63%, a wśród kobiet nieco mniej – ponad 57%. Dodatkowo, kolejne ponad 2% populacji w wieku 20 i więcej lat deklaroowało pozostawanie w związkach nieformalnych (kohabitacyjnych). Udział ten jest znikomy w porównaniu do średniej UE wynoszącej 9%. Najwyższe odsetki (co najmniej 14%) osób pozostających w związkach nieformalnych odnotowują takie kraje jak: Szwecja, Estonia, Francja oraz Dania i Finlandia. Najniższe zaś (poniżej 3%) występują w Grecji, na Malcie i w Chorwacji. Warto podkreślić, że związki partnerskie są bardziej powszechne wśród osób młodych. Wśród ludności w wieku 20–29 lat – zgodnie z wynikami ostatnich spisów ludności przeprowadzonych w krajach UE – 15% pozostawało w związkach partnerskich, wśród 30–40-latków – niespełna 13% i tylko 4% wśród osób w wieku co najmniej 50 lat.

Jak wspomniano wcześniej – Europa, szczególnie zaś kraje UE, wyróżnia się w skali globalnej najniższym poziomem **rozrodczości**. Sama jest jednak wewnętrznie zróżnicowana. W ostatnich 30 latach poziom rozrodczości na naszym kontynencie systematycznie malał, aczkolwiek skala spadku była różna w zależności od kraju. W krajach, w których odpowiednio wcześniej rozwinięto szeroką politykę prorodzinną, z wieloma instrumentami socjalnymi wspierającymi rodziny z dziećmi, niekorzystne tendencje dotyczące liczby urodzeń zostały zahamowane, w niektórych krajach wręcz odnotowano pewien wzrost urodzeń. W konsekwencji w Europie widać wyraźnie polaryzację zachowań pronatalistycznych: społeczeństwa o najwyższej rozrodczości w europejskiej części Zachodu to Irlandia (ponad 14 urodzeń na każdy 1000 ludności w 2014 r.) oraz Francja, Wielka Brytania i Szwecja (po ok. 12‰), z kolei Portugalia, Włochy i Grecja z ok. 8 urodzeniami na 1000 ludności zajmują ostatnie pozycje w rankingu krajów UE (wykres 7). Polska ze współczynnikiem urodzeń na poziomie 9,9‰ plasuje się prawie na poziomie średniej krajów Unii Europejskiej, wynoszącej w 2014 roku 10,1‰.

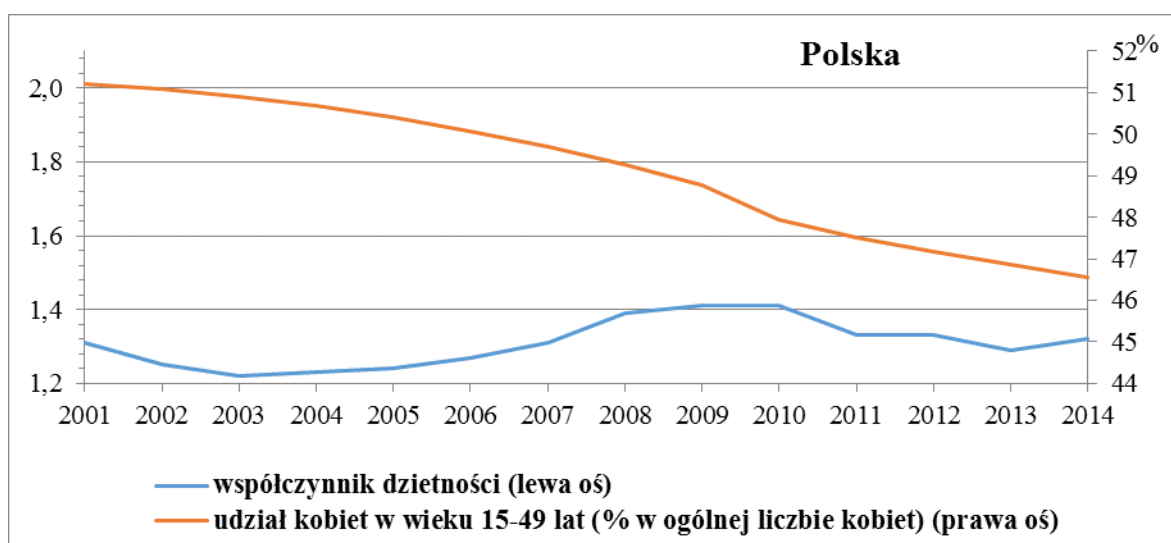
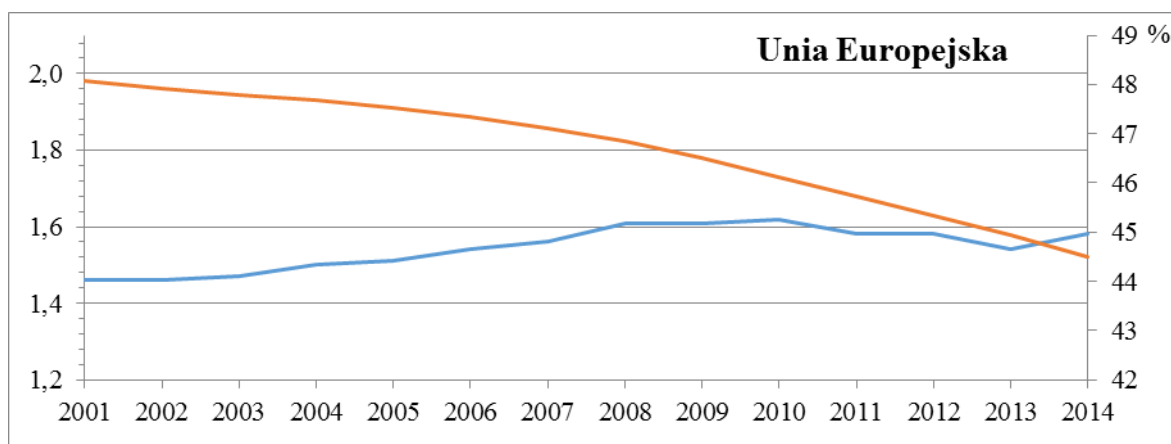
Wykres 7. Współczynnik urodzeń w krajach UE w 2014 r.
(liczba urodzeń na 1000 ludności)



W pierwszych latach transformacji w Polsce rodziło się około 550 tys. dzieci rocznie, a współczynnik urodzeń żywych (na 1000 ludności) wynosił 10,2–10,6‰. Od 1992 r. rozpoczął się spadek liczby urodzeń – w 2014 r. zarejestrowano ich niespełna 370 tysięcy. Obecnie liczba urodzeń w Polsce jest o połowę niższa w stosunku do wielkości rejestrowanych podczas ostatniego wyżu demograficznego, tj. w pierwszej połowie lat 80. XX wieku (współczynnik urodzeń kształtował się wówczas na poziomie ponad 19‰).

Biorąc pod uwagę wzrost liczby i udziału kobiet w wieku rozrodczym (wykres 8), liczba urodzeń w Polsce powinna zacząć rosnąć już w połowie lat 90. ubiegłego stulecia. Byłaby to naturalna konsekwencja wejścia wówczas w wiek najwyższej płodności licznych roczników kobiet urodzonych w latach 70., a następnie w pierwszej połowie lat 80. ubiegłego wieku. Tymczasem obserwowano głęboką **depresję urodzeniową**, która trwała aż do 2003 r., kiedy to **współczynnik dzietności** osiągnął najniższą jak dotąd wartość – 1,222. W latach 2004–2009 nastąpił wzrost liczby urodzeń (do 418 tys.) spowodowany przede wszystkim realizacją urodzeń „odłożonych” – odnotowano zwiększenie się liczby i odsetka urodzeń drugich i kolejnych – w efekcie znacząco wzrosła liczba matek w wieku 30–40 lat. Kolejne cztery lata ponownie przyniosły mniejszą liczbę urodzeń.

Wykres 8. Współczynniki dzietności kobiet i udział kobiet w wieku 15–49 lat w ogólnej liczbie kobiet w latach 2001–2014

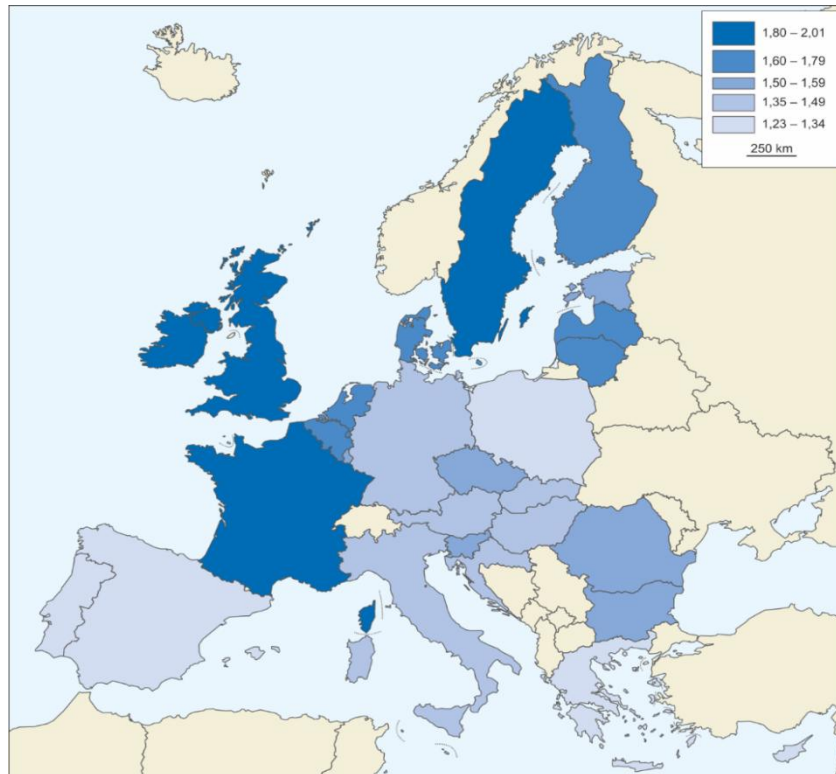


Źródło: opracowanie na podstawie danych bazy Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

W tym samym czasie współczynnik dzietności liczony dla całej UE wzrastał mimo szybszego niż w Polsce spadku udziału kobiet w wieku rozrodczym w ogólnej populacji (wykres 8). Konsekwencją przedstawionych zmian jest utrzymujący się w Polsce od 1990 r. okres depresji urodzeniowej, kiedy to wartość współczynnika dzietności (określającego liczbę urodzonych dzieci przypadających na jedną kobietę w wieku rozrodczym 15–49 lat) spadła do poziomu poniżej 2 (1,99).

W 2014 r. współczynnik dzietności dla Polski wyniósł 1,32 (mapa 1), a niższą dzietność niż w Polsce odnotowano jedynie w Portugalii (1,23), Grecji (1,3) i na Cyprze (1,31). Natomiast najkorzystniejsza sytuacja pod względem dzietności ma miejsce obecnie w krajach zachodniej i północnej Europy – Francji (2,01), Irlandii (1,94), Szwecji (1,88) oraz Wielkiej Brytanii (1,81). Współczynnik dzietności dla UE-28 wyniósł w 2013 r. 1,54. Zatem żaden z krajów UE odrębnie, ani UE jako całość, nie osiąga obecnie prostej zastępowalności pokoleń, która wyraża się współczynnikiem 2,13–2,15.

Mapa 1. Współczynnik dzietności w krajach UE w 2014 r.



Źródło: opracowanie na podstawie danych bazy Eurostat,
<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

Drugim procesem kształtującym dynamikę demograficzną jest **umieralność**. Proces ten w sposób oczywisty wpływa na zmniejszanie się populacji danego kraju, lecz podobnie jak przy urodzeniach – w skali świata – nie przebiega jednokierunkowo. Europa jest jedynym kontynentem, gdzie poziom umieralności wzrasta. Przyczyną tego stanu są struktura wieku i tempo starzenia się ludności Europy.

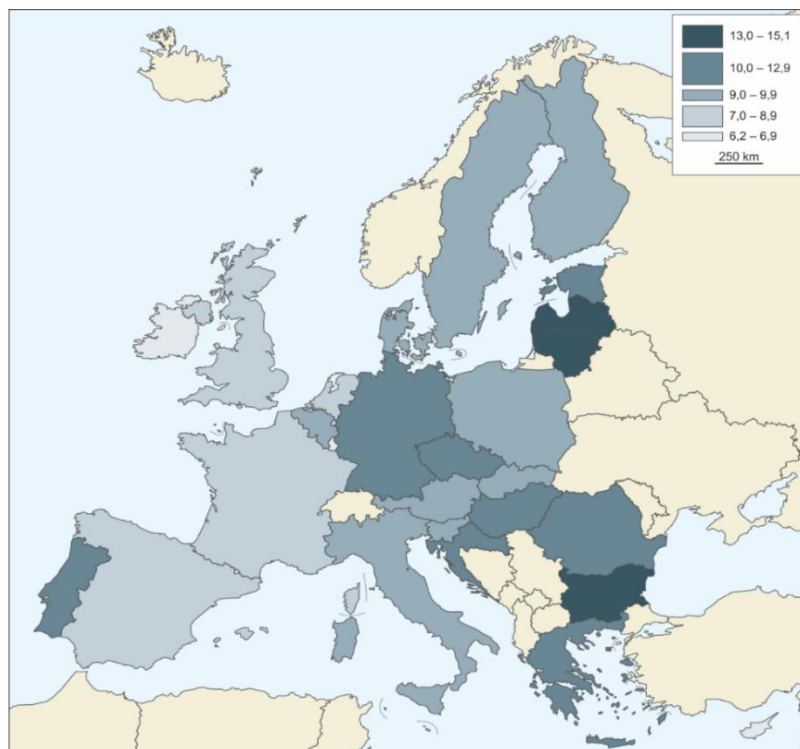
Na przestrzeni lat natężenie zgonów zarówno w Polsce, jak i średnio w UE nie zmieniało się istotnie, rosło dość równomiernie – tempo wzrostu było niewielkie i w miarę jednostajne.

Ten powolny, ale jednostajny wzrost umieralności wynika w sposób naturalny ze struktury wieku ludności i wydłużającego się trwania życia, tj. z coraz większej liczby ludności w starszym wieku.

W 2014 r. umieralność w Polsce wyniosła 9,9 (mapa 2), co oznacza, że na każde 1000 ludności umarło 10 osób, tj. prawie tyle samo co średnio w UE (9,7). Najniższe **współczynniki zgonów** odnotowano na Cyprze oraz w Irlandii (odpowiednio 6,2 oraz 6,3), najwyższe – w Bułgarii (15,1) i na Łotwie (14,3).

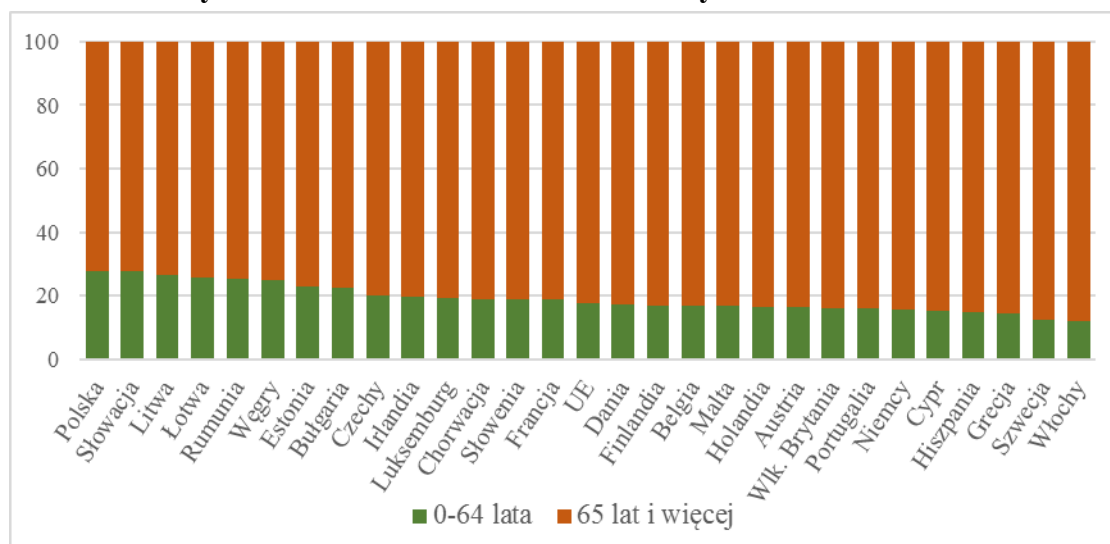
W Polsce mamy bardzo niekorzystną strukturę wieku osób zmarłych – jest to wynikiem przedwczesnej umieralności (wykres 9). W 2014 r. osoby zmarłe w wieku poniżej 65 lat stanowiły aż 28% wszystkich zmarłych – podobnie jak na Słowacji, a także na Litwie, Łotwie i na Węgrzech (po ok. 25%). Najniższy udział zanotowano we Włoszech i Szwecji (12%) oraz w Grecji (14%), natomiast średnia dla wszystkich krajów UE wyniosła 18%. Nadumieralność szczególnie dotyczy mężczyzn – w Polsce aż 38% umiera przed osiągnięciem 65. roku życia, a wśród kobiet 17% – i są to najwyższe udziały w całej UE.

Mapa 2. Współczynnik zgonów w krajach UE w 2014 r.
(liczba zgonów na każde 1000 ludności)



Źródło: opracowanie na podstawie danych bazy Eurostat,
<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

Wykres 9. Struktura wieku osób zmarłych w UE w 2014 r.



Źródło: opracowanie na podstawie danych bazy Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

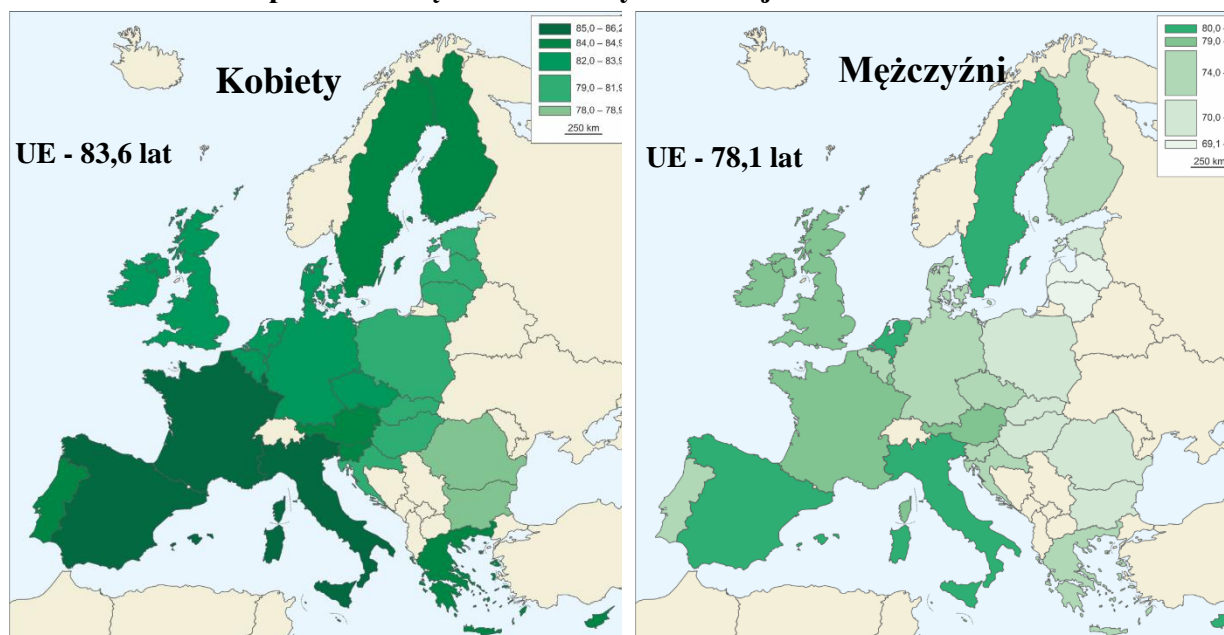
Pozytywnym zjawiskiem jest obserwowany nieprzerwanie w Polsce **spadek umieralności niemowląt**. Współczynnik wyrażający liczbę zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych w 2014 r. wyniósł 4,2 i był o prawie połowę niższy niż na początku tego wieku oraz o ok. 15 punktów proc. mniejszy niż notowany na początku lat 90. ub. wieku. Niemniej jednak umieralność niemowląt w dalszym ciągu jest wyższa niż średnia w UE

(3,7‰). Najniższe współczynniki (poniżej 2‰) notuje Cypr i Słowenia oraz Finlandia i Szwecja (nieco ponad 2‰), a najwyższy – Rumunia (ponad 8‰) oraz Bułgaria (nieco poniżej 8‰).

Obserwowany od początku lat 80. ub. wieku ruch promocji zdrowego stylu życia, a także rozwój nowych technologii medycznych i nowoczesnych metod diagnostycznych, przyniósł w konsekwencji wyraźną poprawę parametrów **trwania życia** w krajach Europy.

Jednakże i w tym przypadku w poszczególnych krajach daje się zaobserwować duże zróżnicowanie przeciętnej długości trwania życia (mapa 3).

Mapa 3. Przeciętne trwanie życia w krajach UE w 2014 r.



Źródło: opracowanie na podstawie danych bazy Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

W krajach wysoko rozwiniętych, położonych głównie w zachodniej części Europy oraz w rejonie skandynawskim, ludzie żyją o kilka lat dłużej niż w krajach Europy Środkowej. Z kolei w porównaniu z krajami Europy Wschodniej różnica ta sięga nawet kilkunastu lat. Mężczyźni najdłużej żyją w krajach ciepłych: na Cyprze (prawie 81 lat w 2014 r.), we Włoszech i Hiszpanii (nieco ponad 80 lat), a najkrócej w Rosji – 63,4 lat. Wśród kobiet za długowieczne można uznać Hiszpanki i Francuzki (ok. 86 lat) oraz Włoszki i mieszkanki Luksemburga, których przeciętne trwanie życia wynosi co najmniej 85 lat. Najkrócej w Europie żyją Mołdawianki – niespełna 75 lat i Rosjanki – nieco ponad 75 lat. Średnia dla mieszkańców Unii Europejskiej to 83,6 lat dla kobiet i 78,1 lat dla mężczyzn.

Znamienny jest fakt, że w krajach, gdzie długość trwania życia jest stosunkowo niska, różnica między trwaniem życia mężczyzn i kobiet – poza nielicznymi wyjątkami – jest bardzo duża. Kraje, w których rozpiętość ta jest największa, to: Białoruś (12,1 lat), Rosja (11,8) i Litwa (11,1). Różnica ta jest nawet kilkakrotnie wyższa niż w Islandii, Liechtensteinie, Szwecji czy Holandii, gdzie jej wielkość nie przekracza 3,7 lat.

Mimo pozytywnych zmian przeciętnego trwania życia Polska nadal wypada niekorzystnie na tle czołówki krajów europejskich. Wiek dożywania dla mężczyzn wynosi 73,8, tj. o ponad 7 lat mniej niż na Cyprze, a dla kobiet – 81,6 lat (mniej o ponad 4 lata

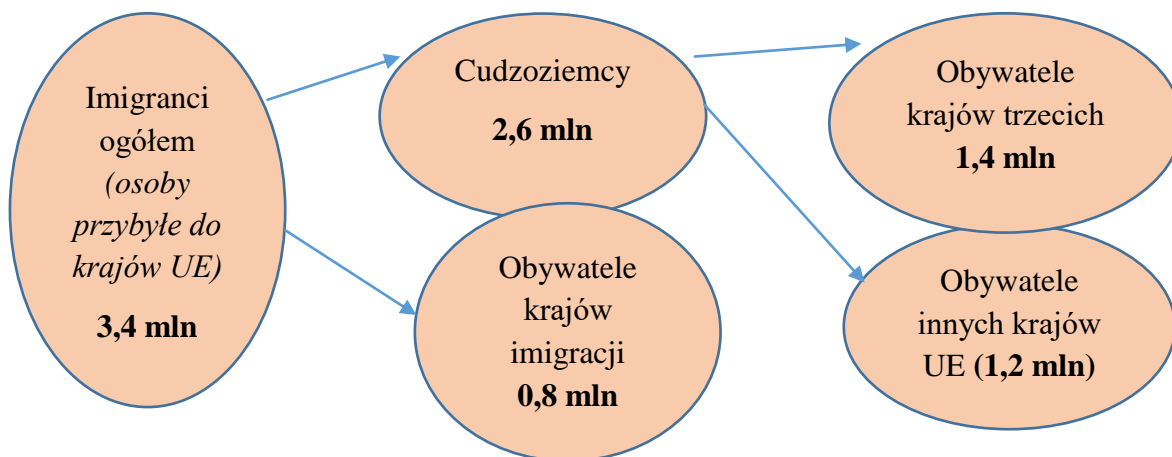
od Hiszpanek). Wśród 40 krajów nasz kraj lokuje się dopiero w trzeciej dziesiątce: mężczyźni zajmują 27., kobiety natomiast 24. pozycję.

Poza procesami naturalnymi kolejnym elementem kształtującym zmiany w liczbie i strukturze ludności danego terytorium są **migracje**, odnoszące się zarówno do przepływów migracyjnych do/z Unii Europejskiej jako całego obszaru, jak i do przepływów między poszczególnymi krajami UE.

W latach 50–60. XX w. migracje zagraniczne w Europie stały się czynnikiem, który w sposób istotny zaczął wpływać na wielkość populacji i tempo jej zmian. Przemieszczenia międzynarodowe w krajach Europy Północno-Zachodniej wpływają znacząco na wzrost liczby ludności, przy czym w krajach południowych spowalniają spadek populacji, a w przypadku Europy Wschodniej przyspieszają ubytek ludności. Analiza zjawiska migracji zagranicznych w porównaniu z analizą takich procesów jak umieralność i rozrodczość jest znacznie trudniejsza, ze względu na fakt, że są one zjawiskiem wielowymiarowym.

W 2013 r. migracje między krajami Unii, jak również imigracja z krajów trzecich do UE, dotyczyły ok. 3,4 mln osób (wykres 10). Prawie ¼ imigrantów (około 836 tys.) stanowiły osoby, które przybyły do kraju członkowskiego UE, którego obywatelstwo posiadały (reemigranci lub dzieci obywateli urodzone za granicą). Pozostałe ¾ imigrantów (2,6 mln) stanowili cudzoziemcy, z czego: 1,4 mln stanowili obywatele krajów trzecich, 1,2 mln to osoby z obywatelstwem kraju członkowskiego UE innego niż ten, do którego przybyły, zaś około 10,5 tys. to bezpaństwowcy oraz osoby z obywatelstwem nieustalonym.

Wykres 10. Imigranci w UE w 2013 r.



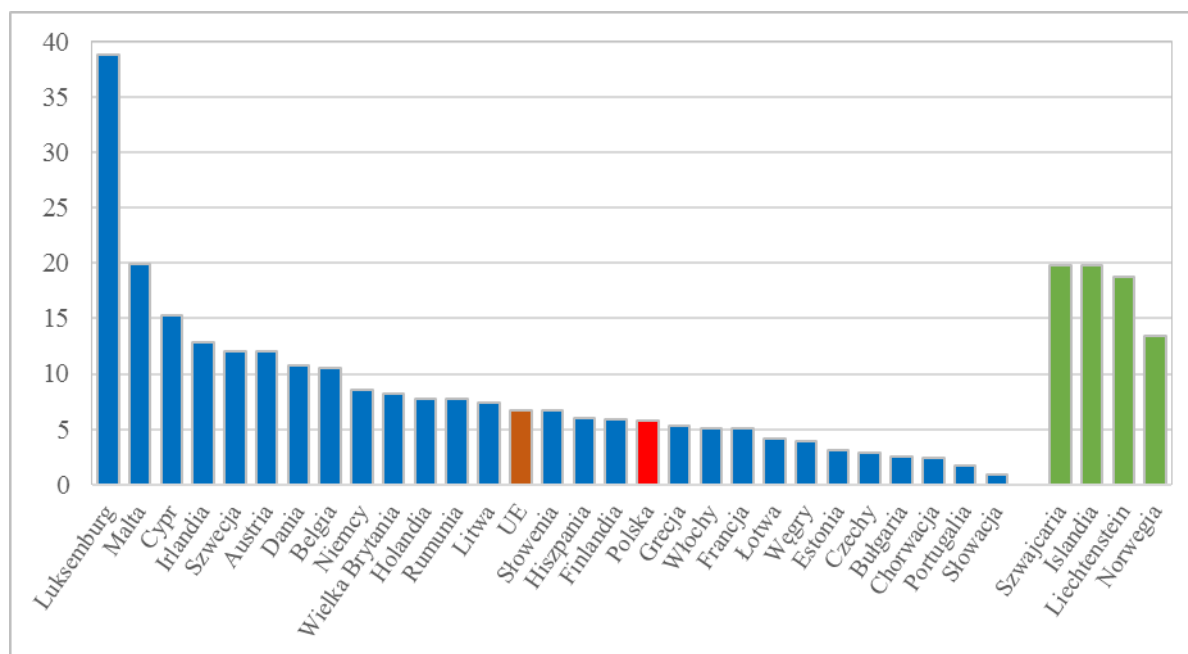
Źródło: opracowanie na podstawie danych bazy Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

Jednakże i w tym przypadku daje się zauważyć duże zróżnicowanie między krajami Europy. Polska wraz z większością krajów Europy Środkowo-Wschodniej należy do krajów emigracyjnych. Otwarcie granic i dostęp do rynków pracy w UE zdeteminowało kierunki migracji naszych mieszkańców, którzy w zdecydowanej większości wybierali jako kraj zamieszkania Wlk. Brytanię, Niemcy i Irlandię. Bez wątpienia dalszy rozwój gospodarek krajów UE zależeć będzie od imigracji, jednakże dla Polski jest to problem kluczowy; jako kraj nie jesteśmy zbyt atrakcyjni dla cudzoziemców nie tylko ze względu na integrację ekonomiczną, ale także społeczną, kulturową, prawną oraz instytucjonalną. Polska nadal jest traktowana jako kraj tymczasowego pobytu, przystanek przed wyjazdem dalej, na Zachód.

Szacuje się, że w 2013 r. do Polski przybyło około 220 tys. osób – w większości byli to obywatele polscy powracający z emigracji.

Największą liczbę imigrantów w 2013 r. odnotowano w: Niemczech (692,7 tys.), a następnie w Wielkiej Brytanii (526 tys.), Francji (332,6 tys.), we Włoszech (307,5 tys.) oraz w Hiszpanii (280,8 tys.). Pod względem liczebności najmniej imigrantów przybyło do Estonii (4,1 tys.), Słowacji (5,1 tys.) oraz na Łotwę i Maltę (odpowiednio 8,3 tys. oraz 8,4 tys.).

Wykres 11. Liczba imigrantów na 1000 mieszkańców w krajach UE oraz EFTA w 2013 r.



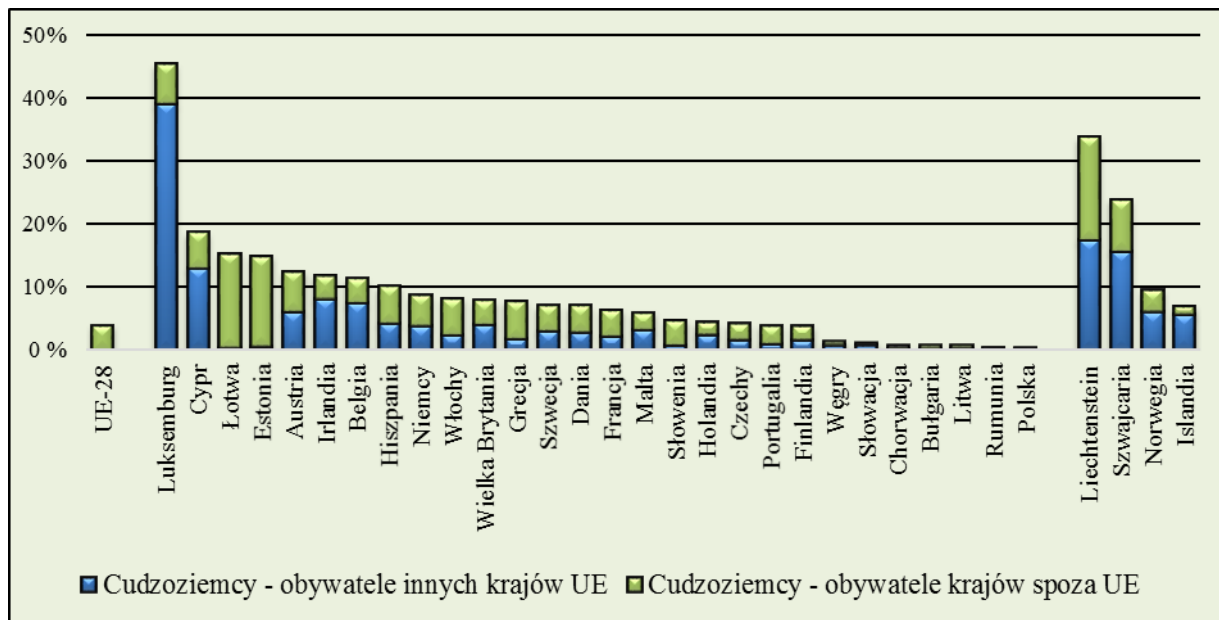
Źródło: opracowanie na podstawie danych bazy Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

W ujęciu względnym (wykres 11), tj. w stosunku do populacji mieszkańców danego kraju, zdecydowanie najwyższy wskaźnik imigracji w 2013 r. odnotowano w Luksemburgu (39 imigrantów na 1000 mieszkańców), a następnie na Malcie (20), Cyprze (15) oraz w Irlandii (13). Najniższy wskaźnik odnotowała Słowacja (1 imigrant na 1000 mieszkańców), nieznacznie wyższy Portugalia (1,7) oraz Chorwacja (2,4). Wskaźnik dla Polski wyniósł 6 imigrantów na 1000 mieszkańców. Średnia dla krajów UE-28 wyniosła nieco poniżej 7 imigrantów na 1000 mieszkańców. Natomiast wskaźnik imigracji w ujęciu względnym dla krajów EFTA zarysował się na dość wyrównanym poziomie – około 20 imigrantów na 1000 mieszkańców, z wyjątkiem Norwegii, dla której odnotowano wyraźnie niższy wskaźnik (13 imigrantów na 1000 mieszkańców).

Dodatkową charakterystykę ludności kraju można uzyskać w wyniku analizy kraju urodzenia i obywatelstwa. Dzięki tym informacjom możliwe jest wyodrębnienie pewnych subpopulacji z przeszłością migracyjną, tj. cudzoziemców urodzonych w kraju i za granicą oraz obywateli danego kraju urodzonych za granicą.

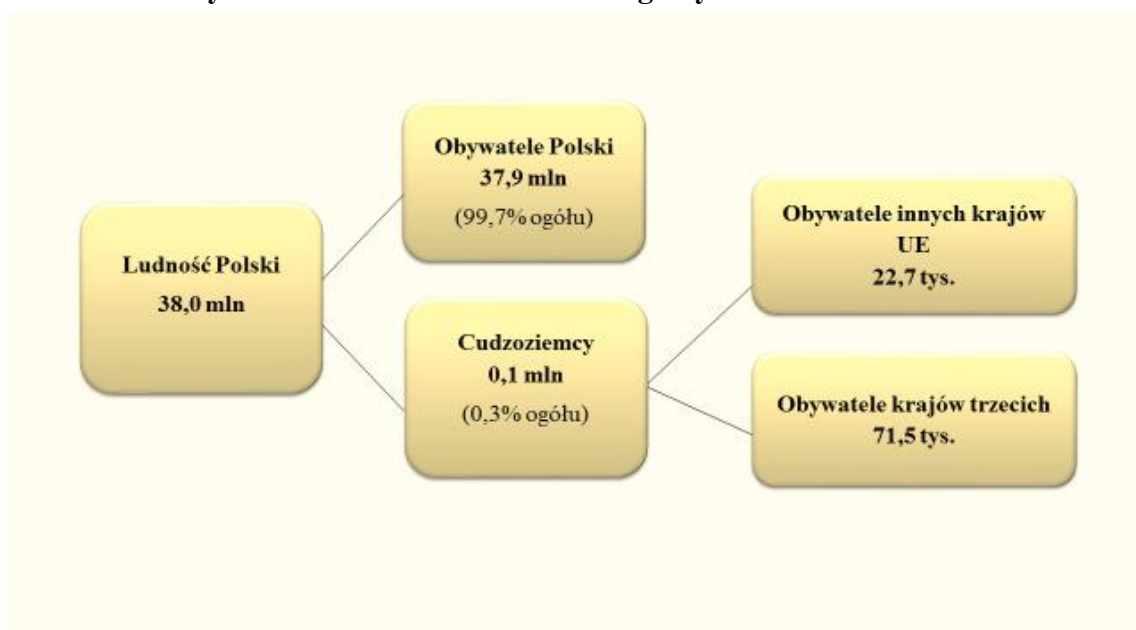
W 2013 r. łączna liczba cudzoziemców (osób niebędących obywatelami kraju zamieszkania) przebywających na terytorium państw członkowskich UE wyniosła 33,9 mln, co stanowiło 6,7% ludności UE-28. Ponad 40% z tej liczby (tj. 14,4 mln osób) stanowili obywatele innego państwa członkowskiego UE. W wartościach bezwzględnych największa liczba cudzoziemców przebywała w Niemczech (7,0 mln), w Wielkiej Brytanii (5,0 mln), we Włoszech (4,9 mln), w Hiszpanii (4,7 mln) oraz we Francji (4,2 mln). Cudzoziemcy przebywający w tych pięciu państwach członkowskich stanowili 76,1% łącznej liczby cudzoziemców zamieszkujących w UE-28. W wartościach względnych (wykres 12) krajem członkowskim UE z najwyższym odsetkiem cudzoziemców był Luksemburg – stanowili oni 45,3% ogółu ludności tego kraju.

Wykres 12. Udział cudzoziemców w liczebieludności rezydującej krajów UE oraz EFTA w 2014 r.



Źródło: opracowanie na podstawie danych bazy Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

Wykres 13. Ludność Polski według obywatelstwa w 2014 r.



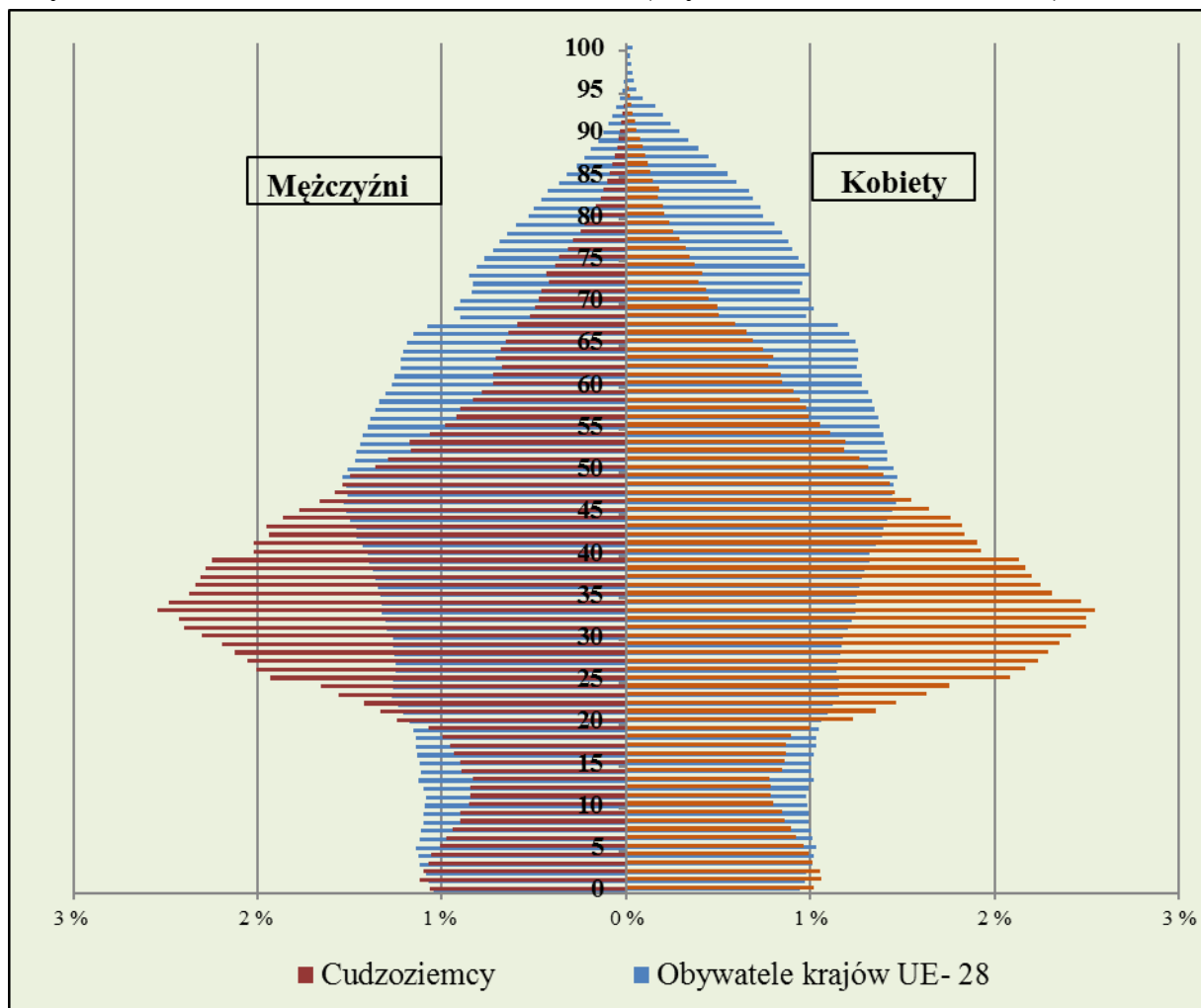
Źródło: opracowanie na podstawie danych bazy Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

Polska na tle innych krajów UE jawi się jako kraj jednolity narodowościowo (wykres 13). W 2014 r. udział mieszkających w naszym kraju cudzoziemców wynosił 0,3% ogółu ludności, a odsetek ludności urodzonej poza granicami Polski wynosił zaledwie 1,6%. Były to w większości osoby urodzone w krajach nienależących do UE (na Ukrainie, Białorusi, Litwie i w Rosji).

Jedną z najważniejszych płaszczyzn przemian demograficznych są zmiany w strukturze wieku ludności. Główne wyzwanie wynikające z tych zmian to skala starzenia się społeczności Europy, w tym także zmiany w wielkości zasobów pracy oraz idące w ślad za tym skutki społeczno-ekonomiczne. **Europa jest najstarszym demograficznie kontynentem.**

Piramida wieku obywateli UE (wykres 14 – kolor niebieski) wyraźnie przyjmuje kształt wrzeciona z lekko zwężającym się dołem (ludzie młodzi) – jest nieco szersza dla wieku około 50 lat i naturalnie zwężająca się ku górze wskutek wymierania najstarszych roczników. Natomiast mieszkańcy Wspólnoty niebędący jej obywatelami (wykres 14 – kolor brązowy) tworzą zdecydowanie młodszą strukturę wieku, stanowiąc wypełnienie także na rynku pracy. Szczególnie duże różnice dotyczą udziału osób dorosłych (15–64 lata) i będących w starszym wieku (65 i więcej lat) w każdej z tych populacji (tabela 1).

Wykres 14. Piramida wieku mieszkańców UE (obywateli UE i cudzoziemców) w 2014 r.



Źródło: opracowanie na podstawie danych bazy Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

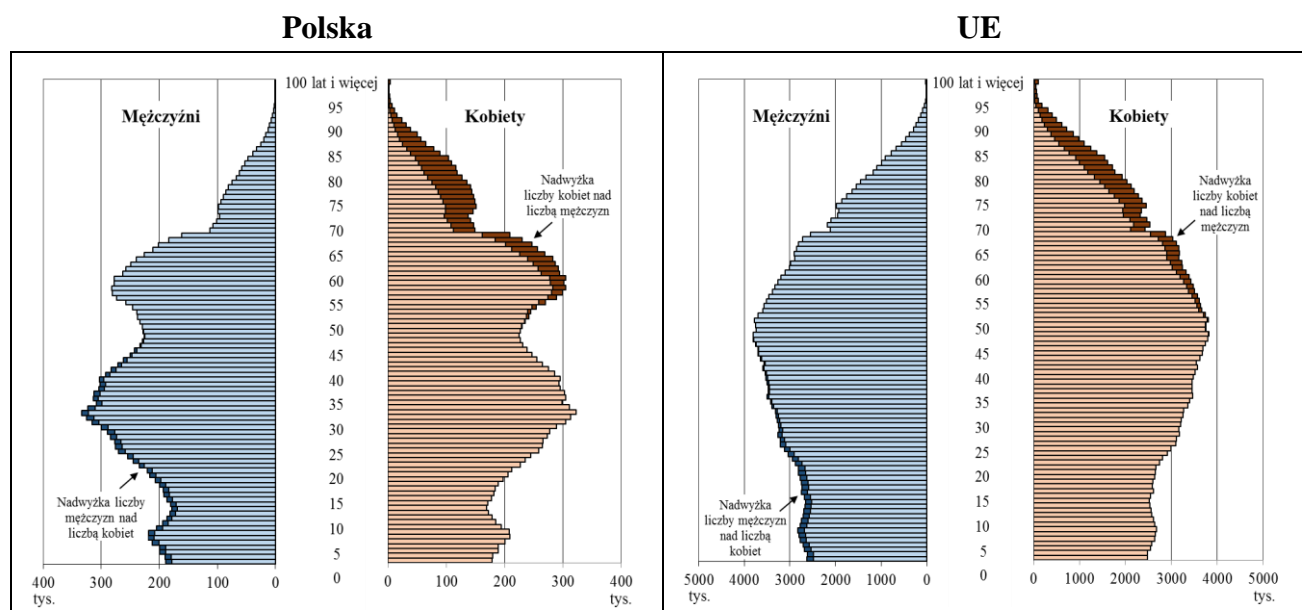
Tabela 1. Struktura wieku ludności Unii Europejskiej w 2014 r.

Mieszkańcy UE	Ogółem	Ludność w wieku		
		0–14 lat	15–64 lata	65 lat +
<i>w procentach</i>				
Ludność UE ogółem	100,0	15,6	65,5	18,9
Obywatele UE (28)	100,0	15,7	64,6	19,7
Cudzoziemcy	100,0	14,2	77,7	8,1
Polska ogółem	100,0	15,0	69,6	15,4

Źródło: GUS.

Mimo obserwowanego od kilku lat procesu starzenia się społeczeństwa mieszkańcy Polski – obecnie – są jeszcze relatywnie młodą populacją zarówno w odniesieniu do innych krajów UE, jak i na tle całej ludności Unii (wykres 15).

Wykres 15. Piramida wieku mieszkańców Polski i UE w 2014 r.



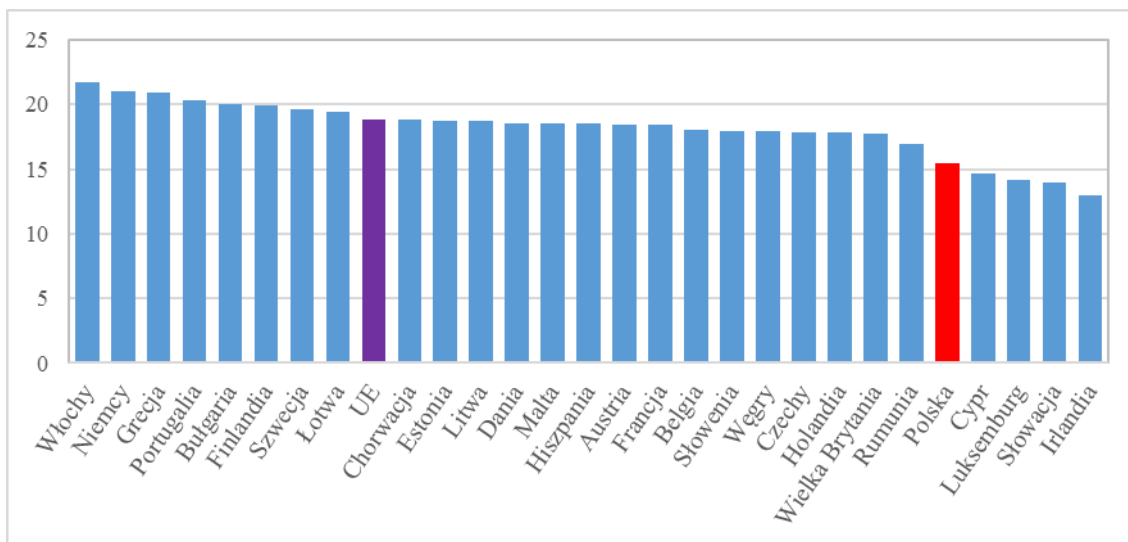
Źródło: opracowanie na podstawie danych GUS i bazy Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

Większość krajów Unii Europejskiej – to kraje zawansowane w procesie starzenia się ludności. Występuje jednak zróżnicowanie jego dynamiki wewnątrz kontynentu. Z porównania wartości miar świadczących o zaawansowaniu procesu starzenia się wynika, że spośród 28 krajów UE młodsi od nas są jedynie mieszkańcy Irlandii, Cypru, Słowacji i Luksemburga.

Podstawową z tych miar jest **współczynnik starości**, czyli udział ludności w wieku 65 i więcej lat w ogólnej populacji. Osoby w starszym wieku (65+) stanowią w Polsce ponad 15% ogólnej populacji, podczas gdy średnia dla całej UE wynosi prawie 19%, w tym wśród obywateli UE – prawie 20%, natomiast wśród cudzoziemców mieszkających w krajach UE współczynnik starości jest wyraźnie mniejszy i wynosi niespełna 8% (tabela 1 i wykres 15).

Najstarsi (wykres 16) są mieszkańcy Włoch (prawie 22% to osoby w starszym wieku) oraz Niemiec i Grecji (po ok. 21%). Najmłodsi – mieszkańcy Irlandii (13%) oraz Słowacji i Luksemburga (po ok. 14%), a także Cypru (prawie 15%).

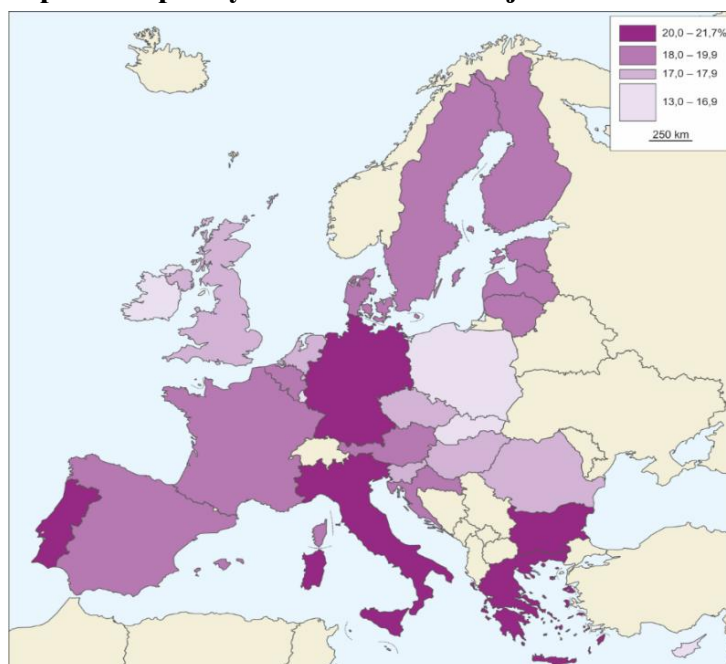
Wykres 16. Udział osób w wieku 65 i więcej lat w krajach UE w 2014 r.
(współczynnik starości)



Źródło: opracowanie na podstawie danych bazy Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

Proces starzenia się ludności jest najbardziej intensywny w Europie Południowej i Zachodniej (mapa 4), gdzie około 1/5 mieszkańców to osoby w starszym wieku. Należy zaznaczyć, że w końcu lat 50. ub. wieku ONZ – wyznaczając skalę starości demograficznej – jako starą uznał populację, w której udział osób starszych (w wieku 65 i więcej lat) przekracza 7%. Obecnie, w „najmłodszym” kraju UE – Irlandii – odsetek ten wynosi 13%.

Mapa 4. Współczynnik starości w krajach UE w 2014 r.



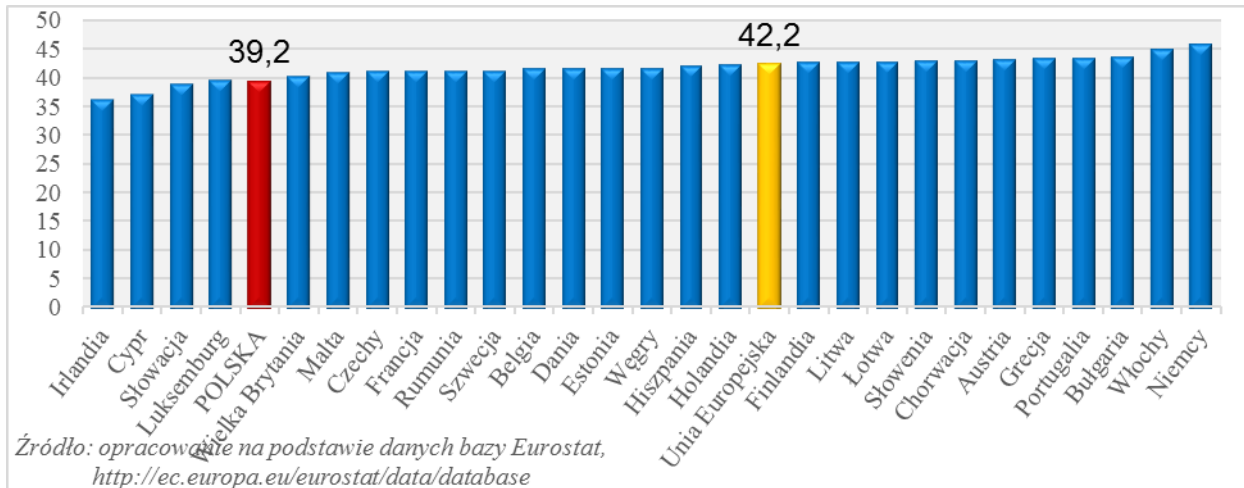
Źródło: opracowanie na podstawie danych bazy Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

Kolejną miarą obrazującą zaawansowanie procesu starzenia się jest **mediana wieku** (wykres 17), czyli wiek, którego połowa danej populacji jeszcze nie osiągnęła, a druga połowa już przekroczyła.

W 2014 r. mieszkaniec Polski miał przeciętnie 39,2 lat. Dla mężczyzn parametr ten wyniósł 37,5 lat; kobiety są starsze – miały średnio 41 lat. Statystyczny mieszkaniec Unii

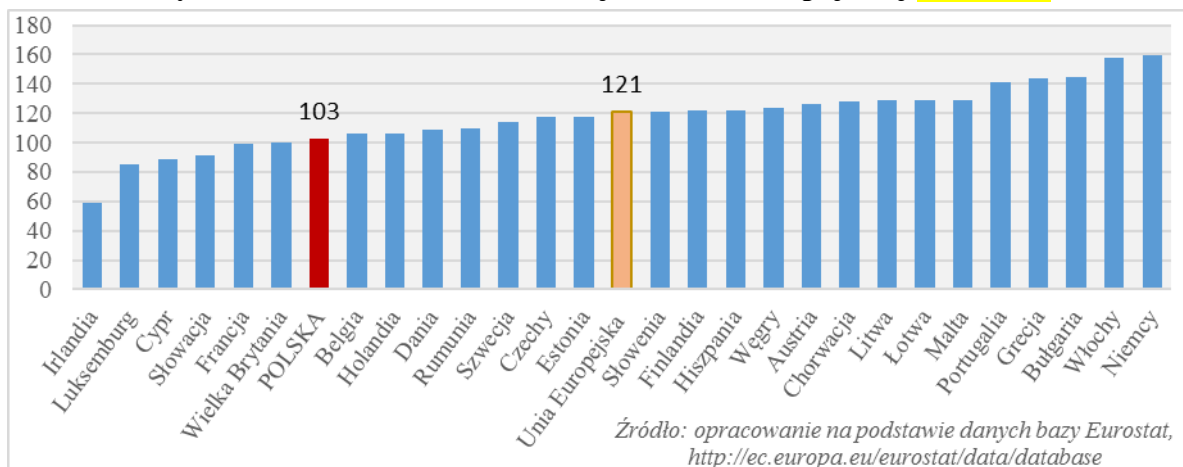
Europejskiej był starszy o 3 lata – mediana wieku wynosiła 42,2 lat (dla mężczyzn – 40,8 i 43,6 – dla kobiet). Jak już wspomniano, najmłodszy są mieszkańcy w UE cudzoziemcy – statystycznie mieli 35,4 lat. Różnica wieku między najmłodszym a najstarszym pod względem wieku ludności państwem Unii Europejskiej wynosiła blisko 10 lat. Tą najwyższą medianą charakteryzują się Niemcy – prawie 46 lat, a najniższą Irlandczycy – 36 lat.

Wykres 17. Mediana wieku ludności krajów Unii Europejskiej w 2014 r.



Dla oceny poziomu zaawansowania procesu starzenia się ludności bardzo istotne są udziały w ogólnej populacji poszczególnych grup wieku obrazujące **zastępowalność pokoleń**. Jedną z nich jest **indeks starości** przedstawiający relację „pokolenia dziadków” (65 i więcej lat) do „pokolenia wnuczków” (0–14 lat). W przypadku Polski relacja tych wielkości wynosi 103 (wykres 18), co oznacza prawie równowagę liczebną między dziadkami i wnukami. Dodatkowo wartość indeksu jest w dalszym ciągu bardzo korzystna w stosunku do średniej dla UE (121) – jednak plasuje Polskę na gorszej pozycji niż w przypadku wskaźnika starości czy mediany wieku. Przyczyną tego stanu jest malejąca liczba dzieci (0–14 lat) wynikająca z coraz mniejszej liczby urodzeń przy rosnącej liczbie osób w wieku 65 i więcej lat – liczebność tej grupy osób będzie rosła ze względu na osiągnięcie tego wieku przez osoby urodzone w latach powojennego wyżu demograficznego, tj. w latach 50.

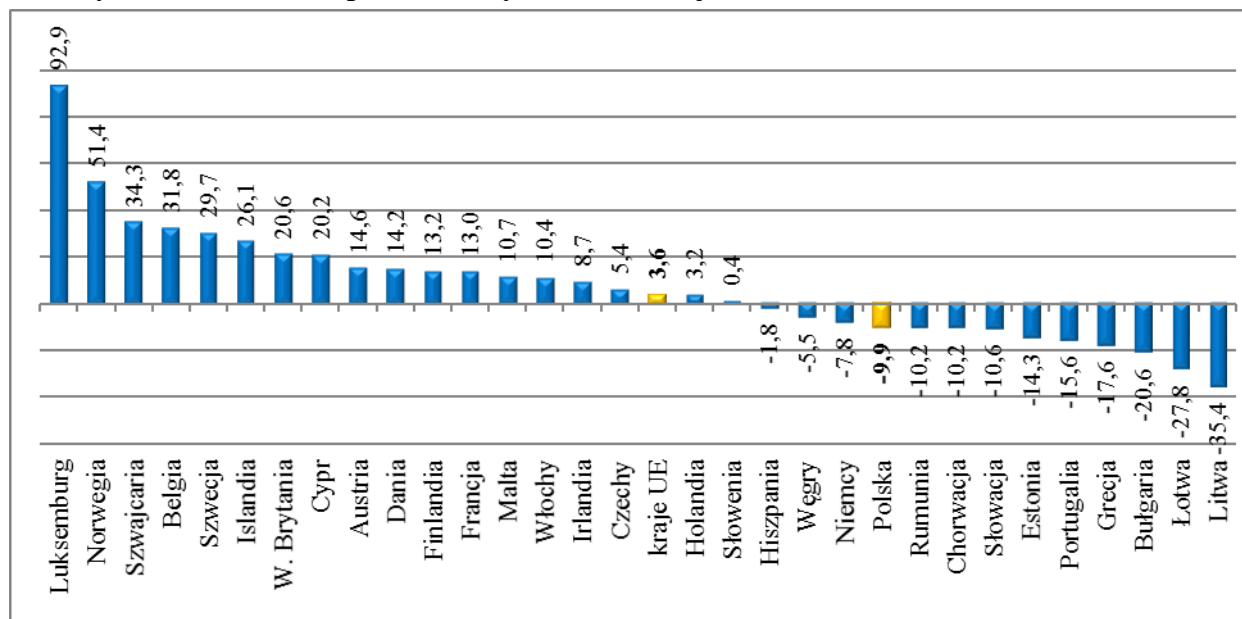
Wykres 18. Indeks starości w krajach Unii Europejskiej w 2014 r.



Najmniej korzystna relacja pokoleniowa występuje w Niemczech i we Włoszech, gdzie na 100 wnuczków przypada po prawie 160 dziadków, natomiast w Irlandii zdecydowanie przeważają dzieci – każdej setce z nich odpowiada ok. 60 dziadków.

Pozornie korzystna – w odniesieniu do innych krajów UE – obecna **sytuacja demograficzna Polski zmieni się diametralnie już w ciągu najbliższej dekady, zaś w 2050 r. Polska stanie się jednym z krajów Europy o najbardziej zaawansowanym procesie starzenia się populacji.** Według **prognozy Eurostatu** (wykres 19) liczba ludności UE do 2050 r. wzrośnie o 3,6%, jednak w Polsce zmaleje o ok. 10%.

Wykres 19. Wzrost/spadek liczby ludności krajów UE w latach 2013–2050 (w %)



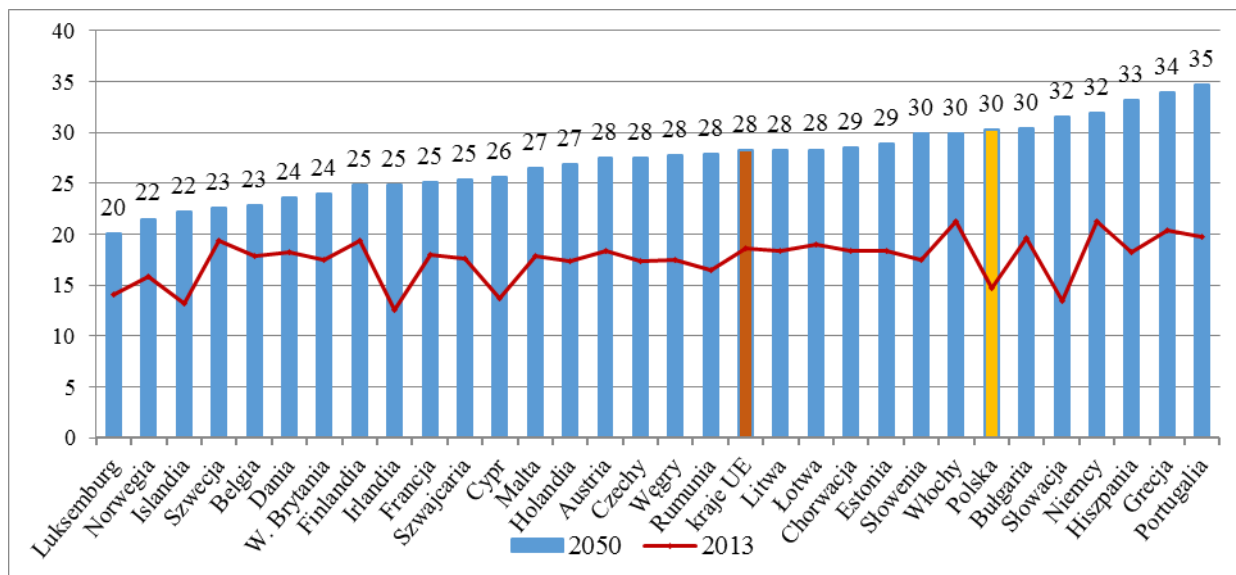
Źródło: opracowanie na podstawie danych bazy Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

Prognoza Eurostatu zakłada dla Polski rosnący (do poziomu ok. 1,68 w 2050 r.), chociaż **jeden z niższych** w porównaniu do innych krajów Unii, **współczynnik dzietności**. Jednakże wzrost współczynnika nie przełoży się istotnie na zwiększenie liczby urodzeń ze względu na niewielką w tym czasie populację kobiet w wieku rozrodczym. Z kolei prognozowany dla Polski poziom umieralności nie będzie odbiegać od prognozy dla innych krajów. Skutkiem będzie wzrost odsetka osób w starszym wieku kosztem – przede wszystkim – udziału dzieci i młodzieży w ogólnej populacji, czyli pogłębienie procesu starzenia się ludności Polski.

Zgodnie z prognozą Eurostatu w 2050 r. **współczynnik starości** (odsetek osób w wieku 65 i więcej lat) dla całej Unii Europejskiej wyniesie nieco ponad 28% (wykres 20). Wzrośnie on we wszystkich krajach, ale w Polsce prawie dwukrotnie i wyniesie ponad 30%, co przesunie nas na 7. pozycję wśród krajów Unii o najstarszej strukturze wieku (obecnie jesteśmy jednym z najmłodszych). Podkreślenia wymaga także udział w ogólnej populacji Polski najstarszej grupy osób (w wieku 80 i więcej lat), który obecnie wynosi niespełna 4%, a w 2050 r. – według prognozy Eurostatu – zwiększy się do prawie 10%. Jednakże będzie to jeden z niższych odsetków wśród krajów UE ze względu na utrzymywanie się opóźnień

Polski w zakresie umieralności oraz prognozowane krótsze życie w stosunku do innych krajów – szczególnie starej Unii.

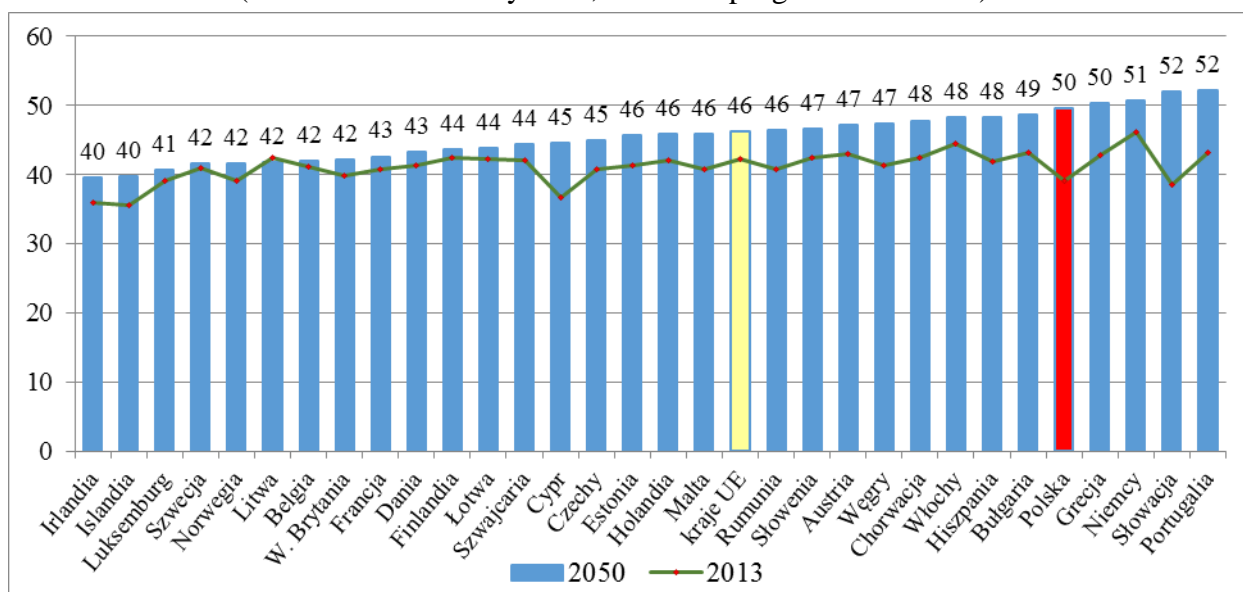
Wykres 20. Udział osób w wieku 65 i więcej lat w ogólnej populacji w krajach UE
(2013 r. – dane rzeczywiste, 2050 r. – prognoza Eurostatu)



Źródło: Prognoza ludności na lata 2014–2050, GUS, 2014.

W konsekwencji wzrośnie także **mediana wieku** – w Polsce do prawie 50 lat (z obecnych niespełna 40 lat) – i będzie to najwyższy, po Słowacji, prognozowany wzrost tego parametru (wykres 21). Mediana wieku dla całej UE wyniesie w 2050 r. nieco ponad 46 lat (wobec obecnych ok. 42 lat), a dla niektórych krajów zakłada się pozostanie jej na obecnym poziomie lub tylko nieznaczny wzrost (np. dla Litwy, Szwecji, Belgii, Finlandii, Danii).

Wykres 21. Mediana wieku ludności w krajach UE
(2013 r. – dane rzeczywiste, 2050 r. – prognoza Eurostatu)



Źródło: Prognoza ludności na lata 2014–2050, GUS, 2014.

Przyszłość demograficzną Europy, zwłaszcza krajów Unii Europejskiej, cechują i cechować będą słabości. Należą do nich przede wszystkim:

- najniższa dynamika przyrostu ludności w skali globalnej i spadek w zaludnieniu świata,
- najniższy w skali świata współczynnik zastępowalności pokoleń,
- najwyższy wskaźnik umieralności,
- najszybszy proces starzenia się społeczeństwa.

Szybkie starzenie się społeczeństw państw rozwiniętych stworzy już w niedalekiej przyszłości wiele problemów gospodarczych i społecznych, a na pracowników i pracodawców nałoży nowe, trudniejsze do udźwignięcia ciężary. Przed społeczeństwami UE staje zatem konieczność zapobieżenia lub przynajmniej osłabienia konsekwencji starzenia się. Niektóre

z państw UE podjęły te próby kilkadziesiąt lat temu, wdrażając działania prorodzinne w polityce społecznej, prowadząc umiejętną „selektywną” politykę imigracyjną, zasysającą imigrantów w celu łagodzenia konsekwencji tego procesu na rynku pracy.

Polska, dla której prognozy są obecnie niesprzyjające, będzie musiała zmierzyć się ze wszystkimi problemami wynikającymi z niekorzystnych dla niej trendów demograficznych.

Na ile podjęte reformy w zakresie tworzenia warunków sprzyjających powstawaniu rodzin, poprawy stanu zdrowia i ograniczania umieralności, a także prowadzenia zrównoważonej polityki migracyjnej oraz – co najważniejsze – zbudowania innowacyjnej gospodarki pozwalającej na uzyskanie konkurencyjności w Europie, czy nawet na świecie, pozwolą na zniwelowanie obecnych słabości demograficznych naszego kraju? Odpowiedź na to pytanie leży w rękach zarówno decydentów, jak i polskiego społeczeństwa.

Bibliografia

Baza Eurostat (<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>).

Małżeństwa oraz dzietność w Polsce

(<http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/malzenstwa-i-dzietnosc-w-polsce,23,1.html>).

Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2014 roku

(<http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/podstawowe-informacje-o-rozwoju-demograficznym-polski-do-2014-roku,12,5.html>).

Prognoza ludności na lata 2014–2050, GUS, 2014

(<http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2014-2050-opracowana-2014-r-,1,5.html>).

Rocznik Demograficzny, GUS – wyd. 2014 i 2015

(<http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-demograficzny-2015,3,9.html>).

Strzelecki Z., *Demograficzne wyzwania: Świat, Europa, Polska*, IX Kongres Ekonomistów Polskich, 2013 (<http://kongres.pte.pl/kongres/publikacje-kongresowe.html>).

Trwanie życia w 2014 r., GUS 2015 (<http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-w-2014-r-,2,9.html>).

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). *World Population Prospects: The 2015 Revision, DVD Edition* (<https://esa.un.org/unpd/wpp/Download/Standard/Population/>).

Zakres danych o migracjach zagranicznych i ochronie międzynarodowej oraz ich dostępność w świetle Rozporządzenia (WE) nr 862/2007 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 11 lipca 2007 r. w sprawie statystyk Wspólnoty z zakresu migracji i ochrony międzynarodowej (<http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/migracje-ludnosci/baza-eurostatu-w-zakresie-statystyki-migracji-i-ochrony-miedzynarodowej,13,1.html>).

Prognoza demograficzna Polski do roku 2050 – nowe ujęcie

1. Metoda prognozowania a przyszłość demograficzna

Prognoza demograficzna to przewidywanie najbardziej prawdopodobnego przebiegu procesów demograficznych i zmian w liczbie, rozmieszczeniu i strukturze ludności. O trafności prognozy demograficznej decydują:

- przyjęta metoda prognozowania,
- jakość (dokładność) danych wejściowych do prognozy w zakresie liczby i struktury ludności,
- trafność założeń dotyczących przyszłego kształtowania się procesów demograficznych, a więc stabilności i przewidywalności tendencji podstawowych czynników determinujących rozwój ludności oraz skuteczności podejmowanych działań w sferze polityki ludnościowej czy szerzej polityki rodzinnej.

Warto jednak podkreślić, że prognozy demograficzne charakteryzują się relatywnie dużo większym stopniem wiarygodności (trafności) niż prognozy rozwoju społecznego i gospodarczego, gdyż – przewidując przyszłą sytuację ludnościową – odwołują się w dużej mierze do żyjącej już populacji o na ogół dość dobrze rozpoznanych postawach i zachowaniach demograficznych. Z tego też względu analiza dotychczasowych trendów rozwoju ludności dostarcza bardzo ważnych przesłanek do budowania scenariuszy przyszłego kształtowania się procesów demograficznych⁴.

Nie oznacza to jednak, że w polskich warunkach prognozowanie demograficzne jest łatwe. W kolejnych okresach polskiej transformacji systemowej dość często zmieniały się bowiem postawy i zachowania demograficzne ludności. W takich uwarunkowaniach przewidywanie przyszłego rozwoju ludności wymaga szerokiej analizy różnych czynników determinujących ten rozwój, w szczególności w przypadku zjawisk demograficznych, które charakteryzują się dużą dynamiką zmian (np. płodność czy migracje). Kształtowanie się tych procesów zależy w dużej mierze od indywidualnych decyzji,

³ Prognozę demograficzną do 2050 r. opracował zespół, w skład którego obok kierującej pracami Małgorzaty Waligórskiej wchodziła Zofia Kostrzewa, Maciej Potyra i Longina Rutkowska.

⁴ Tak też postąpiono przy opracowaniu prognozy do 2050 roku; zob. M. Waligórska, J. Witkowski: *Przyszłość demograficzna Polski do roku 2050 (w świetle najnowszej prognozy demograficznej)*, w: *Przemiany ludnościowe w Polsce. Przyszłość demograficzna*, pod redakcją Z. Strzeleckiego i E. Kowalczyka, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2014, s. 53–95.

podejmowanych w zależności od konkretnej sytuacji politycznej, społecznej, gospodarczej i stanu prawnego. Z tego między innymi powodu przy opracowaniu prognoz demograficznych rozważa się wiele scenariuszy zmian i przyjmuje wariantowe założenia oddzielnie dla najważniejszych czynników determinujących sytuację ludnościową: dzietność, umieralność, migracje wewnętrzne i zagraniczne. W ten sposób powstają odmienne – w sensie przyszłego przebiegu rozwoju ludności oraz walorów analitycznych – projekcje demograficzne: ostrzegawcze, symulacyjne czy bazowe.

W niniejszym opracowaniu zaprezentowano dwie wersje prognozy dla dwóch kategorii ludności, a mianowicie dla ludności zdefiniowanej według kryteriów krajowych oraz dla ludności zgodnie z międzynarodową definicją ludności. Poza tym przedstawimy krótką symulację perspektyw demograficznych Polski w związku z nową polityką rodzinną realizowaną od kwietnia 2016 r. w ramach programu 500+.

2. Rozwój ludności Polski według definicji krajowej

Krajowe zobowiązania ustawowe nakładają na GUS obowiązek regularnego dostarczania informacji na temat bieżącej i prognozowanej liczby ludności (według definicji obowiązującej w kraju). Zgodnie z tą definicją (krajową) – do ludności kraju zaliczamy wszystkie osoby na stałe mieszkające w Polsce (zameldowane lub deklarujące pobyt stały) oraz stali mieszkańcy kraju przebywający za granicą, niezależnie od okresu przebywania. W inny sposób można więc powiedzieć, że jest to ludność zameldowana. Do tej kategorii zaliczamy również cudzoziemców przebywających na stałe w Polsce. Realizując swoje zobowiązania, GUS sporządził prognozę ludności według definicji krajowej dla Polski oraz województw i powiatów na lata 2014–2050.

Ta wersja prognozy jest już dość dobrze znana, gdyż była upowszechniona w 2014 roku i wielokrotnie analizowana. Przy opracowaniu założeń do tej prognozy wzięto pod uwagę dotychczasowe procesy rozwoju ludności oraz przewidywaną politykę ludnościową wynikającą z obowiązujących w tym czasie zasad polityki rodzinnej. Ogólnie można przyjąć, że cały powojenny okres rozwoju ludnościowego Polski cechowały następujące prawidłowości:

- Przejście od dynamicznego rozwoju ludności po II wojnie światowej do wolniejszego rozwoju w kolejnych okresach, aż do ubytku ludności w ostatnich latach.
- Decydujące znaczenie dla rozwoju ludności miał ruch naturalny, a przede wszystkim liczba urodzeń.
- Spadek dzietności kobiet – najważniejsza cecha zmian – doprowadził do zawężonej zastępowalności pokoleń od początku transformacji systemowej.

- Systematyczna poprawa umiarkowania dopiero w okresie transformacji, ale ze spowolnieniem korzystnych zmian w ostatnich latach.
- Zmniejszanie się różnic w zachowaniach demograficznych ludności miast i wsi oraz poszczególnych regionów, choć w ostatnich kilku latach obserwuje się znaczne spowolnienie tej tendencji.
- Zmiana wzorców migracji wewnętrznych w kierunku mniejszej przestrzennej mobilności ludności.
- Intensyfikacja czasowej emigracji zagranicznej w okresie transformacji i po otwarciu rynków pracy przez kraje Unii Europejskiej.

Konsekwencją obserwowanych tendencji (procesów) były zmiany w strukturze wieku ludności w kierunku zmniejszania się udziału dzieci i młodzieży, a wzrostu odsetka starszych roczników wieku produkcyjnego i ludności w wieku poprodukcyjnym, z silnym przyrostem liczebności najstarszych roczników. Tak ukształtowane cechy dotychczasowego rozwoju demograficznego Polski stanowiły mało optymistyczne podstawy modelowania jego przebiegu w przyszłości.

Zgodnie z tymi założeniami⁵, najbardziej prawdopodobny przebieg procesów demograficznych (przyszłość demograficzna Polski) w prognozowanym okresie powinien charakteryzować się kilkoma ważnymi cechami przyszłej sytuacji demograficznej. Przewiduje się mianowicie, że do 2050 r. wystąpi:

- spadek liczby urodzeń z 369,6 tys. w 2013 r. do 254,7 tys. w 2050 r., czyli o 115 tys.,
- wzrost liczby zgonów z 387,3 tys. w 2013 r. do 428,2 tys. w 2050 r., a więc o 40 tys.,
- w efekcie wystąpi pogłębiający się ujemny przyrost naturalny (zob. wykres 2), a wobec nieistotnego wpływu salda migracji zagranicznych także ujemny przyrost rzeczywisty ludności (o 212 tys. w 2050 r.),

⁵ M. Waligórska, J. Witkowski: *Przyszłość...*, ed. cit., s. 70–80.

Tablica 1. Założenia ostateczne prognozy(?)

Wyszczególnienie	2013	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Współczynnik dzietności ogólnej	1,26	1,24	1,32	1,38	1,43	1,46	1,48	1,50	1,52
Średni wiek rodzenia	29,0	29,3	29,8	30,2	30,5	30,8	31,0	31,2	31,3
Przeciętne trwanie życia									
Mężczyźni	73,1	73,4	74,6	75,9	77,3	78,4	79,5	80,8	82,1
Kobiety	81,1	81,2	82,1	83,0	84,0	84,8	85,6	86,5	87,5
Saldo migracji zagranicznych (definitywnych) w tys.	-20	-10	-7	-5	-2	0	0	0	0

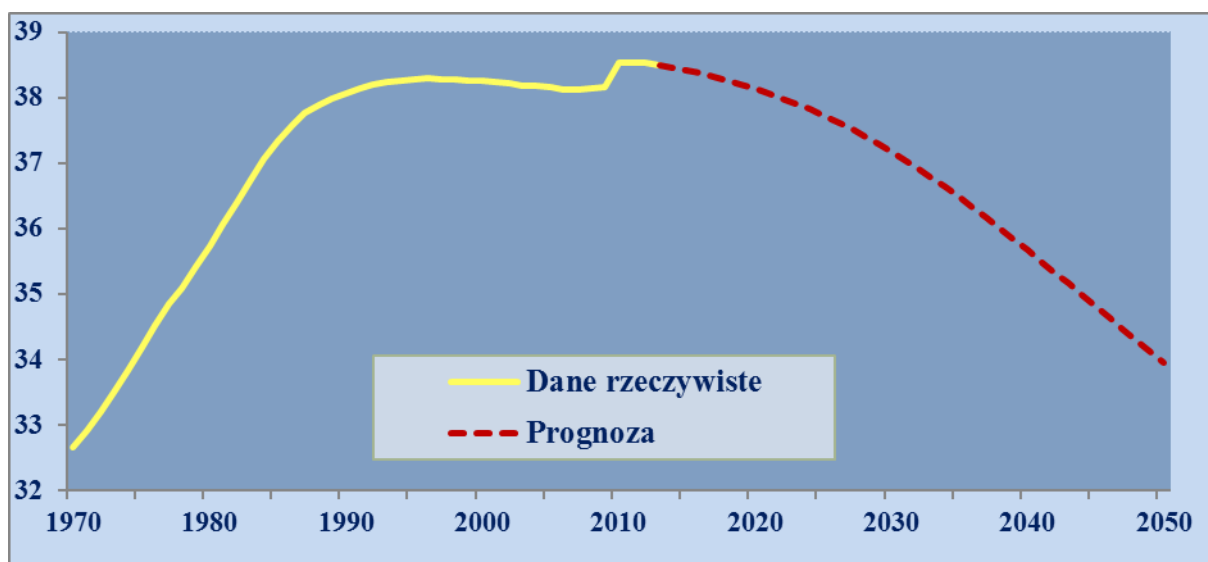
Źródło: GUS.

- systematyczny spadek liczby ludności z 38,5 mln w 2013 r. do około 34 mln w 2050 r., a więc o 4,5 mln osób (zob. wykres 1),
- istotne zmiany struktury populacji według wieku – postępujący proces starzenia ludności:
 - niekorzystne zmiany liczby i struktury wg wieku kobiet w wieku rozrodczym (z 9,3 mln w 2013 roku do 5,8 mln w 2050 roku), a więc o 3,5 mln, w tym głównie ubytek liczby kobiet w wieku największej aktywności prokreacyjnej (wykr. 3),
 - niekorzystne zmiany liczby i struktury populacji według ekonomicznych grup wieku (wykr. 5). Stosunkowo najmniejsze zmiany przewiduje się w przypadku populacji w wieku przedprodukcyjnym. Z demograficznego punktu widzenia nie będą to jednak zmiany korzystne, liczba ludności w wieku do 17 lat zmniejszy się bowiem z ok. 7 mln w 2013 r. do ok. 5 mln w 2050 r., a więc o ponad 2 mln. W 2050 r. dzieci i młodzież będą stanowiły zaledwie 14,6% ogółu ludności, co w porównaniu z 2013 r. oznacza spadek o 3,6 pkt. proc. Niemal w całym prognozowanym okresie wystąpi systematyczny spadek liczby ludności w wieku produkcyjnym. Do 2040 r. liczba osób w tej kategorii wieku (wg aktualnie obowiązującego wieku emerytalnego) zmniejszy się o ponad 2,5 mln osób, a więc znacznie mniej niż według poprzednio obowiązującego wieku emerytalnego (wówczas ubytek wyniósłby prawie 4,9 mln osób). Z tytułu wydłużenia wieku emerytalnego ubytek ludności w wieku produkcyjnym będzie mniejszy o 2,3 mln osób. Najtrudniejsza jednak będzie

dekada lat 40., gdyż liczba ludności w wieku produkcyjnym zmniejszy się prawie o 3 mln osób. Razem, w całym okresie objętym prognozą, liczba ludności w wieku produkcyjnym zmniejszy się z ok. 24,5 mln w 2013 r. do 19,0 mln osób w 2050 roku. Ubytek ludności w wieku produkcyjnym będzie więc nadal ogromny i wyniesie 5,5 mln osób. Zdecydowanie większy ubytek ludności w wieku produkcyjnym wystąpi w miastach (ponad 4,5 mln) niż na wsi (niecały 1 mln).

- przyśpieszenie tempa procesu podwójnego starzenia (wykr. 4). Zwiększy się nie tylko liczba i odsetek ludności w wieku 65 i więcej lat, ale także liczba i odsetek osób w wieku 80 i więcej lat (wśród całej populacji osób starszych – 65+).

Wykres 1. Prognoza ludność Polski na lata 2014-2050 (w mln)
(lata 1970–2013 – dane rzeczywiste)

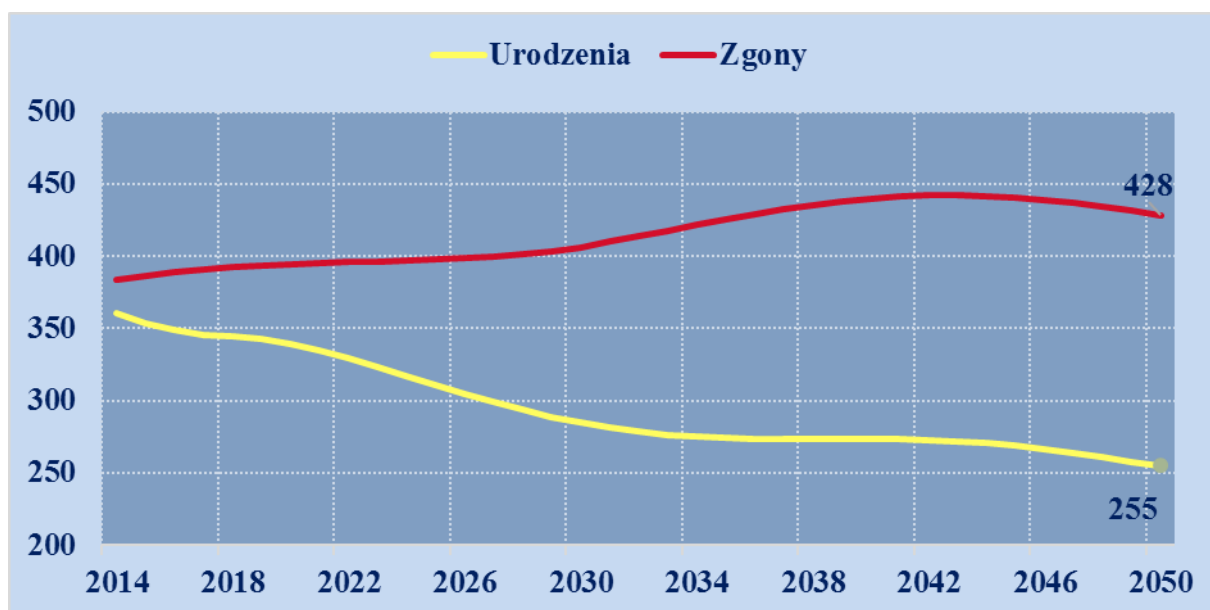


Źródło: GUS.

Najbardziej prawdopodobne przeobrażenia w strukturze ludności według wieku spowodują więc:

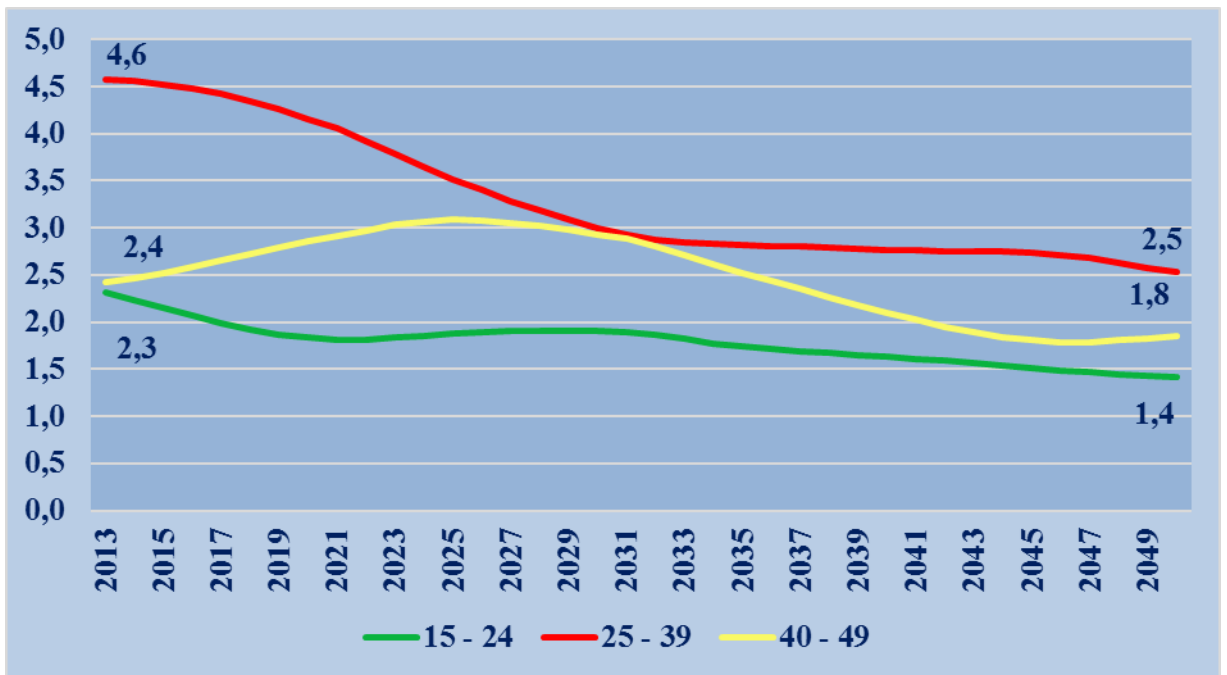
- postępujący proces starzenia się ludności Polski,
- duży ubytek i starzenie się ludności w wieku produkcyjnym,
- malejącą liczbę dzieci i młodzieży,
- ubytek kobiet w wieku prokreacyjnym.

Wykres 2. Prognozowane urodzenia i zgony w latach 2014–2050 (w tys.)



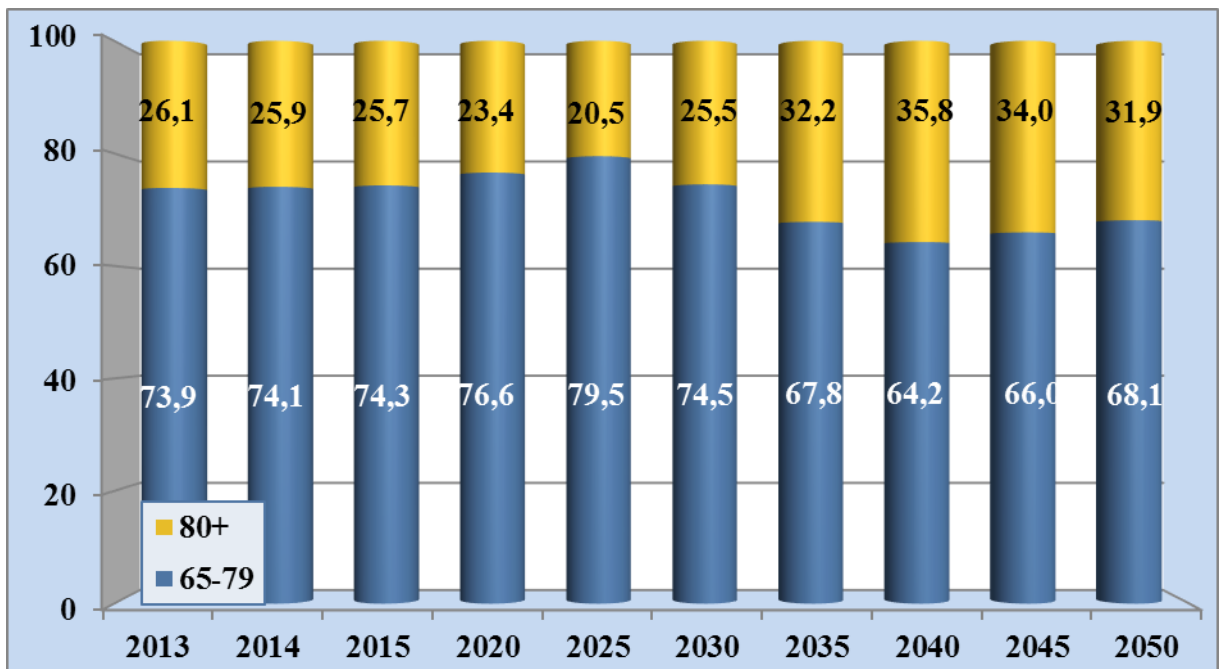
Źródło: GUS.

Wykres 3. Prognozowana liczba kobiet w wieku 15–24, 25–39, 40–49 lat
w okresie 2014–2050 (w mln)



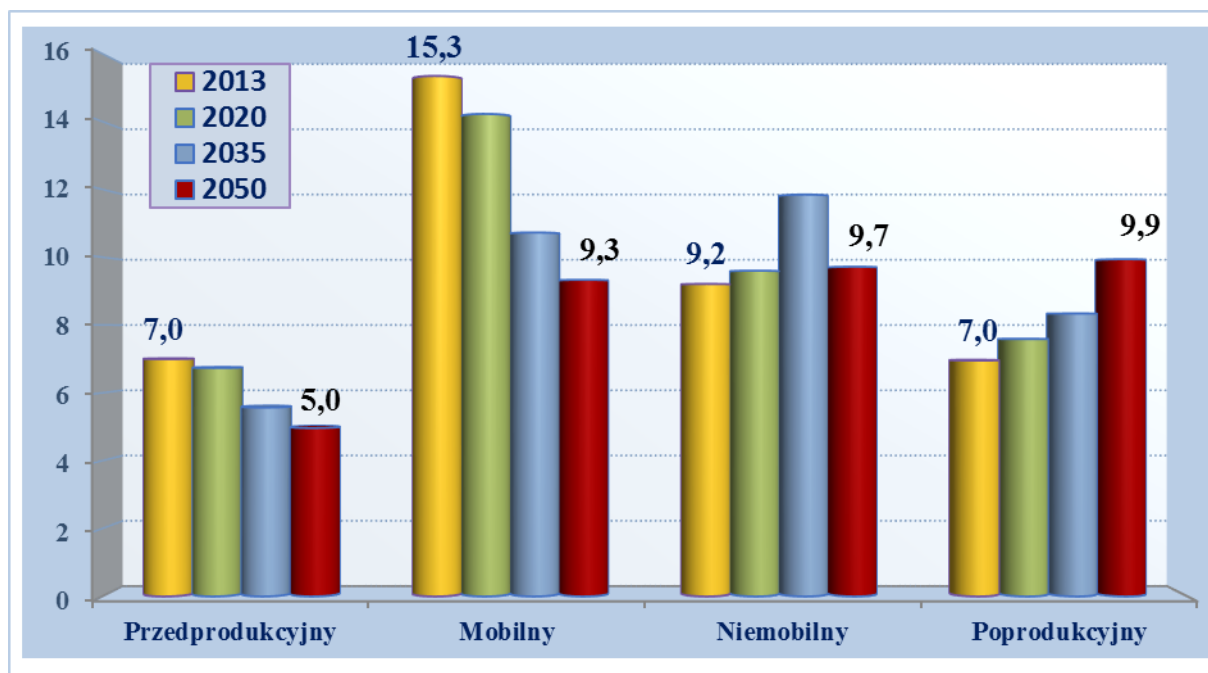
Źródło:

Wykres 4. Podwójne starzenie populacji



Źródło: GUS.

Wykres 5. Ludność według ekonomicznych grup wieku (w mln)
(z uwzględnieniem zmian wieku emerytalnego)



Źródło: GUS.

3. Prognoza ludności rezydującej (według definicji międzynarodowej)

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

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

W Polsce (GUS) prowadzone są prace zmierzające do systematycznego sporządzania bilansu ludności rezydującej na jak najniższym poziomie podziału administracyjnego. Głównym ich celem jest pozyskanie odpowiednich źródeł danych niezbędnych do szacowania liczby rezydentów. Te zobowiązania międzynarodowe dotyczą nie tylko informacji bieżących o liczbie tej kategorii ludności, ale także zakładają opracowywanie prognoz ludności rezydującej. GUS przygotował taką prognozę ludności rezydującej na poziomie krajowym na

lata 2016–2050 z wykorzystaniem danych wejściowych o ludności rezydującej wg stanu w dniu 31 grudnia 2014 roku. Do jej opracowania przyjęto zmodyfikowane założenia płodności i umieralności prognozy ludności według definicji krajowej:

- Płodność – modyfikacje dotyczyły wartości współczynnika dzietności oraz struktury wejściowych współczynników płodności według wieku i uwzględniały różnice między wartościami z prognozy 2014 r., a wyliczonymi dla ludności rezydującej,
- Umieralność – utrzymano założenie o dystansie Polski w stosunku do rozwiniętych krajów europejskich na niezmiennym poziomie. Zmodyfikowane zostały wejściowe parametry danymi za 2014 r. oraz dokonano odpowiedniej korekty prawdopodobieństw przeżycia.

Prognoza uwzględnia migracje długookresowe, tj. migracje na pobyt stały oraz migracje na pobyt czasowy z zamiarem przebywania w Polsce/za granicą przez okres co najmniej 12 miesięcy:

- dla imigracji – strukturę płci i wieku imigrantów przyjęto na podstawie imigracji rejestrowanych z lat 2011–2014,
- dla emigracji – założono stałe współczynniki intensywności wyjazdów osób w danym wieku, wyznaczone jako stałe z ostatnich lat.

Tablica 2. Porównanie założeń dwóch prognoz

Prognoza wg definicji:	2013	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
	Współczynnik dzietności								
krajowej	1,26	1,24	1,32	1,38	1,43	1,46	1,48	1,5	1,52
międzynarodowej	x	1,34	1,41	1,45	1,48	1,51	1,52	1,54	1,55
	Saldo migracji zagranicznych w tys.								
krajowej	-20	-10	-7	-5	-2	0	0	0	0
międzynarodowej	x	-5	4	12	20	25	30	34	37

Źródło: GUS.

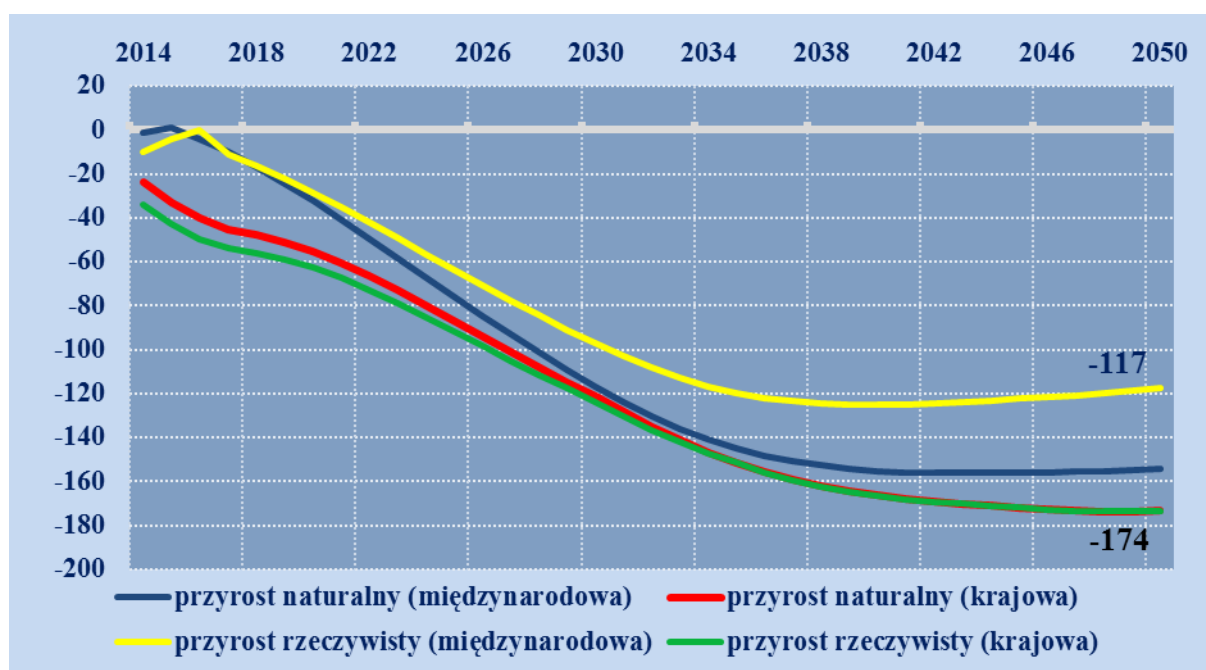
Zgodnie z przyjętymi założeniami w całym okresie prognozy dzietność kobiet rezydentek będzie nieznacznie wyższa niż założona w prognozie ludności według definicji krajowej. Nie są to jednak różnice, które spowodowały istotne zmiany w przebiegu rozwoju liczby rezydentów w Polsce

do 2050 roku. Z kolei w zakresie migracji zagranicznych począwszy od 2020 r. przyjęto rosnące, dodatnie saldo migracji (do 37 tys. w 2050 r.), co dla całego okresu spowoduje wzrost liczby ludności rezydującej o kilkaset tysięcy.

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

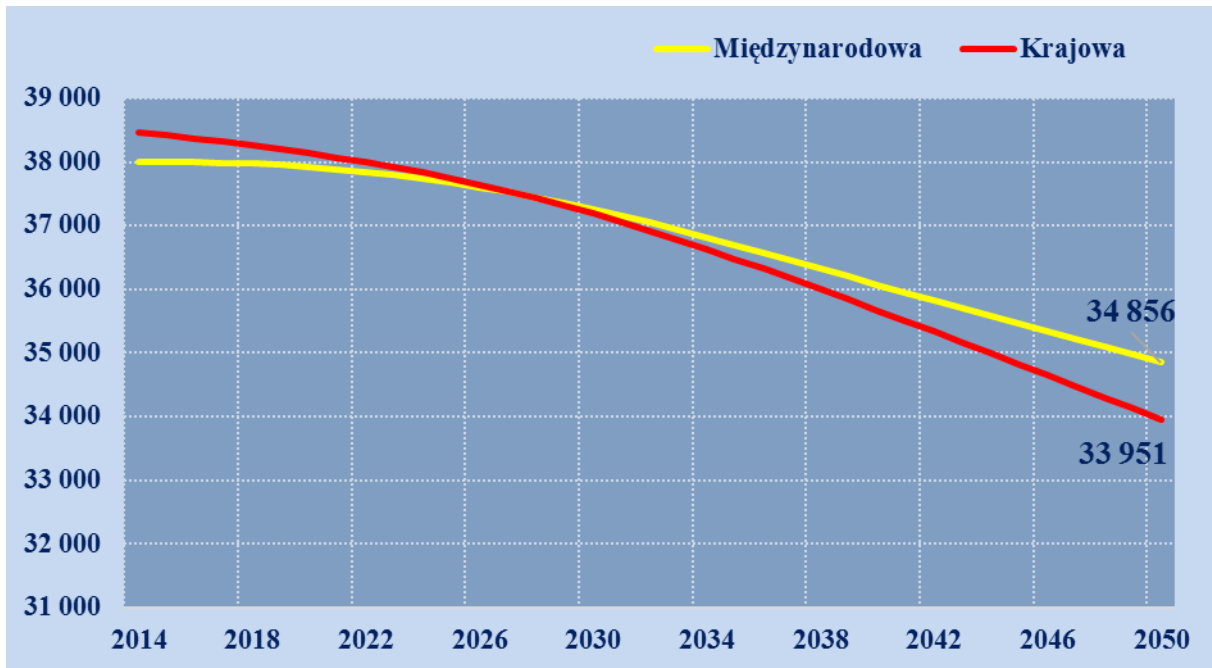
- Spadek liczby urodzeń z 375,2 tys. w 2014 r. do 277,6 tys. w 2050 r. (-97,6 tys.).
- Wzrost liczby zgonów z 376,5 tys. w 2014 r. do 432,0 tys. w 2050 r. (+55 tys.).
- Od 2018 r. dodatnie saldo migracji zagranicznych (+37 tys. w 2050 r.).
- Ujemny przyrost naturalny w całym prognozowanym okresie (-155 tys. w 2050 r.) oraz – mimo dodatniego salda migracji zagranicznych – ujemny przyrost rzeczywisty.
- Systematyczny spadek liczby ludności do 34,9 mln w 2050 r. (-3 150 tys.).
- Istotne zmiany struktury populacji – postępujący proces starzenia ludności Polski:
 - niekorzystne zmiany liczby i struktury według wieku kobiet w wieku rozrodczym,
 - niekorzystne zmiany liczby i struktury populacji w podziale na ekonomiczne grupy wieku,
 - przyspieszenie tempa procesu podwójnego starzenia.

Wykres 6. Przyrost naturalny i rzeczywisty według definicji krajowej oraz międzynarodowej (w tys.)



Źródło: GUS.

Wykres 7. Prognozowane stany ludności do 2050 r. według definicji krajowej oraz międzynarodowej (w tys.)



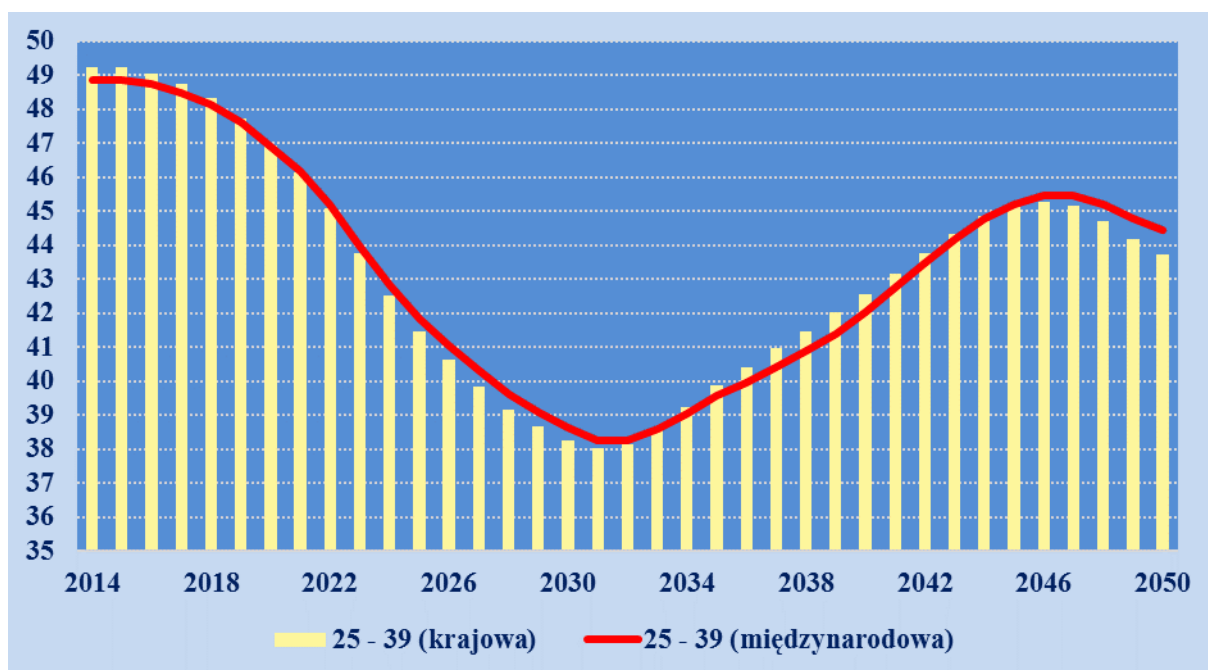
Źródło:

Tablica 3. Zmiany stanów ludności – prognoza ludności według definicji krajowej oraz międzynarodowej

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

Źródło: GUS.

Wykres 8. Udział procentowy kobiet w wieku 25-39 lat w ogólnej liczbie kobiet w wieku rozrodczym



Źródło: GUS.

Tablica 4. Prognoza ludności według definicji krajowej oraz międzynarodowej: starzenie się populacji

	Mediana	Wskaźnik starości demograficznej w %	Indeks starości	Obciążenie demograficzne								
				Ogółem		Przed-produkcyjnym		Poprodukcyjnym				
Prognoza według definicji krajowej (K) oraz międzynarodowej (M)												
	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M
2015	39,8	39,9	15,8	16	106	106	57	58	28	30	29	29
2020	41,9	41,8	18,9	19,1	127	125	60	65	28	30	32	36
2025	44,1	43,8	21,7	21,8	157	150	63	64	28	28	35	37
2035	48,6	47,9	24,5	24,2	197	187	62	63	25	26	37	37
2050	52,5	51,2	32,7	31,5	269	250	78	77	26	27	52	50

Źródło: GUS.

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

- wyższy przyrost naturalny i rzeczywisty,
- wyższą liczbę ludności począwszy od 2027 r.,
- nieco bardziej korzystny udział kobiet w wieku 25–39 lat, szczególnie w latach 2020–2035 oraz po 2045 r.,
- nieco korzystniejsze relacje międzypokoleniowe oraz niższe obciążenie ludnością w wieku poprodukcyjnym pod koniec prognozowanego okresu.

4. Nowa polityka rodzinna – co przyniesie dla rozwoju demograficznego

Problemy przyszłego rozwoju ludności Polski od lat znajdują się w centrum uwagi osób odpowiedzialnych za politykę społeczną. Obecne zainteresowanie problemami demograficznymi, a dzięki temu odpowiednią rangę w polityce społecznej rządu zyskały dzięki działalności Rządowej Rady Ludnościowej (RRL) oraz dzięki wysiłkom polskich demografów. Nie ulega jednak wątpliwości, że perspektywy

demograficzne naszego kraju będą miały istotne znaczenie dla przyszłej polityki społecznej oraz gospodarczej. Sytuacja ludnościowa zawsze jest ważną przesłanką kreowania odpowiedniej strategii rozwoju i czynnikiem determinującym możliwości rozwiązywania różnych problemów społecznych. W tym duchu RRL sformułowała założenia polityki ludnościowej, które miały ułatwić podejmowanie kompleksowych działań w celu złagodzenia niekorzystnych tendencji w rozwoju ludności. Od pewnego czasu kolejne instrumenty polityki rodzinnej były stopniowo wdrażane z przekonaniem, że okażą się one skuteczne dla dalszego rozwoju demograficznego Polski. Jak do tej pory efekty tych działań w zakresie procesów demograficznych mają ograniczoną skuteczność. Kolejne lata nie przynosiły oczekiwanej (znaczącej) poprawy sytuacji demograficznej. Być może jest to rezultat fragmentarycznych działań, nie mających silnego wpływu na postawy demograficzne ludności Polski. Kolejnym instrumentem o szerokim zasięgu oddziaływania na warunki życia rodzin z dziećmi, zwłaszcza wielodzietnych jest program 500+. Z programem tym wielu polityków i ekspertów wiąże większe nadzieje na poprawę sytuacji demograficznej w Polsce, zwłaszcza w zakresie zwiększonej liczby urodzeń i spowolnienia ubytku ludności w naszym kraju.

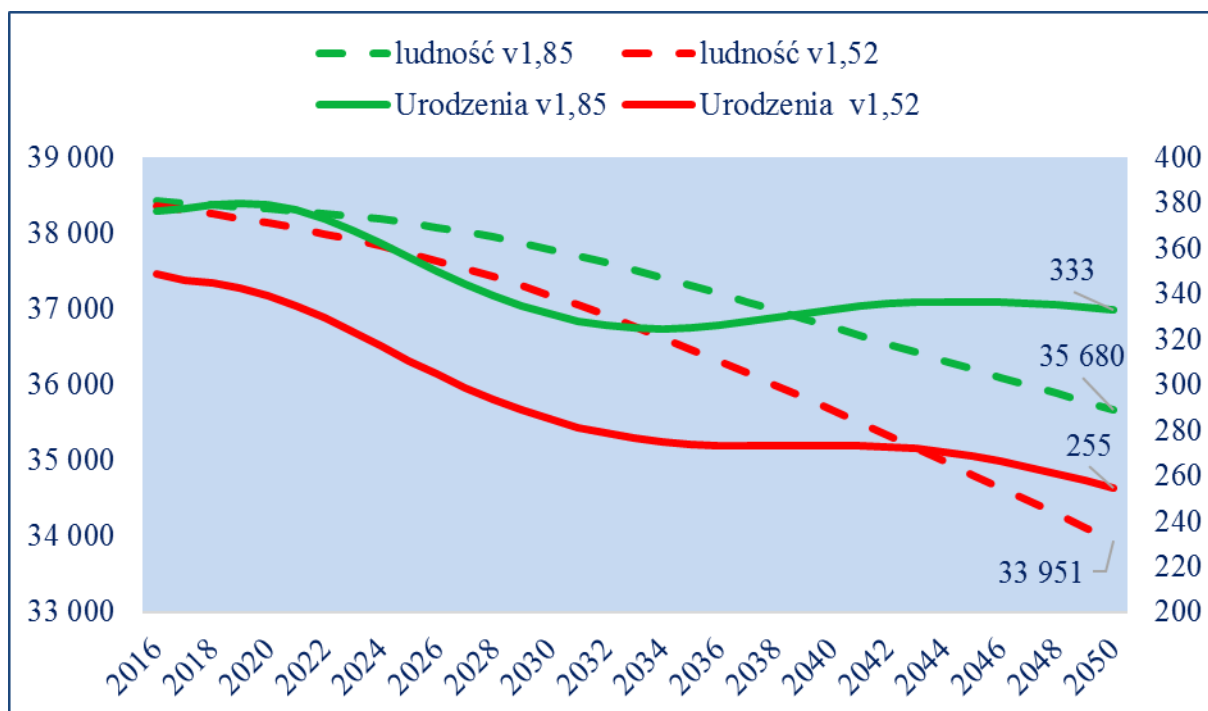
W celu zobrazowania potencjalnych zmian w liczbie urodzeń i liczbie ludności przeprowadzono symulację projekcji rozwoju ludności w perspektywie do 2050 r., przyjmując założenia zwiększonej dzietności polskich kobiet do poziomu przyjętego w jednym z wariantów wcześniejszej prognozy ludności według definicji krajowej (bardzo wysokiego). Warto przypomnieć, że w obowiązującej prognozie przyjęto, że współczynnik dzietności będzie systematycznie, ale powoli zwiększał się do poziomu 1,52 w 2050 roku. Według wariantu bardzo wysokiej dzietności poziom ten mógłby osiągnąć wartość 1,85, a więc powinien być większy dość istotnie (o 22%) niż w aktualnie obowiązującej prognozie. Pozostałe założenia dotyczące umieralności, migracji wewnętrznych i zagranicznych pozostały bez zmian.

Zasadnicze pytanie, które nasuwa się w tym miejscu, dotyczy możliwego potencjalnego wzrostu dzietności kobiet w wyniku działania programu 500+. W tej chwili nie ma żadnych przesłanek, aby odpowiedzialnie udzielić odpowiedzi na to pytanie. W naszym przekonaniu zwiększenie dzietności do wysokiego poziomu (1,85) byłoby sukcesem tego programu. Przyjrzyjmy się zatem, jakie może to mieć znaczenie dla rozwoju ludności Polski do 2050 roku.

Wyniki symulacji zostały zaprezentowane na wykresie uwzględniającym zmiany w liczbie urodzeń oraz zmiany w liczbie ludności przy dwóch założeniach poziomu dzietności: dotychczasowego 1,52 oraz bardzo wysokiego dla potrzeb symulacji 1,85. Przypomnijmy, że w obu przypadkach założenia dotyczące umieralności oraz migracji są takie same, a zatem zmiany w przebiegu rozwoju ludności w wariantcie symulacyjnym będą efektem wyłącznie podwyższonej dzietności.

Wyniki są interesujące, gdyż pokazują, że – po okresie zmniejszania się liczby urodzeń do 2034 r. (z 376 tys. do ok. 325 tys.) – w latach 2035–2045 jest spodziewany nieznaczny wzrost liczby urodzeń do ok. 336 tys. , a później stabilizacja na poziomie około 335 tys. urodzeń. Tak więc roczna liczba urodzeń do 2050 r. nie powróci do poziomu z obecnego okresu nawet pod wpływem działania programu 500+. Będzie jednak większa niż liczba urodzeń wg wariantu obowiązującej prognozy (dzietność w 2050 r. na poziomie 1,52) o około 40–80 tys. rocznie, a za cały okres (2016–2050) o 1,8 mln osób.

Wykres 9. Prognozowane urodzenia i stany ludności według wariantu oficjalnego (v1,52) oraz wariantu bardzo wysokich urodzeń (v1,85)



Źródło: GUS.

Głównym efektem programu 500+ może być zatem zwiększona dzietność kobiet, ale z uwagi na malejącą liczbę kobiet w wieku rozrodczym, która będzie miała miejsce do przełomu lat 30. i 40. XXI wieku, liczba urodzeń zwiększy się (w stosunku do wariantu bez programu 500+) w ograniczonym stopniu. Dopiero od połowy lat 30. (po 2034 r.) liczba urodzeń będzie się nieznacznie zwiększać, co będzie związane z powoli rosnącą liczbą kobiet w wieku prokreacyjnym oraz korzystnymi zmianami strukturą kobiet w wieku prokreacyjnym, zwłaszcza w wieku największej płodności (25–34). Taki rozkład w czasie zmian w liczbie urodzeń wynika z opóźnionych w czasie efektów programu 500+ nie tylko w zakresie poziomu dzietności, ale także liczby kobiet w wieku rozrodczym. Można więc stwierdzić, że program 500+ został wprowadzony zbyt późno w stosunku do potrzeb zahamowania (złagodzenia) niekorzystnych tendencji w kształtowaniu się liczby urodzeń w Polsce.

Zmiany w liczbie urodzeń spowodowane wdrożeniem nowej polityki rodzinnej, będą miały – zgodnie z symulacją – wpływ także na zmiany liczby ludności Polski. Niestety, nie spowoduje ona zahamowania spadku liczby ludności, ale znacząco go spowolni, a efekty będą coraz większe w miarę upływu prognozowanego czasu. Dzięki temu liczba ludności w 2050 r. może wynieść 35,7 mln osób, a więc o ponad 1,7 mln więcej niż według dotychczasowej prognozy (około 34 mln) – wykres 9.

Przebieg procesów demograficznych ma uwarunkowania długookresowe, a zatem wszelkie działania w sferze polityki rodzinnej i polityki ludnościowej muszą być podejmowane z dużym wyprzedzeniem. Jak wynika z naszej symulacji, pewne korzystne zmiany łagodzące niekorzystne tendencje demograficzne mogą się pojawić dopiero w trzeciej i czwartej dekadzie tego wieku. Do tej pory przebieg procesów ludnościowych będzie w dużym stopniu kontynuacją dotychczasowych trendów: w zakresie urodzeń, zgonów i częściowo migracji, co będzie miało wpływ na malejącą liczbę ludności (choć wolniejszą) i dość znaczące zmiany w strukturze ludności według wieku.

5. Dotychczasowe wyzwania wynikające z rozwoju demograficznego wciąż aktualne

W świetle przeprowadzonej symulacji oraz nowej prognozy ludności rezydującej można więc stwierdzić, że większość wyzwań wynikających z rozwoju demograficznego Polski, jakie zostały sformułowane na podstawie analizy perspektyw demograficznych do 2035 r., w świetle poprzedniej prognozy demograficznej i nowszej prognozy demograficznej do 2050 r. nadal będzie aktualna⁶. Sprowadzają się one do następujących cech rozwoju ludności Polski do 2050 roku:

- Systematyczny ubytek liczby ludności naszego kraju jako rezultat głównie niskiej dzietności rodzin, niegwarantującej prostej zastępowalności pokoleń. Nadal więc aktualne jest pytanie, czy ten trend rozwoju ludności jest akceptowalny dla polskiego społeczeństwa, czy też należałoby nadal wzmocnić pronatalistyczne elementy polityki prorodzinnej. Tylko długofalowa i konsekwentnie realizowana polityka społeczna sprzyjająca podejmowaniu decyzji prokreacyjnych ludności może przynieść pożądane efekty w przyszłości. Potrzebna jest zatem całościowa koncepcja takiej polityki, a następnie jej konsekwentna realizacja w praktyce. Wypracowane przez RRL założenia polityki ludnościowej mogą być dobrą podstawą do dalszych działań w tym zakresie.
- Drugi niezwykle ważny obszar zadań wynikających z przewidywanych trendów demograficznych to polityka społeczna wobec osób starszych. W tym zakresie nasza przyszłość jest już zdefiniowana i blisko 10 milionowa populacja osób starszych (w wieku poprodukcyjnym) jest przesądzona. Jest to populacja, która charakteryzuje się specyficznymi potrzebami w wielu dziedzinach, zwłaszcza w sferze ochrony zdrowia, opieki społecznej, integracji ze społeczeństwem itp. Dostrzeżenie potrzeb tej populacji nie powinno być interpretowane wyłącznie w kategoriach obciążenia społecznego, ale także jako szansa na rozwój usług społecznych, na złagodzenie trudnej sytuacji na rynku pracy, na urzeczywistnienie słusznych założeń o konieczności przenoszenia efektów rozwoju gospodarczego na rozwój społeczny.
- Szczególnie dynamiczne zmiany wystąpią wśród ludności w wieku produkcyjnym. W istocie będą one ułatwiać rozwiązywanie problemu bezrobocia z uwagi na malejącą presję demograficzną na rynek pracy. Może pojawić się jednak inna trudność na rynku pracy, a mianowicie potencjalny niedobór podaży zasobów pracy związany z ogromnym ubytkiem ludności w wieku produkcyjnym. Działania zaradcze należy już planować, a głównym ich kierunkiem powinno być zwiększenie aktywności zawodowej ludności naszego kraju i to nie tylko w wieku produkcyjnym. W wielu krajach w

⁶ M. Waligórska, J. Witkowski, *Przyszłość demograficzna Polski do roku 2050*, op.cit., s. 93–95.

poszukiwaniu dodatkowych rąk do pracy stwarza się odpowiednie możliwości (warunki) do kontynuowania pracy także po osiągnięciu wieku emerytalnego. Takiej potrzeby nie odczuwamy jeszcze w Polsce, ale biorąc pod uwagę czekające nas zmiany demograficzne pojawi się ona stosunkowo szybko.

Przewidywane trendy rozwoju ludności mogą ulec pewnej modyfikacji pod wpływem kompleksowej polityki ludnościowej. Jak wykazała przeprowadzona symulacja potencjalnych efektów wdrożonego programu 500+ może wystąpić zwiększona dzietność kobiet w Polsce. Niezależnie jednak od skali zwiększonej dzietności, będą kontynuowane dotychczasowe (niekorzystne) trendy procesów ludnościowych, ale w wolniejszym tempie.

W podsumowaniu warto raz jeszcze podkreślić ogromne znaczenie zmian sytuacji ludnościowej dla programowania przyszłego rozwoju społeczno-ekonomicznego. Dla większości obszarów tej polityki przyszłe trendy demograficzne są już w dużej części przesądzone i podejmowane obecnie działania aktywizujące (wzmacniające) politykę rodzinną tylko w ograniczonym stopniu zmodyfikują te wyzwania. Wciąż jednak wyzwania wynikające z procesu starzenia się społeczeństwa polskiego, dużych zmian w strukturze ludności według wieku, w tym malejącej liczby młodzieży oraz osób w wieku produkcyjnym, a także potrzeby kreowania pożądanej polityki migracyjnej, zwłaszcza w zakresie migracji zagranicznych są aktualne i wymagają pilnego podjęcia.

DYSKUSJA

PIOTR ŁYSON

DYREKTOR DEPARTAMENTU BADAŃ SPOŁECZNYCH I WARUNKÓW ŻYCIA GUS

Konferencja dotyczy długookresowego rozwoju Polski. W tym kontekście chciałbym, po pierwsze, poruszyć kwestię rodzin wielodzietnych, których udział w strukturze rodzin nie jest dziś duży. Jeśli jednak uwzględnimy prognozy wskazujące, jaki będzie za 20 czy 30 lat udział dzieci z tych rodzin w strukturze ludności, to będzie on znacznie większy niż obecnie. Z tych rodzin, które dziś mają trójkę, czwórkę, pięcioro czy więcej dzieci, będzie pochodziła znaczna część osób, które kiedyś będą tworzyć rodziny i będą miały swoje dzieci. Jeżeli w tych rodzinach uda się ukształtować w dzieciach przekonanie, że warto kontynuować model stabilnej rodziny wielodzietnej z poprzedniego pokolenia, to ten model w następnym pokoleniu również będzie powielany, co prawdopodobnie w istotnym stopniu powinno się przyczynić do poprawy wskaźników, o których rozmawiamy.

Po drugie, program 500+ trzeba postrzegać w kontekście znacznie szerszym, tj. szeroko rozumianego bezpieczeństwa warunków życia rodzin. –Chodzi o to, żeby rodzina nie musiała się zastanawiać, czy będzie ją stać na ważne wydatki związane z jej funkcjonowaniem: czy będzie miała za co kupić to, co jest dla niej ważne, czy będzie miała gdzie mieszkać, gdzie się leczyć itp.. Rodzina powinna uzyskać taki stopień bezpieczeństwa warunków życia, żeby nie musiała się o to troszczyć.

Po trzecie, myślę, że bardzo istotne są szeroko rozumiane działania edukacyjne, poczynając od najmłodszego pokolenia, ale też dobrze rozumiane, mądre świadectwo rodzin, które starają się żyć według modelu stabilnej rodziny opartej na wierności, wspólnocie i gotowości przyjęcia dzieci. Myślę, że jeżeli ten wzorzec będzie, po pierwsze, przedmiotem mądrego świadectwa, a po drugie, będzie mądrze upowszechniany, m.in. przez instytucje edukacyjne, to w znacznym stopniu przyczyni się to do poprawy sytuacji demograficznej naszego kraju.

Po czwarte, jeżeli wziąć pod uwagę przyczyny rozwodów, to dwie z nich, stanowiące łącznie prawie połowę przyczyn, czyli niezgodność charakterów i nieporozumienia na tle finansowym, mogą być, jestem o tym głęboko przekonany, usunięte w drodze dobrego poradnictwa rodzinnego. Szersze wsparcie rodzin poradnictwem rodzinnym mogłoby zatem doprowadzić do tego, że zniknęło by mniej więcej połowy rozwodów w Polsce, co oczywiście też w dzisiejszej perspektywie – również postrzegania owego świadectwa, jakie w tym pokoleniu dajemy dzieciom – może być inwestycją w przyszłe pokolenia i w rozwój Polski.

Jeśli chodzi o seniorów, warto się zastanowić, jak można w szerszym zakresie, poprzez dostosowanie reżimu, trybu wykonywania pracy, umożliwić osobom w podeszłym wieku dalsze wykonywanie pracy zawodowej – niekoniecznie w sztywnych godzinach pracy, niekoniecznie 40 godzin tygodniowo, 5 dni w tygodniu, 8 godzin dziennie. Myślę, że dalsze upowszechnianie elastycznego trybu wykonywania pracy – w niepełnym wymiarze czasu, częściowo pracy w domu – bardzo dobrze służyłoby uaktywnieniu starszej części naszego społeczeństwa, a także umożliwiłoby kobietom powrót na rynek pracy po okresie opieki nad małymi dziećmi.

W tej chwili ów powrót jest bardzo trudny, skoro jest alternatywa: albo nie pracować wcale, albo pracować 40 godzin tygodniowo. Tu mogę dodać, że z przeprowadzonego w 2013 r. badania budżetu czasu wynika, że 3/4 pracujących osób w Polsce, i częściej są to kobiety niż mężczyźni, pracuje niestety właśnie w tym sztywnym reżimie: 40 godzin tygodniowo, 8 godzin dziennie, 5 dni w

tygodniu, ze stałą godziną przyścia do pracy i wyjścia z pracy. To jest kompletny anachronizm i myślę, że rozprawiając się z tym systemem, uwolnimy znaczną część zasobów siły roboczej, które dziś są niestety zamrożone.

Odwołując się do wymiaru terytorialnego, chciałbym jeszcze zwrócić uwagę na wahadłową mobilność przestrzenną. Gdybyśmy w szerszym zakresie umożliwili ludziom szybkie i dobrze zorganizowane dojazdy do pracy, znacznie zmniejszyłaby się presja na zmianę miejsca zamieszkania i nastąpiłoby większe dopasowanie popytu i podaży pracy w układzie terytorialnym.

KRZYSZTOF KWIATKOWSKI

PREZES NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI

Jeśli kilka lat temu na moim miejscu występowałaby dowolna osoba, która byłaby prezesem NIK, to patrząc na takie programy, jak program 500+, pewnie bardziej skupiałaby swoją uwagę na kwestiach związanych z częścią kosztową i budżetową. W ostatnich latach staramy się szerzej spoglądać na problematykę funkcjonowania państwa. Patrę z nadzieją na program 500+. Chciałbym zapewnić, że naczelny konstytucyjny organ kontroli państwowej będzie zwracał uwagę i podpowiadał, jak realizować ten program, żeby minimalizować ewentualne związane z nim zagrożenia dla budżetu państwa. Nikt dzisiaj, w obecnej sytuacji demograficznej Polski, nie może zapominać (mówię o instytucjach państwowych) o owym szerszym kontekście, o tym, jaka jest dzisiaj struktura wieku ludności, jaki jest potencjał demograficzny.

Gdy w 2014 r. kontrolowaliśmy politykę prorodzinną państwa, stwierdziliśmy, że wiele różnych działań nie przełożyło się na to, na czym nam najbardziej zależy, czyli na wzrost liczby urodzeń. Mówię o tym, żeby zaznaczyć, że każdy z programów prorodzinnych można skrytykować. Najnowszy program także jest krytykowany, ale zobaczymy – patrzymy na tę propozycję z nadzieją (mówię przynajmniej o swoich odczuciach). Ten program, z uwagi na wymierną bezpośrednią pomoc rodzinom, ma szansę doprowadzić do wzrostu liczby urodzeń.

Chciałbym państwa przekonać do jeszcze jednej kwestii – instytucja, którą reprezentuję, jest naprawdę dobrym partnerem do rozmowy o różnych fragmentach funkcjonowania państwa. Przyjrzelśmy się na przykład temu – a jeżeli popatrzymy na piramidę wieku, zobaczymy, jak ważne jest to zagadnienie – w jaki sposób państwo zajmuje się osobami starszymi. Przyjrzelśmy się, jak funkcjonuje opieka medyczna dla osób starszych, a w zasadzie, jak dzisiaj, prawdę mówiąc, nie funkcjonuje. Co więcej, wszystkie przesłanki wskazują na to, że państwo powinno tę opiekę organizować w inny sposób. Jeżeli opieka geriatryczna może być tańsza, efektywniejsza, lepsza, a instrumenty, z których korzysta państwo, kontrakcji opieki medycznej przez system Narodowego Funduszu Zdrowia *de facto* deprecjonują ten system opieki w porównaniu z innymi, to osoba, która odpowiada za system opieki zdrowotnej czy współtworzy go, powinna wyciągnąć z tego odpowiednie wnioski. Przyglądamy się nie tylko administracji rządowej, ale mamy także cały blok zagadnień związanych z funkcjonowaniem jednostek samorządu terytorialnego, łącznie z tym, jak wygląda opieka nad osobami starszymi w domach pomocy społecznej, jak działa system wsparcia seniorów na poziomie gminy, czyli tam, gdzie oni przebywają. Zwracam także uwagę na inspekcje

dotyczące systemu kontroli związanego z systemem edukacji, a także na to, że ten system musi ewoluować w powiązaniu ze zmianami w strukturze wieku.

Podsumowując, chciałbym przekonać do tego, że NIK jest partnerem, który może służyć wiedzą i pomocą. Zawsze podkreślam, że Najwyższa Izba Kontroli to nie jest organ ścigania, to nie jest prokuratura. Jeżeli mówimy o jakichś nieprawidłowościach, to nie po to, żeby deprecjonować działania osoby, która odpowiada za funkcjonowanie określonego obszaru państwa. Tak naprawdę w kontrolach NIK najważniejsze są wnioski i rekomendacje – i te dotyczące zmian przepisów prawa, i te dotyczące zmian organizacyjnych. Składam więc deklarację współpracy w tym zakresie. Informacje, które były tu prezentowane, będą dla mnie inspiracją w planowaniu pracy mojej instytucji, żeby mogła wspierać Rządową Radę Ludnościową w analizie i diagnozie w tych dziedzinach, które mogą być ważne dla podejmowania decyzji w przyszłości.

PROF. DR HAB. ADAM KURZYNOWSKI

SZKOŁA GŁÓWNA HANDLOWA

Chciałbym zwrócić uwagę na trzy ważne tematy, które pojawiały się we wszystkich wystąpieniach: pierwszy to kwestia perspektywy demograficznej, drugi – problem rozwoju ludności, trzeci zaś – warunki rozwoju demograficznego w ujęciu lokalnym.

Tocząca się tu dyskusja w istocie dotyczy obecnego i przyszłego zasobu kapitału ludzkiego, bez którego nie ma możliwości rozwoju. Rzecz w tym, że to właśnie kapitał ludzki uruchamia wszystkie inne kapitały, które mamy do dyspozycji w określonym czasie i przy określonych możliwościach. Dlatego tak ważnym tematem w dyskusji – na świecie, w Unii Europejskiej i w Polsce – jest to, jaka będzie przyszłość demograficzna, bo od niej będą zależały warunki rozwoju. W związku z tym warto zwrócić uwagę na dwie dalsze sprawy. Po pierwsze, rozwój demograficzny bardzo silnie wiąże się z rozwojem gospodarczym nie tylko ze względu na jakość i zasób kapitału ludzkiego, ale także przez wpływ na kształtowanie się rynków. Wiemy, że struktura demograficzna w istotny sposób kształtuje wszystkie rynki – rynek usług, rynek produktów; rynek krajowy i rynki międzynarodowe. W związku z tym odpowiednia struktura demograficzna i jej rozwój stanowią jeden z warunków zrównoważonego rozwoju.

Trzecia sprawa, na którą powszechnie zwracano uwagę – szczególnie jej znaczenie podkreśliła prof. J. Hryniewicz – to analizy demograficzne w ujęciu lokalnym. Ponieważ rodziny żyją w określonych środowiskach, korzystają z określonej infrastruktury społecznej, zatem rozwój demograficzny pobudza także to, co dzieje się w dziedzinie infrastruktury lokalnej, tj. w gminie i w powiecie.

W trakcie badań w jednej z gmin w województwie mazowieckim, w połowie lat 90., gdy pytano rodziców, czy widzą tu przyszłość dla swoich dzieci – tylko 14% odpowiedziało: tak. Można było więc założyć, że rodzice ci będą poszukiwać przyszłych możliwości rozwoju dla swoich dzieci na zewnątrz, poza własną gminą. Oczywiście nie zawsze tak się dzieje, ale jest to istotny sygnał ostrzegawczy. Ważna jest orientacja rodziny na środowisko, w którym żyje. Rodzina kształtuje w nim swoje warunki życia, licząc na to, że środowisko lokalne będzie się rozwijało.

Dzisiejszą konferencję należy więc także rozumieć jako ważną debatę o rozwoju lokalnym w gminie i powiecie. To tam się dokonują wszystkie podstawowe procesy dotyczące życia rodzinnego. Ważna jest zatem nie tylko statystyka na poziomie kraju i województw; tę mamy dobrą. Należy więcej uwagi zwracać na lokalne dane statystyczne. Rodzina żyje w gminie, w gminie

korzysta z infrastruktury społecznej i realizuje swoje rodzinne cele, w tym związane z dziećmi. Ważne jest to, jaką lokalne środowisko tworzy infrastrukturę, bo to ona właśnie przez wiele lat będzie wspomagała rodzinę w realizacji jej funkcji i celów.

Aspekty lokalne stanowiły także bardzo ważny fragment dyskusji na II Kongresie Demograficznym. Wskazywano tam, że bez aktywnego udziału samorządów terytorialnych na różnych poziomach, czyli gminnych, powiatowych i wojewódzkich, nie będzie można zaspokoić wszystkich ważnych potrzeb rodzin, a to negatywnie wpłynie na procesy demograficzne.

Wspomniane wyżej aspekty rozwoju rodziny i jej funkcjonowania powinny być starannie rozważane na równi z ogólnie znanymi czynnikami zrównoważonego rozwoju. Czynniki demograficzne jest bowiem jednym z najważniejszych warunków realizacji tej koncepcji rozwoju społeczeństw.

PROF. DR HAB. JERZY RUNGE

UNIwersytet Śląski, Katedra Geografii Ekonomicznej

Chciałbym przypomnieć, że sytuacja ludnościowa Polski jest tak naprawdę konsekwencją dwóch zjawisk, dwóch procesów. Pierwszy proces to wchodzenie wyżu demograficznego z lat 50. ubiegłego wieku – przechodzącego przez okres aktywności ekonomicznej w latach 70. – w wiek emerytalny, w starość. Skutki gospodarcze i społeczne tego procesu można było przewidzieć; jest to opisane w literaturze, w wielu opracowaniach.

Druga rzecz, która być może dla wielu była zaskoczeniem, to pochodna procesu transformacji ustrojowo-gospodarczej końca lat 80. – zjawisko emigracji, wyjazdów za granicę, które w dużym stopniu determinowało sytuację ludnościową w Polsce, zwłaszcza w przypadku niektórych regionów, takich jak Opolszczyzna czy województwo śląskie.

Teraz obydwie te procesy rzutują nie tylko na sytuację na rynku pracy, lecz także na warunki mieszkaniowe, rozwój szkolnictwa, ochrony zdrowia i opieki społecznej. Dlatego instytucje rządowe, także Główny Urząd Statystyczny, powinny inicjować pewne działania, np. szerzej udostępniać materiały dotyczące danych ludnościowych, także w skali wewnątrzmijskiej. Chodzi o to, żeby można się było przyjrzeć zwłaszcza tym ośrodkom miejskim, które w okresie powojennym rozwijały się ludnościowo w krótkim czasie. W ich przypadku bowiem konsekwencje negatywnych trendów demograficznych, takich jak starzenie się, będą się uzewnętrzniać w jeszcze większym stopniu, niż jest to prognozowane na poziomie ogólnokrajowym. Wystarczy spojrzeć na sytuację takich miast w województwie śląskim, jak Jastrzębie-Zdrój, Tychy, Dąbrowa Górnicza i Sosnowiec, gdzie proces starzenia się będzie z wielokrotnością w stosunku do prognozy, o której tu była mowa.

IGiPZ PAN

Chciałbym się z państwem podzielić dwiema refleksjami. Pierwsza związana jest z pytaniem – ilu ludzi w tej chwili mieszka w Polsce? Bo z jednej strony mamy statystykę dotyczącą oficjalnego zameldowania, a z drugiej wiadomo, że 2–2,1 mln Polaków przebywa za granicą, z czego ok. 1,5 mln dłużej niż 12 miesięcy. Jak więc właściwie ta ludność powinna być liczona, tym bardziej że ma to przecież zasadniczy wpływ na prognozy demograficzne Polski? Jeśli odejmiemy te 1,5 mln osób i weźmiemy pod uwagę, że ich dzieci nie urodzą się w Polsce, tylko gdzie indziej, to zaważy to w istotny sposób na naszych prognozach. Stąd kluczowa i otwarta pozostaje kwestia przewidywań. Chcemy, żeby były jak najlepsze i najdokładniejsze, ale one takie nie będą, jeśli nie będziemy uwzględniali faktu, że duża część mieszkańców Polski wyjechała i wiąże swoją przyszłość nie z Polską, tylko z zagranicą, chociaż osoby te pozostają w naszych rejestrach. To pierwsza refleksja.

Druga dotyczy bardzo silnych różnicowań regionalnych i przestrzennych, które cechują Polskę. Charakteryzujemy się chyba największymi w Europie dysproporcjami tego typu. Te różnicowania są bardzo silne od wielu zresztą dekad. Są w kraju regiony i gminy, w których populacja osób starszych, w wieku 65 i więcej lat, osiągnęła 25-30%, a nawet rekordowo prawie 40% - jest taka gmina w północno-wschodniej Polsce, Dubicze Cerkiewne. Te procesy będą się pogłębiały, będzie dochodziło do jeszcze większych różnicowań, dysproporcji, a co za tym idzie, będzie coraz większa potrzeba podjęcia różnego rodzaju interwencji, także w ramach polityki regionalnej, polityki rozwoju. Powstaje zatem postulat, żeby politykę ludnościową silniej wiązać z polityką rozwoju, w znacznie większym stopniu niż obecnie. Potrzebna jest tu jedna skoordynowana polityka, która by wychodziła naprzeciw depopulacji, której się spodziewamy. Przewidujemy między innymi, wynika to z ostatniej prognozy GUS, że będą miasta, które w perspektywie roku 2050 stracą nawet 30–40% obecnej populacji. Są to na przykład miasta na Górnym Śląsku i w wielu innych miejscach kraju. Ten spadek może być jeszcze większy z powodów, o których mówiłem na początku, ale co istotne, będzie dotyczył, w różnej oczywiście skali, zdecydowanej większości miast i gmin Polski. Powstaje więc pytanie, czy te „kurczące się” miasta, gminy, powiaty i województwa będą w stanie utrzymać swoją bazę ekonomiczną i dochody, a tym samym zapewnić odpowiedni standard obsługi ludności. Generalnie, czy w ogóle obecny szeroko rozumiany system administracyjno-terytorialny będzie wydolny, by zapewnić odpowiedni standard obsługi populacji, która będzie wymagała coraz większych kosztów właśnie ze względu na starzenie się ludzi, ich zwiększone potrzeby, konieczność zapewnienia im opieki itd. Czy nie trzeba go będzie zmieniać i optymalizować? Myślę, że jest bardzo wiele wątków, które warto kontynuować w najbliższym czasie. W tym kontekście jeszcze raz warto podkreślić, że należy zdecydowanie ściślej wiązać politykę ludnościową z polityką rozwoju, z dokumentami takimi jak „Koncepcja przestrzennego zagospodarowania kraju” czy innymi tego typu opracowaniami.

CZĘŚĆ II. GŁÓWNE WYZWANIA DLA POLITYKI LUDNOŚCIOWEJ POLSKI

PROF. DR HAB. JANUSZ WITKOWSKI

ZASTĘPCA PRZEWODNICZĄCEGO RZĄDOWEJ RADY LUDNOŚCIOWEJ

WPROWADZENIE

Część II książki jest poświęcona wyzwaniom dotyczącym polityki ludnościowej, wynikającym z aktualnej i przyszłej sytuacji demograficznej. W części I zostały przedstawione zarówno fakty demograficzne dotyczące aktualnego rozwoju ludnościowego Polski, także na tle Europy, jak i przewidywane trendy rozwoju demograficznego Polski po to właśnie, aby wskazać na demograficzne uwarunkowania przyszłej polityki społecznej, gospodarczej i ludnościowej oraz na niezbędne kierunki pożądanych działań. Chodzi więc o uwarunkowania demograficzne przyszłego rozwoju naszego kraju.

Jak wynika z zaprezentowanych artykułów, jest wiele specyficznych cech rozwoju demograficznego Polski, które będą miały istotne znaczenie dla podejmowania określonych decyzji, dla rozwiązywania ważnych problemów. Już w trakcie dyskusji, zaprezentowanej w części I, padały trafne i ważne stwierdzenia w tym zakresie, wspomniano kwestie dotyczące kapitału społecznego, kapitału ludzkiego, jakości populacji, potrzeb kształtowania odpowiedniego stanu zdrowia, wielu elementów warunków życia i otoczenia, które decydują o rozwoju zarówno ilościowym, jak i jakościowym naszej populacji, ale także będą decydowały o tym, jakie wyzwania przed nami staną w przyszłości.

Jednym z najważniejszych wyzwań, przed którymi stoi demograficzna racja naszego kraju, jest malejąca liczba ludności, która wynika przede wszystkim z niskiego poziomu dzietności – konsekwencją tego jest malejąca liczba urodzeń, która nie gwarantuje prostej zastępowalności pokoleń. To jest pierwszy element, który stanowi bardzo ważne wyzwanie dla naszej przyszłości.

Jest wiele czynników, które decydują o tym, jak zachowują się polskie rodziny, polskie kobiety w procesie prokreacyjnym. Niezwykle ważne jest rozpoznanie czynników warunkujących dzietność kobiet i sformułowanie na tym tle propozycji działań, udzielenie odpowiedzi na pytanie, w jakim zakresie powinniśmy realizować naszą politykę rodzinną, politykę ludnościową, aby procesy demograficzne lepiej się kształtowały, a jednocześnie żebyśmy mogli rozwiązać problemy wynikające z przyszłego rozwoju demograficznego.

W ramach Rządowej Rady Ludnościowej, która od lat prowadzi prace nad założeniami dotyczącymi polityki ludnościowej, problematyką dzietności i jej uwarunkowaniami, ale także założeniami polityki ludnościowej w tym zakresie zajmowała się prof. Bożenna Balcerzak-Paradowska, która przedstawi swoje przemyślenia na ten temat oraz założenia, które wiążą się z polityką ludnościową w przyszłości.

W części II książki zostaną zaprezentowane założenia wynikające z dotychczasowych prac Rządowej Rady Ludnościowej. Naszym celem jest także dyskusja na temat kierunków działań praktycznych, zatem przedstawiciele resortów, których ta problematyka głównie dotyczy,

ustosunkowują się do tych założeń i przedstawiają własne poglądy odnoszące się do proponowanych założeń polityki ludnościowej.

Bożena Balcerzak-Paradowska

Instytut Pracy i Spraw Socjalnych

Uwarunkowania dzietności w Polsce

Przebieg procesów związanych z formowaniem się rodziny w Polsce, które obserwujemy od ostatniej dekady lat 90. minionego wieku i w kolejnych dekadach XXI w. budzi niepokój o zagwarantowanie przynajmniej prostej zastępowalności pokoleń. Obniżają się liczba rodzących się dzieci i wskaźniki dzietności rodzin do poziomu daleko odbiegającego od zapewniającego zastępowalność pokoleń. Powoduje to brak równowagi między kolejnymi pokoleniami i prowadzi do zmian w strukturze ludności według wieku.

Liczba urodzeń w Polsce malała przez ponad dwie dekady (w okresie 1990–2007 spadła z 547,7 tys. do 387 tys.). Po przejściowym wzroście odnotowanym w latach 2009–2010 (419,3 tys. i 413,3 tys.) nastąpił kolejny spadek liczby urodzeń do 369,6 tys. w 2013 roku. Wzrost liczby urodzeń w stosunku do roku poprzedniego odnotowano w 2014 r. (375,2tys.)⁷.

Obniżały się wskaźniki dzietności (1,37 w 2000 r., 1,29 w 2013 r.) do poziomu znacznie odbiegającego od gwarantującego prostą zastępowalność pokoleń (2,1). W 2014 r. odnotowano lekką poprawę wskaźnika dzietności ogólnej (1,32), nadal jednak **należy on do jednego z najniższych w Europie.**

Na obniżanie się liczby rodzących się dzieci i wskaźników dzietności rodzin ma wpływ wiele czynników o charakterze demograficznym, ekonomicznym i społeczno-kulturowym. Należy jednak pamiętać, że ogólne liczby dotyczące procesów urodzeń, stanowiące podstawę oceny przebiegu tych procesów, są następstwem indywidualnych, osobistych decyzji potencjalnych i rzeczywistych rodziców, które kształtują się pod wpływem różnorodnych czynników. W artykule zostaną przedstawione uwarunkowania, które – jak

⁷ Dane na podstawie: *Rocznik demograficzny*, wydania z lat 2000–2014, GUS.

można oceniać na podstawie wyników badań – mają wpływ na decyzje prokreacyjne w wymiarze ogólnym.

1. Uwarunkowania demograficzne

Bezpośredni wpływ na przemiany wskaźników płodności i liczbę rodzących się dzieci mają zmiany wzorca zawierania małżeństw. Obniża się liczba zawieranych małżeństw, które są w Polsce nadal najczęstszą podstawą tworzenia rodziny. Spadek liczby zawieranych małżeństw rozpoczął się od początku lat 90. ubiegłego wieku, jednak w okresie od 2004 r. do 2008 r. trend ten został na krótko zahamowany. Od roku 2009 ponownie zmniejszała się liczba zawieranych małżeństw (z 250,8 tys. do 180,4 tys. w 2013 r.). Jednak w 2014 r., po pięciu latach spadku, odnotowano lekki wzrost liczby zawieranych małżeństw do 188,5 tys. związków, tj. o ponad 8 tys. więcej niż rok wcześniej.

Obniżanie się liczby zawieranych związków małżeńskich wynika ze zmniejszania się liczby roczników w wieku aktywności matrymonialnej oraz spadku skłonności do zawierania małżeństw. O ile w latach 2004–2008 można było obserwować stopniowy wzrost skłonności do zawierania małżeństw (mierzonej liczbą małżeństwa w przeliczeniu na 1000 ludności), to od roku 2009 skłonność ta wciąż maleje.

Decyzje o zawarciu związku małżeńskiego odsuwane są w czasie na później; związki małżeńskie zawierają coraz starsi nowożeńcy. Tak zwany wiek środkowy nowożeńców przesuwają się ku coraz starszym grupom. Na początku lat 90. ponad połowa mężczyzn zawierających małżeństwo nie osiągała wieku 25 lat, natomiast w 2000 r. stanowili oni 42% nowożeńców, a w 2014 r. było ich 15,5%. Wśród kobiet udział ten zmniejszył się z 73% w 1990 r. do 62% w 2000 r. i niespełna 32% w 2014 roku. W 2014 r. w Polsce wiek środkowy nowożeńców-mężczyzn wynosił 29 lat (w 2004 r. – 26,7), a kobiet 26,9 lat (w 2004 r. – 24,7). Późniejsze zawieranie małżeństw oznacza zwykle niższą dzietność rodzin.

Związki partnerskie nie są w pełni „substytutem” małżeństw, częściej stanowią etap poprzedzający zawarcie małżeństwa. Zwiększa się wprawdzie liczba urodzeń pozamałżeńskich i ich udział w strukturze ogółu urodzeń (z 12,1% w 2000 r. do 24,25% w 2014 r.), badania wykazują jednak⁸, że decyzje o dalszym powiększeniu liczebności rodziny odkładane są na okres formalnego uregulowania związku (zawarcia małżeństwa). Związki

⁸ A. Matysiak, A. Mynarska, *Urodzenia w kohabitacji: wybór czy konieczność?*, w: *Nowe wzorce formowania i rozwoju rodziny w Polsce*, A. Matysiak (red.), Wyd. Scholar, Warszawa 2014.

partnerskie często nie mają również cech trwałości, co wpływa na postawy i decyzje prokreacyjne.

Narasta zjawisko niestabilności rodziny. Wyrazem tego jest wzrost liczby rozwodów w Polsce – chociaż wciąż przy niższych niż w Europie Zachodniej wskaźnikach rozpadu małżeństw. W 2000 r. na 1000 nowo zawartych małżeństw wskaźnik rozwodów wyniósł 202,6, w 2004 r. – 293,2 i wzrósł do 366,6 w 2013 r.). W roku 2014 odnotowano minimalną poprawę sytuacji: wskaźnik ten spadł do poziomu 312,8. Nie można jednak jeszcze ocenić, czy jest to początek pozytywnego trendu w tym zakresie i zmniejszania się zarówno liczby, jak i wskaźnika rozpadu małżeństw.

Rozwiązanie małżeństwa oznacza przerwanie realizacji prokreacyjnej funkcji rodziny. Zwiększa się liczba samotnych rodziców, którzy mają przeciętnie mniejszą liczbę dzieci, oraz ich udział w strukturze ogółu rodzin z dziećmi (głównie matek).

Wpływ na zawieranie małżeństw, na dzietność (także na funkcjonowanie rodziny) mają procesy migracyjne, zwłaszcza emigracja Polaków za granicę. Oznacza to odpływ potencjału demograficznego – osób młodych w wieku aktywnego rodzicielstwa. Ubytki te nie są rekompensowane potencjałem ludności napływowej.

2. Powody rezygnacji z urodzenia dziecka

Posiadanie dzieci jest niemal powszechnie deklarowaną potrzebą młodych i dorosłych generacji. Ponad 80% spośród tych osób, które nie mają jeszcze dzieci, chciałoby je mieć. Także większość rodzin z jednym dzieckiem planuje potomstwo. **Najczęściej jest deklarowana chęć posiadania dwójki dzieci**⁹. Preferowana liczba potomstwa w znacznym stopniu odbiega jednak od faktycznie posiadanej.

Procesy demograficzne dotyczące zawierania/rozpadu małżeństw i dzietności rodzin kształtują się pod wpływem **wielu czynników**, identyfikowanych jako bariery realizacji planów prokreacyjnych przez osoby w wieku aktywnego rodzicielstwa. Powody rezygnacji z urodzenia dziecka przedstawia tabela 1.

⁹ *Rodzina – jej współczesne znaczenie i rozumienie*, Komunikat z badań CBOS, BS/33/2013, marzec 2013 (http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K_033_13.PDF – dostęp 19.08.2016).

Tabela 1. Powody rezygnacji z urodzenia dziecka w Polsce (w %)

Powód rezygnacji z dziecka	Liczba dzieci na utrzymaniu							
	brak dzieci		1 dziecko		2 dzieci		3+ dzieci	
	M	K	M	K	M	K	M	K
Niepłodność	30	34	16	15	8	20	0	5
Ryzyko chorób genetycznych	14	15	14	16	16	17	6	22
Trudne warunki bytowe	35	33	44	47	49	57	75	63
Trudności godzenia pracy z rodzicielstwem	21	22	12	24	17	23	7	9
Niepewna przyszłość	30	23	35	31	40	41	49	46
Niechętna dzieciom postawa partnera/partnerski	5	4	3	4	3	1	3	3
Za krótki urlop macierzyński	3	2	3	6	4	7	0	1
Za krótki urlop wychowawczy	0	0	4	3	0	4	2	0
Za niski zasiłek	3	9	5	9	10	11	18	5
Złe warunki mieszkaniowe	17	15	24	17	27	22	47	33
Żłobki/przedszkola (brak)	5	7	8	9	9	9	0	0
Zagrożenie dla dzieci (np. narkomania)	1	2	2	2	2	2	9	6
Dzieci odbierają swobodę życiową	15	7	5	3	5	2	3	3
Chęć robienia kariery zawodowej	6	6	3	6	2	5	0	5
Łatwe zapobieganie ciąży	1	1	0	1	1	1	0	0
Odraczenia decyzji o prokreacji	10	14	8	7	5	3	4	2
Dzieci niepotrzebne na starość	0	0	0	0	0	0	0	0
Wysokie koszty wychowania	15	15	27	25	28	26	30	25
Brak partnera/partnerki	13	20	23	21	16	12	21	17
Dzieci to zbyt duża odpowiedzialność	12	8	7	4	7	4	6	12
Inny powód	7	6	4	6	7	2	5	13

Uwaga: procent wskazań poszczególnych powodów wśród osób stanowiących rezerwę prokreacyjną¹⁰ ze względu na liczbę dzieci na utrzymaniu i płeć.

Źródło: *Niska dzietność w Polsce w kontekście percepcji Polaków. Diagnoza Społeczna 2013*, Raport tematyczny, I.E. Kotowska (red.), Warszawa 2014, s. 79.

Cześć przyczyn braku decyzji o posiadaniu dziecka/kolejnego dziecka ma charakter obiektywny i wiąże się – z jednej strony – ze stanem zdrowia (niepłodność), obawami

¹⁰ Za rezerwę demograficzną (rezerwę prokreacyjną) badacze prowadzący analizy w ramach Diagnozy Społecznej uznali tych respondentów, którzy odpowiedzieli twierdząco na pytanie, czy wymienione przyczyny rezygnacji z dziecka/kolejnego dziecka dotyczą ich w sposób bezpośredni (*Niska dzietność...*, op.cit., s. 73).

o dziedziczenie chorób genetycznych, z drugiej – wynika z sytuacji osobistej (brak partnera/partnerski lub ich niechętny stosunek do posiadania dziecka).

Jednak większość wskazań, jeśli chodzi o przyczyny rezygnacji z urodzeń, wiąże się z szeroko rozumianymi warunkami materialnymi („trudne warunki bytowe” wymieniło od 33% do 75% respondentów, zależnie od płci i liczby posiadanych już dzieci) (tab. 1).

2.1. Determinanty materialne

Warunki życia rodzin różnicuje¹¹ posiadanie źródeł dochodu, w tym z tytułu pracy, lub ich brak, liczba osób, w tym dzieci pozostających na utrzymaniu, a także posiadanie własnego mieszkania i jego wyposażenie w dobra trwałe. Istotnymi czynnikami zróżnicowania sytuacji finansowej rodzin z dziećmi jest więc status ekonomiczny rodziców na rynku pracy, kategoria ekonomiczna gospodarstwa domowego oraz takie czynniki demograficzne, jak: liczba dzieci, wykształcenie i wiek głowy gospodarstwa domowego oraz miejsce zamieszkania (miasta, ich wielkość mierzona liczbą mieszkańców – wieś).

Najistotniejszym czynnikiem statusu ekonomicznego rodziny jest aktywność zawodowa jej członków. Do najważniejszych zjawisk społeczno-ekonomicznych kształtujących warunki życia rodzin w Polsce w pierwszych latach XXI wieku należy zaliczyć wzrost wskaźnika zatrudnienia ludności, zwłaszcza ludności w wieku produkcyjnym, oraz jednoczesny spadek stopy bezrobocia. W latach 2003–2011 wskaźnik zatrudnienia dla ludności w wieku produkcyjnym (18–59 lat dla kobiet i 18–64 lata dla mężczyzn) wzrósł z 55,7% w 2003 r. do 65,3% w 2011 r. (średniorocznie). W roku 2014 wskaźnik zatrudnienia wyniósł dla ogółu osób w wieku produkcyjnym 66,1% (w tym dla mężczyzn 69,5%, dla kobiet 62,3%), a w roku 2015 odpowiednio 71,2% i 64%¹².

Pomimo poprawy sytuacji na rynku pracy, w dalszym ciągu aktywność zawodowa determinuje postawy matrymonialne i prokreacyjne, zwłaszcza młodych osób. Wydłuża się

¹¹ Zróżnicowanie sytuacji rodzin wynika przede wszystkim z nierówności rozkładu dochodów, którego podstawowym miernikiem jest współczynnik Giniego. W 2013 r. wartość współczynnika Giniego wynosiła 30,7 i była zbliżona do średniej w Unii Europejskiej (30,5). Należy odnotować, że w porównaniu z 2008 r. nastąpił w Polsce spadek wartości tego wskaźnika o 1,3 pkt. (*Ubóstwo w Polsce w latach 2013 i 2014*, GUS, Warszawa 2015, s. 43).

¹² *Aktywność ekonomiczna ludności Polski*, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/pracujacy-bezrobotni-bierni-zawodowo-wg-bael/aktywnosc-ekonomiczna-ludnoscipolski-iii-kwartal-2015-r-,4,18.html> (dostęp 17.06.2016).

okres nauki przygotowującej do wejścia na rynek pracy; wyższe wykształcenie nadal postrzegane jest jako warunek uzyskania lepszej pracy i ochrona przed bezrobociem. Młodzi Polacy poszukują pracy dającej im satysfakcję materialną, oczekują też możliwości optymalnej realizacji swoich aspiracji zawodowych i życiowych. Takie postawy przyczyniają się do odkładania w czasie decyzji matrymonialnych i prokreacyjnych. Osiągnięciu stabilizacji materialnej i życiowej nie sprzyja wysokie bezrobocie wśród młodzieży ani podejmowanie pracy w oparciu o niestandardowe (mniej stabilne) formy zatrudnienia (praca na czas określony, praca na podstawie umowy cywilno-prawnej).

Status osoby pracującej nie ma charakteru trwałego w przypadku zatrudnienia na podstawie niestandardowych (atypowych) form. Spośród ogółu pracujących w 2015 roku 3 494 tys. osób (26% ogółu¹³) pracowników najemnych posiadało umowę na czas określony. W tej grupie przeważali mężczyźni; ich udział wynosił 52,9%, wobec 47,1% kobiet. Odsetek pracujących w Polsce na podstawie różnego rodzaju umów czasowych utrzymywał się na najwyższym poziomie wśród krajów UE¹⁴.

Umowa o pracę na czas określony osłabia poczucie stabilizacji zatrudnienia. Takie poczucie mają też osoby zatrudnione na podstawie umów cywilnoprawnych. Wzrasta udział osób zatrudnionych w takiej formie. W 2011 r. zatrudnionych tak było 1,8% ogółu pracujących, w 2013r. – 2,2%, w 2015 r. – 1,5%. Inne formy umowy krótkookresowej obejmowały w 2011 r. 2,4%, w 2013 r. 3,2%, a w 2015 r. 3,5% pracujących. Praca bez formalnej umowy dotyczyła w 2011 roku 2,8% pracujących, w 2013 r. – 2,4%, w 2015 r. – 2,6%. Praca świadczona na podstawie innych form niż umowa o pracę na czas nieokreślony zwiększa ryzyko bezrobocia w ciągu dwóch lat. W przypadku umowy na czas określony dotyczy to 9,2% zatrudnionych w tej formie, 10,6% tych, którzy świadczą pracę na podstawie umowy cywilnoprawnej i 15,7% pracujących bez formalnej umowy. W przypadku zatrudnionych na czas nieokreślony ryzyko to dotyczy 2,8%¹⁵.

Na mniejsze uczestnictwo w rynku pracy nadal narażone są osoby młode. Wskaźnik zatrudnienia dla osób w wieku 20–24 lata wyniósł w 2015 r. (I kwartał) 39,3%, a stopa bezrobocia 20%. Lepsza sytuacja jest w grupie 25–29 lat, dla której wskaźnik zatrudnienia

¹³ Udział pracowników zatrudnionych w tej formie wzrasta. W 2013 r. było ich 18% ogółu pracujących (*Diagnoza społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków*, J. Czapiński, T. Panek (red.), Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2013).

¹⁴ *Diagnoza społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków*, J. Czapiński, T. Panek (red.), Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2015, s. 17.

¹⁵ *Diagnoza społeczna 2013*, op.cit., s. 144.

wyniósł 76,9% (stopa bezrobocia 10,7%). Nadal jest to jednak jeden z najniższych wskaźników wśród grup w wieku mobilnym zawodowo (do 50. roku życia). Także umowy na czas określony są najpopularniejsze wśród osób poniżej 25. roku życia (ok. 44%)¹⁶.

Jako przyczyny rezygnacji z realizacji planów prokreacyjnych wymienia się często wysokie koszty wychowania dzieci, niepewną przyszłość, złe warunki mieszkaniowe, trudności w godzeniu pracy z rodzicielstwem. Znaczenie tych przyczyn wzrasta wraz ze zwiększaniem się liczby posiadanych już dzieci.

Liczba dzieci w rodzinie determinuje bowiem poziom życia rodziny i możliwości zaspokojenia potrzeb członków rodziny, przede wszystkim dzieci. Obecność kolejnego dziecka w rodzinie obniża o około 20–30% poziom dochodu na 1 osobę, będącego wyznacznikiem możliwości zaspokojenia potrzeb członka rodziny (por. tab. 2).

Tabella 2. Różnice wysokości dochodu rozporządzalnego na 1 osobę w rodzinnych gospodarstwach domowych wg typu rodziny w 2014 r.

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

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

Jako przyczynę rezygnacji z urodzenia dziecka/dzieci wymieniane są wysokie koszty ich utrzymania. Dotychczasowe badania i obserwacja procesów realnych wskazują, że zaspokojenie potrzeb dzieci jest w rodzinach traktowane priorytetowo. Dotyczy to zdecydowanej większości rodzin, niemniej jednak część z nich nie może ich zaspokoić ze

¹⁶ *Diagnoza społeczna 2013*, op. cit., s. 144.

względu na ograniczenia finansowe¹⁷. Dotyczy to nawet takich podstawowych potrzeb, jak wyżywienie. Ponad 3% gospodarstw rodzinnych z co najmniej 1 dzieckiem na utrzymaniu nie było w stanie zapewnić swoim dzieciom przynajmniej co drugi dzień posiłku z mięsa, drobiu, ryby (lub odpowiednika wegetariańskiego) i prawie tyle samo nie mogło pozwolić sobie na zapewnienie dzieciom świeżych owoców lub warzyw przynajmniej kilka razy w tygodniu.

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

Ograniczenia finansowe rodzą trudności związane z zakupem wszystkich potrzebnych podręczników dla dzieci uczęszczających do szkół w ponad 5% gospodarstw domowych z co najmniej 1 dzieckiem na utrzymaniu, znacznie częściej (14%) ma to miejsce w rodzinach wielodzietnych, jeszcze częściej (17,5%) zgłaszali ten problem rodzice samotnie wychowujących dzieci.

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

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

Trudności z zaspokojeniem potrzeb dzieci ze względów finansowych związane są także ze sferą zdrowia, wówczas gdy wizyty u lekarza, a szczególnie u stomatologa są płatne. Rezygnuje z nich odpowiednio 5,9% i 6,5% ogółu rodzin z dziećmi i rodzin zamieszkałych na wsi. I w tym przypadku częściej są to rodziny wielodzietne; z płatnych wizyt u lekarzy rezygnuje 9,9%, a u dentysty – 14%. Ograniczenie zaspokojenia potrzeb w zakresie ochrony zdrowia dzieci obejmuje także zakup leków, witamin i innych preparatów leczniczych, z których rezygnowało 3,2% rodzin z dziećmi, przy czym w rodzinach wielodzietnych w takiej sytuacji było 6,7%.

¹⁷ *Warunki życia rodzin w Polsce*, GUS, Warszawa 2014, s. 40–50.

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

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

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

Określenie „niepewna przyszłość” jest niejednoznaczne; jego rozumienie przez poszczególnych respondentów (czy ich grupy) może być zróżnicowane. Na potrzeby niniejszego artykułu nadamy mu znacznie „materialne”, związane z określoną sytuacją dochodową, od której w dużym stopniu zależy możliwość zaspokojenia potrzeb członków rodziny, zwłaszcza dzieci i realizacja planów związanych z ich przyszłością.

Brak możliwości zaspokojenia potrzeb integracyjnych, niezbędnych dla prawidłowego rozwoju dzieci, pojawia się wśród rodzin żyjących w sferze niedostatku, wyznaczonej przez poziom minimum socjalnego¹⁸. W 2014 r. obejmowała ona 16,5 mln osób, przede wszystkim z rodzin wielodzietnych (57% rodzin z 3 dzieci i 77% z 4 i większą liczbą dzieci), samotnych rodziców (45,5%), z osobą niepełnosprawną (54%), żyjących na terenach wiejskich (57%). Ale poziom minimum socjalnego nie osiągało również 27% rodzin z jednym dzieckiem i 39% z dwojgiem dzieci. **W sferze niedostatku żyła w 2014 r. ponad połowa (52%) dzieci i młodzieży poniżej 18. roku życia.**

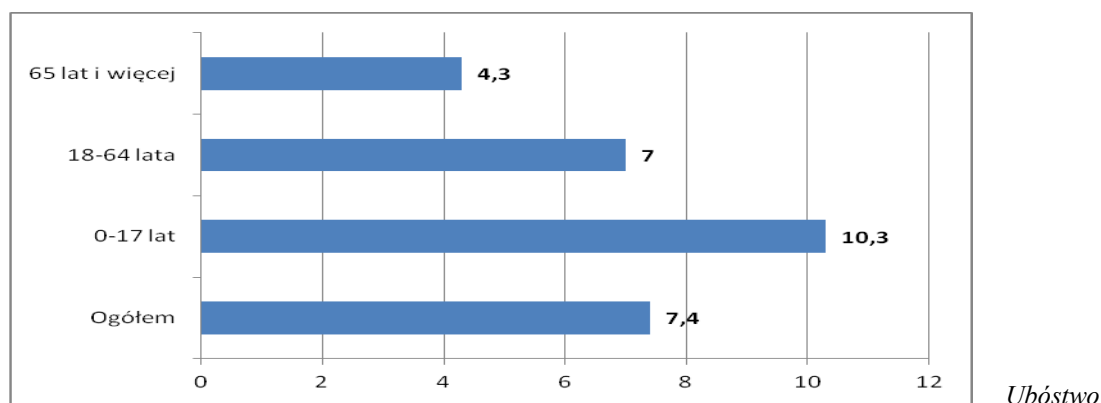
„Niepewna przyszłość” wiąże się niewątpliwie z życiem w sferze ubóstwa. Co istotne, wzrasta odsetek osób żyjących w sferze skrajnego ubóstwa. W roku 2010 poniżej minimum

¹⁸ *Ubóstwo w Polsce...*, op.cit., s. 31–38.

egzystencji (ubóstwo skrajne) żyło 5,8% osób w gospodarstwach domowych, w 2014 r. – 7,4%. Zagrożenie ubóstwem skrajnym dotyka częściej rodzin wielodzietnych (11,2% z 3 dzieci, 27% z 4 i więcej dzieci), z osobą niepełnosprawną, zwłaszcza z niepełnosprawnym dzieckiem (15%), zamieszkałych na terenach wiejskich (12%). Natomiast poniżej ustawowej granicy ubóstwa (wyznaczonej przez kryterium dochodowe uprawniające do świadczeń z pomocy społecznej) w 2014 r. żyła blisko co dziesiąta rodzina z dwojgiem dzieci na utrzymaniu, co piąta z trojgiem dzieci i blisko połowa rodzin mających czworo i więcej dzieci.

Grupą najbardziej zagrożoną ubóstwem są dzieci do lat 18; w 2014 r. poniżej granicy minimum egzystencji (ubóstwo skrajne) było co dziesiąte dziecko w wieku 0–17 lat (10,3%; dla ogółu osób wskaźnik ten wynosił 7,4%).

Wykres 1. Zasięg ubóstwa skrajnego wg grup wieku w 2014 r. (% osób w gospodarstwie domowym)



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

Barierą dla realizacji planów prokreacyjny są **warunki mieszkaniowe**. Ulegają one stopniowej poprawie; według wyników badania EU-SILC 2011 prawie 82%¹⁹ rodzinnych gospodarstw domowych zamieszkiwało lokal, który był ich własnością, lub dysponowało spółdzielczym własnościowym prawem do lokalu, lecz małżeństwa (i związki nieformalne) z dziećmi na utrzymaniu rzadziej niż ogół gospodarstw domowych dysponowały własnym mieszkaniem lub domem (77,3%). Na części rodzin ciąży obowiązek spłaty kredytu hipotecznego; wśród ogółu gospodarstw było to 10,9%, wśród rodzin z dziećmi blisko co piąte z nich (18,6%) obciążone było spłatą takiego kredytu.

Najczęściej własnym mieszkaniem dysponowały małżeństwa z 2 dziećmi na utrzymaniu (90,2%). Spośród małżeństw z 1 dzieckiem własnym mieszkaniem dysponowało 55,%,

¹⁹ W 2002 r. wskaźnik ten wynosił 70%. *Warunki życia...* op .cit., s. 51.

w rodzinach wielodzietnych (3 i więcej dzieci na utrzymaniu) – 64,5%. Mieszkanie własne lub własnościowe prawo do lokalu spółdzielczego miało 66,2% matek samotnie wychowujących dzieci. Własnym mieszkaniem (lub własnościowym prawem do lokalu) nie dysponowała zatem blisko połowa małżeństw z 1 dzieckiem oraz co trzecia rodzina wielodzietna i co trzecia samotna matka.

2.2. Bariery instytucjonalne

Jako kolejny powód rezygnacji z posiadania dzieci wymieniane są – sformułowane w ogólny sposób – **trudności w godzeniu pracy zawodowej z obowiązkami rodzinnymi** (tab. 1). Wiązą się je najczęściej z problemami rodziców pracujących z zapewnieniem opieki nad małym dzieckiem (dziećmi). Doprecyzowania tych trudności przez respondentów cytowanych badań można dopatrywać się we wskazaniach, takich jak: „za krótki urlop macierzyński”, „za krótki urlop wychowawczy”, niedostatek „żłobków i przedszkoli”. Wymienia je stosunkowo nieliczny odsetek badanych, co można wiązać ze znacznymi, pozytywnymi zmianami, jakie nastąpiły w ostatnich latach, w wymiarze urlopu macierzyńskiego (rodzicielskiego) zapewniającego możliwość sprawowania opieki nad małym dzieckiem przez 52 tygodnie. Poprawiła się sytuacja w zakresie liczby żłobków i przedszkoli, jakkolwiek nie w pełni odpowiada ona jeszcze na potrzeby rodziców. W tym kontekście trudności w godzeniu pracy zawodowej z obowiązkami rodzinnymi mają szerszy wymiar, wymagający zidentyfikowania. Mogą wiązać się z opieką nad dziećmi starszymi, ale też – jak można oceniać – coraz częściej z opieką nad starszymi, niesamodzielnymi członkami rodziny. Także samo wydłużenie urlopu, pozwalającego na osobistą opiekę nad dzieckiem i wynikająca z tego okresowa dezaktywizacja zawodowa jednego z rodziców, może rodzić obawy przed obniżeniem dochodu rodziny, obniżeniem kwalifikacji zawodowych, osłabieniem pozycji zawodowej.

Zidentyfikowane w toku badań w ramach Diagnozy Społecznej działania wskazywane najczęściej jako ułatwiające matkom powrót do pracy to – według liczby wskazań – stworzenie warunków pracy w dogodnych dla nich godzinach (elastyczny czas pracy) lub w niepełnym wymiarze czasu oraz zapewnienie opieki dzieciom do lat 7. (Są to czynniki wskazywane zarówno w badaniach z 2013 r., jak i 2015 r.²⁰).

²⁰ *Diagnoza Społeczna 2015*, op. cit., s. 140.

2.3. Bariery kulturowe

Zwolennicy tradycyjnego modelu rodziny zwracają uwagę, że barierą dla zwiększenia dzietności rodzin jest aktywność zawodowa kobiet. W związkach, w których kobiety pracują zawodowo, powinny one być rzadziej zainteresowane zwiększeniem obowiązków wynikających z posiadania i wychowywania dziecka (dzieci). Tymczasem odsetek osób planujących (pierwsze lub kolejne) dziecko jest w rodzinach o modelu tradycyjnym (z niepracującą zawodowo matką) niemal taki sam (36%), jak w modelu, w którym kobieta pracuje zawodowo (38%). Zatem model rodziny w stosunkowo niewielkim stopniu wpływa na deklaracje, co do planów posiadania dzieci. Równie często deklaracje takie składane są przez te rodziny, w których kobieta pracuje zawodowo, i przez te, w których zajmuje się domem. Najczęściej natomiast plany dotyczące posiadania w przyszłości potomstwa wyrażają badani deklarujący model partnerski (43%)²¹.

Przyczyny, które można wiązać ze zmianami światopoglądowymi, indywidualizmem i dążeniem do samorealizacji, są bardziej widoczne wśród osób bezdzietnych. Taki powód rezygnacji z posiadania potomstwa lub zwiększenia liczebności rodziny, jak „dzieci odbierają swobodę życia”, zaznaczały się wyraźniej wśród bezdzietnych mężczyzn.

Także chęć robienia kariery zawodowej jest relatywnie rzadką przyczyną rezygnacji z urodzenia dziecka/dzieci. W przypadku bezdzietnych kobiet i mężczyzn dotyczyło to 6% tej zbiorowości. Wśród osób posiadających dzieci znaczenie tej przyczyny było mniej istotne w przypadku mężczyzn niż kobiet. Znaczenie pracy zawodowej jako czynnika ograniczającego plany prokreacyjne malało wraz z wiekiem potencjalnych rodziców²².

3. Cele polityki rodzinnej i kierunki rozwiązań

W świetle deklarowanych powodów rezygnacji z urodzeń dzieci, stanowiących bariery zwiększania dzietności, należy podkreślić, że działania na rzecz realizacji celów polityki rodzinnej powinny mieścić się nie tylko w ramach polityki ukierunkowanej bezpośrednio na rodzinę (**bezpośrednia polityka rodzinna**), ale także mieć szerszy charakter, związany z innymi politykami publicznymi: polityką rynku pracy, polityką dochodową, mieszkaniową itp. (**pośrednia polityka rodzinna**).

²¹ *Postawy prokreacyjne Polaków*, Komunikat z badań CBOS, BS/4/2010, Warszawa 2010.

²² *Niska dzietność...*, op.cit., s. 79–80.

Celem polityki rodzinnej, spójnym z celami polityki ludnościowej²³, powinno być zatem **tworzenie warunków sprzyjających zakładaniu rodzin poprzez zawieranie związków małżeńskich i realizację planów prokreacyjnych**. W ramach realizacji tak szeroko rozumianego celu należy **tworzyć warunki sprzyjające samodzielności ekonomicznej młodego pokolenia i uzyskaniu ekonomicznej samodzielności rodzin**. Służyć temu powinno wzmacnianie szans zatrudnienia i utrzymania się na rynku pracy młodych pracowników oraz tworzenie warunków sprzyjających ich stabilizacji zatrudnienia, m.in. przez ograniczanie skali zatrudnienia na podstawie umów cywilnoprawnych i na czas określony.

Kolejny kierunek działania – w ramach pośredniej polityki rodzinnej – wiąże się z polityką mieszkaniową przyjazną rodzinie, ułatwiającą rozwiązanie sprawy samodzielności zamieszkania przez rozwijanie na szczeblu lokalnym różnych form budownictwa mieszkaniowego, uwzględniających zróżnicowane możliwości finansowe rodzin. To także działania na rzecz wspierania społecznego budownictwa czynszowego na wynajem.

W ostatnich latach wprowadzono wiele zmian w rozwiązaniach mających na celu **ułatwienie w zakresie godzenia ról zawodowych z opieką nad niesamodzielnymi członkami rodziny**, głównie dziećmi. Niezbędne jest zatem monitorowanie i ocena ich skuteczności w kontekście wpływu na decyzje prokreacyjne. Aby stworzyć zachętę do podjęcia decyzji o urodzeniu drugiego i kolejnych dzieci, można rozważyć zróżnicowanie długości urlopu rodzicielskiego zależnie od liczby posiadanych dzieci, na przykład preferencyjny wymiar przy urodzeniu drugiego, trzeciego i kolejnego dziecka.

W sytuacji niedoboru opieki żłobkowej i przedszkolnej należy dokonać weryfikacji zasad korzystania z urlopów wychowawczych, wprowadzając np. częściową rekompensatę zarobków utraconych na skutek okresowej dezaktywacji. Świadczenie z tego tytułu można by traktować jako kontynuację wypłaty dokonywanej w okresie urlopu rodzicielskiego, z zastosowaniem degresji wysokości świadczenia w okresie urlopu wychowawczego. Inną propozycją jest uelastycznienie zasad korzystania z urlopu wychowawczego przez stopniowe podwyższanie wieku dziecka jako kryterium uprawniającego do korzystania z urlopu wychowawczego (obecnie do ukończenia 5 lat) przy obowiązującym wymiarze tego urlopu.

W celu zapewnienia możliwości wyboru między opieką rodzinną i pozarodzinną

²³ Cele i kierunki działań są zbieżne z zawartymi w: *Rekomendacje Rządowej Rady Ludnościowej w zakresie polityki ludnościowej Polski*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2014; zostały one częściowo zmodyfikowane ze względu na zmiany niektórych, postulowanych wcześniej rozwiązań.

należy zapewnić dalszy rozwój różnych form pozarodzielskiej opieki nad małym dzieckiem (żłobki, kluby dziecięce, opiekunki i inne). Towarzyszyć temu powinien rozwój jakościowy tych usług, czyli zapewnienie ich wysokiego standardu. Bezdyskusyjna wydaje się potrzeba dalszego zwiększenia liczby placówek przedszkolnych, pełniących nie tylko funkcję opiekuńczą wobec dzieci, ale przede wszystkim funkcję edukacyjną i egalitaryzującą, pozwalającą na wyrównywanie szans dzieci pochodzących ze środowisk zaniedbanych.

Ułatwieniu dostępu do placówek opiekuńczych, zwłaszcza dzieciom ze środowisk mniej zamożnych, powinny służyć zmiany w zakresie opłat za usługi opiekuńcze. Można rozważyć wprowadzenie bonu opiekuńczego lub dodatku do zasiłku rodzinnego na pokrycie opłat za opiekę instytucjonalną nad dziećmi w żłobkach i przedszkolach (dla rodzin o dochodach na poziomie uprawniającym do świadczeń rodzinnych).

Faktyczne ułatwienia w godzeniu pracy zawodowej z życiem rodzinnym zależą od postaw pracodawców. Niezbędny jest zatem rozwój zatrudnienia przyjaznego rodzinie; popularyzacja idei, promocja dobrych praktyk. Większe zaangażowanie pracodawców w tworzenie infrastruktury opiekuńczej, np. zakładanie międzyzakładowych żłobków i przedszkoli wymaga odpowiednich zachęt. Mogą to być ulgi podatkowej dla pracodawców podejmujących takie działania, jak również dla tych, którzy dofinansowują opiekę w żłobkach i przedszkolach dla dzieci swoich pracowników.

Zarówno polityka rodzinna, jak i ludnościowa musi mieć swój wymiar jakościowy. Równoległe do działań na rzecz zwiększenia dzietności rodzin trzeba podjąć takie, które zapewnią dzieciom dobre warunki rozwoju. Ważnym celem obu polityk jest zatem **tworzenie warunków sprzyjających rozwojowi młodego pokolenia.**

Zgodnie z konstytucyjną zasadą pomocniczości, to rodzina jest odpowiedzialna za swój los i losy swoich członków, a państwo i inne podmioty wkraczają tam, gdzie rodzina napotyka trudności. **Wspieranie rodziny w ponoszeniu kosztów utrzymania i wychowania dzieci**, traktowanych jako inwestycja w młode pokolenia, powinno w pierwszym rzędzie polegać na wzmocnieniu znaczenia dochodów z pracy jako głównej podstawy egzystencji rodzin. Może to polegać np. na zmianach w zakresie ustalania wysokości płacy minimalnej czy podwyższeniu minimalnych stawek godzinowych. I w tym przypadku mamy do czynienia z pośrednią polityką rodzinną.

Bezpośrednim wsparciem przez państwo rodzin wychowujących dzieci są świadczenia pieniężne. W tym zakresie dokonano zasadniczej zmiany, przyznając świadczenie

wychowawcze o szerokim zakresie podmiotowym (dla wszystkich rodzin wychowujących dwoje i większą liczbę dzieci bez względu na dochód rodziny, a dla rodzin z jednym dzieckiem – przy spełnieniu kryterium dochodowego) i w znaczącej wysokości (500 zł miesięcznie na każde dziecko). Wysokie nakłady finansowe, jakie pociąga za sobą wypłata tego świadczenia, rodzą potrzebę monitorowania skuteczności świadczenia pod kątem wpływu na decyzje prokreacyjne i poprawę diety oraz pod kątem wpływu na zaspokojenie potrzeb dzieci. Wyniki monitoringu powinny stanowić podstawę ewentualnych weryfikacji zasad przyznawania świadczenia. Propozycja, która się obecnie nasuwa na etapie obowiązującego stanu prawnego, to wprowadzenie obowiązkowej zasady indeksacji wysokości świadczenia i progów dochodowych uprawniających do świadczeń rodziny z jednym dzieckiem i dzieckiem niepełnosprawnym, tak aby zapobiec utracie realnej wartości świadczenia. Inną propozycją to podniesienie i zróżnicowanie wysokości świadczenia wychowawczego dla dziecka niepełnosprawnego, zależnie od rodzaju i stopnia niepełnosprawności.

Stalej, faktycznej indeksacji wymagają świadczenia rodzinne i progi dochodowe uprawniające do ich otrzymania. Zapobieganie to – z jednej strony – osłabieniu znaczenia świadczeń w dochodach mniej zamożnych rodzin, z drugiej – zmniejszaniu się kręgu korzystających.

Inną formą finansowego wspierania rodzin są ulgi na dzieci w systemie podatku dochodowego. Ich wysokość powinna być weryfikowana co rok, w celu zapobiegania spadkowi ich realnego znaczenia. Stymulatorem zachowań podatników mających na utrzymaniu dzieci są ulgi z tytułu określonych wydatków na cele prorozwojowe. Ich przywrócenie wymaga poważnego rozważenia.

Nawiązując do samoodповідzialności rodziny za losy swoich członków, należy rozważyć tworzenie zachęt do wzmacniania przezorności rodziców w zakresie zabezpieczenia niespodziewanych wydatków oraz wydatków edukacyjnych wspomagających „start” młodzieży w dorosłe życie. Mogą to być fundusze/konta oszczędnościowe dla dzieci tworzone na zasadach preferencyjnych i wspomagane/uzupełniane dotacją ze środków publicznych lub wolne od podatku. Mogłaby to być na przykład forma docelowego „zagospodarowania” świadczenia wychowawczego.

Priorytetową formą wspierania rodziny w wychowaniu dzieci i zapewnieniu im optymalnych warunków rozwoju powinny być usługi społeczne dla dzieci i młodzieży: opiekuńcze, edukacyjne, zdrowotne, sportowe, kulturalne, rekreacyjne. Chodzi zarówno o ich

rozwój ilościowy, jak i podnoszenie jakości, a przede wszystkim o zapewnienie dostępu dzieciom z różnych środowisk na zasadzie wyrównywania szans rozwojowych i – w rezultacie – życiowych. W realizację tego celu należy włączyć inne podmioty polityki rodzinnej, przede wszystkim samorządy lokalne. To na nich powinna opierać się polityka rodzinna w wymiarze lokalnym, zapewniająca stosowanie rozwiązań adekwatnych do zróżnicowanych i zindywidualizowanych potrzeb rodzin zamieszkałych na danym terenie, traktowana jako polityka o szerszym zakresie podmiotowym, nie tylko skoncentrowana na rodzinach będących beneficjentami pomocy społecznej. Zapoczątkowane już w wielu środowiskach zmiany sposobu myślenia o polityce rodzinnej, wykraczające poza traktowanie jej jako polityki socjalnej, wymagają szybkiego upowszechnienia.

Bibliografia (wykorzystana w artykule)

Aktywność ekonomiczna ludności Polski, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/pracujacy-bezrobotni-bierni-zawodowo-wg-bael/aktywnosc-ekonomiczna-ludnosci-polski-iii-kwartal-2015-r-4,18.html> (dostęp 17.06.2016).

Budżety gospodarstw domowych w 2014 r., GUS, Warszawa 2014.

Diagnoza społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków, J. Czapiński, T. Panek (red.), Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2013.

Diagnoza społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków, J. Czapiński, T. Panek (red.), Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2015.

Matysiak A., Mynarska A., *Urodzenia w kohabitacji: wybór czy konieczność? w: Nowe wzorce formowania i rozwoju rodziny w Polsce*, A. Matysiak (red.), Wyd. Scholar, Warszawa 2014.

Niska dzietność w Polsce w kontekście percepcji Polaków. Diagnoza Społeczna 2013, I.E. Kotowska (red.), Raport tematyczny, Warszawa 2014. *Postawy prokreacyjne Polaków*, Komunikat z badań CBOS, BS/4/2010, Warszawa 2010.

Rekomendacje Rządowej Rady Ludnościowej w zakresie polityki ludnościowej Polski, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2014.

Roczniki Demograficzne, z lat 2000–2014, GUS, Warszawa. *Rodzina – jej współczesne znaczenie i rozumienie* – Komunikat z badań CBOS, BS/33/2013, Warszawa 2013.

Rekomendacje Rządowej Rady Ludnościowej w zakresie polityki ludnościowej Polski, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2014.

Ubóstwo w Polsce w latach 2013 i 2014, GUS, Warszawa 2015.

Warunki życia rodzin w Polsce, GUS, Warszawa 2014.

O sytuacji osób niesamodzielnych

1. **Proces starzenia się ludności to wynik zmian demograficznych** w procesach ruchu naturalnego, wydłużania przeciętnego dalszego trwania życia oraz migracji. W pracach dotyczących procesów starzenia się ludności wielu autorów stara się unikać pojęć „stary” i „starszy”, zastępując je określeniami: senior, seniorzy lub osoby trzeciego oraz czwartego wieku. Bez względu na sposób opisywania sytuacji zaawansowany wiek życia może prowadzić do utraty samodzielności i niezależności, do ograniczonej sprawności fizycznej, nierzadko też umysłowej. Unikanie pojęć „stary”, „starość” w opisie sytuacji najstarszego pokolenia nie zmienia stanu, jedynie utrwała negatywny stereotyp, gdy przeciwstawia się „złą” starość – „dobrej” młodości. Narastającego w Polsce problemu opieki nad osobami niesamodzielnymi nie da się nadal ukrywać, gdyż **wzrasta populacja osób starych, w wieku zaawansowanym, a tym samym rośnie liczba osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji.**

2. W analizach i założeniach polityki ludnościowej jest konieczne **wyodrębnianie kategorii osób niesamodzielnych**, co pozwoli na pełniejsze poznanie struktury osób w zaawansowanym wieku w związku z przedłużającym się czasem trwania życia, w tym poznanie skali występowania ryzyka utraty zdolności do samodzielnej egzystencji osób w zaawansowanym wieku. Wyniki pogłębionej analizy pozwolą na określenie skali potrzeb i koniecznych form opieki nad osobami niesamodzielnymi w zaawansowanym wieku. Ich sytuacja jest zróżnicowana ze względu na: wiek, płeć, stan cywilny, stan rodziny, rodzaj gospodarstwa domowego, wykształcenie, zawód, stan zdrowia, poziom sprawności (stopień ograniczenia sprawności i samodzielności), dochody, miejsce zamieszkania, indywidualne potrzeby oraz wiele innych cech. Wyodrębnienie grupy osób niesamodzielnych pozwoli na bliższe poznanie przyczyn niesamodzielności, w tym wpływu warunków życia, działania (lub zaniechania działania) systemu ochrony zdrowia, jego sprawnej (lub niesprawnej) organizacji dostosowanej (lub nie) do potrzeb starzejącej się ludności.

3. W dotychczasowej praktyce polityki społecznej **osoby niezdolne do samodzielnej egzystencji** włączone są do kategorii osób: 1) starych (niesamodzielni ze względu na kondycję psychofizyczną, np. osoby z chorobą Alzheimera, z demencją, w bardzo zaawansowanym wieku z daleko posuniętymi objawami starzenia się), 2) niepełnosprawnych z powodu skutków wypadku, chorób somatycznych, chorób psychicznych, wad wrodzonych²⁴. Wyodrębnienie kategorii osób niesamodzielnych spośród ludzi starych i niepełnosprawnych – w aktualnych założeniach polityki ludnościowej – jest uzasadnione istotnym zróżnicowaniem: od niepełnosprawności ruchowej (co nie zawsze musi oznaczać niesamodzielność) do całkowitej niesamodzielności z powodu choroby psychicznej (pomimo pełnej sprawności ruchowej). Wiele osób niesamodzielnych (np. z powodu wypadków, podeszłego wieku) to „ofiary” nieskutecznego działania i wadliwej organizacji systemu opieki medycznej: braku kompleksowej zintegrowanej wielo- i wysokospecjalistycznej opieki nad pacjentem, przedłużających się proceduralnych postępowań w organizacji leczenia i rehabilitacji, których można byłoby uniknąć, gdyby w leczeniu pacjenta punktem wyjścia były jego potrzeby wynikające ze stanu zdrowia, a nie „podział” schorzeń według kompetencji, specjalności i dyscyplin medycznych oraz biurokratycznych procedur. Liczba osób niesamodzielnych (niezdolnych do samodzielnej egzystencji), potrzebujących codziennej (stałej) opieki innych osób w czasie przewidywanym założeniami będzie w Polsce rosła.

4. Procesy starzenia się populacji są naturalnym procesem wynikającym z upływu czasu życia człowieka. Wzrost udziału najstarszej populacji w strukturze ludności będzie zwiększać rozmiar zadań opieki nad osobami starszymi i starymi. Opieka nad osobą niesamodzielną musi być wykonywana przez opiekuna osobiście. Nie można jej sprawować dzięki czy za pomocą nowoczesnych technologii komunikacyjnych, informacyjnych lub urządzeń technicznych. Wzrost zadań opieki wynika ze zmian w rodzinach, w środowiskach. Powstają problemy wymagające pilnej odpowiedzi na pytania: **kto ma zastąpić rodziny w funkcji opieki nad członkiem rodziny – osobą niesamodzielną z powodu zaawansowanego wieku, przewlekłej lub długotrwałej choroby? Kto ma podjąć zadania opieki specjalistycznej? Z jakich źródeł zadania te mają być finansowane?** Z przyczyn demograficznych i społecznych zmniejsza się potencjał opiekuńczy rodziny; stają się one mniej liczne, kontakty

²⁴ Według szacunków Eurostatu mężczyźni w Polsce przeżywają w zdrowiu (bez ograniczonej sprawności) 81% długości życia, kobiety 77%. Osoby w wieku 65 lat mogą oczekiwać, że mniej niż połowę dalszego życia przeżyją w zdrowiu (kobiety 7,5 roku, czyli 39%, mężczyźni 6,7 lat, tzn. 45%). Por. szerzej: *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, praca zbiorowa pod red. B. Wojtyniaka i in., NIZP –PHZ, Warszawa 2012, s. 12 i nast.

w nich są mniej intensywne, następuje osłabienie więzi krewniaczych, rozpadają się rodziny wielopokoleniowe, zanikają kręgi rodzinne (także z powodu emigracji zarobkowej wewnętrznej/krajowej i zewnętrznej/zagranicznej). Liczba osób potrzebujących opieki będzie rosła, natomiast liczba osób zobowiązanych i jednocześnie zdolnych do udzielenia opieki (z przyczyn demograficznych) sukcesywnie będzie się zmniejszać. Usługi opieki w coraz większym zakresie muszą być organizowane i dostarczane poza rodziną. W Polsce utrzymuje się powszechnie przekonanie, że opieka nad osobą starą i niesamodzielną „należy do rodziny”. Potwierdzają to badania, których wyniki pokazały, że w świadomości lokalnych liderów samorządowych i społecznych problem opieki nad osobami starymi i niesamodzielnymi to „sprawa rodziny” lub jeszcze dobitniej: „to uciążliwy kłopot rodziny”.

5. Potencjał opiekuńczy rodziny można zdefiniować jako zdolność rodziny do świadczenia opieki swoim starym, niesamodzielnym i niepełnosprawnym członkom. Uzależniony on jest od wielkości, struktury i statusu społeczno-ekonomicznego rodziny. Nie ma w Polsce wiedzy o tym, jaki jest potencjał opiekuńczy rodzin; nie wiadomo, jakimi możliwościami opieki dysponują rodziny²⁵. Nie ma (nie było) dotychczas badań i analiz zawierających ważne informacje o wielkości (i wartości) potencjału opiekuńczego rodziny. Zorganizowanie i wdrożenie systematycznego badania (monitoringu) oraz systematyczna ocena potencjału opiekuńczego rodziny jest bardzo pilnym zadaniem, gdyż z przyczyn demograficznych następuje naturalne zmniejszanie się potencjału opiekuńczego rodzin. „Wymusi” to zastępowanie opieki rodziny – opieką instytucji; funkcje wypełniane dotychczas przez rodziny musi przejąć państwo i instytucje publiczne. Do zaprojektowania systemu finansowania i organizacji opieki potrzebna jest ocena potencjału opiekuńczego rodzin. Tymczasem takich badań nikt dotychczas w Polsce nie prowadził, gdyż ich wyniki nikomu nie były potrzebne; wciąż bowiem funkcjonuje w Polsce mit „troskliwej rodziny” dającej opiekę osobie niesamodzielnej.

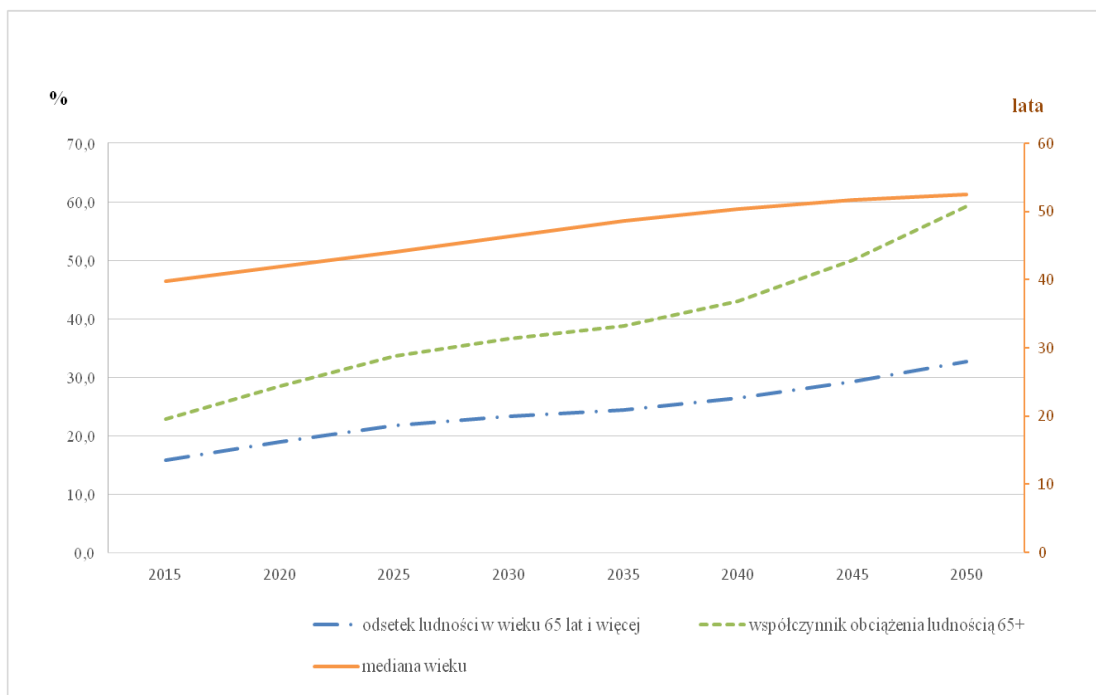
6. W warunkach rosnącej skali oraz kosztów **mit „rodzinnej opieki”** nie zastąpi profesjonalnego systemu pozarodzinnego. Zmienia się też charakter więzi rodzinnych, rodzina staje się bardziej mobilna, dezorganizuje się, bywa też obarczona problemami określanymi mianem patologii społecznej. Zdolność rodziny w zakresie realizacji zadań opieki nad swoimi chorymi i niesamodzielnymi oraz najstarszymi członkami poważnie się

²⁵ Por. Eichler M., Pfau-Effinger B. (2010) .. **Challenges and Perspectives for the European Welfare**, w: **Challenges and Perspectives for the European Welfare** , wydawca, m-ce wyd. Pfau-Effinger, Och., Eichler. (2010); Messu (2010); Esping-Andersen (2010, s. 75 i nast. (Brak bibliografii, należy podać dokładne dane

ogranicza. W dotychczasowej praktyce opieki w Polsce zadania rodziny ma wspomagać (uzupełniać?) pomoc społeczna. Badania wskazują, że działania pomocy społecznej w zakresie opieki są niewystarczające (w istocie iluzoryczne). Brakuje nie tylko usług kosztownej opieki specjalistycznej. W środowiskach lokalnych nie ma sieci wsparcia rodzin sprawujących opiekę nad osobami niesamodzielnymi. Nie ma skutecznego systemu leczenia i rehabilitacji oraz pielęgnacji, które skutecznie ograniczałyby stopień niepełnosprawności i niesamodzielnosci osób starszych.

7. Opieka rodziny musi być coraz częściej zastępowana opieką osób spoza rodziny lub opieką organizowaną przez instytucje. Skala pozarodzinnego zastępstwa w opiece wskutek zmian jest trudna do oceny bez starannego, pogłębionego badania jakościowego na poziomie środowisk lokalnych. Następuje wzrost zapotrzebowania na wiele usług; powstaje rynek pracy, usług i towarów związany z opieką nad osobami starszymi, niepełnosprawnymi i niesamodzielnymi. Rynek ten jest niedostatecznie poznany; nie jest znana ani wielkość zatrudnienia, ani potrzeby wynikające ze skali potrzeb opieki. Szczególnym problemem staje się organizacja opieki na osobami niezdolnymi do samodzielnej egzystencji z powodu zaawansowanego wieku lub/i złego stanu zdrowia. W większości przypadków osoby niesamodzielne potrzebują specjalistycznej pielęgnacji i usług, których na ogół nie może dostarczyć rodzina; usługi takie muszą być świadczone przez profesjonalne służby lub/i instytucje.

Wybrane miary starzenia się ludności według prognozy GUS



Źródło: *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2014–2015*, RRL, Warszawa 2015.

8. Starzenie się ludności ma ogromne **konsekwencje dla położenia gospodarstw domowych**, wydatków finansów publicznych oraz rynku towarów i usług. Opieka nad niesamodzielnymi członkami rodziny ogranicza możliwości utrzymania zatrudnienia osobom podejmującym obowiązki opieki. Wskutek zaprzestania pracy zarobkowej przez opiekuna obniżają się dochody gospodarstw domowych, a jednocześnie rosną wydatki w związku z zapewnieniem opieki. Wzrasta zapotrzebowanie na usługi ochrony zdrowia, opieki, pomocy z utrzymaniu gospodarstwa domowego, rehabilitacji, pielęgnacji. W bliskim czasie konieczny będzie rozwój różnych usług (w tym publicznych usług specjalistycznych) dla osób starych, niesamodzielnych, w zaawansowanym wieku, organizowanych poza rodziną. Problem ten wymaga podjęcia poważnej publicznej debaty nad tym, jak zapewnić pomoc i opiekę tym, którzy stają się w pewnej fazie swojego życia niesamodzielnymi.

ELŻBIETA BOJANOWSKA

PODSEKRETARZ STANU W MINISTERSTWIE RODZINY, PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ

**DZIAŁANIA PODEJMOWANE PRZEZ MINISTERSTWO RODZINY,
PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ W REALIZACJI ZADAŃ POLITYKI
LUDNOŚCIOWEJ**

Moje uwagi odnoszą się do dwóch wątków, a właściwie do bardzo ważnych kwestii społecznych, bo dotyczą one z jednej strony niskiej dzietności, a z drugiej – wzrastającej liczby osób starszych. Współczynnik dzietności, na co wskazywano, systematycznie spada od 1997 roku. Obecnie oscyluje wokół wartości 1,29. W odpowiedzi na to wyzwanie głównym celem podejmowanych działań powinno być stworzenie polskim rodzinom warunków zachęcających do podejmowania decyzji o rodzicielstwie.

Wsparcie rodzin musi mieć charakter wielowymiarowy. Jego istotnym elementem jest pomoc finansowa. Z badania opinii publicznej wynika, że sytuacja materialna jest postrzegana jako jeden z tych czynników, które wpływają na zachowania prokreacyjne. Aż 85% respondentów badanych w ramach „Diagnozy społecznej 2013” wskazuje, że ważnymi bądź bardzo ważnymi powodami, dla których Polacy nie decydują się na posiadanie dziecka, są: trudna sytuacja materialna, brak pracy i niepewność zatrudnienia. W związku z tym rząd zaproponował program, który ma zapewnić bezpieczeństwo warunków życia, bezpieczeństwo warunków materialnych. To program „Rodzina 500+”.. Został on opracowany właśnie z myślą o tym, by poprzez zmniejszenie obciążenia finansowego rodziny, związanego z wychowaniem dzieci, umożliwić realizację planów prokreacyjnych i zachęcić do podejmowania decyzji o posiadaniu większej liczby dzieci. Dziś trudno odpowiedzieć w sposób jednoznaczny, na ile transfery pieniężne wprost przełożą się na wzrost dzietności, niemniej jednak na podstawie wszystkich dostępnych badań można wnioskować, że wsparcie, pierwsze takie wsparcie finansowe polskich rodzin, będzie miało pozytywny wpływ na współczynnik dzietności.

Obok programu 500+ mamy także świadczenie rodzicielskie w wysokości 1000 zł wypłacane rodzicom, którzy nie mają uprawnień do zasiłku macierzyńskiego. Ważne jest również wsparcie w postaci rozwoju usług społecznych, z których korzystają rodziny z dziećmi, ale także polityka rynku pracy, ponieważ poziom dochodów i stabilność zatrudnienia są jedną z tych determinant, które decydują o rodzicielstwie.

Wśród stosowanych w Polsce, podobnie jak i w innych krajach Unii Europejskiej, instrumentów polityki rodzinnej należy wymienić m.in.: ułatwienie dostępu do instytucji opieki nad dzieckiem, urlopy z tytułu opieki nad dzieckiem czy ulgi podatkowe dla rodziców. Badania jednoznacznie wskazują na silny pozytywny związek między dostępnością miejsc opieki nad dziećmi, szczególnie w placówkach finansowanych ze środków publicznych, a więc relatywnie tanich, a wysokim poziomem dzietności. Dlatego pomoc dla rodzin nie będzie ograniczała się do wymiaru finansowego, ale zakłada również rozwój usług opieki nad małymi dziećmi. Należy tu wymienić m.in. resortowy program rozwoju instytucji opieki nad dziećmi w wieku do lat trzech „Maluch”. W 2016 r. w ramach tego programu 151 mln zł jest przeznaczone na dofinansowanie tworzenia czy też funkcjonowania już istniejących miejsc opieki nad małymi dziećmi. Planowane jest w roku 2016 wspieranie tych ośrodków, które są ośrodkami mniejszymi, które gorzej sobie radzą z zapewnieniem miejsc opieki dla małych dzieci. Należy również zwrócić uwagę na rodziny wielodzietne, na ulgę podatkową na pierwsze i drugie dziecko, która wynosi 1112 zł, na trzecie ok. 2000 zł, zaś na czwarte i kolejne dziecko – do 2700 zł. Kontynuowana jest również realizacja programu Karta Dużej Rodziny.

Drugim zagadnieniem ważnym dla rodzin, jest stabilizacja zatrudnienia. W związku z tym należy tu wspomnieć m.in. o wprowadzonym obowiązku odprowadzania składek na ubezpieczenie od umów zlecenia do poziomu minimalnego wynagrodzenia czy też obowiązku potwierdzania pracownikowi na piśmie przed dopuszczeniem do pracy podstawowych ustaleń związanych z zawarciem umowy o pracę. Pośrednio także ma prorodzinny charakter projekt wprowadzenia przepisów dotyczących gwarancji minimalnego wynagrodzenia na poziomie 12 zł za godzinę w przypadku umów zawieranych na podstawie przepisów prawa cywilnego.

Zdajemy sobie sprawę, że polityka społeczna, w tym polityka rodzinna, musi mieć charakter kompleksowy. Znalazło to odzwierciedlenie w przyjętym przez Radę Ministrów 16 lutego 2016 r. „Planie na rzecz odpowiedzialnego rozwoju”. Plan ten m.in. wskazuje na opracowanie kompleksowego programu demograficznego, a więc także dotyczącego różnych aspektów wsparcia rodzin. Po zakończeniu prac związanych z wdrażaniem ustawy o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci planuje się powołanie zespołu do spraw opracowania horyzontalnej polityki demograficznej państwa; w ramach pracy zespołu m.in. zostanie przygotowany dokument określający długofalową politykę rodzinną państwa.

Drugi obszar, na który wskazała prof. J. Hrynkiewicz., dotyczy osób starszych i osób niesamodzielnych. W związku z tym, że jedną z ważniejszych kwestii jest wzrost udziału w populacji osób, które będą wymagać wsparcia w podstawowych czynnościach życia codziennego i nie będą w stanie samodzielnie funkcjonować bez pomocy osób trzecich zarówno w środowisku domowym, jak i społecznym. Konsekwencją tego jest konieczność budowy zdecentralizowanego, kompleksowego, spójnego systemu opieki nad osobami starszymi i niesamodzielnymi.

W literaturze przedmiotu przyjmuje się, że niesamodzielnosc to wynikająca z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu w następstwie choroby bądź urazu niezdolność do samodzielnej egzystencji, która powoduje konieczność stałej bądź długotrwałej opieki i pomocy osób innych w wykonywaniu czynności dnia codziennego w zakresie odżywiania, przemieszczania się, pielęgnacji ciała oraz zaopatrzenia gospodarstwa domowego. W wielu krajach już są wdrożone systemy, czy to w Hiszpanii, Czechach, w Niemczech czy w krajach skandynawskich. W polskim systemie prawnym dotąd nie zdefiniowano pojęcia niesamodzielnosci. Występuje jedynie bliskoznaczne pojęcie niezdolności do samodzielnej egzystencji. System orzekania o niepełnosprawności dzieli przede wszystkim orzecznictwo: dla celów pozarentowych bądź rentowych. Orzecznictwo ZUS-owskie wyróżnia kategorię osób niezdolnych do pracy i samodzielnej egzystencji. Z kolei powiatowe zespoły orzekania o stopniu niepełnosprawności orzekają o trzech stopniach niepełnosprawności: znacznym, umiarkowanym i lekkim. Przynajmniej sporą część osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności można uznać za osoby niesamodzielne, dlatego tak trudno jest ustalić liczbę osób niesamodzielnych, są to bowiem osoby o orzeczonej niezdolności do samodzielnej egzystencji lub/i mające znaczny stopień niepełnosprawności. Należy jednocześnie zaznaczyć, że prawdopodobieństwo bycia osobą niesamodzielną wzrasta wraz z wiekiem, szczególnie – widać to w badaniach – po 75. roku życia.

W raporcie Komisji Europejskiej za 2013 r. (jest to raport z 2015 r.) szacowana liczba osób niesamodzielnych w Polsce to ok. 2600 tys. Komisja Europejska przyjmuje, że za osobę niesamodzielną uznaje się osobę ze znacznym stopniem ograniczenia w wykonywaniu codziennych czynności ze względu na długotrwałe problemy zdrowotne. Dlatego też polityka społeczna wobec osób starszych musi uwzględniać, po pierwsze, tworzenie warunków do zaspokojenia różnego rodzaju potrzeb, biorąc pod uwagę złożoną i różnorodną sytuację osób starszych, po drugie, kształtowanie odpowiednich relacji międzypokoleniowych i solidarności międzypokoleniowej, po trzecie, musi zapobiegać

automarginalizacji osób starszych. Jednocześnie przy kształtowaniu tej polityki musimy uwzględniać fakty, a mianowicie samotne zamieszkiwanie, czyli singularyzację starości, zjawisko podwójnego starzenia się, feminizację starości czy też wertykalizację sieci rodzinnej, czyli zmniejszanie się liczebności kolejnych pokoleń przy jednoczesnym zwiększaniu się liczby żyjących pokoleń. Musimy pamiętać o ewaluacji, jakiej podlegał model rodziny – zmniejszyła się liczba gospodarstw domowych złożonych z małżeństwa/partnerów oraz dzieci, natomiast wzrosła liczba gospodarstw złożonych z samotnego rodzica i dzieci, a jednocześnie wzrosła liczba gospodarstw jednoosobowych. Dlatego w ramach kształtowanej polityki niezbędne są: rozwijanie usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania oraz profesjonalne służby.

W obecnym systemie funkcjonują m.in. dzienne domy pobytu dla seniorów. Realizowany jest program dotyczący aktywności społecznej osób starszych (ASOS). Jeden z priorytetów, który jest rozwijany w roku 2016, to m.in. zwiększanie dostępności oraz podniesienie jakości usług społecznych na rzecz osób starszych. W tegorocznej edycji, 2016 r., programu ASOS, w porównaniu z latami 2012–2015 zmianie uległa alokacja środków w ramach budżetu dedykowanego w podziale na poszczególne priorytety konkursu: zmiana dotyczyła zwiększenia środków przeznaczonych na realizację usług społecznych z 15% do 40% ze względu na duże zapotrzebowanie seniorów na usługi społeczne realizowane w lokalnym środowisku.

W MRPiPS trwają także prace nad kolejnymi rozwiązaniami:

– rządowym projektem zmieniającym ustawę o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz ustawę o świadczeniach przedemerytalnych; przewiduje on możliwość nabycia prawa do zasiłku dla bezrobotnych oraz świadczenia przedemerytalnego przez osoby uprawnione do świadczenia pielęgnacyjnego oraz specjalnego zasiłku opiekuńczego i zasiłku dla opiekuna z tytułu sprawowania opieki nad osobą niepełnosprawną, które to osoby utraciły wskazane świadczenie na skutek śmierci osoby, nad którą sprawowana była opieka, lub utraty ważności jej orzeczenia o niepełnosprawności bądź stopniu niepełnosprawności;

– zmianami ustawy o świadczeniach rodzinnych, których celem jest wykonanie wyroków Trybunału Konstytucyjnego z 2014 r., czyli ujednoczenie prawa do świadczenia pielęgnacyjnego dla opiekunów dorosłych osób niepełnosprawnych niezależnie od momentu powstania ich niepełnosprawności.

Celem polityki, która będzie kształtowana, jest przede wszystkim stworzenie na poziomie lokalnym spójnego i kompleksowego systemu pomocy i opieki nad osobami

starszymi i niesamodzielnymi, systemu, który również uwzględniałby ich opiekunów. Wydaje się zatem, że model rodziny musi być obudowywany systemem wsparcia ze strony państwa, samorządu, trzeciego sektora i rynku, rodzina zaś powinna być traktowana jako najważniejszy sprzymierzeniec instytucji i organizacji udzielających pomocy. Jest to szczególnie ważne nie tylko ze względu na racjonalne wykorzystanie zasobów ludzkich, ale także ze względów ekonomicznych.

JANUSZ SZYMBORSKI

Rządowa Rada Ludnościowa-GUS

POPRAWA STANU ZDROWIA LUDNOŚCI I OGRANICZENIE UMIERALNOŚCI

Wprowadzenie

Zdrowie jest podstawową wartością w życiu ludzi, a prawo do zdrowia należy do katalogu podstawowych praw człowieka. Realizacja tego prawa w stopniu gwarantującym zaspokojenie potrzeb zdrowotnych obywateli ma istotne znaczenie z punktu widzenia polityki ludnościowej i musi być wspierana skuteczną polityką państwa.

Zmiany demograficzne, w tym starzenie się społeczeństw, wpływają na zwiększenie częstości i zmianę struktury chorób, znacząco podnoszą koszty leczenia i zagrażają równowadze systemów ochrony zdrowia. Zmiany warunków środowiskowych, w tym związanych z poszerzającą się sferą nierówności społecznych zwiększają ryzyko masowych katastrof, zagrożeń epidemicznych, patologii społecznych. Rozwój nowych strategii zdrowia publicznego oraz nowych technologii rewolucjonizuje sposób, w jaki promuje się zdrowie, zapobiega zagrożeniom zdrowotnym i pomaga w leczeniu chorób oraz stwarza szanse poprawy stanu zdrowia ludności i ograniczenia umieralności²⁶. W obliczu tych wyzwań Unia Europejska przyjęła na lata 2008–2013 trzy cele strategiczne:

- 1) poprawa stanu zdrowia w starzejącej się Europie przez promocję zdrowia i zapobieganie chorobom;
- 2) ochrona obywateli przed zagrożeniami dla zdrowia;
- 3) wspieranie rozwoju dynamicznych systemów zdrowotnych i nowych technologii.

W 2014 r. Parlament Europejski i Rada (UE) ustanowiły Trzeci Program działań Unii w dziedzinie zdrowia na lata 2014–2020²⁷. Jest to nieodłączny element programu „Europa 2020: Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu

²⁶ Decyzja nr 1350/2007/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 23 października 2007 r. ustanawiająca drugi wspólnotowy program działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008–2013, Dz. Urz. UE L 301 z 20 listopada 2007 r.

²⁷ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) NR 282/2014 z dnia 11 marca 2014 r. w sprawie ustanowienia Trzeciego Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia (2014–2020) oraz uchylające decyzję nr 1350/2007/WE.

społecznemu”. Cele ogólne Programu to: poprawa zdrowia obywateli Unii i zmniejszenie nierówności w zdrowiu przez promowanie zdrowia, zachęcanie do innowacji w dziedzinie zdrowia, zwiększanie stabilności systemów zdrowotnych oraz ochrona obywateli Unii przed poważnymi transgranicznymi zagrożeniami zdrowotnymi. Właściwie ukierunkowane inwestycje na rzecz promowania zdrowia i profilaktyki chorób mogą – w obliczu przemian demograficznych i procesu starzenia się społeczeństwa – doprowadzić do zwiększenia liczby „lat zdrowego życia” i do stworzenia warunków, aby osoby starsze mogły cieszyć się zdrowym i aktywnym życiem mimo upływu lat. Uwzględnienie zasady „zdrowie we wszystkich politykach” stanowi nieodzowny warunek efektywności tych inwestycji. Choroby przewlekłe są przyczyną ponad 80% przypadków przedwczesnych zgonów w UE i dlatego Program ma identyfikować, upowszechniać i promować wdrażanie opartych na dowodach i dobrych praktykach, efektywnych kosztowo, sposobów promowania zdrowia i profilaktyki chorób. Skuteczna profilaktyka jest warunkiem zwiększenia finansowej stabilności systemów opieki zdrowotnej. Środki powinny być przeznaczone w szczególności na ograniczanie najważniejszych czynników ryzyka, których zdrowotne następstwa kumulują się w wieku starszym, takich jak: palenie tytoniu, zażywanie narkotyków, nadużywanie alkoholu, nieprawidłowe nawyki żywieniowe, otyłość i brak aktywności fizycznej, jak również HIV/AIDS, gruźlica i wirusowe zapalenie wątroby. Program powinien przyczyniać się do profilaktyki chorób we wszystkich jej aspektach (pierwszego, drugiego i trzeciego stopnia) oraz w całym cyklu życia, do promowania zdrowia i rozwijania środowiska sprzyjającego zdrowemu stylowi życia, z uwzględnieniem podstawowych czynników o charakterze społecznym i środowiskowym, w tym problematyki płci, jak również wpływu pewnych rodzajów niepełnosprawności na zdrowie. Cele ogólne mają być realizowane za pośrednictwem celów operacyjnych i zadań szczegółowych, których skuteczność oceniana jest za pomocą wielu mierników²⁸.

W Polsce podstawą koncepcji powiązania zdrowia publicznego z polityką ludnościową jest dorobek I i II Kongresu Demograficznego. W debacie inauguracyjnej I Kongres Demograficzny (12 września 2001 r.) podkreślono, że 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. Jako jeden z najistotniejszych warunków

²⁸ Ibidem.

prawidłowego rozwoju procesów demograficznych uznano długoterminową koncepcję poprawy stanu zdrowia społeczeństwa opartą na promocji zdrowia, wychowaniu prozdrowotnym, kształtowaniu i upowszechnianiu stylu życia sprzyjającego zachowaniu zdrowia, w tym poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie²⁹. Trwająca ponad rok debata zaowocowała pogłębieniem diagnozy i opracowaniem rekomendacji do działań w ważnych obszarach zdrowia publicznego. Podczas sesji końcowej podsumowującej dorobek Kongresu (25 listopada 2002 r.) Prof. Zbigniew Religa zwrócił uwagę na konieczność realizacji programów zdrowotnych przynoszących potwierdzone naukowo efekty i obejmujących zadania z zakresu prewencji pierwotnej (eliminowanie czynników ryzyka), prewencji wtórnej (wczesne wykrywanie czynników ryzyka i chorób) oraz nowoczesnego leczenia³⁰. Praktycznym efektem debat kongresowych stały się podjęte przez zespół ekspertów prace nad *Założeniami polityki ludnościowej w Polsce*, które w 2004 r. zyskały akceptację Rządowej Rady Ludnościowej i zostały przekazane Radzie Ministrów³¹. Pośród czterech celów ogólnych bezpośrednio zdrowia publicznego dotyczył cel III – „Poprawa stanu zdrowia ludności i ograniczanie umieralności”, który zawierał cztery cele priorytetowe:

- 1) poprawa opieki medycznej nad matką i dzieckiem,
- 2) ograniczanie zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia,
- 3) ograniczanie zachorowalności i umieralności z powodu chorób nowotworowych,
- 4) promocja zdrowia jako czynnik poprawy zdrowia ludności i związanej z nim jakości życia.

W wyniku prac eksperckich poprzedzających II Kongres Demograficzny³² oraz debat kongresowych (2012 r.) przygotowano nową wersję *Założeń...*, w których powołany przez przewodniczącego RRL zespół ekspertów w Celu III – „Poprawa stanu zdrowia ludności i ograniczanie umieralności” zawarł sześć celów priorytetowych:

- 1) poprawa opieki medycznej nad matką i dzieckiem,
- 2) ograniczanie zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia,
- 3) ograniczanie zachorowalności i umieralności z powodu chorób nowotworowych,

²⁹ W. Zatoński, *Kształtowanie się sytuacji zdrowotnej ludności Polski – uwarunkowania, zagrożenia i problemy*, w: *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku*, I Kongres Demograficzny w Polsce, Sesja Końcowa, Tom XVII, Z. Strzelecki (red.), Rządowa Rada Ludnościowa, RCSS, Warszawa 2003.

³⁰ *Problemy demograficzne Polski przed wejściem do Unii Europejskiej. Demographic Problems of Poland before the Accession to the European Union*, Z. Strzelecki (red.), PWE, Warszawa 2003.

³¹ *Założenia polityki ludnościowej w Polsce*, w: *Sytuacja demograficzna Polski – Raport 2004*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2006.

³² *Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa*, J. Szymborski (red.), Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2012.

- 4) poprawa stanu zdrowia psychicznego,
- 5) ograniczenie zachorowań i umieralności z powodu przewlekłych chorób niezakaźnych poprzez poprawę żywienia i zwiększenie aktywności fizycznej społeczeństwa,
- 6) promocja zdrowia jako strategia rozwiązywania współczesnych problemów zdrowotnych.

W roku 2016 zostały podjęte prace nad aktualizacją *Założeń...* z zamiarem przekazania ich Rządowi RP jako podstawy do opracowania Narodowego Programu Polityki Ludnościowej*. W niniejszym opracowaniu zawarto ogólną ocenę kształtowania się sytuacji zdrowotnej ludności Polski w ostatnim 15-leciu, omówiono w syntetycznej formie zaktualizowane priorytety zdrowia publicznego w polityce ludnościowej Polski, a także zaproponowano tezy do merytorycznej dyskusji na temat roli sektora zdrowia w polityce ludnościowej.

1. Ogólna ocena sytuacji zdrowotnej ludności Polski

W analizie sytuacji zdrowotnej w kontekście polityki ludnościowej Polski należy mieć na uwadze zmieniającą się w czasie ostatniego ćwierćwiecza sytuację zdrowotną i konieczność podejmowania działań wykraczających poza sferę ściśle medyczną.

W pierwszej dekadzie transformacji ustrojowej nastąpiły w Polsce korzystne procesy w zakresie sytuacji zdrowotnej, w tym przede wszystkim systematyczny spadek umieralności niemowląt i znaczące obniżenie umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca, co przyczyniło się do stałego wzrostu przeciętnej długości życia. Te korzystne zmiany były efektem zarówno realizowanych programów polityki zdrowotnej państwa, jak i prozdrowotnych zmian w stylu życia ludności, zwłaszcza wzrostu spożycia tłuszczów roślinnych³³.

W kolejnej dekadzie, obejmującej początek XXI wieku, odnotowano w Polsce pewne niepokojące trendy zdrowotne³⁴, co wyrażało się m.in.:

* **Zespół ekspertów RRL: prof. Bogdan Chazan**, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach, Rządowa Rada Ludnościowa; **dr Joanna Didkowska**, Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów, Centrum Onkologii – Instytut; **prof. Wojciech Drygas**, Zakład Epidemiologii, Prewencji Chorób Układu Krążenia i Promocji Zdrowia, Instytut Kardiologii w Warszawie; **prof. Mirosław Jarosz**, Instytut Żywności i Żywienia; **dr Jacek Moskalewicz**, Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami, Instytut Psychiatrii i Neurologii; **dr Iwona Paradowska-Stankiewicz**, Zakład Epidemiologii, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH; **Krzysztof Przewoźniak**, Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów Centrum Onkologii – Instytut; **dr Włodzimierz Sekuła**, Instytut Żywności i Żywienia, RRL; **dr Zofia Słońska**, Zakład Epidemiologii, Prewencji Chorób Układu Krążenia i Promocji Zdrowia, Instytut Kardiologii w Warszawie, RRL; **dr Urszula Sulkowska**, Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów Centrum Onkologii – Instytut; **prof. Janusz Szymborski**, GUS – RRL, Katedra Zdrowia Publicznego Wszechnica Polska SW w Warszawie; **prof. Jacek Wciórka**, I Klinika Psychiatryczna, Instytut Psychiatrii i Neurologii; **prof. Witold Zatoński**, Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów, Centrum Onkologii – Instytut, RRL.

³³ *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, P. Goryński, B. Wojtyniak (red.), Narodowy Instytut Zdrowia – PZH, Warszawa 2008.

³⁴ *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, P. Goryński, B. Wojtyniak, B. Moskalewicz (red.), Narodowy Instytut Zdrowia – PZH, Warszawa 2012.

- 1) utrzymaniem się dysproporcji przewidywanej długości życia w stosunku do przeciętnych wskaźników w krajach Unii Europejskiej; przeciętne dalsze trwanie życia noworodka płci męskiej w 2010 r. wynosiło 72,1 lat, natomiast przeciętne dalsze trwanie życia noworodka płci żeńskiej – 80,6 lat;
- 2) zmniejszeniem długości trwania życia w wyniku przedwczesnej umieralności; fakt ten powinien stanowić istotne wyzwanie dla polityki zdrowia publicznego w kontekście polityki ludnościowej, przedwczesna umieralność dotyka bowiem populacji o decydującym potencjale prokreacyjnym; w 2009 roku przedwczesna umieralność przed 65. rokiem życia powodowała w Polsce redukcję oczekiwanej długości życia aż o 6,42 lat (średnia dla krajów – członków UE od 2004 r. lub od 2007 r. – 6,53 lat, średnia dla „starych” krajów UE – 4,04 lat);
- 3) silnym różnicowaniem długości życia przez czynniki społeczne, w tym wykształcenie i warunki bytu;
- 4) spowolnieniem spadku przedwczesnej umieralności z powodu chorób układu krążenia – schorzenia te były w analizowanej dekadzie znacznie częstszą przyczyną przedwczesnych zgonów mieszkańców Polski niż przeciętnie w UE;
- 5) wysoką śmiertelnością chorych z udarami mózgu przy stosunkowo niskiej na tle innych krajów śmiertelności szpitalnej w Polsce z powodu zawału serca;
- 6) gorszymi wynikami leczenia nowotworów w Polsce niż w krajach Europy Zachodniej, choć w pierwszej dekadzie XXI wieku uwidocznił się pewien postęp; wskaźniki przeżywalności znacznie poprawiły się u mężczyzn (32,9% – w latach 2000–2002; 37,3% – 2003–2005); u kobiet poprawa była nieco mniejsza (odpowiednio 51,2% i 53,5%);
- 7) wysokimi wskaźnikami przedwczesnych zgonów kobiet z powodu nowotworów, przy czym nie zmniejszającą się umieralnością kobiet z powodu raka sutka, a śmiertelnością z powodu raka szyjki macicy zmniejszającą się bardzo powoli i wysoką na tle większości krajów UE;

- 8) powolnym trendem spadkowym natężenia zgonów z powodu ogółu przyczyn zewnętrznych tylko w przypadku kobiet, natomiast w przypadku mężczyzn nie zmieniającym się w ostatnich latach i znacznie wyższym od przeciętnego w UE (wśród zewnętrznych przyczyn zgonów dominujące znaczenie miały wypadki drogowe, w wyniku których ginęło jednak coraz mniej osób; mimo trendu spadkowego na uwagę zasługiwał wciąż wysoki udział pieszych (32% w 2010 r.) w liczbie osób zabitych w wypadkach drogowych, w tym osób starszych wiekiem; znaczenia nabierały zgony z powodu samobójstw, których częstość w pierwszej dekadzie XXI w. wzrastała);
- 9) znacznym wzrostem liczby leczonych w psychiatrycznej opiece zdrowotnej, na co złożyły się pogorszenie kondycji psychicznej oraz wysoki poziom konsumpcji alkoholu i innych substancji psychoaktywnych;
- 10) dużą częstością hospitalizacji najmłodszych roczników, poniżej 5. roku życia, przy znacznie rzadszej hospitalizacji osób najstarszych, powyżej 75. roku życia, co sytuację w Polsce różniło od większości krajów UE;
- 11) wyższą niż przeciętna w krajach UE zapadalnością na wiele chorób zakaźnych, mimo stałej poprawy sytuacji epidemiologicznej; niewystarczającym rozwojem diagnostyki laboratoryjnej i jej zbyt małą dostępnością, co utrudniało rozpoznanie sytuacji epidemiologicznej niektórych chorób i opóźniało wypracowywanie skutecznych metod zapobiegania tym chorobom; niską wiarygodnością danych epidemiologicznych, w tym danych z rejestracji zachorowań;
- 12) utrudnieniami w nadzorze nad HIV/AIDS w Polsce z niedostatkami kluczowych informacji dotyczących aktualnych dróg szerzenia się wirusa w populacji; niebezpiecznym wzrostem liczby zakażeń WZW C; niepokojącym trendem wzrostowym zachorowań na kiłę wrodzoną; silnym trendem wzrostowym zachorowań na biegunki u dzieci do lat 2; zagrożeniami epidemicznymi na oddziałach położniczo-noworodkowych;
- 13) utrzymującym się problemem niepłodności będącej w dużym stopniu następstwem planowania potomstwa w późnych latach życia oraz chorób przenoszonych drogą płciową;
- 14) brakiem koordynacji oraz nadzoru nad realizacją zadań w zakresie opieki nad matką i dzieckiem przez organy założycielskie, brakiem dostępności do edukacji rodziców, niską w wielu miejscach jakością opieki okołoporodowej;
- 15) zaniedbaniami zdrowia młodzieży, mimo iż ten okres życia decyduje o kapitale zdrowotnym, z jakim młodzi ludzie wchodzi w dorosłość;
- 16) nierównym dostępem dzieci i młodzieży szkolnej do profilaktycznej opieki zdrowotnej sprawowanej przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzy dentyistów

i pielęgniarki; istotną wadą tej organizacji było znaczne rozproszenie podmiotów świadczących usługi w zakresie profilaktyki, a także instytucji sprawujących nadzór nad tymi podmiotami;

17) nasilającą się od 2002 r. dysfunkcją systemu publicznej ochrony zdrowia, czego wyrazem były: niska pozycja zdrowia publicznego, w tym promocji zdrowia; zakłócenia w funkcjonowaniu opieki podstawowej, zwłaszcza opieki profilaktycznej nad kobietami, dziećmi i młodzieżą; niedostatki ambulatoryjnego leczenia specjalistycznego, zwłaszcza w opiece nad: dziećmi, młodzieżą, pacjentami z zaburzeniami zdrowia psychicznego, osobami w wieku podeszłym; problemy w funkcjonowaniu leczenia stacjonarnego, w tym oddziałów położniczo-noworodkowych, pediatrycznych, geriatrycznych i wysoko specjalistycznych; do tej dysfunkcji systemu przyczyniała się także migracja lekarzy i pielęgniarek, spowodowana brakiem satysfakcji finansowej pracowników ochrony zdrowia.

Rządowa Rada Ludnościowa w stanowisku na temat bezpieczeństwa zdrowotnego (2008 r.) zwracała uwagę na to, że wydatki na ochronę zdrowia w Polsce zarówno w przeliczeniu na jednego mieszkańca, jak i jako procent PKB należą do jednych z najniższych w krajach Unii Europejskiej³⁵. Na podstawie dogłębnej analizy aktualnej sytuacji i wyważenia proporcji między obciążeniem publicznym, obciążeniem państwa a obciążeniem indywidualnym na zdrowie, RRL postulowała podjęcie systemowych zmian w ochronie zdrowia, mających na celu m.in. zwiększenie możliwości dostępu pacjentów do świadczeń zdrowotnych, zniesienie limitów w dostępności do świadczeń, podniesienie jakości świadczeń medycznych, dokonanie rzeczywistej wyceny świadczeń zdrowotnych, zwiększenie limitów przyjęć na studia medyczne (lekarze, pielęgniarki), a także połączenie tych działań z reorientacją opieki medycznej i dostrzeżeniem istotnej roli zdrowia publicznego w systemie ochrony zdrowia.

Jak pokazuje porównanie wyników Europejskiego Ankietaowego Badania Zdrowia (European Health Interview Survey – EHIS)³⁶, przeprowadzonego przez Główny Urząd Statystyczny (GUS) w latach 2009 i 2014, a także analiza danych zamieszczonych w publikacjach RRL³⁷ oraz w opracowaniach instytutów naukowo-badawczych³⁸, Ministerstwa

³⁵ *Stanowisko Rządowej Rady Ludnościowej w sprawie „Bezpieczeństwo zdrowotne ludności Polski”*, RRL, Warszawa, 20 listopada 2008 r.

³⁶ *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.*, GUS, Warszawa 2015.

³⁷ *Zachorowalność i umieralność na nowotwory a sytuacja demograficzna Polski*, A. Potrykowska, Z. Strzelecki, J. Szyborski, J. Witkowski (red.), RRL, Warszawa 2014; *Zachorowalność i umieralność na choroby układu*

Zdrowia (MZ) i Głównego Inspektoratu Sanitarnego (GIS), w pięcioleciu 2010–2014 zaobserwowano poprawę sytuacji w pewnych obszarach ochrony zdrowia i utrzymywanie się problemów w innych sferach:

- 1) subiektywna ocena stanu zdrowia mieszkańców Polski nieznacznie się poprawiła i tylko niespełna co trzeci mieszkaniec naszego kraju ocenił swoje zdrowie poniżej oceny dobrej; mimo poprawiającej się subiektywnej oceny stanu zdrowia 59% osób dorosłych zadeklarowało występowanie w ciągu ostatnich 12 miesięcy dolegliwości zdrowotnych lub chorób przewlekłych; pod koniec 2014 r. w Polsce żyło około 4,9 mln osób niepełnosprawnych (o prawie 353 tys. mniej niż w 2009 r.), co piąta osoba z tej grupy nie miała prawnego statusu osoby niepełnosprawnej; poprawa subiektywnej oceny zdrowia dotyczy także dzieci, jednak aż co czwarte dziecko w Polsce cierpi na przewlekłą chorobę;
- 2) nadmierną masę ciała ma już 62% dorosłych mężczyzn i 46% kobiet, przy czym proporcja masy ciała do wzrostu kwalifikuje częściej niż co 6. mężczyznę i co 7. kobietę do kategorii osób otyłych; według EHIS u dzieci nie odnotowano wzrostu średniej masy ciała, a nawet niewielkie jej obniżenie;
- 3) zmniejszył się nieznacznie odsetek osób dorosłych palących tytoń – codziennie pali 29% dorosłych mężczyzn i 17% kobiet (w 2009 r. 31% dorosłych mężczyzn i 18% kobiet), jednak w grupie pięćdziesięciolatków (50–59 lat) jest to prawie 36% mężczyzn i 27% kobiet;
- 4) odsetek osób dorosłych regularnie pijących napoje alkoholowe uległ niewielkiej zmianie (spadł z 74% do 72%), a w strukturze rejestrowanej konsumpcji alkoholu dominuje picie piwa (blisko 60% konsumpcji), wysokoprocentowe trunki stanowią ponad jedną trzecią, a wino mniej niż 10%;
- 5) wyraźnie zwiększa się liczba kobiet regularnie wykonujących badania cytologiczne (wzrost o 6 pkt. proc.) i badania mammograficzne (wzrost o blisko 7 pkt. proc.), niemal co piąty dorosły mieszkaniec Polski został chociaż 1 raz przebadany w kierunku wykrycia raka jelita grubego, wykonując kolonoskopię lub badanie obecności krwi utajonej w kale, ponadto co trzeci co najmniej 40-letni mężczyzna miał wykonane badanie lekarskie prostaty;
- 6) prawie co czwarty mieszkaniec Polski potrzebujący pomocy doświadczył opóźnień w dostępie do opieki zdrowotnej z powodu zbyt długiego okresu oczekiwania na wizytę,

krążenia a sytuacja demograficzna Polski, Z. Strzelecki, J. Szymborski (red.), Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2015.

³⁸ *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014*, Mazur J. (red.) Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2015.

natomiast brak środków finansowych deklarowała co 13. osoba potrzebująca opieki medycznej (sprawowanej przez lekarza) i co 9. osoba potrzebująca opieki dentystycznej; z kolei trudności z wykupieniem leków przepisanych na receptę deklarowała co 12. osoba;

- 7) odnotowano systematyczny spadek natężenia zgonów i wydłużanie się przeciętnego dalszego trwania życia Polek i Polaków, co jest efektem utrzymywania się malejących trendów natężenia zgonów z powodu chorób układu krążenia i z przyczyn zewnętrznych, a także niektórych chorób nowotworowych – udział zgonów wywołanych tymi przyczynami w 2013 r. wyniósł 77,1% (w 2010 r. wynosił 77,6%); jednak ciągle utrzymuje się, a nawet narasta zjawisko nadumieralności mężczyzn – w roku 2014 natężenie zgonów mężczyzn, mierzone współczynnikiem standaryzowanym, było o 88% wyższe niż wśród kobiet;
- 8) w zakresie sprawozdawczości występują narastające trudności dotyczące kompletności i jakości przekazywanych statystyce danych medycznych o zgonach – Polska jest wprawdzie krajem o 100% kompletności rejestracji zgonów, ale jest jednak również krajem o bardzo niskiej jakości informacji o przyczynach zgonów; z danych dotyczących 2013 r. wynika, że w przypadku prawie 30% zgonów (ponad 114 tys.) lekarze orzekający zgon nieprawidłowo opisali jego przyczyny (w 2000 r. takie przypadki stanowiły niespełna 25% ogółu zgonów w Polsce);
- 9) rok 2014 był kolejnym, w którym zwiększyła się długość życia Polaków – przeciętne dalsze trwanie życia noworodka płci męskiej wynosiło 73,8 lat, noworodka płci żeńskiej – 81,6 lat; nie oznacza to jednak dłuższego życia w dobrym zdrowiu, przeciętna długość życia bez niesprawności w latach 2006–2013 wzrosła bowiem o 0,8 roku dla mężczyzn, a u kobiet uległa skróceniu o 0,2 roku, podczas gdy w tym samym okresie długość życia noworodka płci męskiej wzrosła o 1,77, a noworodka płci żeńskiej o 1,36 roku; niepokojącym zjawiskiem są bardzo duże dysproporcje w średniej długości życia oraz w poziomie umieralności między poszczególnymi regionami kraju, niektórymi miastami, a nawet dzielnicami dużych miast;
- 10) w Polsce dokonano znaczącego postępu w leczeniu pacjentów hospitalizowanych z powodu zawału serca, jednak nadal wskaźniki zachorowalności oraz odległe wyniki leczenia zawałów są dalece niekorzystne w porównaniu z krajami UE15; nie istnieje nowoczesny, zintegrowany system organizacji i realizacji kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej i prewencji poszpitalnej, np. tylko 22% chorych po zawale serca objętych jest kompleksową rehabilitacją kardiologiczną; w tym tylko 6% pacjentów powyżej 80.

roku życia;

- 11) rosnącym problemem zdrowia publicznego są w Polsce choroby zakrzepowe naczyń, udary mózgu i nadciśnienie tętnicze, a także wzrost liczby nagłych zgonów sercowych, szczególnie wśród mężczyzn; zwraca przy tym uwagę fakt, że według EHIS niemal co 15. dorosły mieszkaniec Polski nigdy nie miał mierzonego ciśnienia krwi i najwięcej takich przypadków odnotowano wśród młodzieży w wieku 15–19 lat – dotyczy to co trzeciego młodego człowieka i od dwudziestu lat sytuacja ta nie ulega poprawie;
- 12) dzięki realizacji od 2003 r. Programu POLKARD, a wcześniej w latach 1993–2001 Narodowego Programu Ochrony Serca i Naczyń, dokonał się w Polsce prawdziwy przełom w kardiologii i kardiologii, jednak poziom finansowania Programu systematycznie się obniża – w 2010 r. przeznaczono na ten cel 30 mln zł, a w 2013 r. trzykrotnie mniej; niedostateczne finansowanie negatywnie rzutuje przede wszystkim na wykonanie zadań z zakresu epidemiologii, promocji zdrowia i profilaktyki chorób układu krążenia;
- 13) od 1965 r. ogólna liczba nowotworów złośliwych w Polsce znacząco wzrosła – według danych Krajowego Rejestru Nowotworów bezwzględna liczba pierwszorazowych zgłoszeń zachorowania na nowotwory złośliwe w populacji mężczyzn w 1965 r. wynosiła 17 023 przypadków, w 2013 r. zaś 78 236 przypadków, w populacji kobiet było to odpowiednio 20 621 oraz 78 251 przypadków;
- 14) przyrost liczby zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe w Polsce w ostatnim półwieczu wynika głównie ze zwiększania się liczby ludności po 65. roku życia oraz częstego narażenia populacji na czynniki rakotwórcze, przede wszystkim związane ze stylem życia Polaków, w tym paleniem tytoniu;
- 15) niski w porównaniu z innymi krajami odsetek wczesnych rozpoznań nowotworów złośliwych – zwłaszcza raka szyjki macicy, piersi, jelita grubego – jest m.in. spowodowany niedostatecznym przygotowaniem lekarzy rodzinnych i innych specjalistów oraz niewystarczającym upowszechnieniem metod wczesnego rozpoznawania raka; związane jest to m.in. z ograniczonym finansowaniem prewencji pierwotnej i wtórnej nowotworów złośliwych, a także z niewystarczającym rozwojem edukacji onkologicznej w polskim środowisku medycznym; istotną przyczyną takiej sytuacji są także poważne zaniedbania w promocji zdrowego stylu życia ludności;
- 16) godny odnotowania jest fakt utrzymywania się od 2011 r. współczynnika umieralności niemowląt poniżej 5 na 1000 urodzeń żywych – przy czym w 2013 r. po raz pierwszy w historii zarówno współczynnik zgonów dziewczynek, jak i chłopców nie przekroczył

granicy 5‰; w roku 2014 obserwowano dalszy spadek umieralności niemowląt – 1583 zgony, tj. 4,2‰ (w miastach 4,1‰, na wsi 4,4‰); w ostatnich latach, w porównaniu z okresem wcześniejszym, obserwowany jest także znaczący spadek wartości współczynnika umieralności okołoporodowej: z 6,8 ‰ w 2010 r. do 5,6‰ w 2014 r.;

- 17) istotnym problemem medycyny perinatalnej jest stały wzrost liczby urodzeń drogą cięcia cesarskiego; w 2011 r. – 35,4% porodów, a w 2014 r. aż 42% porodów odbyło się przez cesarskie cięcie; wpływa to niekorzystnie na zdrowie kobiet, przyczynia się do zmniejszenia ich płodności i pogorszenia sytuacji demograficznej;
- 18) w ostatnim pięcioleciu utrzymuje się także stosunkowo duża liczba urodzeń dzieci z niską masą – poniżej 2500 g, w 2014 r. odnotowano 22 211 urodzeń z niską masą, co stanowiło 5,9% ogółu urodzeń żywych, podobnie jak rok wcześniej, natomiast 27 215 dzieci (ok. 7,3% ogółu urodzeń żywych) przyszło na świat przedwcześnie – przed 37. tygodniem ciąży i był to wzrost (w porównaniu z rokiem poprzednim) o 1091 dzieci przedwcześnie urodzonych; konieczna jest analiza sytuacji w tym zakresie, przygotowanie i zrealizowanie przedsięwzięć w kierunku zmniejszenia odsetka wcześniactwa, a także hipotrofii płodu;
- 19) zdrowie dzieci i młodzieży szkolnej pozostaje poza głównym nurtem zainteresowania medycyny, zarówno w odniesieniu do systemowych działań w obszarze promocji zdrowia oraz profilaktyki zagrożeń zdrowotnych i chorób, jak i skoordynowanej opieki leczniczej, mimo że wyniki EHIS oraz Międzynarodowe Ankiety Badania nad Zachowaniami Zdrowotnymi Młodzieży Szkolnej (HBSC) wyraźnie wskazują na takie potrzeby;
- 20) od 2011 r. notuje się pewne oznaki ożywienia debaty na temat poprawy opieki zdrowotnej nad osobami starszymi, czemu towarzyszą podjęte działania w zakresie organizacji opieki geriatrycznej, tworzenia infrastruktury szpitalnej i poradnianej, rozwoju przed i podyplomowego kształcenia personelu medycznego; z perspektywy demograficznej i zdrowia publicznego aktualnym wyzwaniem pozostaje uzupełnienie obowiązującego dotychczas w odniesieniu do populacji osób starszych paradygmatu integracyjnego i nadanie równoprawnego znaczenia idei zdrowego, aktywnego, twórczego starzenia się, m.in. poprzez systemowe działania w zakresie promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej, profilaktyki zagrożeń i chorób;
- 21) następuje znaczący wzrost rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych – w latach 1997–2014 liczba pacjentów w opiece ambulatoryjnej zwiększyła się z około 750 tys. do ponad półtora miliona, w opiece całodobowej liczba pacjentów zwiększyła się prawie o połowę; wskaźnikiem pogorszenia kondycji psychicznej populacji jest najwyższy w historii

wskaźnik samobójstw, których liczba wśród mężczyzn wzrosła w latach 2007–2012 o blisko 25%;

- 22) mimo stabilnej i korzystnej w Polsce sytuacji epidemicznej większości chorób zakaźnych, schorzenia te nadal stanowią i będą stanowić ważny problem zdrowia publicznego, co wynika m.in. z tego, że w miejsce starych, dobrze poznanych chorób, pojawiają się inne, nowe zagrożenia, takie jak: AH1N1 pdm09, gorączki krwotoczne, SARS, MERS CoV, zakażenia wirusem Zika) oraz i choroby zawlekanie do kraju w wyniku podróży i migracji; do innych ważnych wyzwań, które wymagają zdecydowanych działań specjalistów w obrębie istniejących regulacji prawnych należą: zakażenia szpitalne, antybiotykooporność oraz narastanie aktywności ruchów antyszczepionkowych;
- 23) aktualnym wyzwaniem zdrowia publicznego pozostaje nie w pełni zadowalająca czułość systemu nadzoru, w tym systemu monitorowania sytuacji epidemiologicznej HIV/AIDS, jak również stosunkowo niska jakość danych pochodzących z rejestracji zakażeń i chorób zakaźnych, w tym zakażeń szpitalnych, chorób przenoszonych drogą płciową i gruźlicy;
- 24) po 20 latach niemości legislacyjnej, 11 września 2015 r., została uchwalona ustawa o zdrowiu publicznym, co powinno stanowić ważny krok na rzecz budowy nowoczesnego systemu zdrowia publicznego na podstawie rzetelnej oceny aktualnej sytuacji zdrowotnej ludności Polski oraz uwzględniającego prognozowany wzrost natężenia chorób przewlekłych i niepełnosprawności, związany m.in. z rozwojem procesów demograficznych.

2. Priorytety zdrowia publicznego w polityce ludnościowej Polski

Uwzględniając aktualną sytuację zdrowotną społeczeństwa oraz wyzwania związane z przyszłością demograficzną Polski, osiągnięcie zarysowanych powyżej, strategicznych z punktu widzenia polityki ludnościowej celów polityki zdrowia publicznego będzie możliwe - jak się wydaje - przez realizację następujących priorytetów:

- 1) poprawa opieki nad matką i dzieckiem;
- 2) ograniczenie zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia;
- 3) ograniczenie zachorowalności i umieralności z powodu chorób nowotworowych;
- 4) poprawa stanu zdrowia psychicznego;

- 5) ograniczenie zachorowalności i umieralności z powodu przewlekłych chorób niezakaźnych dzięki poprawie żywienia i zwiększeniu aktywności fizycznej społeczeństwa;
- 6) profilaktyka i zwalczanie zakażeń, chorób infekcyjnych oraz zagrożeń transgranicznych;
- 7) promocja zdrowia jako strategia rozwiązywania współczesnych problemów zdrowotnych.

W aktualnej wersji projektu *Założeń...* w trzecim celu głównym, pt. „Poprawa stanu zdrowia ludności i ograniczanie umieralności”, utrzymano zatem sześć z przyjętych w 2012 r. priorytetów zdrowia publicznego oraz dodano problem zakażeń, chorób infekcyjnych i zagrożeń transgranicznych. Zagadnienia te są wzajemnie powiązane przez:

- a) koncentrację na czynnikach ryzyka, które w większości są wspólne;
- b) położenie nacisku na profilaktykę chorób i zagrożeń zdrowotnych, na każdym etapie życia;
- c) docenienie roli promocji zdrowia, jako strategii rozwiązania problemów zdrowotnych, daleko wykraczającej poza sferę medycyny naprawczej.

Zaproponowane priorytety zdrowia publicznego mają istotne powiązania z realizacją trzech pozostałych celów głównych założeń polityki ludnościowej Polski.

Z pierwszym celem głównym, pt. „Tworzenie warunków sprzyjających powstawaniu rodzin, przede wszystkim poprzez zawieranie małżeństw i realizację planów prokreacyjnych” bezpośredni związek ma poprawa opieki medycznej nad matką i dzieckiem, natomiast zagadnienia ograniczenia zachorowań na przewlekłe choroby niezakaźne, w tym choroby układu krążenia i nowotwory złośliwe, poprawy stanu zdrowia psychicznego, poprawy żywienia i aktywności fizycznej oraz nowoczesna promocja zdrowia łączą się z wieloma kierunkami działań na rzecz optymalizacji warunków powstawania i funkcjonowania rodzin oraz przeciwdziałania problemom rozrodczości.

Z drugim celem głównym, pt. „Tworzenie warunków sprzyjających integracji w starzejącym się społeczeństwie – zmniejszenie skali zagrożenia wykluczeniem społecznym ludzi starszych, niesamodzielnymi i niepełnosprawnymi”, łączą się wszystkie przyjęte priorytety zdrowia publicznego, nie wykluczając priorytetu ukierunkowanego na poprawę

opieki medycznej nad matką i dzieckiem (płodowe przyczyny problemów zdrowotnych w dorosłości i w starości). Eksperci zdrowia publicznego są zgodni co do celowości uzupełnienia paradygmatu integracyjnego w odniesieniu do osób starszych o zagadnienia związane ze zdrowym starzeniem się.

Z czwartym celem głównym *Założeń...*, pt. „Określenie zasad i kierunków polityki migracyjnej państwa polskiego w dobie integracji europejskiej”, wiąże się priorytet zdrowia publicznego dotyczący zakażeń i chorób infekcyjnych, co jest uzasadnione m.in. koniecznością stałego czuwania nad zapobieganiem tym zagrożeniom związanych z przemieszczaniem się ludności w Europie (zagadnienie uwypuklone w III Programie Zdrowia UE). Istotna jest także potrzeba odniesienia się w ramach doktryny migracyjnej Polski do problemów związanych z emigracją wykwalifikowanego personelu medycznego, w tym lekarzy i pielęgniarek, oraz z napływem lekarzy do Polski z innych krajów.

Każdy z siedmiu priorytetów zdrowia publicznego zawiera uszczegółowione dane pozwalające na pogłębioną diagnozę przedmiotowej problematyki. Na tej podstawie zostały sformułowane rekomendacje kierunkowe i zadania realizacyjne ze wskazaniem adresatów i postulowanych źródeł finansowania. Zaproponowano także kierunki dalszych prac analityczno-badawczych.

3. Rola sektora zdrowia w polityce ludnościowej: tezy do dyskusji

Zdrowie publiczne, definiowane jako nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia oraz promowania zdrowia przez organizację zbiorowych wysiłków społeczeństwa, zawiera istotne odniesienia do polityki ludnościowej, rozumianej m.in. jako długofalowe oddziaływanie państwa i podmiotów publicznych na przebieg procesów ruchu naturalnego ludności w celu ukształtowania pożądanego stanu i struktury ludności, przez tworzenie warunków korzystnych dla przebiegu procesów demograficznych, zapewniających biologiczną ciągłość narodu i zrównoważony rozwój społeczno-ekonomiczny.

Wszystkie sektory mają do odegrania ważną rolę w poprawie stanu zdrowia ludności i ograniczeniu umieralności w kontekście polityki ludnościowej. Przykładowo istotną funkcję ma do spełnienia Ministerstwo Finansów, co wynika m.in. z faktu, iż powinno ono posiadać informacje o nakładach finansowych rządu na zdrowie publiczne jako całości. Nie chodzi jednak tylko o nakłady finansowe. Wszystkie rządy stosują środki prawne i inne sposoby ochrony swych obywateli w różnych obszarach, a zdrowie publiczne dotyczy wielu z nich, na

przykład polityki żywnościowej i rolnictwa, polityki transportowej, ochrony środowiska, mieszkalnictwa, bezpieczeństwa, polityki edukacyjnej czy polityki fiskalnej. W związku z rozwojem procesów demograficznych istnieją przesłanki do ściślejszej integracji polityki społecznej i polityki zdrowotnej. Potrzeba wspólnej pracy na rzecz polityki ludnościowej wykracza poza struktury resortowe i obejmuje np. media i organizacje III sektora.

Jest oczywiste, iż sektor zdrowia ma do odegrania kluczową rolę w ochronie zdrowia ludności zarówno jako **dostawca** podstawowych i specjalistycznych świadczeń, jak i **stymulator oraz katalizator** działań na rzecz zdrowia we wszystkich sektorach rządowych. Wiadomo, że odpowiednia opieka zdrowotna nie może ograniczać się do zapewnienia określonej liczby świadczeń i środków; chodzi także o jakość porad i obsługi, przy czym nie można przecenić roli odpowiednio wykształconego i przeszkolonego personelu medycznego. Politycy mają do dyspozycji szeroki wachlarz instrumentów: inicjatywa legislacyjna, regulaminy, zmiany organizacyjne, kształcenie zawodowe, edukacja publiczna, środki fiskalne, alokacja środków budżetowych, finansowanie akcji medialnych, polityka społeczna, ochrona środowiska itd. Na przykład w wielu krajach – i w Polsce – wysoce efektywnym sposobem ograniczenia palenia papierosów okazał się wzrost akcyzy na tytoń. Z kolei wprowadzenie przepisów nakazujących stosowanie pasów bezpieczeństwa przyczyniło się do znaczącego ograniczenia liczby poszkodowanych w wypadkach drogowych.

Od polityków zarządzających ochroną zdrowia, zatroskanych także o politykę ludnościową Polski, można oczekiwać dopilnowania, aby ustawa o zdrowiu publicznym i jej podstawowe narzędzia realizacyjne, jakim jest np. Narodowy Program, nie ograniczały się infrastrukturalnie, organizacyjnie, legislacyjnie, finansowo i kadrowo do obszaru medycyny naprawczej i uwzględniały budowę infrastruktury, podstaw legislacyjnych, rozwiązań organizacyjnych, zapewnienie finansowania i kadr dla promocji zdrowia w obszarze zdrowia publicznego. Na podobnych zasadach powinien być zbudowany Narodowy Program Zdrowia i Rozwoju Dzieci i Młodzieży, ukierunkowany m.in. na utrzymanie wysokiego priorytetu dla perinatologii, zaproponowanie nowych, efektywnych rozwiązań w opiece zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą szkolną. Zasadna, z punktu widzenia zdrowia publicznego i polityki ludnościowej, wydaje się zmiana podejścia do roli i zadań medycyny pracy, a także położenie nacisku na problematykę zdrowego starzenia się.

Rządowa Rada Ludnościowa od wielu lat wskazuje, że celami strategicznymi polityki zdrowia publicznego w obrębie polityki ludnościowej państwa powinny być przede

wszystkim działania wielosektorowe umożliwiające poprawę zdrowotnych warunków powstawania i funkcjonowania rodzin oraz podnoszenie poziomu urodzeń (wzrost dzietności), poprawa stanu zdrowia i ograniczanie umieralności populacji dzieci i młodzieży, kobiet i mężczyzn w wieku prokreacyjnym, a także poprawa stanu kondycji zdrowotnej starszego pokolenia.

W celu zaspokojenia istotnych z punktu widzenia polityki ludnościowej potrzeb zdrowotnych społeczeństwa wymagana jest zmiana modelu i statusu promocji zdrowia w krajowym systemie ochrony zdrowia. Oznacza to, że obok systemu opieki medycznej powinien funkcjonować skoordynowany, efektywny system zdrowia publicznego – oba te systemy zorientowane na poprawę stanu zdrowia populacji, w szczególności matki i dziecka, zapobieganie niepełnosprawności i niezdolności do samodzielnej egzystencji, szczególnie osób starszych wiekiem, oraz na ograniczanie liczby zgonów, zwłaszcza przedwczesnej umieralności.

Współpraca zdrowia publicznego, w tym promocji zdrowia oraz opieki medycznej jest niesłychanie ważna z punktu widzenia zwalczania głównych przyczyn przedwczesnej umieralności. Eksperti Amerykańskiego Towarzystwa Kardiologicznego (AHA) oraz autorzy europejskiego dokumentu *European Healthy Heart Charter* jednoznacznie podkreślają, że chorobom serca i naczyń można skutecznie zapobiegać pod warunkiem przeorientowania systemu ochrony zdrowia w kierunku nowocześnie rozumianej promocji zdrowia i profilaktyki. Także w *Europejskim Kodeksie Walki z Rakiem* zostały uwypuklone zadania zdrowia publicznego w zakresie prewencji chorób nowotworowych.

Poważne wyzwania dla polityki zdrowia publicznego związane są z kształtowaniem się demograficznej przyszłości Polski³⁹. Badanie wykonane na podstawie prognoz demograficznych GUS (do 2035 r. oraz do 2050 r.) wskazują, że zmiany przewidziane prognozą będą miały znaczący wpływ na sytuację zdrowotną ludności. Tylko z powodu starzenia się populacji zwiększy się znacznie odsetek osób potrzebujących podstawowej i specjalistycznej opieki medycznej. Jeżeli nie zaistnieją inne czynniki – o charakterze pozytywnym, oddziałujące w odwrotnym kierunku – znacznie pogorszy się stan zdrowia

³⁹ *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2012; *Zdrowe starzenie się: Biała księga*, B. Samoliński, F. Raciborski (red.), Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2013; J. Didkowska, *Prognozy rozwoju chorób nowotworowych w Polsce*, w: *Zachorowalność i umieralność na nowotwory a sytuacja demograficzna Polski*, A. Potrykowska, Z. Strzelecki, J. Szymborski, J. Witkowski (red.), Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2014.

populacji, wzrośnie odsetek osób obarczonych niepełnosprawnością i chorobami przewlekłymi, co zwiększy zarówno potrzeby, jak i wydatki na świadczenia medyczne oraz usługi opiekuńcze⁴⁰.

W piśmiennictwie światowym kwestionowana jest teza, iż starzenie się populacji odgrywa główną rolę w gwałtownym zwiększaniu kosztów opieki medycznej i związanych z tym problemów w funkcjonowaniu ochrony zdrowia. Podkreśla się natomiast istotny wpływ trudno poddającego się kontroli wzrostu cen leków i sprzętu medycznego oraz kosztów administracyjnych⁴¹. Wydaje się więc uzasadnione twierdzenie, że wyzwaniom wynikającym z rozwoju procesów demograficznych w Polsce powinna sprostać odpowiednia polityka zdrowotna nakierowana zarówno na systemowe, adresowane do ludności na wszystkich etapach życia, działania w zakresie promocji zdrowia, profilaktyki zagrożeń i chorób oraz restytucji zdrowia, jak i na racjonalizację gospodarki lekami, aparaturą i sprzętem medycznym oraz na optymalizację kosztów administracyjnych⁴².

Streszczenie

W pracy dokonano analizy sytuacji zdrowotnej w ostatnim piętnastoleciu. Na tej podstawie określono siedem priorytetów zdrowia publicznego w polityce ludnościowej Polski: poprawa opieki nad matką i dzieckiem; ograniczenie zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia; ograniczenie zachorowalności i umieralności z powodu chorób nowotworowych; poprawa stanu zdrowia psychicznego; ograniczenie zachorowalności i umieralności z powodu przewlekłych chorób niezakaźnych dzięki poprawie żywienia i zwiększeniu aktywności fizycznej społeczeństwa; profilaktyka i zwalczanie zakażeń, chorób infekcyjnych oraz zagrożeń transgranicznych; promocja zdrowia jako strategia rozwiązywania współczesnych problemów zdrowotnych. W opisie każdego z tych priorytetów zawarto pogłębioną diagnozę przedmiotowej problematyki oraz rekomendacje kierunkowe i zadania realizacyjne ze wskazaniem adresatów i postulowanych źródeł finansowania. Zaproponowane priorytetowe zagadnienia zdrowia publicznego są wzajemnie powiązane przez: koncentrację na czynnikach ryzyka, które w większości są wspólne, położenie nacisku na profilaktykę chorób i zagrożeń zdrowotnych na każdym etapie życia, docenienie roli promocji zdrowia jako strategii rozwiązania problemów zdrowotnych, daleko wykraczającej poza sferę medycyny naprawczej. W kontekście kształtowania się przyszłości demograficznej Polski zwrócono uwagę na znaczenie współpracy wielosektorowej i szczególną rolę sektora zdrowia w realizacji zadań polityki ludnościowej.

⁴⁰ J. Szymborski, G. Marciniak, *Zdrowotne następstwa przemian demograficznych w Polsce*, „Studia Ekonomiczne”, nr 223/15, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, Katowice 2015.

⁴¹ J.R. Beard, D.E. Bloom, *Towards a comprehensive public health response to population ageing*, www.thelancet.com, opublikowane online 6.11.2014, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61461-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61461-6).

⁴² Strategy and action plan for healthy ageing in Europe, 2012–2020, WHO, Regional Committee for Europe, Sixty-second session, Malta, 10–13 września 2012 r.

SEKRETARZ STANU W MINISTERSTWIE ZDROWIA

JAROSŁAW PINKAS:

**DZIAŁANIA PODEJMOWANE PRZEZ MINISTERSTWO ZDROWIA W
REALIZACJI ZADAŃ POLITYKI LUDNOŚCIOWEJ.**

Na wstępie odniosę się do słów prof. J. Hryniewicz. Pani profesor powiedziała: „pora podjąć debatę”. Może jest właśnie pora na to, abyśmy wrócili do spuścizny Profesora Zbigniewa Religi, który praktycznie, dzięki współpracy z prof. J. Hryniewicz i prof. A. Wilmowską, skończył prace nad ustawą pielęgnacyjną – nad dokumentem dającym, perspektywę wszystkim ludziom niepełnosprawnym w Polsce, ale także mającym wpływ na rozwój gospodarki wpisującym się w ogólnoświatowy trend silver economy.

Resort zdrowia składa się z dwóch filarów. Pierwszy filar to medycyna naprawcza, immanentnie związana z nakładami. Jeżeli chcemy osiągnąć poprawę stanu zdrowia populacji, musimy po prostu wyłożyć na to więcej pieniędzy. A 4,7% PKB na zdrowie to bardzo mało w Europie. I to niesłychane, że za takie pieniądze można mieć zupełnie przyzwoite efekty zdrowotne. One oczywiście są dobre dlatego, że wielu profesjonalistów medycznych, lekarzy, pielęgniarek i wszystkich innych pracowników służby zdrowia, naprawdę rzetelnie pracuje. Obawiam się jednak, że zaczniemy mieć istotne problemy, dlatego że, z jednej strony, pojawiają się nowe drogie technologie medyczne, a z drugiej społeczeństwo się starzeje, co powoduje, że tych środków na leczenie będzie za mało. A więc jednym z głównych zadań ministra zdrowia, ale także całego rządu, jest znalezienie środków na to, żebyśmy rzeczywiście zbliżyli się do nakładów na zdrowie na poziomie 6% PKB. I to jest główne założenie resortu zdrowia – znaleźć pieniądze na służbę zdrowia. Zdrowie kosztuje, nie da się tego zrobić za pomocą dobrych intencji. Musimy także umieć dobrze kupować świadczenia zdrowotne, ale ich wolumen jest ewidentnie związany z ilością posiadanych środków.

Druga część, pewnie bardziej istotna (tym się zajmuję w resorcie) to zdrowie publiczne. Jest tu wiele programów, które – gdy je zrealizujemy – przyczynią się do

poprawy sytuacji demograficznej. W tej chwili jest opracowywany Narodowy Program Zdrowia (NPZ), ale już płynnie i szybko: odbywają się kolejne spotkania Rady do spraw Zdrowia Publicznego, podczas których następuje „dopinanie” Programu. NSP zawiera sześć celów operacyjnych. Te wszystkie cele są zbieżne z 12 punktami, które zostały przedstawione przez prof. J. Szymborskiego. Wszystko to jest idealnie zgrane z opiniami ekspertów i z tym, co zostało wypracowane przez Rządową Radę Ludnościową. Idziemy tutaj absolutnie równolegle i nie ma tu takiego problemu, żebyśmy nie wiedzieli, co jest na końcu drogi, bo to jest bardzo istotne. Musimy to mieć precyzyjnie zaprogramowane.

Jednym z celów operacyjnych jest program prokreacyjny. Zdrowie prokreacyjne – coś, o czym w poprzednich latach zapomniano, nie mówiono o tym w sposób poważny – to także kwestia związana z odpowiednim dostępem do profilaktyki, mądrej i mądrze wdrażanej promocji, kwestia zapanowania w Polsce mody na to, by mieć dziecko w odpowiednim wieku. Jest także związane z działaniami innych resortów. Mamy w tej chwili w Polsce poważny problem. 30-latki myślą uważają, że: praca jest ważniejsza, a przy braku poczucia stabilności socjalnej tym decyzje o prokreacji są odkładane na przyszłość. I co dzieje się później? Zdarzają się dramaty związane z problemami z płodnością. To jest istotny i szeroki problem, który należy rozwiązać. I tu jest już pole dla medycyny.

Program prokreacyjny jest jednym z filarów Narodowego Programu Zdrowia, ważnym elementem całości zagadnień, którymi się zajmujemy. Chodzi mi tu o program edukacyjny, informujący o tym – o czym teraz się nie mówi – co trzeba zrobić, żeby móc zająć w ciążę w odpowiednim czasie, jaki styl życia trzeba prowadzić, żeby osiągnąć sukces prokreacyjny.

Druga sprawa to jest, niestety, kwestia dużej grupy par, które mają problemy z płodnością. Pierwszy raz w Polsce wprowadzamy kompleksowe działania w postaci narodowego programu prokreacyjnego, który na początku będzie polegał na budowie infrastruktury potrzebnej do całościowych działań i opieki nad parą. Andrologia, psychologia, wszystkie posunięcia związane z procesem leczniczym dotyczącym kobiety – to dopiero przyniesie sukces. W 97% ten sukces można osiągnąć za pomocą rozsądnego, racjonalnego ciągu zdarzeń, a nie za pomocą niewyobrażalnie drogiej

procedury in vitro. Odniesiemy ten sukces, jeżeli skutecznie skoordynujemy działania/procedury lecznicze w ośrodkach referencyjnych. W każdym mieście, w którym jest uczelnia medyczna, znajdzie się taki ośrodek, którego ważnym zadaniem będzie także upowszechnianie wiedzy. Wszyscy studenci medycyny, wszyscy lekarze zajmujący się tym zagadnieniem powinni stosować jeden wspólny wzór, oczywiście ciągle aktualizowany, żeby osiągać ten sukces.

Do tej pory takiego programu nie było. On jest już prawie gotowy. Mamy na to pieniądze, współpracujemy z NFZ i wiemy, że nawet z zasobem środków, który w tej chwili mamy w systemie, jesteśmy w stanie doprowadzić do sukcesu w tej dziedzinie. Natomiast na budowę infrastruktury potrzebne są pieniądze z budżetu, które do tej pory były przeznaczone na program in vitro.

W tej chwili najbardziej istotne jest podjęcie działań na rzecz zmniejszenia i zaprzestania palenia papierosów. 20 lat temu wdrożono pierwszą ustawę antytytoniową, która jest jednym z większych polskich sukcesów, bo 20 lat temu 50% populacji paliło papierosy, a w tej chwili pali 30%, oczywiście pali dramatycznie dużo. Wdrażanie dyrektywy jest bardzo skomplikowane. Naruszamy bowiem wiele interesów (przemysłowych, gospodarczych).

W tym miejscu muszę jednak powiedzieć, że minister K. Radziwiłł na pewno będzie w tej kwestii niezwykle pryncypialny. Polska kiedyś będzie krajem wolnym od tytoniu. Za 30 lat krajem wolnym od tytoniu ma być Finlandia, ale dzięki pryncypialnej polityce całego rządu. Mam wrażenie, że nas też na to stać, żebyśmy – może nawet wcześniej – byli krajem wolnym od tytoniu.

Jeżeli chodzi o cały ciąg zdarzeń dotyczących zdrowia psychicznego, to kompletnie zmieniamy podejście do tego zagadnienia. Już niedługo zrealizujemy pilotażowy program psychiatrii środowiskowej, skoordynowanych działań na rzecz pacjentów psychiatrycznych. Odejdziemy wreszcie od nadmiernych ilości hospitalizacji, zapewnimy dostępność i to, że będzie/wyznaczona osoba/lekarz na stałe odpowiedzialna za leczenie takiego pacjenta. Środki finansowe będą przeznaczone dla tych podmiotów, które zapewnią kompleksową opiekę i koordynację procesu leczniczego.

W MZiOS zajmujemy się także niezmiernie ważnym zagadnieniem jakim jest ilość i jakość kadry medycznej. Niestety znajdujemy się w końcówce Europy jeżeli chodzi o liczbę lekarzy i pielęgniarek. W tej chwili robimy wszystko, żeby naprawić tę sytuację. Już w 2016 r. przyjmujemy na uczelnie 18% studentów więcej. Oczywiście efekty będą widoczne dopiero za 6 lat, ale będą one lepsze niż do tej pory, dlatego że dajemy naszym lekarzom lepszą perspektywę zdobycia umiejętności zawodowych, przede wszystkim praktycznych. Wróciliśmy do stażu - nie będzie żadnego rocznika, który będzie sfelczeryzowany. Nasze działania mają służyć osiągnięciu wysokiej jakości szeroko rozumianej kadry medycznej.

Zajmujemy się także tym, żeby pewne sprawy przestały być traktowane jako istotne działania lekarskie. Mówię tutaj o biurokracji. Chcemy, żeby lekarz zajmował się przede wszystkim pacjentem i by środowisko lekarskie zostało uwolnione od absurdalnej ilości działań biurokratycznych. Stąd prace zespołów, które mają to analizować, by zlikwidować różnego typu absurdy, głównie sprawozdawcze, które funkcjonują w systemie.

Instytut Matki i Dziecka pracuje nad pierwszą ustawą o medycynie szkolnej. Nikt do tej pory tego nie zrobił. Mamy publiczne instytuty, które są naprawdę znakomitym orężem dla resortu zdrowia i które wiedzą, co mają zrobić, żeby ten program wreszcie naprawić.

W ministerstwie pracujemy także nad nową formułą podstawowej opieki zdrowotnej. Lekarz rodzinny wreszcie będzie miał odpowiednie kompetencje. Oczywiście nie należy tego mylić z kwalifikacjami, bo nasi lekarze rodzinni je posiadają. W Polsce mamy dwukrotnie za mało lekarzy rodzinnych. Musimy racjonalnie kierować na rezydentury tych lekarzy, którzy są najważniejsi w systemie, czyli lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Potrzebne są nie tylko odpowiednie kompetencje, ale także odpowiednie możliwości prowadzenia diagnostyki i terapii, żebyśmy odwrócili dramatyczny trend, jaki mamy w kraju, że opieka medyczna to jest opieka specjalistyczna, a nie POZ. Trzeba przypomnieć, że osiemdziesięcioma procentami wszystkich zdarzeń medycznych jest w stanie zająć się lekarz rodzinny.

Każdy lekarz w Polsce musi mieć umiejętności z dziedziny geriatry. Wiemy, że nie przygotowujemy takiej ilości kadry, żeby każda osoba starsza miała swojego geriatrę i

dlatego każdy polski lekarz, od pracującego w POZ do ortopedy, musi odpowiednio umiejętności. Mamy taki zamysł, żeby utworzyć instytut gerontologii, by nie odchodząc od kształcenia geriatrów zrobić jednak coś interdyscyplinarnego. Oczywiście potrzebne tu będzie współdziałanie z resortem pracy i z demografami. Dzięki wspólnym, interdyscyplinarnym działaniom, będzie można podejmować racjonalne decyzje.

Wszystko to, co robimy w resorcie zdrowia, ma służyć koordynacji i kompleksowości. Pacjent musi mieć przewodnika po systemie, nie może być jego zakładnikiem. Przestaniemy wreszcie kupować procedury, a kupimy ciąg zdarzeń. Tak jak przedstawiłem to w przypadku leczenia psychiatrycznego, tak samo kupimy ciąg zdarzeń związanych z onkologią, także z diabetologią. Chcemy tworzyć narodowe programy, uzyskując na to środki z budżetu i stopniowo zastępować środki ubezpieczeniowe środkami budżetowymi, pewnie do jakichś granic. To wszystko jest przed nami.

Omówienie spraw załatwianych przez 6 miesięcy pracy obecnego rządu, zajęłoby dużo miejsca. Mam poczucie niedosytu, ale mam też poczucie dobrze spełnionego obowiązku, bo wszystkie te cele, które prof. J. Szymborski przedstawił, są realizowane przez resort zdrowia.

Dr Alina Potrykowska

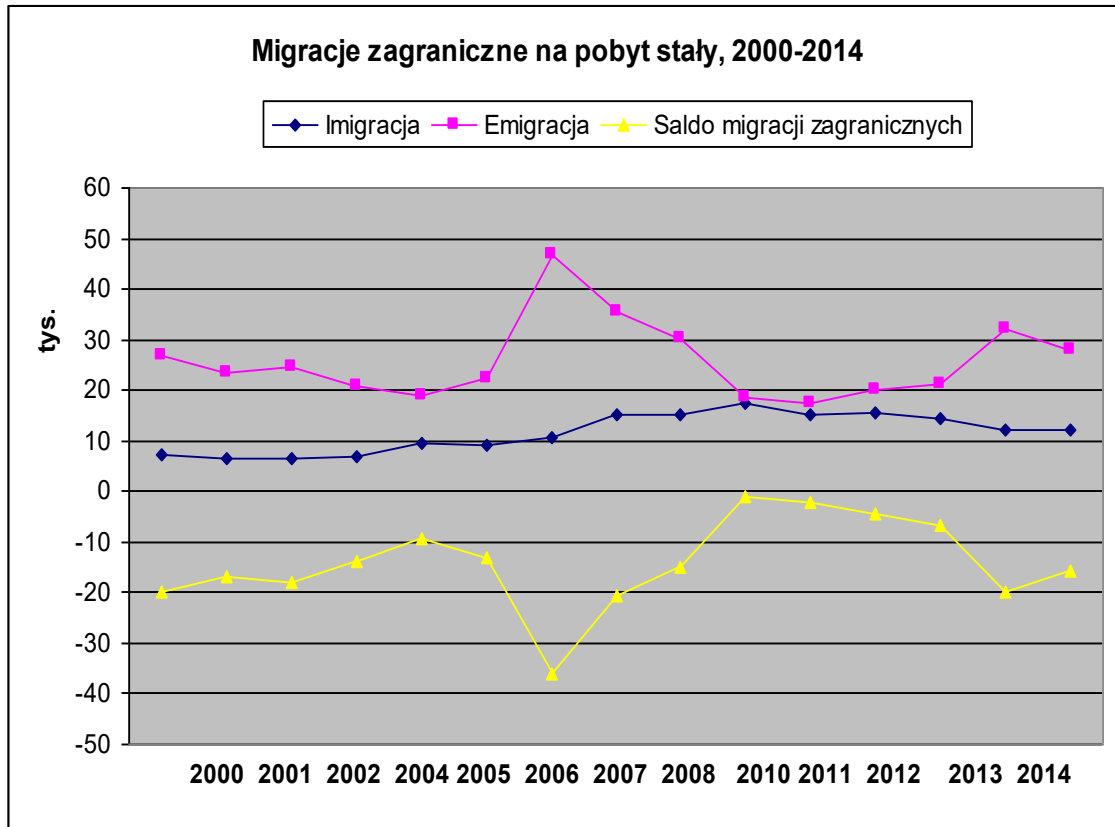
Rządowa Rada Ludnościowa

Polityka migracyjna

Emigracja

Akcesja Polski do Unii Europejskiej w 2004 r. wymusiła pewne uporządkowanie działań w zakresie polityki migracyjnej, ale nie nabrała całościowego charakteru. W konsekwencji utrwalających się trendów zarówno emigracyjnych jak i imigracyjnych, sformułowanie klarownych zasad polityki migracyjnej staje się coraz trudniejsze. **Polska jest krajem emigracyjnym.** Po wejściu do Unii Europejskiej Polska zanotowała znaczny odpływ obywateli do innych państw członkowskich. Różnica potencjału ekonomicznego Polski i

krajów zachodnich jest główną przyczyną tego zjawiska, którego skali nie oddaje statystyka wymeldowań i zameldowań z powodu wyjazdu za granicę. Obejmuje ona jedynie niewielką część takich migracji. Saldo definitywnych migracji zagranicznych pozostaje ujemne (w 2014 r. wynosiło minus 15,8 tys.).



Źródło: Dane GUS, opracowanie własne

Skalę czasowych emigracji Polaków można oceniać (szacować) na podstawie wyników powszechnych spisów ludności oraz dokonywanych po nich szacunków. Od 2002 r. liczba osób przebywających czasowo za granicą istotnie wzrosła – szczególnie po akcesji Polski do UE i sukcesywnym znoszeniu barier w dostępie do rynków pracy krajów UE. W roku 2002 poza granicami Polski przebywało 786,1 tys. mieszkańców, natomiast w 2014 r. (wg. szacunków GUS) liczba Polaków mieszkających czasowo za granicą (powyżej 3 miesięcy) wyniosła już 2,3 mln, zaś pozostających poza krajem przez co najmniej rok – około 1,5 mln. W krajach członkowskich Unii Europejskiej przebywało 1,9 mln osób (najwięcej w Wielkiej Brytanii, Niemczech i Irlandii), w tym przez okres co najmniej 1 roku – około 1,5 mln. osób (była to liczba najwyższa po akcesji Polski do UE).

**Liczba stałych mieszkańców Polski przebywających czasowo za granicą co najmniej
3 miesiące* w latach 2004–2014 (w tys., stan na dzień 31 grudnia)****

Kraj	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ogółem	1 000	1 450	1 950	2 270	2 210	2 100	2 000	2 060	2 130	2 196	2 320
Europa	770	1 200	1 610	1 925	1 887	1 765	1 685	1 754	1 816	1 891	2 013
Unia Europejska	750	1 170	1 550	1 860	1 820	1 690	1 607	1 670	1 720	1 789	1 901
Austria	15	25	34	39	40	36	29	25	28	31	34
Belgia	13	21	28	31	33	34	45	47	48	49	49
Cypr	.	.	.	4	4	3	3	3	2	1	1
Czechy	.	.	.	8	10	9	7	7	8	8	9
Dania	.	.	.	17	19	20	19	21	23	25	28
Finlandia	0,4	0,7	3	4	4	3	3	2	2	3	3
Francja	30	44	49	55	56	60	60	62	63	63	63
Grecja	13	17	20	20	20	16	16	15	14	12	9
Hiszpania	26	37	44	80	83	84	48	40	37	34	32
Holandia	23	43	55	98	108	98	92	95	97	103	109
Irlandia	15	76	120	200	180	140	131	120	118	115	113
Niemcy	385	430	450	490	490	465	440	470	500	560	614
Portugalia	0,5	0,6	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Szwecja	11	17	25	27	29	31	33	36	38	40	43
	150	340	580	690	650	595	580	625	637	642	685

Wielka Brytania											
Włochy	59	70	85	87	88	88	92	94	97	96	96
Kraje spoza UE	20	30	60	65	67	75	78	85	96	102	112
W tym; Norwegia	.	.	.	36	38	45	50	56	65	71	79

Oznaczenia: . – brak danych; * dla lat 2002- 2006 r. dolną cezurą czasową dla okresu nieobecności – poniżej 3 miesięcy; dla lat 2007-2014 – powyżej 3 miesięcy

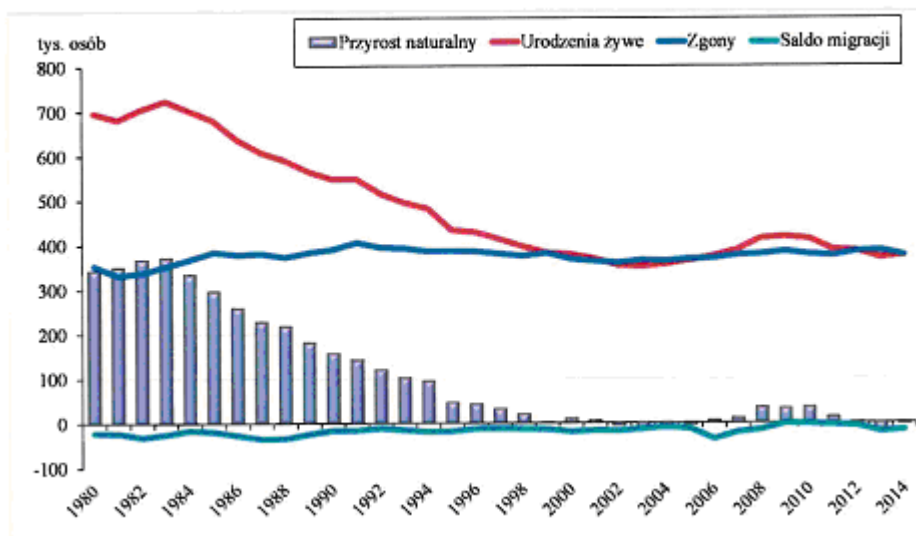
** podstawą szacunku za lata 2004–2008 były wyniki NSP 2002, szacunek za lata 2009–2014 został sporządzony z wykorzystaniem danych NSP 2011.

Źródło: dane GUS

Skala emigracji Polaków na dłuższy pobyt za granicą (lub na stałe) jest stosunkowo duża i w latach 2014-2015 dalej się pogłębiała. Taka skala emigracji z jednej strony uszczupla potencjał demograficzny Polski, z drugiej zaś zmniejsza skalę bezrobocia, ale tworzy nowe problemy na rynku pracy, bowiem ujemną stroną tego procesu jest skala wyjazdów młodych dobrze wykształconych mieszkańców Polski w wieku mobilnym i osób o wysokich kwalifikacjach zawodowych, którzy niejednokrotnie podejmując pracę poniżej swoich kwalifikacji nie wykorzystują ich w kraju docelowym i tracą je bezpowrotnie. **Oznacza to iż liczba wyjazdów przewyższyła liczbę powrotów, a szanse na powrót tych młodych ludzi do ojczyzny są niewielkie, tzn są to ogromne straty potencjału ludzkiego dla Polski.**

Dominują migracje zarobkowe – to większość, 90% – a także, coraz częściej, migracje osiedleńcze oraz z powodów rodzinnych. Tu trzeba podkreślić, iż coraz więcej wyjazdów wiąże się z łączeniem i powiększaniem rodzin, bo wiemy o tym, iż za granicą Polki rodzą więcej dzieci – w ostatnich latach za granicą urodziło się ich ok. 200 tys.

Wykres 1. Ruch naturalny i saldo migracji zagranicznych ludności w latach 1980–2014

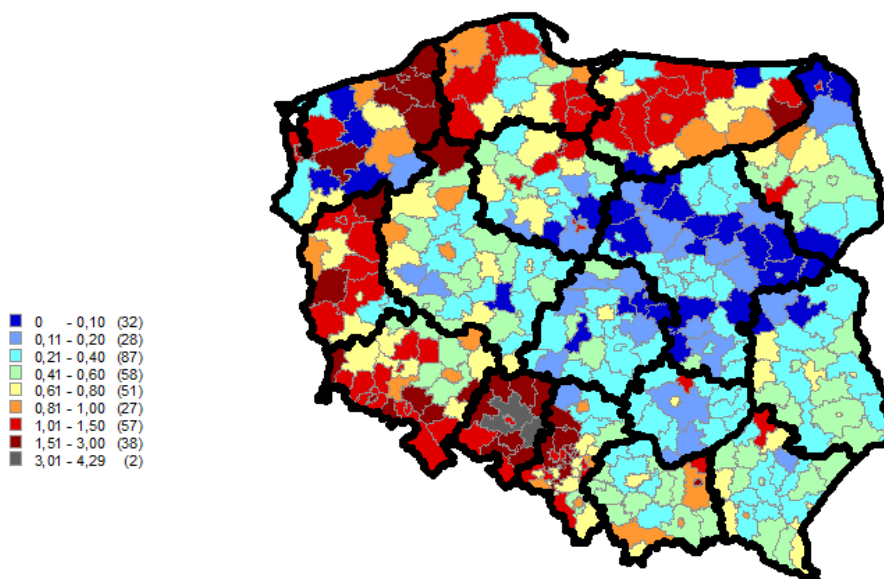


Na wykresie wyraźnie widać nakładanie się ujemnych wartości, ubytku naturalnego i negatywnego salda – na dolnej linii. Wyraźnie widać wpływ tych migracji na rozwój ludnościowy.

Masowa emigracja, jaka wystąpiła po akcesji Polski, musi rodzić głębokie i długofalowe konsekwencje w życiu poszczególnych jednostek, rodzin oraz regionów.

Jeśli chodzi o rozwój regionów, to szczególnie należałoby zwrócić uwagę na fakt, iż w ostatnich latach emigracja, wyjazdy Polaków na stałe, rozwój tych niekorzystnych zjawisk zaznaczają się nie tylko w tradycyjnych regionach emigracyjnych, jak Opolszczyzna, Podlasie, Podkarpacie czy Małopolska, lecz także w województwach przygranicznych: zachodnich, szczególnie w zachodniopomorskim, jak również lubuskim i warmińsko-mazurskim.

**Migracje zagraniczne, odpływ ludności z powiatów w 2014 r.
- według powiatów (na 1000 mieszkańców)**



Źródło: *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2014-2015, RRL, Warszawa 2015.*

Należałoby wspierać rozwój tych regionów z punktu widzenia nie tylko wsparcia dla rodzin, czyli ochrony rozwoju demograficznego, lecz także wsparcia społecznego. Tam jest bardzo wiele niekorzystnych zjawisk społecznych oraz demograficznych, chodzi o skalę.

Skala wyzwań, jakie stoją przed Polską, wymusza prowadzenie przemyślanych działań w dziedzinie zarówno migracji, jak i polityki prorodzinnej oraz zwiększanie poziomu aktywności zasobów siły roboczej.

Zjawisko migracji zarobkowej samo w sobie nie jest negatywnym, jednakże rozmiary obecnej emigracji, zwłaszcza osób będących w wieku prokreacyjnym, które nie założyły jeszcze własnych rodzin, mogą spowodować określone reperkusje dla społeczeństwa i gospodarki w przyszłości. Nasilenie emigracji przy obecnie istniejących trendach demograficznych w kraju – spadku dzietności, sukcesywnym wydłużaniu się długości trwania życia (co powoduje starzenie się społeczeństwa) – może prowadzić do długotrwałych zakłóceń na rynku pracy oraz w systemie zabezpieczenia społecznego.

Skala wyzwań, przed jakimi stoi Polska, wymusza prowadzenie przemyślanych działań zarówno w dziedzinie migracji, jak i polityki prorodzinnej oraz zwiększania poziomu aktywności zasobów siły roboczej. Masowa emigracja, jaka wystąpiła po akcesji Polski do

Unii Europejskiej, związana ze stopniowym otwieraniem się unijnych rynków pracy (choć w rzeczywistości masowy odpływ Polaków do państw UE rozpoczął się jeszcze przed 1 maja 2004 r.), musi rodzić głębokie i długofalowe konsekwencje w życiu poszczególnych jednostek, rodzin, regionów i całego społeczeństwa

Spowodowane określoną sytuacją widoczne zmiany nastąpiły w sferze polityki publicznej państwa prowadzonej w obszarze migracji. Postulowana przez Rządową Radę Ludnościową konieczność stworzenia sformalizowanej polityki migracyjnej jest odbiciem zmian, które zaszły w ostatnich latach w podejściu państwa do problematyki migracji.

Tymczasem w **polityce migracyjnej stosunkowo niewiele miejsca, zakładając raczej mało aktywną politykę agend państwa, poświęcano zagadnieniom związanym z emigracją Polaków**. Uwzględniając nawet fakt, że procesy emigracyjne w demokratycznym społeczeństwie funkcjonującym w ramach jednolitego rynku europejskiego nie mogą podlegać odgórnemu zarządzaniu, **dostrzegamy tu jednak słabość polityki migracyjnej państwa. Zaniechania w tej dziedzinie mogą kosztować bardzo dużo i będą dotyczyć wielu powiązanych ze sobą obszarów**.

Zagadnieniu temu nadaliśmy rangę priorytetu. Należy uwzględnić m.in. możliwość pogłębiania się i tak niekorzystnych trendów demograficznych, ryzyko społecznej i gospodarczej marginalizacji niektórych regionów, utratę kapitału ludzkiego czy też rozpad więzi międzyludzkich na poziomie rodzin i lokalnych społeczności. **Należy prowadzić w tym obszarze politykę bardziej zdecydowaną, która nie pozwoliłaby zmarnować potencjału ludzkiego ogromnej rzeszy młodych Polaków, która zdecydowała się w ostatnich latach na wyjazd z kraju, a także pamiętała o wszystkich osobach mających polskie korzenie, niezależnie od posiadanego obywatelstwa**.

Podzespół ds. migracji w wyniku przeprowadzonych dyskusji zaproponował **uznanie spraw migracyjnych za ważny składnik polityki ludnościowej w Polsce**, a w jego obrębie przyjęcie pięciu następujących priorytetów w obszarach: 1. podejścia do diaspory, 2. procesów migracji zarobkowej, 3. kompleksowego ujmowania procesów imigracyjnych, 4. repatriacji, 5. edukacji i podniesienia stanu wiedzy o współczesnych procesach migracyjnych.

Głównym priorytetem jest utrzymywanie więzi z Polakami przebywającymi za granicą i traktowanie ich jako składnika polskiego potencjału ludnościowego.

Cele do osiągnięcia:

1. Wspieranie Polaków przebywających za granicą

2. Współpraca z polską diasporą w państwach członkowskich UE i państwach trzecich oraz ochrona instytucjonalna polskich pracowników migrujących

Główne kierunki działań:

- Wzmacnianie kontaktów z organizacjami polonijnymi oraz działania w ramach polskiej polityki zagranicznej na rzecz poprawy sytuacji i wizerunku Polaków mieszkających za granicą, w tym przeciwdziałania możliwościom stosowania praktyk dyskryminacyjnych w stosunku do Polaków przebywających w krajach emigracji.
- Uzyskanie wszechstronnej informacji: w zakresie nadzoru nad agencjami pośrednictwa pracy; na temat potencjalnych zagrożeń, jakie mogą napotkać obywatele Polski podejmujący pracę w danym państwie przyjmującym; praktyczne porady mające na celu przestrzeganie przed nieuczciwymi pośrednikami / pracodawcami itp.

3. Ograniczanie emigracji zarobkowej naszych rodaków oraz tworzenie warunków do ich powrotów i wspieranie migrantów powrotnych

Główne kierunki działań:

- Rozpowszechnianie informacji przydatnych dla osób planujących powrót do Polski.
- Prowadzenie polityki informacyjnej o możliwościach aktywności ekonomicznej w Polsce.
- Współpraca z właściwymi instytucjami w zakresie tworzenia warunków ułatwiających migrantom powrót do kraju.
- Wspieranie adaptacji dzieci migrantów powrotnych do polskiego systemu szkolnictwa
- Wspieranie przebywających w kraju rodzin emigrantów (m.in. problem sierot migracyjnych lub tzw. Eurosieroctwa).

Coraz wyraźniej rysujące się problemy demograficzne naszego kraju, w świetle których do roku 2050 należy spodziewać się znaczącej depopulacji Polski (o ponad 4 mln osób) oraz spadek udziału osób w wieku produkcyjnym przy jednoczesnym wzroście udziału ludności powyżej 60 roku życia, stawia Polskę w bardzo trudnej sytuacji, której skutki dla przyszłych pokoleń będą bardzo trudne do udźwignięcia. Spadek dzietności wynoszący obecnie jedynie 1,3 urodzin na kobietę, przy jednoczesnym wzroście skali migracji Polaków do państw Unii Europejskiej, wywołują potrzebę realizacji procesu uzupełniania niedoborów na rynku pracy, który w naszym kraju już się rozpoczął. W tej sytuacji Polska stoi wobec wyzwań do których, między innymi, należy zaliczyć działania mające na celu zwiększenie dzietności Polek, ograniczanie emigracji zarobkowej naszych rodaków oraz tworzenie warunków do ich powrotów, a także zwiększenie skali imigracji pracowniczych cudzoziemców do Polski.

Polityka imigracyjna powinna być zatem tylko uzupełnieniem dla odpowiedniej polityki rodzinnej, która pozwoliłaby zwiększyć dzietność oraz dla polityki aktywizacji zawodowej

grup społecznych pozostających poza rynkiem pracy. Bardzo duże znaczenie dla sytuacji demograficznej będzie miała także, nieznaną w tej chwili, liczba osób, które zdecydują się na powrót z emigracji. Decydującym czynnikiem będzie tu ocena porównawcza dokonana przez potencjalnych reemigrantów sytuacji społeczno-ekonomicznej w Polsce oraz w państwie aktualnego pobytu. Dlatego należy tworzyć warunki mające wpływ nie tylko na wzrost imigracji, lecz także sprzyjające reemigracji (powrotom) Polaków pracujących za granicą, a przede wszystkim godziwe warunki życia w kraju, które skłonią młodych Polaków do pozostawania w ojczyźnie.

Imigracja

Polska jest jednym z tych krajów europejskich, których sytuacja migracyjna jest stabilna i nie ulega znaczącym zmianom, choć od wielu lat napływ cudzoziemców powoli i systematycznie się zwiększa, ale w dalszym ciągu Polska pozostaje krajem homogenicznym, gdzie udział cudzoziemców w całości społeczeństwa jest najniższy w całej UE i nie przekracza 0,5%. Dominują migracje obywateli państw trzecich graniczących z naszym krajem na wschodzie, w szczególności Ukrainy, a granica ta jest jednocześnie zewnętrzną granicą Unii Europejskiej.

Mimo wzrostu skali imigracji z jaką mamy do czynienia obecnie, szczególnie z Ukrainy, ma ona jeszcze ograniczony wpływ na życie gospodarcze i społeczne naszego kraju. W ostatnich latach nastąpił wzrost liczby cudzoziemców zainteresowanych pobytom i osiedleniem się w Polsce, a sytuacja w tym zakresie w 2014 i 2015 r. zaczęła podlegać dynamicznym zmianom bowiem zdominował ją zwiększony napływ obywateli Ukrainy. W 2015r. liczba cudzoziemców, którzy posiadali ważne dokumenty uprawniające do pobytu na terytorium RP, niezależnie od rodzaju wzrosła o blisko 37 tysięcy osób, z ponad 175 tys., według stanu na koniec 2014 r. do prawie 212 tys.– na koniec 2015 r. Według tej kategorii najliczniej w Polsce reprezentowani są obywatele: Ukrainy, Niemiec, Białorusi, Rosji, Wietnamu, Włoch i Chin. Wzrost ten wynika przede wszystkim z imigracji zarobkowej cudzoziemców do Polski opierającej się na procedurze uproszczonej, której podstawę stanowią oświadczenia pracodawców o zamiarze zatrudnienia cudzoziemca. Obecnie instrument ten staje się najważniejszy w legalizacji pobytu cudzoziemców związanej z podejmowaniem przez nich pracy. Zanotowano rekordową liczbę rejestrowanych oświadczeń o zamiarze zatrudnienia cudzoziemca w Polsce, co wskazuje na liczbę imigrantów, głównie

Ukraińców, pracujących czasowo w naszym kraju. Pod koniec 2015 r. zarejestrowano ponad 782 tys. oświadczeń pracodawców - w 2014 r. było ich ponad 331 tys., co oznacza bardzo duży wzrost, aż o 136% (prawie 98% to Ukraińcy, którzy dominują na polskim rynku pracy).

Według szacunków liczba imigrantów zarobkowych w Polsce w roku 2016 znacznie wzrosła, co może oznaczać, że polski rynek pracy jest atrakcyjny, szczególnie dla mieszkańców Ukrainy, gdzie sytuacja nie tylko militarna, ale i gospodarcza jest daleka od stabilizacji. Coraz większe zainteresowanie cudzoziemców studiami w Polsce postrzegane jest jako efekt zarówno otwarcia się polskich uczelni na potrzeby studentów zagranicznych (m.in. poprzez coraz bogatszą ofertę studiów w języku angielskim), jak również aktywnej promocji polskich uczelni za granicą. W przypadku obywateli Ukrainy, którzy stanowią prawie 50% wszystkich studiujących w Polsce studentów dodatkowym czynnikiem zachęcającym do podejmowania kształcenia na polskich uczelniach wyższych jest stosunkowo szeroka oferta stypendialna, w szczególności ukierunkowana na osoby deklarujące polskie pochodzenie.

Jakkolwiek obserwuje się wzrost liczby obywateli Ukrainy zainteresowanych statusem uchodźcy, to wnioski o ochronę stanowiły tylko 4,5% postępowań prowadzonych wobec obywateli Ukrainy (w 2014 r. 7,5%); większość z nich wnioskowała o zezwolenia na pobyt umożliwiający podjęcie pracy i samodzielne utrzymanie rodziny.

Obywatele Ukrainy, którzy przez wiele lat przebywali w Polsce na podstawie zezwoleń na pobyt czasowy, zdecydowali się na pozostanie w naszym kraju na stałe, przy czym 91% to osoby polskiego pochodzenia (3141, w tym 2397 z Kartą Polaka).

Zgodnie z realizacją postanowień Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie udzielania pomocy Polakom zamieszkałym za granicą w zachowaniu ich związków z narodowym dziedzictwem kulturalnym, do zawartych w niej celów należy także wzmocnienie więzi łączących Polaków na Wschodzie z Macierzą oraz wsparcie ich starań o zachowanie języka polskiego oraz kultywowanie tradycji narodowej. Jest to bardzo ważny kierunek działalności organów Państwa Polskiego. Zgodnie z konstytucyjną zasadą, w świetle której osoby pochodzenia polskiego mogą osiedlić się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na stałe, w 2015 r. w Polsce osiedliło się prawie 7 tys. osób, głównie z Ukrainy i Białorusi. **Obecnie władze naszego kraju przygotowują projekty nowelizacji ustaw o repatriacji Polaków z terenów b. Związku Radzieckiego oraz o Karcie Polaka, które między innymi powinny ułatwić proces osiedlania się w Polsce cudzoziemców oraz osób polskiego pochodzenia i ich rodzin.**

Istnieje potrzeba kompleksowej polityki migracyjnej Polski zwłaszcza w kontekście polityki imigracyjnej. Polityka taka wymaga przyjęcia nowego spojrzenia na imigrantów jako na grupy, które będą się stopniowo organizować, a następnie jako diaspory będą przyciągać swoich rodaków. Polityka imigracyjna powinna zawierać aspekt osiedlenia, a docelowo dla części osób – naturalizacji.

Głównymi kierunkami działań w zakresie polityki imigracyjnej są:

1. Uprzywilejowanie określonych grup cudzoziemców w zakresie pobytu, pracy i nauki na terytorium Polski (osoby pochodzenia polskiego; studenci, naukowcy, absolwenci polskich uczelni; cudzoziemcy prowadzący działalność gospodarczą, w szczególności kreującą nowe miejsca pracy, imigranci zarobkowi o potrzebnych kwalifikacjach i in.)
2. Działania skierowane do cudzoziemców polskiego pochodzenia.
3. Polityka imigracyjna dostosowana do priorytetów rynku pracy i konkurencyjności polskiej gospodarki.
4. Zwiększenie skuteczności działań w zakresie przeciwdziałania nielegalnej migracji
5. Stworzenie spójnej polityki integracji społecznej w Polsce różnych kategorii cudzoziemców

Komponent migracyjny powinien być zatem znaczącym elementem odrębnej, całościowej polityki ludnościowej, bez której nie będzie możliwe określenie skali i potrzeb w zakresie pozyskiwania imigrantów. W tym kontekście można stwierdzić, że **bez polityki ludnościowej nie jest możliwe prowadzenie ukierunkowanej polityki migracyjnej jako instrumentu mającego wpływ na sytuację demograficzną kraju.**

Kryzys migracyjny w Europie

Aktualna sytuacja migracyjna w Europie, która wywołała w ostatnim okresie napływ ponad 1,2 mln osób, stanowi bezprecedensowe wyzwanie dla krajowych i europejskich instytucji, polityków, mediów i społeczeństw. Jej skutki to, między innymi: zachwianie się porządku prawnego, trudne spory polityczne oraz napięcia społeczne. Biorąc pod uwagę europejski charakter kryzysu migracyjnego oraz podejmowane działania, zarówno na forum instytucji Unii Europejskiej, jak i na poziomie krajów członkowskich Polska stoi na stanowisku, że podstawowym elementem odpowiedzi na kryzys powinno być wzmocnienie

ochrony granicy zewnętrznej Unii Europejskiej i doprowadzenie do respektowania przez wszystkie państwa posiadające granicę zewnętrzną UE przepisów dotyczących kontroli napływu, rejestrowania i identyfikacji osób ubiegających się o ochronę międzynarodową. Polska nie leży bezpośrednio na głównym szlaku migrantów obecnej fali, nie jest też dla nich krajem docelowym. W 2015 r. liczba złożonych wniosków o udzielenie ochrony międzynarodowej wyniosła ponad 12 tys. osób, z czego prawie 8 tys. złożyli obywatele Rosji, głównie narodowości czeczeńskiej, ponad 2 tys.– obywatele Ukrainy, a niecałe 300 – obywatele Syrii. Rok 2015 przyniósł wzrost liczby wniosków o 49% w stosunku do 2014 r.

Mimo iż napływ uchodźców do Polski w skali europejskiej nie jest znaczący, nie zmienia to faktu, że bezprecedensowy kryzys migracyjny ma wpływ na sytuację naszego państwa, a Polska nie może być wobec niego obojętna.

Ważne działania, które mają na celu zwiększenie bezpieczeństwa naszych obywateli oraz ochronę wschodniej granicy państwa, stanowiącej jednocześnie granicę strefy Schengen, to granica bezpieczna, choć presja migracyjna związana z konfliktem na Ukrainie oraz problemami gospodarczymi w regionie postsowieckim jest coraz bardziej odczuwalna.

Paweł Hut

Dyrektor Departamentu Analiz i Polityki Migracyjnej MSWiA

DZIAŁANIA PODEJMOWANE PRZEZ MINISTERSTWO SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W SPRAWIE OPRACOWANIA KOMPLEKSOWEJ POLITYKI MIGRACYJNEJ POLSKI

Reprezentuję Departament Analiz i Polityki Migracyjnej MSWiA, którym kieruję od 3 miesięcy. Wyzwanie kierowania tym departamentem podjąłem z pełną premedytacją i z pełną świadomością, więc postaram się, aby zagadnienia związane z problematyką migracyjną były realizowane w sposób inny niż do tej pory, znacznie lepszy, bo myślę, że tutaj jest sporo do poprawy.

Zastanawiałem się, po pierwsze, na ile mam się odnosić do współczesności, a po drugie, czy w ogóle możemy mówić o polityce migracyjnej Polski, stąd też ten znak zapytania.

Proszę państwa, nawiązując do poszczególnych wcześniejszych wystąpień, chcę powiedzieć, że polityka ludnościowa, która przekłada się w późniejszym czasie na strukturę

ludności, ma dwa elementy, spośród których nas interesuje polityka migracyjna. Moglibyśmy się też odwoływać do polityki antynatalistycznej i pronatalistycznej. Polityka migracyjna ma związek z poszczególnymi politykami – z polityką ludnościową, ale także gospodarczą, rynku pracy, edukacyjną i zdrowotną. Wymieniłem tylko kilka.

Polityka migracyjna składa się z dwóch komponentów: z komponentu przyjazdowego, czyli polityki imigracyjnej, i z komponentu wyjazdowego, czyli polityki emigracyjnej. Jeśli miałbym być uczciwy, to wbrew takiemu bardzo potocznemu rozumieniu powiedziałbym, że dotychczas, w ciągu ostatnich 25 lat realizowana była tylko i wyłącznie polityka emigracyjna. Widać było, że władze polskie podejmują szereg działań umożliwiających masowy odpływ ludności z Polski. Co do polityki imigracyjnej, to czyniono raczej tylko to, co było konieczne, a właściwie konieczne były tylko działania w zakresie udzielania ochrony międzynarodowej.

Aby prowadzić politykę imigracyjną, należy przede wszystkim określić potrzeby. Ta diagnoza powinna być punktem wyjścia, a wydaje mi się, że dzisiaj tej diagnozy nie ma. Chcę też państwu powiedzieć, że nie mamy zdefiniowanego celu, jaki chcemy osiągnąć, brakuje nam określenia sposobu realizacji tego celu, instrumentów, które temu mają posłużyć, nie mamy pomysłu na pomiar efektywności, bo nie można powiedzieć, że efektywne jest to, co nam się wydaje, że jest efektywne, dobrze byłoby mieć tutaj jakieś obiektywne mierniki, dobrze byłoby wreszcie ocenić stopień realizacji tego zadania w finalnej części i przyjąć pewne wnioski. Mówię o tym, bo przed moim dzisiejszym wystąpieniem zabierały głos autorytety badające od wielu lat problemy demograficzne i w każdej z tych wypowiedzi pojawiał się element niepokoju, natomiast w ubiegłym roku osobiście słyszałem wypowiedź, która pojawiła się w mediach, że właściwie 25 mln osób w Polsce to chyba nie jest jakiś problem. Dziwię się, że tego typu wypowiedzi mogły się znaleźć w przestrzeni publicznej, bo muszę powiedzieć, że to jest już sygnał alarmowy i chyba dosyć dobrze wiąże się to z dzisiejszą debatą, bo to są wypowiedzi, które ja przynajmniej oceniam – a jeśli dobrze zrozumiałem wcześniejsze wystąpienia, także inni przedmówcy – jako wypowiedzi kuriozalne. Nie wyobrażam sobie innego państwa – nie będę się tu silił na podawanie przykładów tych państw – w którym powiedziano by, że ubytek takiej liczby ludności właściwie nie byłby żadnym problemem. Nie będę już powtarzał tego o polityce.

Co do polityki imigracyjnej, przede wszystkim musimy zwrócić uwagę na dwa aspekty: uwarunkowania zewnętrzne i uwarunkowania wewnętrzne. Polska jako państwo przyjmujące musi określić priorytety, zapotrzebowanie, ale także możliwości. Musimy też być gotowi na niespodziewane zdarzenia wynikające z sytuacji zewnętrznej. Nie będę znowu rozwijał tematu zagadnień związanych z ubiegłorocznym kryzysem migracyjnym, którego

konsekwencje odczuwamy do dnia dzisiejszego. Wiedzą państwo, na ile sytuacja jest trudna, na ile sytuacja ma charakter międzynarodowy i na ile cały czas istnieje presja, żeby wprowadzić pewne mechanizmy reagujące na zmiany migracyjne w Europie. Mam tutaj na myśli chociażby próby narzucenia pewnych rozwiązań związanych z relokacją czy z przesiedleniami cudzoziemców, którzy wykazują wolę opuszczenia swoich dotychczasowych miejsc pobytu.

Przede wszystkim mamy różne aspekty imigracji do Polski. Będzie to imigracja pracownicza, będzie to imigracja osiedleńcza, ze znakiem zapytania, czy coś takiego w ogóle się dzieje. Uchodźstwo – tu już występuje ten aspekt wynikający z zobowiązań międzynarodowych państwa polskiego. Imigracja etniczna to jest czwarty element – repatriacja, Karta Polaka. Przy repatriacji stawiam znak zapytania, mam bowiem świadomość, że jest to nomenklatura wyjęta z polskiego systemu prawnego, chociaż osobiście repatriacją bym tego procesu nie nazwał.

W świetle danych statystycznych – jeśli przyjrzymy się danym krajowym, danym z ewidencji bieżącej, danym międzynarodowym, wynikom cenzusów – widać wyraźnie, że jeśli chcielibyśmy przeciwdziałać tym negatywnym zjawiskom i procesom, o których tutaj przedmówcy mówili, to wypadałoby przedsięwziąć jakieś działania zmierzające chociażby do opracowania nowej, nazwijmy to może doktryną albo koncepcją – polityki migracyjnej państwa polskiego. Możemy przyjąć cztery tezy. Mógłbym zaproponować więcej takich tez, takich koncepcji, ale wydaje mi się, że przede wszystkim, jeśli chodzi o szeroko rozumianą politykę migracyjną, pierwszym takim zagadnieniem jest schodzenie z rynku pracy roczników wyższych lat 50. To jest to, o czym praktycznie wszyscy przedmówcy mówili w zależności od kontekstu, czy będziemy mieli na myśli ochronę zdrowia, czy będziemy mieli na myśli rynek pracy, czy będziemy mieli na myśli szeroko rozumiane zabezpieczenie społeczne. Cały czas to się pojawiało. To również powinno być uwzględnione w planowanej polityce migracyjnej, imigracyjnej, ale tutaj muszą zapaść jednoznaczne decyzje polityczne, inaczej, moim zdaniem, tego się zrobić nie da. I to, proszę państwa, jest pierwszy punkt.

Drugi punkt. Polityka imigracyjna będzie ściśle skorelowana z możliwościami awansu cudzoziemców i zaspokojenia ich potrzeb na terytorium Polski. Póki co w tej „rywalizacji” konkurencję z pozostałymi państwami Unii Europejskiej, zachodnimi, przegrywamy, a to powoduje, że napływ do Polski cudzoziemców jest stosunkowo niewielki. Proszę państwa, uważam, że odpływ z Polski emigrantów nie będzie skończony dokładnie z tych samych przyczyn. Ten proces będzie trwał.

I trzecia rzecz, kolejny element, który odnosi się do zjawiska depopulacji poszczególnych terenów Polski. Wiem, że jest taka konfucjańska zasada optimum ludnościowego, jeśli chodzi o rozmieszczanie, przesiedlenia itd. Można to z tym wiązać, choć nie trzeba, ale uważam, że jeśli ma być planowana polityka imigracyjna, choć jest to szczególnie trudne do realizacji, to zagadnienie dotyczące depopulacji pewnych obszarów powinno być uwzględniane.

Nie mogę sobie odmówić wspomnienia o domu Polonii z Cieszyna na Zaolziu, Polonii żyjącej na Zaolziu, a jest to nawiązanie do słów o tej diasporze polskiej.

DYSKUSJA

PROF. DR HAB. JERZY RUNGE:

Chciałbym zabrać głos w dwóch kwestiach. Pierwsza dotyczy zagadnień omawianych w II części pracy/monografii. Mianowicie jeszcze w latach 70. XX w. była mowa o środowiskowych uwarunkowaniach zdrowia i takie badania, paradoksalnie, zaczęto przeprowadzać na Górnym Śląsku w Instytucie Podstaw Inżynierii Środowiska w Zabrze. Profesor Żmuda podjął takie badania w warunkach trudnego, jak na tamte czasy, dostępu do danych – do statystyki medycznej. Otóż my dziś – jako promotorzy prac, jako autorzy wielu publikacji – spotykamy się, niestety, z takimi zachowaniami ze strony właśnie środowiska medycznego czy instytucji odpowiedzialnych za tę sferę działalności – problemu z dostępem do statystyki medycznej. Sam przeżywałem takie sytuacje – pozyskanie danych z tego obszaru/z tej dziedziny jest porównywalne do pozyskania informacji z Fortu Knox w Stanach Zjednoczonych. Czy da się zatem spróbować coś z tym zrobić? Bo sfera zadań, które stoją przed ochroną zdrowia, opieką społeczną, w porównaniu z tym, co znajdujemy w rocznikach statystycznych, jest niespotykane mała. Zatem dla badaczy, dla praktyków, którzy się tą tematyką zajmują, środowiska medyczne, cała administracja służby zdrowia powinna coś zrobić, by ułatwić dostęp do tych materiałów.

Druga uwaga dotyczy całości konferencji: o jej sukcesie decyduje przełożenie tez na działania praktyczne. Czy nie pora zastanowić się zatem – a dyskutowaliśmy o tym w kularach – żeby zrealizować projekt badawczy, albo może podjąć jakąś serię publikacji, które miałyby wymiar pewnego stałego cyklu. Na roboczo mógłby on być zatytułowany „Regionalna i lokalna statystyka społeczno-medyczna” (oczywiście to jedynie propozycja tytułu roboczego). Chodzi mi o te sfery zagadnień, które były podjęte w drugiej części konferencji, gdyż potrzeby w tym zakresie są niewątpliwie duże. My te materiały pozyskujemy, niestety, z olbrzymim trudem z bardzo wielu instytucji. Czy nie pora skoordynować działań naszych ośrodków regionalnych w celu przyjęcia pewnych wspólnych ustaleń i przełożenia tego na programy rządowe? Bo wtedy byłoby to nośne. Robiliśmy

kiedyś system BAEL, w jakiejś mierze nam się udało ze statystyką rynku pracy, czyli należałoby pójść krok dalej także w zakresie lepszego dostępu do statystyki medycznej.

DR HAB. BOGUSŁAWA URBANIAK:

Chciałabym nawiązać do bardzo ważnego tematu, który poruszyła prof. J. Hrynkiewicz: instytucjonalizacji opieki nad ludźmi starszymi, niesamodzielnymi. Otóż chodzi mi o to, abyśmy nie rozumieli tej propozycji jako rozwoju instytucji domów opieki, ale jako wsparcie ludzi starszych w miejscu ich zamieszkania. A więc chodzi o przygotowanie programów, najpierw monitoringu, być może objęcie ich pomocą w postaci asystenta rodziny człowieka starszego.

Druga kwestia w ramach szeroko rozumianej instytucjonalizacji pomocy dotyczy wsparcia dla rodzin, które często łączą opiekę nad dziećmi z opieką nad starszymi i najstarszymi członkami rodziny, wsparcie właśnie przez profesjonalnych asystentów.

Oprócz tego powinniśmy zwrócić uwagę na niedopuszczanie do sytuacji niesamodzielnosci ludzi starszych; chodzi tu o to, aby nie zapominać o grupie ludzi, która jest w starszym wieku, daje sobie radę – ich także należy wspierać w aktywności i samodzielności, żeby jak najdłużej pozostawali w zdrowiu. W tym zakresie dobrą rolę pełnią konkursy ASOS organizowane przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

Myślę, że jest to dobra droga – można te działania rozszerzyć i animować również w aspekcie lokalnym, tak aby samorządy lokalne bardziej przejęły się tym rodzajem aktywności na rzecz wsparcia ludzi starszych i ich rodzin w swoich programach, ponieważ najczęściej można zrobić w małych środowiskach, w środowiskach (tak jak to było podkreślane) gmin. Tam często wszyscy się znają, ale jednocześnie te środowiska są dosyć hermetyczne i rodziny mogą nie wiedzieć, czy w sąsiedniej rodzinie ktoś się opiekuje starszym, czy nie. A więc chodzi o zorganizowanie w wymiarze lokalnym działań na rzecz wspierania rodzin, aby one same zrozumiały, że to jest dla nich korzystne..

TOMASZ PITUCHA

Doradca wojewody lubelskiego, pełnomocnik ds. rodziny, członek samorządu w w Radzie Miasta Lublin

Chciałabym przedstawić kilka uwag o praktycznym charakterze.

Język kształtuje rzeczywistość i to, w jaki sposób mówimy o rodzinie, otwiera nam pewne perspektywy. Padło tu takie stwierdzenie, że problem dzietności jest problemem „intymnym”. Uważam, że problem dzietności jest na tyle ważnym problemem dla naszego społeczeństwa, że powinniśmy wypracować takie formy przekazu, również medialnego, żeby ten temat po prostu funkcjonował w przestrzeni publicznej z korzyścią dla naszego społeczeństwa.

Nawiążę do jednego – moim zdaniem ważnego – zdania z wypowiedzi prof. J. Hrynkiewicz o tym, że maleje natężenie zawierania małżeństw w młodszych grupach

wiekowych. Chciałbym zwrócić uwagę na to, że o ile w gimnazjum czy liceum są programy dotyczące przygotowania do życia w rodzinie, o tyle takie programy praktycznie nie występują w przypadku kształcenia studentów. I to jest, wydaje mi się, postulat, który należałoby rozważyć, ponieważ studenci to są osoby w wieku najbardziej zbliżonym do tego, w którym zawiera się małżeństwo. Takie programy mogłyby przynieść efekt, zwłaszcza jeżeli byłyby powiązane z pewnymi zachętami do szybszego zawierania małżeństwa, bo mówimy o tym, że ten wiek zawierania małżeństw opóźnia się, w związku z czym również maleje, skraca się czas, kiedy można spodziewać się, że małżeństwa będą miały dzieci.

Jeżeli chodzi o pozostawanie w związkach nieformalnych lub rezygnację z życia w związku małżeńskim, to również uważam za zasadny taki postulat, żeby określić pewne wzorce aksjologiczne, czy modele rodziny, do których tak naprawdę chcemy dążyć i które są przydatne społecznie. W ostatnich latach w przestrzeni społecznej, w mediach dało się słyszeć, że w związkach jednopłciowych „rodzi się więcej dzieci niż w rodzinach tradycyjnych”. Od takich stwierdzeń należałoby odchodzić, należałoby zdefiniować, jaki model rodziny promujemy i promować go również w mediach. Chcę przy tym zauważyć, że w różnego typu badaniach czy różnych aktach prawnych są różne definicje rodziny, często utożsamiane z gospodarstwem domowym, bez wnikania w to, jakie zależności łączą osoby.

Poza tym chciałbym zwrócić uwagę na przygotowanie do małżeństwa i wzmocnienie trwającego już małżeństwa. Ustawa o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej skupia się raczej na tym, żeby pracować z rodziną dysfunkcyjną lub mającą problemy. Jest mało instrumentów, które pozwalałyby pracować właśnie z rodzinami funkcjonującymi prawidłowo, po to, aby promować takie rodziny jako wzorzec do naśladowania. Programy samorządowe są skonstruowane tak, że pieniędzy właściwie nie ma, albo jest ich bardzo niewiele na to, żeby takie rodziny dobrze, prawidłowo funkcjonujące, umacniać i w ten sposób promować rodzinę jako taką, ten właściwy wzorzec.

DR ZOFIA SŁOŃSKA

Chciałabym zwrócić uwagę na konieczność uwzględniania, zarówno w debatach, jak i podejmowanych działaniach prozdrowotnych, wpływu kontekstu społecznego, społeczno-kulturowego i społeczno-ekonomicznego na zmienność w stanie zdrowia polskiego społeczeństwa. Poruszam ten temat, ponieważ specyfika głównych problemów zdrowotnych polskiej populacji – (mam tu na myśli przede wszystkim epidemie chorób przewlekłych zależnych od stylów życia) – polega na tym, że ich przyczyny – zarówno natury behawioralnej, jak i środowiskowej – to czynniki społeczne oddziaływające poza obszarem jurysdykcji medycyny. Zapominając o nich, tracimy możliwość przyczynowego oddziaływania na stan zdrowia populacji, a co za tym idzie zmniejszamy także szansę na znaczącą redukcję nowych zachorowań i przedwczesnych zgonów we wszystkich grupach i zbiorowościach społecznych, niezależnie od ich miejsca w hierarchii społecznej.

Obecnie społeczne nierówności w zdrowiu stanowią poważny problem w naszym kraju i wymagają podejmowania działań zmierzających do ich redukcji. Chciałam tu przypomnieć

o koncepcji promocji zdrowia, która powstała po to, aby można było uruchomić w ramach współpracy międzysektorowej działania ograniczające negatywny wpływ środowiska społecznego na zdrowie populacji. Jej głównym zadaniem nie jest, jak się często sądzi, edukacja zdrowotna, ale komplementarne podejście do rozwiązywania problemów zdrowotnych populacji obejmujące edukację zdrowotną i działania środowiskowe mające na celu zwiększenie dostępności do zasobów stymulujących pojawianie się zachowań prozdrowotnych, takich jak: dobre warunki mieszkaniowe, praca, opieka zdrowotna czy wykształcenie.

Wpływ kontekstu społecznego, społeczno-kulturowego i społeczno-ekonomicznego ma i będzie miał znaczenie dla poziomu i zakresu problemów zdrowotnych i społecznych związanych ze starzeniem się polskiej populacji. Można przyjąć, że przyszła sytuacja społeczna i zdrowotna kolejnych kohort osób starszych będzie w znacznym stopniu pochodną tego, co będzie się działo obecnie i w dającej się przewidzieć przyszłości, w szeroko rozumianym otoczeniu społecznym, społeczno-kulturowym i społeczno-ekonomicznym Polaków. Stąd należy kontynuować dyskusję zapoczątkowaną na tej konferencji, a także podejmować działania z zakresu nowych systemowych rozwiązań gwarantujących bądź zwiększających prawdopodobieństwo bezpiecznego i aktywnego życia ludzi starych w polskim społeczeństwie.

Co właściwie należałoby zrobić, żeby zmniejszać nieuchronne, nasilające się wraz z upływem lat negatywne skutki dynamicznego procesu starzenia się polskiej populacji? Dzięki istniejącym danym możemy już dziś opisać cechy tego procesu. Jest to proces:

nieodwracalny,

- 1) przebiegający dwutorowo – większa dynamika charakteryzuje przyrost osób w wieku 80 i więcej, lat
- 2) współwystępujący z procesem zmniejszania się liczebności polskiej populacji – w roku 2050 będzie nas ok.. 4,5 mln mniej,
- 3) sfeminizowany – co oznacza zwiększone zapotrzebowanie na: pomoc medyczną – kobiety nadal będą żyły dłużej niż mężczyźni; pomoc finansową, rodzinną lub instytucjonalną – kobiety po przejściu na emeryturę mają gorszą sytuację materialną, a ponadto częściej niż mężczyźni posiadają jednoosobowe gospodarstwa domowe,
- 4) oznaczający narastanie obciążenia rodzin ludźmi starymi.

Z przedstawionej przez mnie charakterystyki jednoznacznie wynikają problemy, którymi trzeba się intensywnie zająć. Podstawowy priorytet to organizacja instytucjonalnych form pomocy dla rodzin opiekujących się osobami starszymi, np. organizacja sieci łatwo dostępnych placówek dziennego pobytu dla osób w starszym wieku, rozwój wolontariatu, wspieranie organizacji pozarządowych w ich działaniach na rzecz osób starszych, umacnianie pozycji pielęgniarek środowiskowych itp. Ważne są także zmiany świadomości społecznej. Przede wszystkim należy zacząć przygotowywać ludzi młodych i w średnim wieku do własnej starości i starości osób w ich najbliższym otoczeniu. Obecnie starość nie jest modna i – choć nieuchronna – nie jest traktowana wystarczająco poważnie.

Niezbędne jest uruchamianie różnorodnych form aktywizacji i upodmiotawiania społeczeństwa w codziennym życiu, w tym w sferze zdrowia. Edukacja zdrowotna powinna być nauką życia z uwzględnieniem zdrowia, jednak w praktyce jeszcze zbyt często ogranicza się do transmisji wiedzy, zasad i norm medycznych. Wyniki Europejskiego Sondażu Kompetencji Zdrowotnych, przeprowadzonego w 2011 r. również w Polsce, wskazują na to, że co drugi Polak nie jest przygotowany do radzenia sobie w obszarze leczenia i opieki, profilaktyki chorób oraz promocji zdrowia. Sytuację w tym względzie pogarszają nierówności społeczne. I tak na przykład to głównie dorośli o najniższej pozycji społecznej nie rozumieją tego, co do nich mówi lekarz. Punktem wyjścia do rozwiązania tego problemu jest poprawa zdolności lekarzy do zróżnicowanego, w zależności od cech pacjenta, sposobu komunikowania się w trakcie wizyty lekarskiej, a także stworzenie w placówkach POZ i szpitalach zespołów interdyscyplinarnych składających się z psychologów, dietetyków, specjalistów od aktywności fizycznej i specjalistów do walki z nałogami. Ich zadaniem byłoby uzupełnianie pracy lekarza o profesjonalne wspomaganie pacjentów w modyfikacji antyzdrowotnych stylów życia.

DR MAREK CIERPIAŁ-WOLAN:

DYREKTOR URZĘDU STATYSTYCZNEGO W RZESZOWIE

Zainspirowany wystąpieniami prof. J. Szymborskiego i dr A. Potrykowskiej, którzy użyli w swoich wystąpieniach/artykułach słowa „transgraniczny”, chciałbym zwrócić uwagę na konieczność zbudowania spójnego systemu badań demograficznych dla obszarów transgranicznych, szczególnie w warunkach procesów integracji, dezintegracji i globalnego charakteru wielu zjawisk społeczno-gospodarczych.

Obszary transgraniczne, szczególnie w warunkach różnicy potencjałów gospodarczych, tworzą silne bodźce w zakresie przemieszczania się ludności – jest to przede wszystkim związane z dodatkowymi możliwościami i formami aktywności gospodarczej. Warto podkreślić, że w 2015 r. odnotowano w Polsce ponad 35 mln przekroczeń zewnętrznej granicy Unii Europejskiej, w tym na granicy z Ukrainą było to ponad 20 mln i prawie 8 mln przekroczeń na granicy z Białorusią. Tak duże strumienie przemieszczeń ludności przekształcają się zwykle w większą skalę migracji czasowych i migracji stałych. Obecnie zjawisko to obserwujemy zwłaszcza na Podkarpaciu i na Lubelszczyźnie. Dlatego też tak ważne jest prowadzenie monitoringu procesów demograficznych zachodzących na obszarach transgranicznych.

Kolejna istotna sprawa to badanie zachowań obiektów (gospodarstw domowych, firm, organizacji trzeciego sektora) w przestrzeni, wykorzystując współrzędne XY, czyli wychodząc poza tradycyjny schemat: województwa, podregiony, powiaty, gminy. Zastosowanie tego typu narzędzi ujawnia pewne grupowania obiektów o podobnych cechach

(klastrów) w układzie transgranicznym. Na konferencji* dotyczącej euroregionu Karpaty, w sesji, której organizatorem była prof. J. Hrynkiewicz, zarówno przedstawiciele nauki jak i statystki publicznej z Polski i Ukrainy zwracali szczególną uwagę na tego typu zjawiska i mechanizmy.

I ostatnia kwestia jest związana z programem 500+. Jeszcze przed procesem dezintegracji na Ukrainie, kiedy zauważono tam niekorzystne zmiany demograficzne, uruchomiono program, oczywiście mniej spektakularny niż w Polsce, i okazało się że w relatywnie krótkim okresie przyniósł on pozytywne efekty.

PIOTR ŁYSON

DYREKTOR DEPARTAMENTU BADAŃ SPOŁECZNYCH I WARUNKÓW ŻYCIA GUS

Najpierw chciałbym się odnieść do tematyki migracyjnej. Uważam, że kluczowa sprawa w myśleniu o migracjach jest taka (powinna zwyciężyć), żeby zwyciężyła perspektywa długookresowa, Chodzi o to, żeby nie popełnić tego błędu, jaki był udziałem państw Europy Zachodniej, które myśląc o krótkookresowym zysku dla rynku pracy, nie pomyślały o długookresowej perspektywie integracji społeczności, do nich przybywających. Innymi słowy, perspektywa długookresowa integracji w polskim społeczeństwie powinna być decydująca i dominująca nad krótkookresowym zyskiem dla rynku pracy.

Druga kwestia też związana z migracją. Bardzo inspirująca była jedna z map, które pokazała dr A. Potrykowska. Okazuje się, że w 2014 r. najsilniejszą intensywność emigracji z Polski odnotowano w powiatach na ziemiach zachodnich i północnych. To bardzo współgra z innymi danymi, które też świadczą o, nazwałbym to, deficycie zakorzenienia na ziemiach zachodnich i północnych, co oczywiście ma swoje uwarunkowania historyczne. Myślę, że należy potraktować to jako podobne wyzwanie do „zszywania” Polski z ziem trzech zaborów w okresie II Rzeczypospolitej. Sądzę, że warto w tym kontekście w szerszym zakresie sięgnąć po dziedzictwo kresowe przeniesione przez współczesnych mieszkańców ziem zachodnich, którzy stanowią wyższy odsetek społeczności na ziemiach zachodnich niż w Polsce centralnej i wschodniej.

I jeszcze dwa krótkie komentarze. Jeden dotyczy polityki w stosunku do osób starszych. Uważam, że tutaj drogowskazem powinna być zasada pomocniczości – przypomnę, sformułowana dokładnie 85 lat temu – tzn. wszędzie tam, gdzie rodzina może sobie poradzić, nawet z pewnym wsparciem ze strony instytucji czy to państwowych, czy samorządowych, czy organizacji pozarządowych, pomoc powinna być udzielana w rodzinie, a na podstawie własnego doświadczenia powiem, że często bardzo niewiele potrzeba. Wystarczy pewna pomoc w sprawowaniu specjalistycznej opieki pielęgnacyjnej, czasami zastępstwo w okresie wakacyjnym, czasami jakieś inne tego typu doraźne wsparcie, ale prawidłowo zorganizowane, o które nie trzeba mocno zabiegać ze strony rodziny.

I ostatnia sprawa. Trochę zareklamuję wyjście naprzeciw potrzebom informacyjnym, jakie zostały zgłoszone, jeżeli chodzi o wymiar terytorialny, w informacji o zdrowiu, o ochronie

* Powołać się na konferencję

zdrowia. Pozwoliliśmy sobie, wydając w GUS publikację dotyczącą zdrowia i ochrony zdrowia, pokazać system ratownictwa w Polsce. Pokazaliśmy na mapie, jak w poszczególnych województwach kształtuje się czas dojazdu na terenach miejskich i poza miastami. Polecam lekturę, jest to bowiem bardzo ciekawy materiał do refleksji zarówno o sprawności tego systemu, jak i o jego organizacji, bo wiadomo, obszary działania są różne, różnie zorganizowane, czasem w ujęciu powiatowym, czasem w odniesieniu do znacznie większych obszarów. Myślę, że to jest dobry przyczynek do refleksji i podejmowania decyzji na ten temat.

DR ELŻBIETA KOZUBEK

**KIEROWNIK ZESPOŁU ROZWOJU REGIONALNEGO
W MAZOWIECKIM BIURZE PLANOWANIA REGIONALNEGO W WARSZAWIE**

Konferencja jest bardzo interesująca, jednak zabrakło mi czegoś konkretnego, określenia na czym polega ten problem demograficzny, tzn. kryzys demograficzny. Ja tego zagadnienia tak nie widzę; śledząc sytuację od czasów przedwojennych do dziś, można stwierdzić, że to nie jest wielki kryzys, natomiast na pewno jest on naturalny, bo wynika właściwie z decyzji pojedynczego człowieka.

To, co się w tej chwili dokonuje, to jest modelowanie przez państwo nie przyrostu naturalnego czy też zjawiska starzenia się społeczeństwa, ale pewnych uwarunkowań. Podam przykład z pola medycyny. Mój syn pierwszy rok jest rezydentem w szpitalu, i zarabia 2 tys. zł. Chciałby założyć rodzinę, przy dochodzie 2 tys. zł; wynajęcie mieszkania czy wzięcie kredytu jest bardzo trudne, a tym bardziej wychowywanie dzieci; to jest główny powód odpływu wykwalifikowanej kadry za granicę; tam są po prostu lepsze warunki życia i pracy. A więc, primo, należy robić właściwe rzeczy i robić te rzeczy właściwie. I tu powinniśmy przede wszystkim odpowiedzieć sobie na pytanie, co jest właściwe, określić problem, co chcemy osiągnąć, bo dyskutujemy, natomiast nie mówimy, co chcemy osiągnąć, czy tylko chodzi o duży przyrost naturalny na przyszłość, żeby rzeczywiście nie wpaść w tę niszę w latach 50. To są pytania zasadnicze.

Oczywiście sprawa migracji jest między innymi skutkiem niekorzystnej sytuacji pojedynczego człowieka *in situ*. Natomiast w przypadku boomu prokreacji (rozrodczości) jest źle (Chiny, ograniczenie posiadania więcej niż jednego dziecka) i przy niskim przyroście naturalnym też jest źle. A zatem kiedy jest dobrze? Czym jest problem demograficzny, do czego on prowadzi, co chcemy osiągnąć i w jaki sposób?

ZAKOŃCZENIE

Podsumowanie konferencji jest bardzo trudne, ze względu na to, że podjęto na niej wiele ważnych problemów związanych z ruchem naturalnym i ruchem wędrownym ludności – wśród nich te, które zostały już rozwiązane, te które są rozwiązywane, i te, które czekają na rozwiązanie. W monografii/pracy staraliśmy się pokazać sytuację ludnościową w Polsce w dłuższej perspektywie czasu (prognoza) oraz przestrzennej (porównanie z przestrzenią europejską).

W dyskusji odnoszono sytuację demograficzną do uwarunkowań społecznych i ekonomicznych, do sytuacji młodego pokolenia Polek i Polaków, do masowej emigracji młodego pokolenia, które w znacznej części wyemigrowało tam, gdzie były stworzone warunki do założenia i rozwoju rodziny. Tak zrobiło w Polsce ponad 2 mln młodych ludzi, którzy chcieli mieć rodzinę, dzieci, dochody z pracy, mieszkanie. Nie mogli tych planów zrealizować w Polsce. Dlatego znaczna część potencjału demograficznego generacji drugiego wyżu demograficznego w Polsce wyemigrowała za granicę. Proces ten obserwuję na Podkarpaciu, skąd wyemigrowało 200 tys. młodych, dobrze wykształconych ludzi. Ci młodzi ludzie musieli wyjechać, żeby móc zakładać rodziny, pracować, osiągać dochody, wychowywać dzieci. Nie musieliby wyjeżdżać, gdyby w Polsce realizowana była długofalowa polityka ludnościowa państwa, gdyby w polityce społecznej i gospodarczej respektowano uwarunkowania demograficzne. Tak zdefiniowanej polityki społecznej nie prowadzono w Polsce do 2016 roku.

Polityka ludnościowa jest domeną działalności państwa, władzy publicznej, ponieważ tylko państwo ma możliwość zastosowania wszystkich koniecznych w długofalowej polityce społecznej narzędzi: ma prawo, może kształtować zasady podziału dochodu, ma wszystkie możliwości instytucjonalne, organizacyjne, kadrowe. Długofalowa polityka ludnościowa w Polsce – gdyby była prowadzona – sprzyjałaby oczekiwaniom obywateli w sferze ich życia rodzinnego przez tworzenie warunków zakładania rodziny, wychowania dzieci. Z badań socjologicznych realizowanych w Polsce od kilku dziesięcioleci wynika, że dla ponad 90% ludzi młodych największą wartością jest rodzina. Deklarują, że chcą mieć dwoje (2/3 badanych) lub troje (1/3) dzieci i sami chcą je wychowywać. Połowa matek w Polsce deklaruje, że chce sama wychowywać dzieci. Zatem rolą państwa w polityce społecznej

(rodzinnej, ludnościowej) jest tworzenie warunków, które umożliwią osobom, rodzinom realizację deklarowanych zamierzeń. W sferze rodzinnej, czy dotyczy to urodzeń, wychowania dzieci, czy opieki nad starymi i niepełnosprawnymi, rolą państwa jest tworzenie warunków sprzyjających decyzjom rodziny. Państwo ma stworzyć warunki, żeby było możliwe podejmowanie decyzji sprzyjających wszystkim aspektom rozwoju demograficznego. Podobna jest rola państwa w stosunku do migracji czy repatriacji; państwo ma tworzyć warunki sprzyjające podejmowaniu decyzji korzystnych dla kształtowania pożądanej sytuacji demograficznej (zrównoważony rozwój ludności).

Problemy, jakie wynikają z przedstawionej sytuacji demograficznej, to skutek braku polityki ludnościowej państwa przez kilka ostatnich dziesięcioleci. Nie powstały one wskutek „kataklizmu”, szczególnego splotu niekorzystnych wydarzeń i okoliczności; są one konsekwencją wieloletnich zaniechań w sferze polityki społecznej, ludnościowej, rodzinnej.

W Sejmie pytałam: czy Polska była bogatszym krajem w latach 1945–1948, że stać ją było na sprowadzenie blisko 3 mln repatriantów? Czy Polska była w latach 1956–1958 bogatsza niż dzisiaj, że mogliśmy wtedy sciągnąć 250 tys. repatriantów ze Wschodu? Kształtowanie sytuacji demograficznej wymaga obecnie jasnego sformułowania celów (doktryny) i konsekwentnego w długiej perspektywie wdrażania programu polityki ludnościowej przy zastosowaniu koniecznych narzędzi prawnych, ekonomicznych, finansowych, instytucji. Polska dopiero dopracowuje się polityki ludnościowej; podejmuje się korzystne dla rozwoju ludności kwestie (urlopy, dochody, mieszkania, usługi opieki nad dzieckiem i in.). To ważne zamiary, choć w stosunku do potrzeb spóźnione o wiele lat. Dobrze jednak, że obecny rząd nie tylko widzi, ale i podejmuje te ważne i potrzebne zadania. Problemy demograficzne same się nie rozwiązują. Obecna sytuacja jest trudna, od 20 lat nie mamy prostej zastępowalności pokoleń – pokolenie odchodzące nie jest zastępowane przez pokolenie wchodzące, nasila się tempo starzenia się populacji.

Cieszę się, że zaczęło nam się dobrze rozmawiać z rządem. Rząd widzi problemy demograficzne i chce je rozwiązywać, podejmuje ważne zadania w sferze podziału dochodu, zatrudnienia, mieszkalnictwa, usług.

Uważam, że materiały konferencji mogą być użyteczne i przydatne w kształtowaniu polityki społecznej i gospodarczej.