

**RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA**

**BIULETYN**  
**53**

---

**Warszawa 2008**

**PL ISSN 1642-5979**

Opracowuje:  
Sekretariat Rządowej Rady Ludnościowej

Pod redakcją:  
Aliny Potrykowskiej  
Ewy Orzełek

Redakcja językowa:  
Michał Wolski

# SPIS TREŚCI

WSTĘP .....	5
I. STANOWISKO RZĄDOWEJ RADY LUDNOŚCIOWEJ W SPRAWIE <i>SPISU LUDNOŚCI I MIESZKAŃ 2011</i> .....	7
II. STARZENIE SIĘ LUDNOŚCI POLSKI A ZABEZPIECZENIE SPOŁECZNE – EKSPERTYZY:	
1. PROF. DR HAB. JÓZEFINA HRYNKIEWICZ „ <i>STARZENIE SIĘ LUDNOŚCI POLSKIEJ A SYSTEM UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH</i> ” .....	9
2. PROF. DR HAB. LUCYNA FRĄCKIEWICZ „ <i>POTRZEBY SPOŁECZNE STARZEJĄCEGO SIĘ SPOŁECZEŃSTWA</i> ” .....	26
3. DR HAB. GERTRUDA UŚCIŃSKA „ <i>ZABEZPIECZENIE SPOŁECZNE W UE A SYSTEMY KRAJOWE. AKTUALNE PROBLEMY I WYZWANIA</i> ” .....	40
III. STANOWISKO RZĄDOWEJ RADY LUDNOŚCIOWEJ W SPRAWIE <i>STARZENIE SIĘ LUDNOŚCI POLSKI A ZABEZPIECZENIE SPOŁECZNE</i> ” .....	50
IV. BEZPIECZEŃSTWO ZDROWOTNE LUDNOŚCI POLSKI – EKSPERTYZY:	
1. PRZEDSTAWICIEL MINISTRA ZDROWIA – BEZPIECZEŃSTWO ZDROWOTNE LUDNOŚCI POLSKI W OCENIE MINISTERSTWA ZDROWIA .....	52
2. PROF. ANNA WILMOWSKA-PIETRUSZYŃSKA – SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ W POLSCE A BEZPIECZEŃSTWO ZDROWOTNE LUDNOŚCI ...	87
3. PROF. MARIAN SZAMATOWICZ – BEZPIECZEŃSTWO ZDROWOTNE KOBIET CIĘŻARNYCH I RODZĄCYCH .....	102
4. PROF. JANUSZ SZYMBORSKI – SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ NAD DZIEĆMI I MŁODZIEŻĄ W POLSCE. STAN I ZAGROŻENIA .....	110
5. PROF. BARBARA BIEŃ – OPIEKA ZDROWOTNA NAD LUDŹMI W STARSZYM WIEKU. STAN A POTRZEBY W PERSPEKTYWIE STARZENIA SIĘ LUDNOŚCI POLSKI .....	128
V. DOKUMENTACJA Z 41. SESJI ONZ KOMISJI DO SPRAW LUDNOŚCI I ROZWOJU „ <i>ROZMIESZCZENIE LUDNOŚCI, URBANIZACJA, MIGRACJE WEWNĘTRZNE I ROZWÓJ</i> ” (NOWY JORK 7–11 KWIEŃNIA 2008 R.) .....	149
VI. SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI RZĄDOWEJ RADY LUDNOŚCIOWEJ W 2007 R. ....	182



Oddajemy do rąk Czytelników kolejny, 53. numer „Biuletynu Rządowej Rady Ludnościowej”, dokumentujący działalność Rządowej Rady Ludnościowej i jej Sekretariatu.

Na treść biuletynu składają się następujące materiały:

- Dokumentacja i sprawozdanie z 41 Sesji ONZ ds. Ludności i Rozwoju, która odbyła się w Nowym Jorku w dniach 7– 11 kwietnia 2004 r.,
- Stanowisko w sprawie *spisu ludności i mieszkań 2011*.
- Stanowisko w sprawie *starzenie się ludności polski a zabezpieczenie społeczne*,
- Ekspertyzy wykonane przez specjalistów zajmujących się problemami demograficznymi i społecznymi oraz zdrowia a dotyczące starzenia się i bezpieczeństwa zdrowotnego ludności Polski.
- Sprawozdanie z działalności Rządowej Rady Ludnościowej za 2007 r..

Pierwsze trzy ekspertyzy prezentują cele i założenia zadań polityki społecznej w świetle starzenia się społeczeństwa oraz systemu zabezpieczenia społecznego.

Ekspertyza Prof. J. Hrynkiewicz pt. „Starzenie się ludności polskiej a system ubezpieczeń społecznych” przedstawia nowe zadania polityki społecznej wynikające ze zmian w stanie i strukturze wieku ludności, wpływ starzenia się ludności na system zabezpieczenia społecznego oraz bieżące ważne kwestie do rozwiązania w polskim systemie ubezpieczenia społecznego.

Opracowanie Prof. L. Frąckiewicz omawia potrzeby społeczne starzejącego się społeczeństwa w świetle narodowej strategii integracji społecznej dla Polski i „Strategii polityki społecznej 2007–2013”. Problemy zdrowotne osób starszych i potrzeba dbałości polskiego społeczeństwa o zachowanie do późnej starości możliwie dobrej kondycji psychofizycznej winny obejmować wszechstronne działania na rzecz promocji zdrowia i stać się podstawowym kierunkiem „Narodowego Programu Zdrowia”.

W ekspertyzie Prof. G. Uścińskiej pt. „Zabezpieczenie społeczne w UE a systemy krajowe. Aktualne problemy i wyzwania” przedstawiono cele europejskiej przestrzeni socjalnej, obszary dotychczasowej aktywności Wspólnoty Europejskiej w zakresie polityki społecznej oraz główne zadania zabezpieczenia społecznego w europejskiej polityce społecznej, zwłaszcza działania podjęte w kierunku sprawnej łączności, czyli koordynacji krajowych systemów zabezpieczenia społecznego. Charakter tych działań i ich uwarunkowania oraz wyzwania wobec wspólnotowej koordynacji wynikające ze zmian krajowych systemów zabezpieczenia społecznego są i będą istotne w przyszłości.

Kolejne ekspertyzy dotyczą bezpieczeństwa zdrowotnego ludności Polski.

Przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia Pani Dyrektor Dagmara Korbasińska -zaprezentowała obszerny raport na temat bezpieczeństwa zdrowotnego ludności w ocenie Ministerstwa Zdrowia.

Prof. A. Wilmowska-Pietruszyńska przedstawiła system opieki zdrowotnej w Polsce i bezpieczeństwo zdrowotne ludności. Omówiono wybrane strategie na rzecz Zdrowia oraz cele strategiczne (propagowanie zdrowia w starzejącej się Europie; ochrona obywateli przed zagrożeniami dla zdrowia, monitorowanie funkcjonowania systemów zdrowotnych i nowych technologii) i Narodowy Program Zdrowia 2007–2015. Omówiono podstawowe kryteria efektywności funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej oraz działania i wymagania dotyczące jakości opieki zdrowotnej, w tym bezpieczeństwa pacjentów dla różnych poziomów świadczeń zdrowotnych.

Ekspertyza Prof. M. Szamotowicza zawiera ocenę bezpieczeństwa zdrowotnego kobiet ciężarnych i rodzących w Polsce na podstawie wymiernych wskaźników umieralności okołoporodowej i niemowląt oraz wskaźnika umieralności kobiet na tle innych krajów, a także omawia kluczowe czynniki i warunki, które wymagają radykalnej naprawy w opiece perinatalnej.

Prof. J. Szymborski w ekspertyzie pt. „System opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w Polsce: stan i zagrożenia” przedstawił istotne problemy medycyny szkolnej i próbę naprawy systemu opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem. Omówiono problemy leczenia pediatricznego (kwestie zdrowotne

i świadczenia opieki zdrowotnej, zakłócenia w funkcjonowaniu lecznictwa pediatrycznego, urazy niezamierzone i przemoc wobec dzieci) oraz założenia narodowej strategii na rzecz zdrowia, rozwoju i bezpieczeństwa dzieci.

Ekspertyza Prof. B. Bień pt. "Opieka zdrowotna nad ludźmi w starszym wieku. Stan a potrzeby w perspektywie starzenia się ludności Polski" jest poświęcona problematyce starzenia się w perspektywie zdrowia publicznego i medycyny (stan zdrowia i sprawność ludzi starszych w Polsce jako argument do optymalizacji opieki zdrowotnej nad seniorami). Przedstawiono funkcjonujące w Polsce rozwiązania organizacyjne opieki zdrowotnej nad osobami starszymi (ludzie starzy jako podmiot opieki zdrowotnej; geriatria jako specjalizacja i forma opieki nad ludźmi starszymi i jej miejsce w polskim systemie opieki zdrowotnej).

Ważniejsze dokumenty RRL prezentowane są na stronie internetowej [www.stat.gov.pl/bip](http://www.stat.gov.pl/bip)

**Sekretarz Generalny  
Rządowej Rady Ludnościowej**

# I. STANOWISKO RZĄDOWEJ RADY LUDNOŚCIOWEJ W SPRAWIE SPISU LUDNOŚCI I MIESZKAŃ 2011

Zgodnie z zaleceniami ONZ, Rady Europy i OECD, większość krajów świata planuje około 2011 roku przeprowadzenie spisów ludności i mieszkań. Potrzeba taka jest szczególnie w przypadku Polski ze względu na dużą dynamikę zmian demograficznych warunkujących obecny i przyszły rozwój społeczno – gospodarczy kraju. Konsekwencje zmian demograficznych, w tym duża skala migracji zagranicznych, mają wobec tego doniosłe znaczenie dla wyboru kierunków polityki społecznej i gospodarczej Polski i poszczególnych regionów. Wszystkie kraje Unii Europejskiej będą zobowiązane do przeprowadzenia spisów na podstawie przygotowywanego Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady. Projekt Rozporządzenia przewiduje rok 2011 jako referencyjny dla pozyskiwania danych i zobowiązuje wszystkie kraje do zagwarantowania wysokiej jakości i pełnej porównywalności wyników spisów.

1. Spisy ludności i mieszkań w Polsce – przeprowadzane najczęściej w odstępach dziesięcioletnich – stały się już tradycyjnym źródłem danych statystycznych, które w różnym stopniu zaspokajały potrzeby informacyjne użytkowników. W Polsce powojennej przeprowadzono siedem powszechnych spisów ludności – ostatni w maju 2002 roku - oraz trzy spisy reprezentacyjne (mikrospisy).

2. Podstawowe cele każdego spisu ludności i mieszkań są następujące:

- dostarczenie informacji przede wszystkim o liczbie i strukturze gospodarstw domowych i rodzin, ich wielkości i składzie, a także informacji o zasobach i warunkach mieszkaniowych ludności – na wszystkich szczeblach podziału terytorialnego kraju: ogólnokrajowym, regionalnym i lokalnym;
- zebrane informacje, których nie można uzyskać z innych źródeł, o rozmiarach i przyczynach migracji i ich wpływie na skład gospodarstw domowych i rodzin oraz na sytuację ekonomiczną, o poziomie wykształcenia ludności, o dojazdach do pracy w skali kraju i jednostek lokalnych;
- zebranie informacji niezbędnych do porównań międzynarodowych oraz wynikających ze zobowiązań międzynarodowych;
- aktualizacja bazy do budowy operatów losowania dla wielu badań o charakterze reprezentacyjnym.

3. Zakres tematyczny nowego spisu ludności i mieszkań powinien zachować pełną porównywalność w czasie danych dla potrzeb analiz krajowych oraz międzynarodowych, a także uwzględniać nowe potrzeby informacyjne. Stąd zasadne jest, aby obszary badań obejmowały:

- ludność;
- rynek pracy;
- gospodarstwa domowe i rodziny;
- migracje ludności;
- narodowość i wyznania;
- mieszkania i budynki.

4. W obecnej sytuacji Polski za szczególnie ważne obszary badań należy uznać: migracje, rynek pracy oraz rodziny i gospodarstwa domowe.

Rosnące znaczenie migracji dla zmian liczby i struktur ludności oraz rozwoju ekonomicznego, zwłaszcza w kontekście rynku pracy, zarówno w Unii Europejskiej jak i w Polsce, sprawiają, że temu tematowi należy poświęcić wyjątkową uwagę. Znaczenie tej problematyki w badaniach spisu wynika także z zaleceń międzynarodowych. Szczególne znaczenie rynku pracy w badaniach spisu jest określone z jednej strony przez silny wpływ procesów ludnościowych na podaż pracy, za drugiej zaś – przez rosnące znaczenie przemian na rynku pracy dla dynamiki gospodarczej oraz procesów integracji społecznej.

Zmiany płodności i umieralności, a także zmiany zachowań dotyczących tworzenia, rozwoju i rozwiązywania rodzin decydują o znaczących przekształceniach struktur ludności oraz rodzin i gospodarstw domowych, które mogą być najpełniej dokumentowane jedynie na podstawie informacji ze spisu powszechnego. Dla polityki społecznej dane takie są niezbędne.

5. Ważnym i integralnym obszarem badań spisów ludności w polskiej praktyce są spisy mieszkań i budynków, w których mieszkania są zlokalizowane. Spisy te dostarczają informacji nie tylko o ilościowym i jakościowym stanie zasobów mieszkaniowych, ale pozwalają przede wszystkim na wszechstronną charakterystykę sytuacji mieszkaniowej ludności i gospodarstw domowych, a w tym na ustalenie liczby gospodarstw domowych i rodzin nieposiadających własnego mieszkania lub mieszkających niesamodzielnie. Informacje te umożliwią oszacowanie potrzeb mieszkaniowych, wynikających zarówno z fizycznego braku mieszkań, jak również z powodu konieczności wymiany zasobów substandardowych.
6. Dotychczas podstawową metodą przeprowadzania spisów powszechnych ludności i mieszkań w Polsce był bezpośredni wywiad rachmistrza z osobą spisywaną; spis był badaniem pełnym, tzn. prowadzonym na całej populacji. Biorąc pod uwagę wysoki koszt spisu tradycyjnego, rozwój nowych metod i technik badawczych oraz dostęp do danych pochodzących ze źródeł administracyjnych, polskie służby statystyczne planują zrealizować spis ludności i mieszkań 2011 przy wykorzystaniu administracyjnych źródeł danych (rejestrów i systemów informacyjnych), spisu uzupełniającego oraz spisu reprezentacyjnego, opartego na próbie 10-15% ludności (4-6 mln osób).
7. Spis ludności i mieszkań 2011, jak również spis próbny 2009, powinny być realizowane na podstawie odrębnej ustawy o spisie. Prace nad tą ustawą prowadzone w Głównym Urzędzie Statystycznym są już mocno zaawansowane, lecz pilne jest skierowanie projektu ustawy na ścieżkę legislacyjną. Jednocześnie GUS prowadzi intensywne prace nad rozpoznaniem rejestrów i systemów informacyjnych dla potrzeb przyszłego spisu ludności i mieszkań.

*Rządowa Rada Ludnościowa, jako organ opiniodawczo-doradczy Premiera Polskiego Rządu, pragnie wyrazić poparcie dla działań podejmowanych przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w związku z przygotowaniem do spisu ludności i mieszkań 2011. Ze względu na ogromne znaczenie spisu ludności jako źródła danych niezbędnego dla potrzeb polityki społecznej i gospodarczej prowadzonej w Polsce oraz w Unii Europejskiej Rządowa Rada Ludnościowa apeluje do Rady Ministrów o wsparcie tych działań, także pod względem zagwarantowania odpowiednich środków finansowych na przygotowanie oraz realizację spisu ludności. Członkowie Rządowej Rady Ludnościowej uczestniczą w pracach przygotowawczych i związanych z oceną postępów nad wdrażaniem kolejnych etapów prac nad spisem 2011. Na tej podstawie, a także w wyniku dyskusji na posiedzeniu Plenarnym, Rządowa Rada Ludnościowa rekomenduje spis ludności i mieszkań jako jedno z priorytetowych badań statystyki publicznej w perspektywie najbliższych lat.*

Warszawa, 13 marca 2008 roku



# II. STARZENIE SIĘ LUDNOŚCI POLSKIEJ A ZABEZPIECZENIE SPOŁECZNE

## II.1.

*PROF. DR HAB. JÓZEFINA HRYNKIEWICZ*

### II.1. STARZENIE SIĘ LUDNOŚCI POLSKIEJ A SYSTEM UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

W formułowaniu celów i zadań polityki społecznej, sytuacja demograficzna i prognozowane w niej zmiany stanowią twardą podstawę do ustalania bieżących i perspektywicznych zadań społecznych.

#### 1. Nowe zadania polityki społecznej wynikające ze zmian w stanie i strukturze ludności

Prognozy demograficzne publikowane przez GUS wskazują kilka istotnych przekształceń, które zachodzą w strukturze ludności. W przyszłości spowodują one istotne zmiany w podejściu do projektowania rozwiązań we wszystkich dziedzinach polityki społecznej. Wskażę tylko te zmiany, których konsekwencje wywoływać będą przez wiele dziesięcioleci rozległe skutki społeczne i ekonomiczne:

- następuje znaczny spadek współczynnika płodności – z 76 w 1980 r. do 37 w 2005 r., wywoła to w dalszym czasie komplikacje na rynku pracy, a następnie w systemie zabezpieczenia społecznego;
- stale wydłuża się przeciętne trwanie życia mężczyzn (o ponad 10 lat z 60,01 lat w 1980 r. do 70,81 w 2005 r.) i kobiet (w tych samych latach o ponad 5 lat z 73,33 do 78,9 lat). Z założeń prognozy GUS wynika, że przeciętne dalsze trwanie życia z obecnych 74,5 lat wzniesie do 77,8 w 2015 r. (74,6 mężczyźni i 81,2 kobiety) oraz 80 lat w 2030 r. mężczyźni i 83,3 lat kobiety<sup>1</sup>;
- zmienia się struktura rodzin z powodu wielu skomplikowanych i wzajemnie powiązanych przyczyn demograficznych (migracje wewnętrzne i zewnętrzne, niski poziom urodzeń, przedłużanie się przeciętnego trwania życia), społecznych (zmiany w warunków i stylu życia, wzrost poziomu wykształcenia, nastawienie na osobistą karierę i sukces zawodowy) czy ekonomicznych (wzrost aspiracji konsumpcyjnych, sytuacja mieszkaniowa, wysokie koszty wychowania dziecka itp.).

Niski poziom płodności, jak przewidują prognozy demograficzne, będzie utrzymywał się nadal i w istocie nie zmieni znacznie obecnej na początku XXI wieku sytuacji ludnościowej. Przewidywany po 2010 r. niewielki wzrost płodności nie wpłynie istotnie na poprawę sytuacji demograficznej. Nadal będzie rosła wartość przeciętnego dalszego trwania życia ludności i następował spadek umieralności. Wzrastał też będzie udział ludzi starych w strukturze demograficznej Polski. Wskazane procesy i zjawiska spowodują dalsze zmiany w strukturze demograficznej:

- wzrost udziału w strukturze ludności osób w wieku sędziwym (powyżej 80 r. życia), a w związku z tym wzrost udziału osób starych niezdolnych do samodzielnej egzystencji;
- pogłębiające się zróżnicowanie przestrzenne struktury ludności ze względu na wiek;
- wzrost udziału w strukturze gospodarstw domowych gospodarstw jednoosobowych wskutek zmniejszenia się liczby osób w rodzinach, niskiej stopy urodzeń, zmniejszającej się skłonności do zawierania małżeństw, migracji oraz znacznego zróżnicowania przeciętnego czasu życia kobiet i mężczyzn.

Wszystkie prognozy zmian w sytuacji demograficznej w niedostatecznym stopniu uwzględniają wpływ migracji zewnętrznych na stan i strukturę ludności. Znaczny wpływ na zmiany struktury ludności mają obecnie (i będą miały w przyszłości) procesy emigracji i imigracji zagranicznych. Rozmiary i skutki migracji są przedmiotem badań, ale nie ma w pełni wiarygodnego systemu pomiaru wielkości i jej kierunków. Informacje medialne dotyczące rozmiarów migracji oraz debata publiczna o przyczynach i skutkach migracji zarobkowych bardziej komplikują niż rozjaśniają obraz zmian demograficznych zachodzących w Polsce pod ich wpływem. Uzyskanie pełnych i wiarygodnych danych dotyczących liczby i rodzaju migrantów wymaga szerokich i pogłębionych badań tak o charakterze ilościowym, jak i jakościowym. Szacowane wielkości oraz struktury strumieni migracji pozwalają postawić jedynie hipotezy, które muszą być weryfikowane w badaniach naukowych. Z licznych badań przyczynkowych, jakie pojawiły się w Polsce od 2005 r., trudno stworzyć spójny obraz procesów migracyjnych. Tym trudniej też stworzyć

<sup>1</sup> Dane statystyczne na podstawie informacji GUS: [http://www.stat.gov.pl/gus/45\\_648\\_PLK\\_HTML.htm](http://www.stat.gov.pl/gus/45_648_PLK_HTML.htm) oraz Raportu Rządowej Rady Ludnościowej – Sytuacja Demograficzna Polski 2006-2007, Warszawa 2007.

taki program polityki społecznej, który uwzględniałby uwarunkowania i zmiany demograficzne. Brak wiarygodnych danych o rozmiarach migracji nie pozwala na ocenę skutków procesów migracyjnych dla poszczególnych działów (zakresów) polityki społecznej, zatrudnienia, mieszkalnictwa, zabezpieczenia społecznego, w tym systemów ochrony zdrowia, emerytalnego oraz opieki i pomocy społecznej.

W Polsce przez najbliższe kilkadziesiąt lat będzie wzrastał w strukturze ludności udział osób w starszych grupach wieku (w wieku poprodukcyjnym). Zmiany demograficzne spowodują (wymuszą) daleko idące zmiany w polityce społecznej państwa i samorządów lokalnych we wszystkich przedmiotowych zakresach polityki społecznej: zabezpieczenia społecznego, zatrudnienia, edukacji i kultury, polityki rodzinnej, mieszkalnictwa, podziału dochodu społecznego. Zmiany w zakresie możliwym współcześnie do przewidzenia obejmować będą:

- ubezpieczenia społeczne: konieczność rewizji wielu rozwiązań zastosowanych w reformie systemu emerytalnego w latach 1997-1999 tak, aby system emerytalny skutecznie realizował podstawowe założenie, czyli zapewniał ubezpieczonym bezpieczeństwo socjalne (emerytalne). Wymaga to określenia na nowo warunków ubezpieczenia, zasad i gwarancji wypłaty świadczeń oraz ich wysokości ekwiwalentnej w stosunku do wkładu ubezpieczonego do systemu w okresie jego pracy, jak również odpowiedniej w stosunku do (rosnących wraz z wiekiem ubezpieczonego) kosztów utrzymania osoby w wieku emerytalnym. Ubezpieczenie emerytalne musi zapewniać takie świadczenia, którego wysokość pozwala na samodzielne zaspokojenie podstawowych potrzeb osób niezdolnych do pracy z powodu zaawansowanego wieku lub/i stanu zdrowia;
- ochronę zdrowia: tworzenie systemu zapewniającego powszechny dostęp do usług leczenia, rehabilitacji, opieki pielęgniacyjnej; takich świadczeń ochrony zdrowia, które odpowiadają potrzebom ludzi starych lub/i niesamodzielnych życiowo (niezdolnych samodzielnie zaspokajać potrzeby życiowe);
- pomoc społeczną: organizowanie kompleksowej, nie tylko wycinkowej, opieki nad osobami starszymi w środowisku zamieszkania oraz takiej organizacji usług w środowisku lokalnym, aby stawało się ono bezpieczne i „przyjazne” osobom w wieku starszym oraz podeszłym;
- politykę rodzinną: sformułowanie nowych zadań, zasad i środków pomocy tym rodzinom, które mogą zapewnić opiekę osobom starym. W kształtowaniu polityki rodzinnej muszą pojawić się nowe zadania wynikające z procesu starzenia się społeczeństwa, powierzania zadań opieki osobom starym i ich rodzinom oraz tym „rodzinom”, które przejmą opiekę zastępczo, mimo braku pokrewieństwa;
- politykę zatrudnienia: istniejący obecnie stan zasobów pracowników w młodszych grupach wieku, w perspektywie kilku najbliższych pokoleń stanie się nieosiągalny. Rynek pracy coraz szerzej będzie musiał uwzględniać konieczność zatrudnienia oraz wykorzystania (ograniczonej) zdolności do pracy osób w wieku starszym, w tym także w wieku emerytalnym. Rynek pracy musi przystosować się do sytuacji poważnych zmian demograficznych, gdy wiele zadań w gospodarce będzie musiało być realizowanych przez osoby w starszym wieku, trudniej przystosowujące się do zmiennej sytuacji technologicznej czy organizacyjnej. Jednocześnie pojawiają się nowe obszary produkcji, a szczególnie usług skierowane do osób starych;
- system edukacji: w tym edukacji ustawicznej, w której uwzględnione muszą zostać konsekwencje coraz liczniejszego udziału ludności w starszych grupach wieku w strukturze ludności, zapewnienia tej grupie uczestnictwa w edukacji ustawicznej oraz umiejętności korzystania z nowych technik komunikacji społecznej. Niezbędne będzie zapewnienie coraz lepszej dostępności technik informacyjnych, jako ważnego środka przeciwdziałania izolacji i wykluczeniu społecznemu ludzi starych, przygotowanie osób w starszym wieku do podejmowania nowych, także zaawansowanych technologicznie zadań zawodowych, gdyż coraz liczniejsze będą grupy pracowników znacznie przedłużające okresy swojej aktywności zawodowej;
- politykę mieszkaniową: musi uwzględniać szczególne potrzeby ludności w starszych grupach wieku, dostosować warunki i urządzenia w mieszkaniu oraz w środowisku zamieszkania do specyficznych potrzeb i problemów ludzi starych. Potrzebne jest zapewnienie szeroko rozumianego bezpieczeństwa osobistego, zdrowotnego, dostarczenie koniecznych usług pozwalających osobom starym na najdłuższe pozostawanie we własnym mieszkaniu i znanym im środowisku społecznym i tworzenie specjalnych, wydzielonych i odpowiednio urządzonych

środowisk zamieszkania z przeznaczeniem dla osób wymagających pomocy i opieki ze względu na wiek i stan zdrowia.

- politykę w zakresie kształtowania wzorów kultury, wśród których każda z grup wieku będzie miała swoje miejsce. Istnieje potrzeba kształtowania właściwego obrazu medialnego, wolnego od dyskryminacji (i dyskredytacji) ludzi starych i traktowania ludzi starych jako zbędnej grupy społecznej, która jedynie obciąża kosztami swojego utrzymania młode pokolenia, a także przejmuje znaczną część dochodu społecznego, którą można byłoby skierować na rzecz rozwoju gospodarczego, wzrostu gospodarczego tworzącego lepsze warunki życia młodemu i następnym pokoleniom.

Rosnący udział ludzi starych w strukturze demograficznej i społecznej stworzy nowe dziedziny usług i nowe sektory gospodarki zapewniające wiele miejsc pracy i nowe ważne dziedziny działalności gospodarczej. Konsumpcja ludzi starych stworzy nowy rynek dóbr i usług. Udział ludzi starych w konsumpcji wydatnie wzrośnie, nie tylko ze względu na ich rosnącą liczbę, ale także dlatego, że ludzie starzy dysponować będą znacznymi zasobami finansowymi.

Zmiany w strukturze demograficznej wynikające z procesów starzenia się ludności spowodują wielokierunkowe konsekwencje kulturowe, społeczne i ekonomiczne. Zmiany demograficzne mają charakter obiektywny i nieunikniony, dlatego istniejące systemy, jak i podejmowane działania w polityce społecznej państwa muszą je uwzględniać nie tylko w odpowiednim zakresie i stopniu, ale przede wszystkim w odpowiednim czasie. Wymaga to odejścia od doraźnych, kierowanych przesłankami politycznymi zmian w polityce społecznej do zmian projektowanych w perspektywie, co najmniej kilku pokoleń, w szczególności dotyczy to zamian w systemie zabezpieczenia społecznego.

## 2. Stan ludności i zmiany w strukturze wieku

Zmiany w strukturze ludności Polski są konsekwencją zjawiska falowania wyżów i niżów charakterystycznego dla rozwoju demograficznego Polski. W Polsce systematycznie rośnie udział ludności w starszych grupach wieku. W latach 2000-2005 liczba ludności w starszych grupach wieku (60 lat i więcej) wzrosła o 137,4 tys. osób (przy spadku liczby ludności ogółem o 96,9 tys. osób), zwiększył się też udział ludności starszej z 16,8% do 17,2%. Wzrost liczby ludności w wieku poprodukcyjnym, w poszczególnych pięcioletnich grupach wieku w tych samych latach jest zróżnicowany. W pięcioletnich kolejnych grupach wieku, czyli 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85 i więcej, przyrosty w latach 2000-2005 były bardzo zróżnicowane. Na przykład w grupie wieku 60-64 lat liczba ludności zmniejszyła się o 212,7 tys., a liczba ludności w wieku 80-84 lat zwiększyła się o 254,9 tys. Najszybciej rośnie udział ludności w najstarszej grupie wieku (powyżej 80 lat), a więc tej grupy, która z punktu widzenia zadań polityki społecznej w zakresie opieki, ochrony zdrowia i ubezpieczenia społecznego stanowi ważne i kosztowne zadanie.

Prognozy demograficzne wskazują, że udział ludności w wieku 60 lat i więcej w strukturze i liczbie ludności Polski będzie systematycznie wzrastał – z 17,2% w 2005 r. do 29,8% w 2030 r. Według prognozy demograficznej GUS do 2030 r. nastąpi wzrost ludności starszej z 6559,8 tys. osób w 2005 r. do 10 646,2 tys. osób w 2030 r. (przy spadku w tych latach liczby ludności ogółem). Z danych prognozy demograficznej wynika, że najszybciej przyrastać będzie ludności w najstarszych grupach wieku, przede wszystkim ludności w wieku 80 lat i więcej.

**Tabela 1. Stopa przyrostu ludności w wieku 60 lat i więcej według pięcioletnich grup wieku (w %) według prognozy demograficznej**

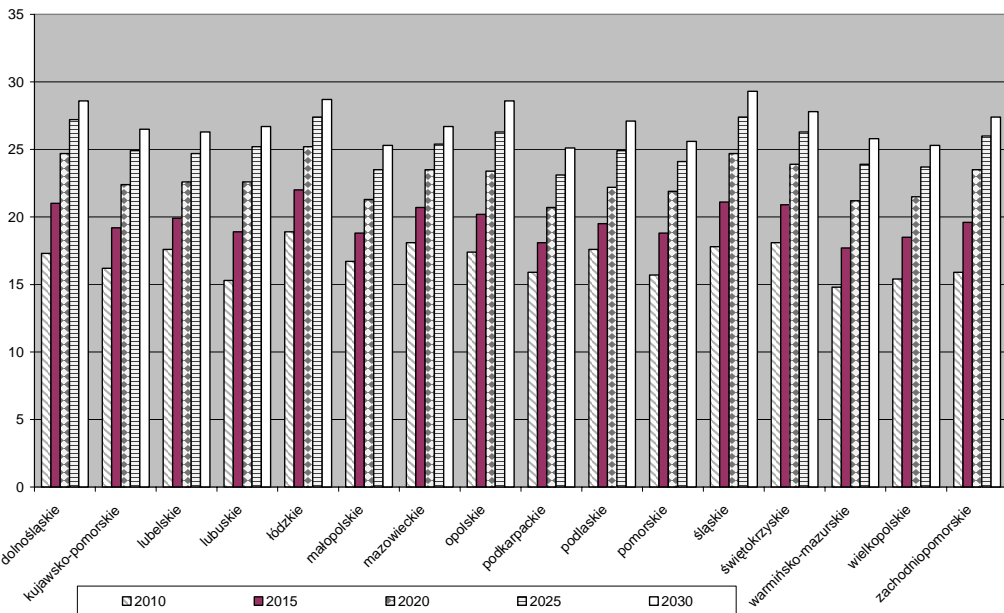
Lata	Ogółem	Według grup wieku:						
		60 lat i więcej	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	80 lat i więcej
2005-2010	(-) 0,7	14,6	58,5	(-) 11,1	(-) 2,5	2,3	16,9	43,6
2010-2015	(-) 0,7	16,4	16,8	59,8	(-) 10,1	(-) 1,1	3,9	27,7
2015-2020	(-) 1,1	12,4	(-) 1,0	17,5	61,3	(-) 9,0	0,2	11,6
2020-2025	(-) 1,7	5,2	(-) 17,5	(-) 0,5	18,4	63,3	(-) 7,3	6,6
2025-2030	(-) 2,5	2,9	(-) 4,7	(-) 17,1	0,2	19,6	66,8	0,9

W kolejnych pięcioleciach przyrost ludności w starszych grupach wieku będzie zróżnicowany, co wynika z procesu starzenia się populacji. W 2025 r. wiek 70 lat osiągną osoby urodzone w 1955 r. (to jest w chwili, gdy spośród wszystkich lat po II wojnie światowej urodziło się najwięcej dzieci).

**Tabela 2. Ludność w wieku 60 lat i więcej – kobiety, oraz 65 lat i więcej – mężczyźni, w województwach (w tys. osób) w latach 2010, 2015, 2020, 2025, 2030 w odsetkach ludności województwa**

Województwo	2010	2015	2020	2025	2030
<b>dolnośląskie</b>	<b>17,3</b>	<b>21,0</b>	<b>24,7</b>	<b>27,2</b>	<b>28,6</b>
kujawsko-pomorskie	16,2	19,2	22,4	24,9	26,5
lubelskie	17,6	19,9	22,6	24,7	26,3
lubuskie	15,3	18,9	22,6	25,2	26,7
<b>łódzkie</b>	<b>18,9</b>	<b>22,0</b>	<b>25,2</b>	<b>27,4</b>	<b>28,7</b>
małopolskie	16,7	18,8	21,3	23,5	25,3
mazowieckie	<b>18,1</b>	20,7	23,5	25,4	26,7
<b>opolskie</b>	<b>17,4</b>	<b>20,2</b>	<b>23,4</b>	<b>26,3</b>	<b>28,6</b>
podkarpackie	15,9	18,1	20,7	23,1	25,1
podlaskie	17,6	19,5	22,2	24,9	27,1
pomorskie	15,7	18,8	21,9	24,1	25,6
<b>śląskie</b>	<b>17,8</b>	<b>21,1</b>	<b>24,7</b>	<b>27,4</b>	<b>29,3</b>
świętokrzyskie	18,1	20,9	23,9	26,3	27,8
warmińsko-mazurskie	14,8	17,7	21,2	23,9	25,8
wielkopolskie	15,4	18,5	21,5	23,7	25,3
zachodniopomorskie	15,9	19,6	23,5	26,0	27,4

**Wykres 1. Ludność w wieku 60 lat i więcej – kobiety, oraz 65 lat i więcej – mężczyźni, w województwach (w tys. osób) w latach 2010, 2015, 2020, 2025, 2030 w odsetkach ludności województwa**



Struktura ludności Polski ze względu na wiek jest zróżnicowana przestrzennie w poszczególnych województwach oraz w poszczególnych jednostkach administracyjnych województw. Udział ludności w wieku 60 lat i więcej jest (w 2005 r.) najwyższy w województwach: łódzkim (19,1%), świętokrzyskim (18,8%), mazowieckim (18,6%), podlaskim (18,4%), lubelskim (18,3%). Najmniejszy zaś udział ludności w wieku poprodukcyjnym ma województwo warmińsko-mazurskie (14,9%). Największy odsetek ludności

starszej mieszka w województwie mazowieckim (14,6%) i śląskim (12,7%). Najwięcej osób w wieku 75 i więcej lat mieszka w województwach: mazowieckim (15,5%) i śląskim (11,1%). Według prognozy demograficznej w 2030 r. we wszystkich województwach udział ludności w wieku poprodukcyjnym (kobiety w wieku 60 lat + , mężczyźni w wieku 65 lat +) wyniesie ponad 25% ogółu ludności, a w wielu województwach zbliży się do 30%, m.in. śląskie (29,3%), łódzkie (28,7%), opolskie (28,6), dolnośląskie (28,6%). W strukturze wieku ludności starszej wysoki udział mają osoby w wieku 80 i więcej lat – w 2007 r. udział ten wynosił 21,7% (w miastach 20,7%, na wsi 23,3%)<sup>2</sup>

Wzrost liczby lat przeciętnego dalszego trwania życia należy do podstawowych wskaźników rozwoju społecznego. Wzrost udziału ludności w starszych grupach wieku to także skutek korzystnych zmian w polityce społecznej – ogólny wzrost poziomu życia ludności, wzrost poziomu bezpieczeństwa ludności, skuteczniejszej ochrony zdrowia, usunięcie zagrożeń wynikających z chorób epidemicznych, promocji zdrowia, większej świadomości zagrożeń zdrowia, zmiany stylu życia, skutecznej walki z umieralnością noworodków, spadku współczynnika zgonów ludności oraz innych czynników korzystnie wpływających na podwyższenie dalszego przeciętnego trwania życia ludności<sup>3</sup>.

Korzystne zmiany wpływające na obniżenie umieralności i wydłużenie czasu życia wywołują istotne implikacje dla systemu zabezpieczenia społecznego. Dla jego finansowania istotne znaczenie ma liczba lat życia po zakończeniu pracy zawodowej (okres pobierania świadczeń z systemu zabezpieczenia społecznego) – im dłuższy okres życia po przejściu w stan nieaktywności zawodowej, tym wyższe są wydatki na świadczenia. Im bardziej zaawansowany wiek, tym intensywniejsza „konsumpcja” usług ochrony zdrowia. Im bardziej zaawansowany wiek, tym mniejsza zdolność i możliwość aktywnego uczestnictwa w działalności wolnego rynku. Dlatego im bardziej zaawansowany wiek osób korzystających z różnych usług (m.in. opieki), tym większa odpowiedzialność władz publicznych za jakość dostarczanych usług zapewniających osobom starszym prawidłowe zaspokojenie ich potrzeb.

**Tabela 3. Przeciętne dalsze trwanie życia kobiet i mężczyzn w wieku 60 lat w latach 1990-2006<sup>4</sup>**

Lata	Przeciętne dalsze trwanie życia mężczyzn i kobiet w wieku 60 lat w latach 1990–2000	
	mężczyźni	kobiety
<b>1990</b>	<b>15,3</b>	<b>20,0</b>
1991	15,1	19,7
1992	15,4	20,0
1993	15,5	20,1
1994	15,8	20,4
<b>1995</b>	<b>15,8</b>	<b>20,5</b>
1996	15,9	20,5
1997	16,1	20,8
1998	16,4	21,0
1999	16,3	21,1
<b>2000</b>	<b>16,7</b>	<b>21,5</b>
2001	17,0	21,8
2002	17,2	22,2
2003	17,1	22,2
2004	17,4	22,5
2005	17,5	22,7
<b>2006</b>	<b>17,6</b>	<b>22,8</b>

<sup>2</sup> Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2006-2007, RRL, Warszawa 2007, s. 29 i nast.

<sup>3</sup> Standaryzowany współczynnik zgonów na 100 tys. ludności obniżył się z 1137,6 w 1990 r. do 852,3 w 2006 r. Por. Sytuacja demograficzna..., op. cit., s. 111.

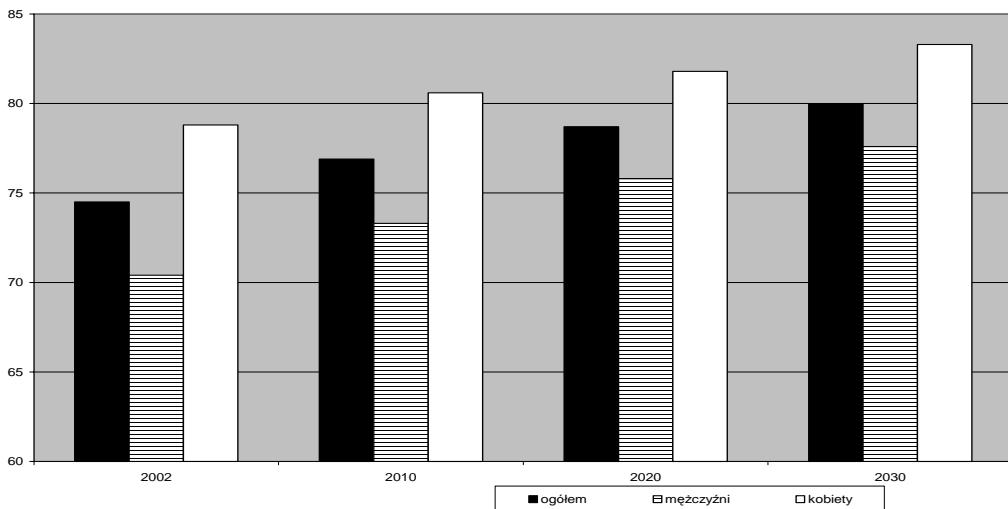
<sup>4</sup> Sytuacja..., op. cit. s. 118.

Z punktu widzenia zadań systemu zabezpieczenia społecznego istotne znaczenia ma wydłużający się czas przeciętnego dalszego trwania życia osób w wieku emerytalnym i zbliżonym do wieku emerytalnego.

**Tabela 4. Prognozowane dalsze trwanie życia do 2030 r.**

Trwanie życia	2002	2010	2020	2030
ogółem	74,5	76,9	78,7	80,0
mężczyźni	70,4	73,3	75,8	77,6
kobiety	78,8	80,6	81,8	83,3

**Wykres 2. Prognozowane dalsze trwanie życia do 2030 r.**



W dalszym ciągu będzie następował spadek umieralności i systematyczny wzrost przeciętnej długości trwania życia do poziomu ok. 77,6 roku dla mężczyzn oraz do 80 lat dla kobiet w 2030 r. Jednak w stosunku do krajów najbardziej rozwiniętych proces ten będzie następował wolniej niż w ostatniej dekadzie. Nadal pozostanie jednak istotna różnica w przeciętnym dalszym trwaniu życia kobiet i mężczyzn.

### 3. Wpływ starzenia się ludności na system zabezpieczenia społecznego

Skutki starzenia się ludności w istotnym stopniu obejmują cały system zabezpieczenia społecznego, czyli ubezpieczenie społeczne, ochronę zdrowia, pomoc społeczną i system pomocy rodzinie. Wzrost udziału ludzi starych w strukturze ludności zmienia istotnie zadania wszystkich wymienionych części systemu. Skutki zmian demograficznych dla zabezpieczenia społecznego, poszczególnych części zabezpieczenia społecznego oraz dla części ryzyka socjalnego są zróżnicowane.

Wzrost udziału ludzi starych w środowisku lokalnym nakłada szczególne zadania na pomoc społeczną w zakresie opieki nad ludźmi starymi. Przekazanie w ustawie o pomocy społecznej w 2004 r. całości zadań i kosztów organizowania opieki nad ludźmi starymi samorządom lokalnym (samorządom gmin) jest – z teoretycznego punktu widzenia – zasadne. To społeczność lokalna ma obowiązek zapewnienia opieki i pomocy swoim mieszkańcom. Problem pojawia się jednak wówczas, gdy społeczność lokalna nie ma odpowiednich na ten cel środków, a zadania w zakresie pomocy społecznej są odwrotnie proporcjonalne

do pozyskiwanych dochodów z podatków lokalnych – im większe bowiem zadania w zakresie opieki nad osobami jej potrzebującymi stoją przed samorządem, tym niższe osiąga on dochody z podatków lokalnych. Społeczność lokalna może wykonać kosztowne zadania opieki nad ludźmi starymi na poziomie i w zakresie odpowiednim do posiadanych dochodów i zasobów, a także do posiadanych umiejętności organizowania opieki. Zastosowane w ustawie o pomocy społecznej w 2004 r. rozwiązania dotyczące pomocy i opieki nad osobami w starszym wieku w środowisku lokalnym wymagają oceny z punktu widzenia zwiększającego się zakresu zadań, wraz ze wzrostem liczby osób starych<sup>5</sup>.

Wraz ze wzrostem udziału ludzi starych rosną także istotnie zadania ochrony zdrowia. Ludzie starzy należą do tej grupy, która najczęściej korzysta z usług opieki zdrowotnej. Zmienia się też charakter „konsumowania” usług ochrony zdrowia – ludzie starzy permanentnie korzystają z tych usług. W zakresie ochrony zdrowia obowiązków ubezpieczenia obejmuje osoby pracujące, pobierające świadczenia ubezpieczeniowe, zaopatrzeniowe i świadczenia pomocy społecznej.

W ubezpieczeniu społecznym koszty realizacji zadań rosną wraz ze wzrostem udziału ludzi w wieku proprodukcyjnym, czyli starych, niezdolnych do pracy z powodu choroby lub niepełnosprawności. Wzrost udziału ludzi starych w społeczeństwie i coraz częstsze osiąganie wieku sędziwego prowadzić będzie do powstawania nowej, licznej kategorii osób niepełnosprawnych, w tym osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji. Wzrost liczebności osób w zaawansowanym wieku, prowadzących samodzielnie i samotnie gospodarstwa domowe, niezdolnych do samodzielnej egzystencji stwarza konieczność powołania nowej kategorii ubezpieczenia społecznego – ubezpieczenia od skutków niezdolności do samodzielnej egzystencji<sup>6</sup>. W Polsce nie ma odpowiednich funduszy publicznych ani wskazanych podmiotów, które zdolne byłyby ponosić rosnące koszty dostarczania usług opieki dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji. Samorząd lokalny może te zadania wypełniać w ograniczonym zakresie oraz przy ograniczonej liczbie osób wymagających pomocy. Wzrost liczby osób, którym pomoc jest niezbędna, prowadzi i będzie prowadzić do poważnych braków w dostarczaniu pomocy.

#### 4. Zmiany demograficzne wyzwaniem dla systemu zabezpieczenia społecznego

Współczesne systemy zabezpieczenia społecznego kształtowały się w określonych warunkach społeczno-ekonomicznych i demograficznych. Postępujące zmiany demograficzne, spadek współczynnika urodzeń poniżej poziomu prostej zastępowalności pokoleń, wydłużające się przeciętne trwanie życia, wydłużający się czas życia po osiągnięciu wieku emerytalnego stają się istotnym warunkiem oceny sprawności finansowej i organizacyjnej systemu zabezpieczenia społecznego, w tym ochrony zdrowia, ubezpieczenia emerytalnego oraz opieki. Im dłuższy czas życia, tym wyższe wydatki ponosi ubezpieczenie społeczne na wypłatę świadczeń, większe są też zadania w zakresie ochrony zdrowia i opieki nad osobami w zaawansowanym wieku.

Korzystnej zmianie w warunkach życia ludności towarzyszy dyskusja o warunkach i źródłach finansowania ochrony zdrowia, opieki i świadczeń emerytalnych. W dyskusjach i rozwiązaniach empirycznych wskazuje się na konieczność podwyższenia wieku emerytalnego, a w przypadku kobiet podwyższenia lub/i zrównania go z wiekiem emerytalnym mężczyzn. Takie rozwiązania przyjmuje wiele krajów europejskich, między innymi w RFN, Republice Czeskiej, Danii, Hiszpanii, Holandii, Finlandii, Irlandii, Luksemburgu, Cyprze. Są też kraje, które utrzymują zróżnicowany wiek emerytalny, np. Włochy, Łotwa, Portugalia, Litwa. W Austrii zrównanie wieku emerytalnego kobiet z wiekiem emerytalnym mężczyzn wprowadza się progresywnie w latach 2004–2033, w Grecji wyrównywanie wieku rozpoczęto od osób, które ubezpieczyły się do 1993 r. Wzory rozwiązań w poszczególnych krajach są różne, motywowane względami nie tylko ekonomicznymi, ale także zgodą społeczną na dokonanie takiej zmiany. Trzeba podkreślić, że wszystkie projektowane i wprowadzane zmiany poprzedza szeroka debata społeczna oraz

<sup>5</sup> Wprowadzone w 2004 r. zmiany w Ustawie o pomocy społecznej polegające na obciążeniu samorządu gmin kosztami opieki nad osobami starszymi oraz poziom usług świadczonych przez samorządy gmin osobom w zaawansowanym wieku wymaga szczegółowego zbadania. Samorządy gmin niechętnie korzystają z miejsc w domach pomocy, gdyż koszty opieki w domach opieki społecznej są, z punktu widzenia możliwości finansowych wielu gmin, zbyt wysokie, a posiadane przez osobę starszą świadczenia ubezpieczeniowe (emerytura, renta) są zbyt niskie, aby wystarczały na pokrycie kosztów opieki w domu pomocy społecznej. Problem opieki nad ludźmi starymi będzie narastał wskutek masowej migracji zarobkowej ludzi młodych po 2004 r. Por. Ustawa z dnia 12 kwietnia 2004 r. o pomocy, Dz. U. nr 64, poz. 593 ze zm., art. 60 i art. 61.

<sup>6</sup> Założenia oraz projekt Ustawy o ubezpieczeniu od niezdolności do samodzielnej egzystencji opracował w latach 2006–2007 r. zespół ekspertów powołany przez Ministra Zdrowia, prof. Zbigniewa Religę, pod kierunkiem prof. Anny Wilmowskiej-Pietruszyńskiej.

kilkudziesięcioletni okres wyprzedzający ich wprowadzenie<sup>7</sup>. Zapowiedzi o kilkadziesiąt lat wyprzedzające zmiany ustawowego wieku emerytalnego są wynikiem konsekwentnego przestrzegania zasady ochrony praw nabytych i ochrony praw w trakcie nabywania, czyli fundamentalnej zasady realizacji podstawowych wartości systemu ubezpieczenia społecznego – gwarancji bezpieczeństwa socjalnego ubezpieczonych.

#### 4.1. Zakres podmiotowy zabezpieczenia społecznego oraz zadania wynikające z procesu starzenia się ludności

Polski system zabezpieczenia społecznego ma charakter powszechny i obligacyjny. Obejmuje osoby, które z tytułu pracy lub służby podlegają systemowi ubezpieczenia pracowniczego, rolniczego lub zaopatrzenia emerytalnego (służby mundurowe, sędziowie i prokuratorzy). Osoby pozbawione uprawnień do świadczeń z ubezpieczenia społecznego mogą ubiegać się o świadczenia pomocy społecznej. Świadczenia pomocy społecznej mają charakter uznaniowy, a koszt ich dostarczenia osobom uprawnionym obciąża samorządowe instytucje pomocy społecznej lub/i rodziny osoby wymagającej pomocy. Uznaniowy charakter świadczeń pomocy społecznej oznacza, że uprawniony organ samorządu gminnego lub powiatowego w każdym przypadku indywidualnie decyduje o wielkości i zakresie udzielanej pomocy (najczęściej na poziomie odpowiednim do posiadanych możliwości).

Aby mogła zaistnieć realna możliwość uzyskania zabezpieczenia socjalnego przez osoby niezdolne z powodu stanu zdrowia lub/i wieku niezbędne jest stworzenie gwarantowanego przez państwo, roszczeniowego, powszechnego, obligacyjnego i publicznego systemu ubezpieczenia społecznego. W stosunku do osób w wieku poprodukcyjnych ma zastosowanie ubezpieczenie emerytalne lub rentowe z tytułu niezdolności do pracy, wypadku przy pracy lub choroby zawodowej, uprawnień rodzinnych. Systemem ubezpieczenia społecznego nie są objęte osoby, które nie uzyskały prawa do świadczenia z powodu niespełnienia ustawowych warunków uzyskania prawa emerytury lub renty (wymagany staż pracy, wysokość opłacanych składek, wiek). Na zasadach zbliżonych do ubezpieczenia społecznego korzystają ze świadczeń osoby uprawnione do renty socjalnej (świadczenie udzielane w zasadzie osobom niezdolnym do pracy od urodzenia, finansowane z budżetu państwa)<sup>8</sup>. W wiek i stan emerytalny od początku XXI wieku wchodzi osoby, które wskutek procesów transformacji systemowej masowo traciły zatrudnienie (głównie w okresie 1990–2004). Wiele z tych osób pracowało (pracuje też nadal) w czarnej i szarej strefie, dlatego nie będą one w stanie udokumentować swoich uprawnień emerytalnych<sup>9</sup>. W Polsce jest też pewna (nieznana) liczba osób, które nie uzyskały (lub nie są w stanie udokumentować) uprawnień do świadczeń społecznych z powodu utraty dokumentów lub niespełnienia ustawowych warunków.

Szybki wzrost liczby osób uzyskujących świadczenia emerytalne w początkowych latach XXI wieku to skutek dwóch nakładających się procesów:

- utraty zatrudnienia przez osoby w wieku przedemerytalnym oraz nadania tym osobom uprawnień do świadczeń zamiast zatrudnienia;
- obawy przed utratą uprawnień do świadczeń osobom, które zgodnie z przepisami obowiązującymi do 1999 r. takie uprawnienia uzyskały, m.in. prawa do wcześniejszej emerytury.

Zachowania starszych pracowników polegające na wycofywaniu się z aktywności zawodowej po uzyskaniu uprawnień do świadczenia wzmacniają naciski polityczne i medialne na przedłużanie pracy zarobkowej i dłuższe pozostawanie w zatrudnieniu. W wyniku zastosowania licznych zmian przepisów emerytalnych i rentowych przyjmowanych od 1991 r. i nasilających się akcji medialnych, zapowiadają-

<sup>7</sup> Por. szerzej: G. Uścińska, Europejskie standardy zabezpieczenia społecznego, a współczesne rozwiązania polskie, IPISS, Warszawa 2005.

Prawo UE nie reguluje kwestii wieku emerytalnego, w tym także zrównania lub zróżnicowania wieku – dyrektywa 79/7 pozwala na zróżnicowanie wieku emerytalnego. Istotne znaczenia ma także orzecznictwo ETS, które problem zróżnicowania wieku emerytalnego rozpatruje z punktu widzenia dyskryminacji płci. Podobne, chociaż bardziej oryginalne stanowisko przyjął w orzeczeniu polski Trybunał Konstytucyjny (o czym piszę dalej).

<sup>8</sup> W styczniu 2008 r. liczba osób pobierających renty socjalne wynosiła 239,7 tys. osób. Dane na podstawie: Informacji o wybranych świadczeniach pieniężnych, ZUS, Warszawa 2008.

<sup>9</sup> Jak liczna jest grupa, trudno ocenić bez odpowiednich danych. Informacje takie nie istnieją, gdyż nikt nie był zainteresowany ich pozyskiwaniem i gromadzeniem. Pełniejszych danych mogłoby dostarczyć spis powszechny ludności, gdyby założono w zakresie przedmiotowym spisu celowe pozyskanie takich informacji. Wówczas byłoby wiadomo, jak liczna jest populacja, która nie uzyskała uprawnień do świadczeń z powszechnego systemu ubezpieczenia społecznego. Rozwój szarej i czarnej sfery zatrudnienia w Polsce to skutek słabości państwowych instytucji rynku pracy, tolerancyjnej kontroli zatrudnienia przez państwo, a także reakcji ze strony urzędów skarbowych oraz społecznego przyzwolenia dla zatrudnienia na czarno.



cych odebranie wielu grupom zawodowym nabytych lub nabywanych uprawnień, przyspiesza się proces dezaktywizacji zawodowej starszych grup pracowników. Wynika on z obawy przed utratą prawa do świadczeń ubezpieczeniowych. Wiele osób korzysta z już osiągniętych uprawnień i przechodzi na emeryturę przed utratą nabytych uprawnień do wcześniejszej emerytury, a także z obawy przed utratą zatrudnienia.

Wzrost liczby emerytów i rencistów notowany jest w Polsce od rozpoczęcia procesu transformacji. Szybkiego wzrostu liczby emerytów i rencistów w latach 90. nie uzasadniała istniejąca sytuacja demograficzna, lecz stan gospodarki, a przede wszystkim polityka gospodarcza zakładająca szybką likwidację miejsc pracy<sup>10</sup>. W pierwszych latach transformacji masowe bezrobocie wynikające z likwidacji miejsc pracy ukrywano w systemie ubezpieczenia społecznego. Ułatwiano – do września 1997 r. – uzyskiwanie uprawnień do świadczeń rentowych, rozszerzano uprawnienia do wcześniejszych emerytur, wprowadzono też świadczenia przedemerytalne dla tracących pracę osób w starszym wieku.

W 2006 r. podjęto działania mające na celu ochronę zatrudnienia pracowników w starszych grupach wieku (akcja 50+). Przywrócenie na oficjalny rynek pracy wielu osób, które uzyskały świadczenie z ubezpieczenia społecznego, okazuje się zadaniem bardzo złożonym, a w mojej ocenie niewykonalnym. Dla wielu osób uzyskanie niskiego, ale za to gwarantowanego i pewnego świadczenia z ubezpieczenia społecznego w warunkach wysokiego bezrobocia i systematycznego poszerzania zakresu tzw. elastycznego, a więc niestabilnego, tymczasowego zatrudnienia, okazało się korzystnym rozwiązaniem w trudnej sytuacji zawodowej i dochodowej.

Zmiany w sytuacji demograficznej oraz procesy społeczne wywołane najpierw transformacją (wysokie, masowe bezrobocie), a następnie procesami migracyjnymi (po otwarciu granic państwa UE i rynków pracy niektórych państw UE) wywołały liczne dyskusje dotyczące dalszych, koniecznych zmian w systemie zabezpieczenia społecznego. Przeprowadzone w latach 1997–1999 reformy systemu ubezpieczenia emerytalnego dotyczyły w istocie tylko systemu finansowania. Podjęta reforma pozostawiła zatem wiele nierozwiązanych problemów w ubezpieczeniu emerytalnym.

Dyskusja o zrównywaniu lub nie wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn zatrzymała się na etapie ogólnikowych rozważań. Medialne spory o wiek emerytalny, uproszczony sposób rozwiązywania problemu i brak propozycji zmian spowodował jedynie większą aktywność w przechodzeniu na emeryturę osób, które takie prawa w kolejnych latach prowadzonej dyskusji nabywały. Po wielu latach dyskusji nie wprowadzono prawnych rozwiązań dotyczących wieku przechodzenia na emeryturę kobiet i mężczyzn. Utrzymano zatem różnicowany wiek emerytalny i nie opracowano programu zmian w tym zakresie.

Nie został rozwiązany problem utrzymania lub likwidacji ustanowionych poprzednio szczególnych uprawnień emerytalnych dla osób pracujących w szczególnych warunkach lub szczególnym charakterze. Nie opracowano uprawnień dla osób wykonujących zawody w szczególnych warunkach oraz wymagające szczególnych kompetencji. Nie wprowadzono rozwiązań dla osób, które są w trakcie nabywania szczególnych uprawnień, m.in. do wcześniejszej emerytury. Problem tzw. emerytur pomostowych pozostaje wciąż w sferze koncepcji i uzgodnień.

Nie zostały opracowane prawne i organizacyjne warunki i zasady wypłacania emerytury z komercyjnej części ubezpieczenia emerytalnego. Nie ma gwarancji uzyskania określonej, minimalnej wartości i wysokości emerytury z komercyjnej części ubezpieczenia emerytalnego. Pytanie „Kto ma wypłacać?” zdominowało od kilku lat dyskusje na temat finalizacji reformy. Brakuje wciąż rozwiązań dotyczących wysokości świadczenia z komercyjnej części oraz waloryzacji świadczeń z komercyjnej części ubezpieczenia emerytalnego (OFE). Poza publiczną debatę pozostaje kwestia wysokości świadczenia emerytalnego z komercyjnej części ubezpieczenia (OFE). W dokumentach i opracowaniach urzędowych stwierdza się jedynie, że emerytury będą niższe niż wypłacane dotychczas, w starym systemie, dlatego istnieje konieczność dostosowania do przewidywanej, zmniejszającej się wysokości emerytur z nowego systemu rent z tytułu niezdolności do pracy<sup>11</sup>.

<sup>10</sup> Wyniki NSP z maja 2002 r. wykazały, że w Polsce ze świadczeń społecznych utrzymywało się 28% ogółu dorosłej ludności – było to o ok. 10% więcej niż w roku poprzednim. Jednocześnie NSP wykazał, że bezrobocie w Polsce przekroczyło 21%, a wskaźnik zatrudnienia kształtował się na poziomie 43,7%. Wysokie bezrobocie, wysoki udział osób utrzymujących się ze świadczeń, niski wskaźnik zatrudnienia to skutki procesu transformacji systemowej i – w pewnym sensie – koszty społeczne.

<sup>11</sup> Obecna sytuacja i perspektywy systemu ubezpieczeń społecznych oraz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa, styczeń 2007, s.54.

Nie zostały ustanowione gwarancje ochrony praw nabytych oraz ochrony praw w trakcie nabywania dla tych, którzy uzyskali uprawnienia do świadczeń według zasad obowiązujących przed wprowadzeniem reformy. W myśl podstawowej zasady obowiązującej w ubezpieczeniu społecznym nie można zatem zmienić zasad, na jakich zostały one ubezpieczone.

Nie ma prawnie usankcjonowanych zasad łączenia renty z tytułu niezdolności do pracy z komercyjną częścią emerytury – dotyczy to ubezpieczenia tych osób, które ze względu na stan zdrowia nie są zdolne do pracy do czasu uzyskania wieku emerytalnego; podobnie nie ma ustanowionych prawnie zasad łączenia ubezpieczenia emerytalnego z ubezpieczeniem rentowym (ubezpieczony płaci dwie składki – emerytalną i rentową).

**Tabela 5. Wskaźnik pokrycia wydatków z FUS dochodami ze składek i pochodnych**

Rok	Wpływy ze składek w mln zł	Dotacja celowa budżetu	Wpłaty do OFE refundacja w mln zł	Wskaźnik pokrycia wydatków dochodami ze składek (w %)	Liczba ubezpieczonych w mln osób	Liczba emerytów
1999	—	—	—	83,1	13 271	3 333
2000	—	—	—	79,6	13 060	3 365
2001	—	—	—	75,6	12 851	3 401
2002	—	—	—	71,5	12 761	3 479
2003	70 272	3 541	9 868	71,3	12 739	3 590
2004	74 033	3 511	10 613	71,2	12 857	3 792
2005	76 182	3 612	12 575	72,8	13 131	3 940
2006	81 329	3 531	14 920	70,3	13 354	4 390
2007	89 363	230	16 219 <sup>12</sup>	73,8	14 075	4 559

Źródło: Dane ZUS publikowane w wydawnictwach ZUS oraz na stronie internetowej

Wprowadzone w wyniku reformy w latach 1997–1999 rozwiązania finansowania systemu emerytalnego z ekonomicznego punktu widzenia okazały się problematyczne. Ubytek ponad 1/3 części składki emerytalnej (7,3% wynagrodzenia) rekompensowany jest stale rosnącą dotacją z budżetu państwa. Jednocześnie budżet państwa zaciąga zobowiązania finansowe w otwartych funduszach emerytalnych na finansowanie bieżącej wypłaty świadczeń. W tej sytuacji stworzone z zamiarem powiększania kapitału na wypłatę przyszłych emerytur środki przekazywane do OFE w rzeczywistości powiększają jedynie dług publiczny, ograniczając środki na rozwój gospodarki, tworzenie nowych miejsc pracy, finansowanie kapitału ludzkiego i rozwój infrastruktury.

Wątpliwym z ekonomicznego punktu widzenia jest także utworzony fundusz rezerwy demograficznej jako fundusz specjalny, w zamierzeniu „ubezpieczający” wypłaty świadczeń emerytalnych w okresach zwiększonej z powodów demograficznych, liczby emerytów<sup>13</sup>. Założenie to oparte zostało na przesłance, że liczba emerytów jest pochodną liczby osób w wieku poprodukcyjnym. Tymczasem liczba emerytów zależy nie tylko od sytuacji demograficznej, ale także od długofalowej polityki społecznej, m.in. od polityki zatrudnienia, wynagrodzeń, podziału, polityki podatkowej itd., w zakresie znacznie przekraczającym uwarunkowania demograficzne. Wydzielenie z funduszu ubezpieczeń społecznych funduszu rezerwy demograficznej dodatkowo obciąża bieżące wydatki budżetu państwa, powiększając tym samym dług publiczny. Inwestowanie środków finansowych pochodzących z bieżących składek ubezpieczonych,

<sup>12</sup> Według danych GUS, który powołuje się na dane ZUS w 2006 r., do OFE przekazano w 2006 r. 15,611 mld zł składki oraz 563 mln odsetek, w 2007 r. ZUS przekazał do OFE 17,2 mld zł składek oraz 0,6 mld odsetek. Od 19 maja 1999 r. do 31 grudnia 2007 r. włącznie ZUS przekazał do OFE 95,6 mld składek oraz 2,2 mld odsetek. Inne dane na swoich stronach internetowych publikuje ZUS. Różnice dotyczą nie tylko ostatniego roku, ale także poprzednich lat.

W 2007 r. do OFE należało 13 139 tys. osób, z ogólnej liczby 14 075 tys. ubezpieczonych w ZUS, co stanowi ok. 92% ogółu ubezpieczonych. Liczby te wymagałyby weryfikacji, gdyż oznaczają one, że do OFE nie należy mniej niż 1 mln ubezpieczonych.

<sup>13</sup> Fundusz Rezerwy Demograficznej działa od 2002 r. Przejmuje 0,3% składki emerytalnej w celu inwestowania środków i osiągnięcia zysków, które dostarczą środków na wypłacanie emerytur w przyszłości. W 2007 r. FRD dysponował kwotą 3,5 mld zł. Osiągnął stopę zwrotu zbliżoną do OFE (5,65). Utrzymywanie FRD zwiększa deficyt środków na bieżące wypłaty świadczeń. Około 80% środków FRD lokuje w obligacje, papiery dłużne emitowane przez Skarb Państwa. Około 20% środków lokowanych jest na GPW. W rzeczywistości jest to operacja księgowa, gdyż ZUS zaciąga pożyczki na wypłatę bieżących świadczeń. Na podstawie informacji ZUS.

z przeznaczeniem ich na przyszłe świadczenia (wyplacane po kilkudziesięciu latach), w każdym przypadku naraża fundusze ubezpieczeń społecznych na wszystkie niebezpieczeństwa, które dotyczą inwestycji finansowych. Jednak, gdy inwestycji takich dokonuje indywidualny inwestor, sam ponosi ryzyko nietrafionych decyzji. W przypadku, gdy w imieniu ubezpieczonego inwestycji dokonuje fundusz emerytalny, za skutki posunięć chybionych odpowiedzialność ponosi ten podmiot, który wprowadził obowiązek lokowania części składki w funduszach emerytalnych, a więc w istocie państwo, a w konsekwencji obywatele, którzy w danym czasie płacą podatki. Pośrednio za brak środków utrzymania dla osób niezdolnych do pracy odpowiedzialność ponosi rodzina i samorząd lokalny (gminny), który zgodnie z zasadą subsydiarności, mają obowiązek dostarczyć środków utrzymania w pierwszej kolejności.

W Polsce funkcjonują dwa systemy ubezpieczeniowe: pracowniczy (organizowany przez ZUS w zdecydowanej części finansowany ze składek ubezpieczonych oraz dotacji uzupełniającej budżetu państwa) i rolniczy (organizowany przez KRUS, w ponad 90% finansowany ze środków budżetu państwa) oraz trzy systemy zaopatrzeniowe dla tzw. służb mundurowych finansowane z budżetu państwa (MON, MSWiA oraz Ministerstwo Sprawiedliwości). Każdy z pięciu systemów ma własne zasady nabywania uprawnień i wypłaty świadczeń, określone w odrębnych ustawach oraz własny aparat organizacyjno-administracyjny. W 2004 r. z systemu pracowniczego (powszechnego) świadczenia emerytalne i rentowe wypłacano dla 77,8% wszystkich świadczeniobiorców, z systemu rolniczego dla 18,5% oraz 3,6% z systemów zaopatrzeniowych.

Przeprowadzany proces transformacji powodował, że wiele osób w zaawansowanym wieku straciło zatrudnienie. Dlatego w 1997 r. stworzono dla takich osób system świadczeń przedemerytalnych, który w całości finansowany jest ze środków budżetu państwa.

## 4.2. Kwestie do rozwiązania w polskim systemie ubezpieczenia społecznego w 2008 r.

Przeprowadzona w latach 1997-1999 systemowa zmiana finansowania ubezpieczenia społecznego nie rozwiązała żadnego z istotnych problemów wynikających między innymi ze zmieniającej się sytuacji demograficznej. Obecny system ubezpieczenia społecznego zawiera szereg rozwiązań, które z punktu widzenia zmian demograficznych nie odpowiadają ani obecnej, ani przewidywanej sytuacji demograficznej.

### 4.2.1. Ustawowy wiek emerytalny

Jedną z intensywnie dyskutowanych od 1995 r. kwestii jest ustawowy wiek uprawniający do przejścia na emeryturę (obecnie wynosi dla kobiet 60 lat, a dla mężczyzn – 65 lat). Wiek ten (jako zbyt niski) jest kwestionowany wobec stale przedłużającego się przeciętnego dalszego trwania życia ludzkiego oraz narastających braków w zasobach pracy. Stwarza to konieczność innego niż dotychczas podejścia do zatrudnienia osób starszych. Przemawiają za tym względy ekonomiczne – zmniejszenie wydatków publicznych na ubezpieczenie społeczne osób w wieku poprodukcyjnym oraz wykorzystanie w procesie pracy kwalifikacji i doświadczenia starszych pracowników<sup>14</sup>. Przyjęcie zasady dobrowolnego zatrudnienia osób, które osiągnęły wiek emerytalny może skutkować znacznym przedłużeniem aktywności zawodowej pracowników w starszych grupach wieku. Za przyjęciem zasady dobrowolnego podejmowania decyzji o przedłużeniu wieku emerytalnego przesądzać też powinna zbyt mała akceptacja opinii społecznej dotycząca ustawowego podwyższenia wieku emerytalnego<sup>15</sup>. Wielokrotne zapowiedzi zrównania wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn zaowocowały w Polsce orzeczeniem Trybunału Konstytucyjnego z października 2007 r. prowadzące do...obniżenia o 5 lat wieku emerytalnego mężczyzn, uznając istniejące w polskim prawie zróżnicowanie wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn za rozwiązanie niekonstytucyjne. Wydając

<sup>14</sup> W RFN w 2006 r. przyjęto program reformy i modernizacji administracji publicznej, gdzie jeden z punktów wskazuje na konieczność przedłużenia zatrudnienia osób, które osiągnęły wiek emerytalny. W Holandii przeciwnie – reformując administrację publiczną w 2007 r., zwalniano wszystkich pracowników, którzy ukończyli 50 rok życia, gwarantując im jednocześnie wypłatę wcześniejszej emerytury.

<sup>15</sup> W Polsce opinia publiczna jest generalnie przeciwna podwyższaniu wieku emerytalnego. Podobnie w innych krajach prawo do emerytury w określonym wieku jest jednym z istotnych czynników gwarancji bezpieczeństwa socjalnego i zaufania do rzetelności władzy publicznej. W RFN w 1978 r. wprowadzono nowe rozwiązania prawne przedłużające wiek uprawniający do przechodzenia emerytury. Rozwiązania takie obowiązują od 1980 r., a pierwsza wypłata świadczeń według zmienionych zasad rozpocznie się w 2025 r., a więc po 45 latach od wprowadzenia rozwiązań prawnych w życie. Badania zrealizowane w 2005 r. w kilkunastu krajach UE wykazały, że nie ma akceptacji podnoszenia wieku emerytalnego.

23 października 2007 r. orzeczenie, polski Trybunał Konstytucyjny uznał, że gorsze traktowanie mężczyzn w prawie do wcześniejszej emerytury stanowi niedopuszczalną dyskryminację... Trybunał Konstytucyjny uznał zatem zróżnicowany wiek emerytalny za rozwiązanie naruszające art. 32 i art. 33 Konstytucji. Oryginalność tego rozwiązania zasługuje niewątpliwie na szeroką, wieloczynnikową analizę. Podkreśla równe traktowanie kobiet i mężczyzn jako wartość bezwzględna, która nie podlega innym uwarunkowaniom, zasadom występującym w ubezpieczeniu społecznym, tendencjom demograficznym czy względem finansowania ubezpieczenia społecznego.

W inicjowanych przez grupy interesu dyskusjach przedstawiane są też propozycje zmiany uprawnień emerytalnych, pozbawienia prawa do świadczeń emerytalnych i rentowych osób, które uzyskały uprawnienia według przepisów dotychczas obowiązujących i podporządkowania ich nowym przepisom emerytalnym, które pozbawiają osoby w wieku nierzadko zaawansowanym nabytych według obowiązujących przepisów uprawnień. Zwolennicy zastosowania takiego rozwiązania uzasadniają je niskim wymiarem świadczenia w nowym systemie, zgodnie z prawem stworzonym w latach 1997-1998 r. Argumentują, że dłuższa o kilka lat praca ma istotnie zwiększyć wymiar świadczenia emerytalnego. Nie ma jednak w podawanej deklaracji argumentów uzasadniających znaczący wzrost wysokości emerytury jako skutek dłuższej przez kilka lat pracy przed odejściem na emeryturę<sup>16</sup>. Wprowadzenie zmian w przepisach uprawniających do emerytury może podważać zaufanie do państwa prawa, może też napotkać na protesty społeczne oraz narazić na długie, także międzynarodowe procesy wytoczone przez osoby pozbawione uprawnień.

Zachęcenie osób osiągających wiek emerytalny do dłuższego pozostawania w zatrudnieniu wymaga stworzenia sprawnego systemu opieki nad dziećmi i osobami niepełnosprawnymi. W wielu przypadkach decyzja o przejściu na emeryturę wiąże się z koniecznością podjęcia opieki nad dzieckiem, osobą starszą lub niepełnosprawną w rodzinie. Niski poziom usług opieki i brak instytucji opieki jest w Polsce jedną z ważniejszych przyczyn wcześniejszego końca aktywności zawodowej przez wiele osób (szczególnie kobiet).

#### 4.2.2. Wysokość składki emerytalnej

Innym dyskutowanym problemem jest kwestia wysokości składki płaconej na ubezpieczenie społeczne, w tym ubezpieczenie emerytalne. W zdecydowanej większości krajów składka na ubezpieczenie emerytalne obejmuje całość dochodu pracownika z całego okresu zatrudnienia. Składka jest proporcjonalna do osiąganego dochodu, jednocześnie ma gwarantować wysokość emerytury odpowiednią do wniesionej składki (ekwiwalentną rekompensatę). Składka ma wyrażać proporcjonalny stosunek świadczenia do wkładu finansowego wniesionego do systemu emerytalnego z okresu, gdy ubezpieczony solidarnie przyczyniał się do tworzenia funduszu ubezpieczenia społecznego. Wysokość emerytury wyrażać ma więc wkład ubezpieczonego do wspólnego systemu. W Polsce w 1999 r. zrezygnowano z opłacania obowiązkowej składki emerytalnej od całego dochodu pracownika. Ograniczono wpłaty składki do 2,5-krotności przeciętnego wynagrodzenia pracownika w danym roku. W ślad za tym nastąpiło także ograniczenie wysokości emerytury, której wartość oblicza się jedynie od 2,5-krotności przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia; 30-krotność rocznie<sup>17</sup>. Ograniczenie wypłaty nastąpiło także dla tych ubezpieczonych, którzy przez zdecydowaną większość czasu zatrudnienia opłacali składkę od całości osiąganego wynagrodzenia. W zamierzeniu twórców nowego systemu ograniczenie składki emerytalnej opłacanej obowiązkowo miało skutkować rozwojem tzw. III filara ubezpieczeń. Po ośmiu latach od wprowadzenia tej zmiany okazuje się, że nie ma zainteresowania wśród osób o wyższych dochodach ubezpieczeniem się w tzw. III filarze<sup>18</sup>. Natomiast szybko rosną obowiązkowe dopłaty budżetu do funduszu ubezpieczeń społecznych

<sup>16</sup> Szerzej por. Obecna sytuacja i perspektywy systemu ubezpieczeń społecznych oraz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2007.

<sup>17</sup> Zasada ta znajduje zastosowanie od 1999 r. także w stosunku do osób, które opłacaly składki od całego dochodu, a nie jedynie od 2,5-krotności przeciętnego wynagrodzenia. W tym przypadku nie miała zastosowania zasada ochrony praw nabytych oraz ochrony praw w takcie nabywania. Por. Konwencja MOP nr 157.

<sup>18</sup> Z informacji przekazywanych do MIPS wynika, że zainteresowanie formami oszczędzania w tzw. III filarze jest bardzo ograniczone. Na koniec 2006 r. w różnych formach IKE uczestniczyło 840 263 osób. Dane przedstawiają bardzo niski poziom zainteresowania dodatkowym, indywidualnym oszczędzaniem na emeryturę. Stan taki ma swoje uzasadnienie w zasadach utworzenia IKE, które w założeniu miało być przeznaczone dla osób osiągających wysokie dochody. Z punktu widzenia celu, jakim jest zabezpieczenie środków na czas życia, gdy wiek uniemożliwi osiągać dochody z pracy, do IKE powinny przystępować osoby o raczej niskich niż wysokich dochodach.

z powodu przekazania części składki do OFE oraz z tytułu obniżenia osobom o wyższych i wysokich dochodach składki emerytalnej<sup>19</sup>. W założeniu reformatorów systemu uzyskujący wysokie wynagrodzenia samodzielnie mieli zadbać o wysokość własnej emerytury. Ograniczenie wysokości opłacanej składki pozwala na osiągnięcie znacznych oszczędności tym osobom, które osiągają wysokie wynagrodzenie.

### 4.2.3. Wysokość emerytury

Istotną kwestią współczesnego systemu emerytalnego jest wysokość świadczenia, które może (lub nie) gwarantować ubezpieczeniowi socjalnie osobie niezdolnej do samodzielnego pozyskiwania dochodów z własnej pracy z powodu wieku lub stanu zdrowia. Założeniem i podstawowym celem systemu emerytalnego jest zastąpienie wynagrodzenia za pracę, gdy wiek lub stan zdrowia nie pozwala na uzyskanie dochodu z pracy. Taki w istocie jest zasadniczy sens przymusowego opłacania składki emerytalnej. Jeżeli emerytura nie wystarcza na pokrycie niezbędnych potrzeb osoby niezdolnej do zarabkowania, to w istocie traci sens organizowanie systemu emerytalnego. Takie funkcje powinna wypełniać także emerytura minimalna.

Wysokość świadczeń emerytalnych w Polsce jest zróżnicowana<sup>20</sup>. Wysokość emerytury wypłacanej przez ZUS nie odzwierciedla wysokości wkładu, jaki wnosi ubezpieczony w czasie, gdy uzyskuje dochody z pracy. Zasady i metoda wymiaru emerytury nie zachęca ubezpieczonych do wnoszenia – na zasadach solidarności, odpowiedniego, proporcjonalnego do uzyskiwanych dochodów – wkładu finansowego<sup>21</sup>. Wysokość wkładu wnoszonego do systemu ma niewielki związek z wysokością świadczenia i skłania raczej ubezpieczonych do ograniczenia lokowania środków w systemie.

Wysokość przeciętnej emerytury z ZUS uzyskiwanej w 2007 r. wynosiła: 1251,74 zł. Osiągany dochód rozporządzalny z emerytury w 2007 r. należy pomniejszyć o podatek dochodowy oraz o opłacaną z dochodu składkę na ubezpieczenie zdrowotne<sup>22</sup>. Emerytury wypłacane przez ZUS są istotnie zróżnicowane. Struktura emerytur wypłacanych przez ZUS w 2007 r. ze względu na ich wysokość kształtowała się następująco:

- 4,7 % – 600 zł i mniej,
- 9,9 % – 600–800 zł
- 16,4 % – 800–1000 zł
- 18,8 % – 1000–1200 zł
- 15,5% – 1200–1400 zł
- 10,9% – 1400–1600 zł
- 7,1% – 1600–1800 zł
- 4,5% – 1800–2000 zł
- 6,3% – 2000–2500 zł
- 5,9 % – 2500 zł i więcej

<sup>19</sup> W 2005 r. dotacja z budżetu do FUS wyniosła 16 499,7 mln zł, z tego 12 575,4 mln zł refundacja z tytułu przekazania składek do OFE, a blisko 4 200 mln zł z tytułu wpłaty rekompensaty za obniżone składki. W 2006 r. dotacja uzupełniająca z budżetu państwa do FUS wyniosła 20 952,2 mln zł, z tego do OFE 15 047,2 mln zł, z tytułu uzupełnienia składek 5 905,0 mln.

<sup>20</sup> *Emerytura minimalna*. Podstawowym celem każdego systemu emerytalnego jest zapewnienie źródeł utrzymania osobom, które ze względu na wiek zakończyły aktywność zawodową. W polskim systemie emerytalnym, osoby, które legitymują się odpowiednio wysokim stażem, ale w ciągu swojej kariery zawodowej nie osiągały wysokich przychodów mają zagwarantowaną emeryturę i rentę minimalną. Emerytura minimalna przysługuje osobie, która ukończyła 60 lat kobieta i 65 lat mężczyzna oraz posiada staż ubezpieczeniowy odpowiednio 20 i 25 lat. Jeżeli ubezpieczony uzyska z pierwszego i drugiego filara emeryturę niższą niż emerytura minimalna, to jego emerytura zostanie podwyższona do wysokości emerytury minimalnej. Obecnie emerytura minimalna wynosi 562,58 zł, co stanowi około 22% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia) i jest waloryzowana wskaźnikiem wzrostu cen, czyli w taki sam sposób jak pozostałe świadczenia wypłacane z ZUS. Por. *Strategia emerytalna*, MPiPS, Strona internetowa MPiPS, 2004.

<sup>21</sup> Ubezpieczony ubiegając się o emeryturę może wybrać dowolne 10 lat, w których osiągał najkorzystniejsze wynagrodzenie, jako podstawę do obliczenia emerytur. Osoby pracujące na własny rachunek deklarują wysokość składki ubezpieczeniowej na poziomie nie niższym, niż 60% przeciętnego wynagrodzenia.

<sup>22</sup> Z badań budżetów gospodarstw domowych GUS w 2007 r. wynika, że przeciętny miesięczny nominalny dochód rozporządzalny na osobę wyniósł 929 zł.

Przeciętna wysokość emerytury z MSWiA oraz MON i MS jest około dwukrotnie wyższa niż emerytur pracowniczych z ZUS oraz czterokrotnie wyższa niż emerytur rolniczych. Wysokość przeciętnej emerytury wypłacanej we wrześniu 2007 r. przez KRUS wynosiła 597,46 zł.

Liczba osób pobierających świadczenia emerytalne z ZUS w 2006 r. wynosiła ogółem 4 390 tys. osób (w styczniu 2008 r. 4 649,9 tys.). W ogólnej liczbie pobierających świadczenia rentowe i emerytalne stanowiło to 60,8%. Renty z tytułu niezdolności do pracy pobierało 1556 tys., czyli 21,6%, renty rodzinne 1271 tys. – 17,6%. Z analizy danych statystycznych wynika, że rośnie liczba i udział emerytów wśród świadczeniobiorców w ZUS, a zmniejsza się liczba i udział osób pobierających renty z tytułu niezdolności do pracy. W szczególności od 1998 r., w związku ze zmianą przepisów uprawniających do renty oraz systemu orzekania, zmniejszyła się liczba osób, które pobierają świadczenia z tytułu niezdolności do pracy.

Liczba świadczeniobiorców pobierających świadczenia z KRUS wynosiła w 2006 r. 1 585,7 tys. Liczba osób pobierających emerytury tzw. mundurowe wynosiła natomiast dla MSWiA 171,6 tys., a dla MON – 156,3 tys.

#### 4.2.4. Gwarancje wypłaty i wysokość świadczenia

Kolejną istotną kwestią to gwarancja wypłaty i wysokość świadczeń emerytalnych oraz rentowych. Zasadniczym celem funkcjonowania systemu emerytalnego jest – po spełnieniu warunków ustawowych – gwarancja wypłaty świadczenia, którego wysokość umożliwi samodzielność ekonomiczną gospodarstwu domowemu emeryta, tzn. uwolni go od stanu zagrożenia brakiem środków utrzymania na zaspokojenie elementarnych potrzeb. Ustanawianie zasad, gdy znana jest wysokość zapłaty obowiązkowej składki, a nieznaną jest wysokość uzyskanego za taką składkę świadczenia nie ma uzasadnienia w systemie ubezpieczenia społecznego. Taka zasada została przyjęta przy tworzeniu tzw. II filara ubezpieczenia emerytalnego w 1997 r. System ubezpieczenia społecznego tym różni się od ubezpieczeń komercyjnych czy wolnorynkowej działalności finansowej, że zawiera gwarancje bezpieczeństwa socjalnego. Oceniany z tego punktu widzenia II filar ubezpieczenia emerytalnego nie zawiera gwarancji ani nawet zasady obliczania wymiaru świadczenia, znana jest wysokość wpłaty, nieznaną natomiast wysokość świadczenia. W przypadku II filara ubezpieczeń społecznych można dziś odpowiedzialnie powiedzieć, że nastąpiło:

- obciążenie budżetu państwa bardzo dużą skalą wydatków na wypłaty do OFE<sup>23</sup> (w skali nieprzewidywalnej w momencie podejmowania reformy);
- zagrożenie dla wysokości emerytury wypłacanych z II filara odpowiadającej sumie wpłaconych składek;
- brak koncepcji dokończenia reformy – kto i w jaki sposób ma dokonywać wypłat;
- brak systemu waloryzacji emerytur z tzw. II filara.

Sumując, można stwierdzić, że został zaprojektowany i wdrożony tylko pierwszy etap reformy – przymusowy (dla urodzonych po 1969 r. pobór składki do II filara). Nie ma natomiast przepisów prawa, instytucji i systemu organizacyjnego dotyczącego zwrotu pobranych od ubezpieczonych kwot. Nie wiadomo też, ile, kiedy, kto i w jaki sposób ma wypłacać emerytury z II filara.

#### 4.2.5. Ubezpieczenie osób w wieku podeszłym

Świadczenia dla osób w wieku podeszłym, niezdolnych do samodzielnej egzystencji ograniczone są do wypłacania zasiłku wszystkim tym, którzy ukończyli 75 rok życia. System ten jest niewystarczający, nie spełnia swojej funkcji wobec zwiększającej się systematycznie liczby osób w wieku sędziwym (powyżej 80 roku życia). Ustawowe przeniesienie kosztów opieki nad osobami niezdolnymi do samodzielnej egzystencji i niesamodzielnymi na rodzinę i gminę nie mogą być skuteczne z powodu niskich dochodów rodzin, a wysokich kosztów opieki stacjonarnej<sup>24</sup>.

Przedłużanie się przeciętnego dalszego życia kolejnych populacji wskazuje na potrzebę odmiennego potraktowania w systemie ubezpieczenia społecznego osób w kolejnych okresach życia emeryta. Inny zakres świadczeń potrzebny jest osobom w wieku podeszłym, inny w okresie bezpośrednio po przejściu na emeryturę. Zmieniają się także funkcje rodziny w zakresie opieki nad niesamodzielnymi jej członkami.

<sup>23</sup> Należy przypomnieć, że twórcy reformy zakładali, że przez okres 20 – 25 lat niedobory finansowe w funduszu ubezpieczeń społecznych będą uzupełniane z dochodów uzyskiwanych z prywatyzacji majątku skarbu państwa. Do 2008 r. z kwot uzyskanych z prywatyzacji nie przekazano środków do FUS.

<sup>24</sup> Obowiązek taki nakłada Ustawa o pomocy społecznej od 1 stycznia 2004 r. Wskutek braku środków w rodzinach i gminach na opłacenie kosztów opieki w domu pomocy społecznej zmniejsza się liczba pensjonariuszy w DSP.

W Polsce potrzebne jest ubezpieczenie pielęgnacyjne dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji, w tym osób w wieku podeszłym. Ubezpieczenie to powinno obejmować usługi oraz świadczenia rzeczowe i pieniężne. Podobnie jak pozostałe ubezpieczenia, także ubezpieczenie pielęgnacyjne powinno być obligatoryjne, powszechne, publiczne, gwarantowane i roszczeniowe<sup>25</sup>. Podjęta w latach 1997–1999 reforma systemu ubezpieczeń społecznych nie rozwiązała żadnego z istotnych problemów wynikających między innymi ze zmieniającej się sytuacji demograficznej. Obecny system ubezpieczenia społecznego zawiera szereg rozwiązań, które z punktu widzenia zmian demograficznych nie odpowiadają ani obecnej, ani przewidywanej sytuacji demograficznej.

W Polsce, podobnie jak w zdecydowanej większości krajów europejskich, narasta wyż demograficzny ludzi starych, co jest zwykłą konsekwencją procesu starzenia się ludności.

## 5. Jak pogodzić sprzeczne interesy w systemie zabezpieczenia społecznego

W większości krajów UE prowadzi się zaawansowane prace nad rozwiązaniem problemu zabezpieczenia społecznego starzejącej się ludności. Problem ten okazuje się nader trudny do rozwiązania, wywołuje też wiele napięć i konfliktów społecznych. Systemy zabezpieczenia społecznego w krajach Europy Zachodniej należą bowiem do podstawowych zdobyczy nie tylko socjalnych, lecz wręcz cywilizacyjnych. Są one jednym z najważniejszych filarów stabilności społecznej, gwarancją zaufania społeczeństwa do własnego państwa. Z trudem daje się jednak pogodzić cywilizacyjne osiągnięcia demokratycznego ustroju, jakim jest system zabezpieczenia społecznego z racjami gospodarki wolnorynkowej. Wymaga to czasu życia przynajmniej dwóch pokoleń (ok. 50 lat) oraz daleko idącego konsensusu społecznego. Projekty zwolnienia aktualnie zarobkujących z obowiązku dostarczenia środków utrzymania niezdolnym do pracy prowadzą w istocie do zburzenia całego ładu społecznego, jego zasadniczych wartości etycznych, więzi międzypokoleniowej, prawa własności i prawa dziedziczenia.

Współczesne wolnorynkowe projekty rozwiązania kwestii zabezpieczenia społecznego ludzi starych i niezdolnych do pracy są bardzo proste. W kwestiach praktycznych polegają na odejściu od solidarnościowego systemu zabezpieczenia społecznego i stworzeniu indywidualistycznego modelu, w którym każdy będzie samodzielnie zabiegał o zabezpieczenie materialne własnej niezdolności do zarobkowania (z powodu starości czy niepełnosprawności wykluczającej zdolność do zarobkowania). Zaciągnięte uprzednio zobowiązania wobec starzejącej się ludności proponuje się uznać za niebyłe, natomiast aktualnie należy przystąpić do budowania nowego modelu zabezpieczenia społecznego opartego na zasadach wolnorynkowych.

Z punktu widzenia ekonomicznego uznanie dotychczas nabytych praw emerytalnych (i rentowych) stanowi istotną barierę rozwoju gospodarstwa. Uzyskanie zgody społecznej na przedłużenie czasu pracy osób w zaawansowanym wieku może okazać się niemożliwe do uzyskania. Oczekiwanie generalnych zmian w postawach i zachowaniach społeczeństwa wobec wieku emerytalnego, wydłużenie aktywności na rynku pracy przez następne długie lata życia może okazać się nieosiągalne. Jeżeli oczekuje się, że jednostki będą swoje życie podporządkowywać celom pracy zarobkowej, to standardowa sekwencja zdarzeń życiowych, czyli model „edukacja → praca → emerytura”, nie musi ulec zmianie. Sekwencja ta powinna obejmować nie tylko czas trwania poszczególnych etapów – zakłada się, że praca stanie się centralnym elementem życia ludzi w każdym wieku.

Rozwiązaniem, które ewentualnie mogłoby uzyskać społeczną akceptację do przedłużania czasu pracy jest stworzenie takiej sytuacji prawnej, gdy przejście na emeryturę, a więc wiek emerytalny, traktowany byłby jako indywidualny wybór i osobista decyzja każdego pracującego. Dłuższy czas pracy powinien być nagradzany istotnie wyższą emeryturą, ale też udogodnieniami w organizacji czasu pracy. Przyjęcie elastycznego wieku emerytalnego pozwoliłoby także na indywidualne dostosowanie pracy do kondycji fizycznej i psychicznej do przedłużania lub do zaprzestania aktywności zawodowej.

Ponawiane wciąż projekty pogodzenia kształcenia i pracy przez całe życie z posiadaniem i wychowaniem dzieci są mało realne. Ich celem jest bowiem uczynienie z człowieka części procesu gospodarczego, wysoko wykwalifikowanej, łatwo adaptującej się i mobilnej „siły roboczej” tak, aby możliwe było niestanne osiąganie celów samospełnienia zawodowego, a jednocześnie osiągnięcie celu polityki ludnościowej, czyli kontynuacji międzypokoleniowej. Bez kontynuacji pokoleniowej nie ma racjonalnego uzasadnienia dla celów ekonomicznych.

<sup>25</sup> Poza świadczeniem emerytalnym (rentowym) osoby posiadające świadczenia z ubezpieczenia społecznego po ukończeniu 75 roku życia mają prawo do zasiłku pielęgnacyjnego. Zasiłek ten ma charakter powszechny – otrzymują go wszystkie osoby w wieku powyżej 75 lat. Świadczenie to nie ma związku ze stanem zdrowia ubezpieczonego.

Osiągnięcie połączonych celów ekonomicznych i demograficznych wymaga fundamentalnych wręcz zmian w postawach i zachowaniach młodego pokolenia. W ocenie tych projektów godzenia celów ekonomicznych i demograficznych muszą pojawić się ważne pytania. Czy w społeczeństwie demokratycznym takie zmiany postaw będzie można uzyskać (spowodować)? Jakich narzędzi trzeba użyć, aby otrzymać zgodę pracujących na przedłużony czas pracy? Czy propozycje wydłużonego czasu pracy w zamian za wyższą emeryturę są dostatecznie nęcącą zachętą dla wielu pracujących? Być może dla większości pracujących czas wolny od pracy zarobkowej staje się coraz cenniejszy, cenniejszy niż praca przez długie lata w zamian za wyższą emeryturę. Czas wolny staje się szczególnie cenny wówczas, gdy zachowane jest dobre zdrowie. Być może dla większości istotniejsze jest osiągnięcie pewnego, stabilnego dochodu, który nie musi być dochodem wysokim? Jak wysoki ma być dochód, aby był w stanie rekompensować trudy pracy w zaawansowanym wieku?

Jakiegokolwiek zmiany miałyby być wprowadzone, każda z nich wymaga przyjęcia określonej, społecznie akceptowanej strategii zabezpieczenia społecznego<sup>26</sup>, która powinna uwzględniać:

- długi okres obejmujący czas aktywnego życia zawodowego (a więc co najmniej 50 lat). Oznacza to, że zmiany w systemie zabezpieczenia społecznego nie mogą być funkcją osiągania ani celów politycznych, ani celów ekonomicznych, lecz powinny służyć budowaniu ładu społecznego i bezpieczeństwa socjalnego dla coraz liczniejszej grupy osób przechodzących w stan bierności zawodowej;
- budowanie systemu emerytalnego na zasadzie solidarności społecznej, gdzie każdy ubezpieczony w czasie, gdy pracuje, stara się wpłacać proporcjonalnie tyle, ile może wpłacić.<sup>27</sup> Wysokość świadczenia emerytalnego powinna być funkcją wysokości dokonywanych przez cały okres aktywności zawodowej wpłat do systemu;
- gwarancje zapewnienia minimalnego świadczenia wystarczającego na zachowanie samodzielności ekonomicznej gospodarstwa domowego osób, które spełnią określone warunki uzyskania emerytury (wiek, staż pracy, wysokość opłacanej składki);
- odejście od łączenia w systemie zabezpieczenia społecznego elementów opartych na społecznej solidarności, z mechanizmami wolnego rynku (lokowanie środków, zaciąganie zobowiązań finansowych w komercyjnych instytucjach finansowych, ograniczanie wysokości składki dla prowadzących działalność gospodarczą);
- uzyskanie zgody społecznej na zmiany – nie metodą sprawnych zabiegów socjotechnicznych, lecz głębokiej debaty publicznej rozważającej interesy wszystkich grup społecznych i respektującej to, co należy do wartości dobra publicznego (wspólnego).

Zgodnie z normą Unii Europejskiej ochronie podlegają nie tylko prawa nabyte, ale także prawa w trakcie nabywania, a do takich należą tzw. przywileje emerytalne wielu pracowników, którzy podjęli pracę przed 1 stycznia 1999 r.<sup>28</sup> W realizacji reformy ubezpieczeń społecznych zasada ta znalazła zastosowanie w kształtowaniu zasad udzielania świadczeń funkcjonariuszom służb tzw. mundurowych (nowy system

<sup>26</sup> Przykładem antystrategii jest dokument „Strategia emerytalna”, MPiPS (2004). Przedstawia on jedynie propozycje rozwiązywania bieżących problemów. *Emerytura minimalna. Podstawowym celem każdego systemu emerytalnego jest zapewnienie źródeł utrzymania osobom, które ze względu na wiek zakończyły aktywność zawodową. W polskim systemie emerytalnym osoby, które legitymują się odpowiednio wysokim stażem, ale w ciągu swojej kariery zawodowej nie osiągały wysokich przychodów mają zagwarantowaną emeryturę i rentę minimalną. Emerytura minimalna przysługuje osobie, która ukończyła 60 lat – kobieta, i 65 lat – mężczyzna, oraz posiada staż ubezpieczeniowy odpowiednio 20 i 25 lat. Jeżeli ubezpieczony uzyska z pierwszego i drugiego filara emeryturę niższą niż emerytura minimalna, to jego emerytura zostanie podwyższona do wysokości emerytury minimalnej. Obecnie emerytura minimalna wynosi 562,58 zł (co stanowi około 22% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia) i jest waloryzowana wskaźnikiem wzrostu cen, czyli w taki sam sposób jak pozostałe świadczenia wypłacane z ZUS. Podobnie jak inne dochody jest opodatkowana podatkiem dochodowym od osób fizycznych, a także jest objęta obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym. Przytoczony przykład jest typowym – posiadającym wszystkie wady – podejściem do projektowania rozwiązań kluczowych problemów społecznych.*

<sup>27</sup> W Polsce oznacza to odejście od limitowania składki i świadczenia emerytalnego.

<sup>28</sup> „Zasada zachowania praw nabytych i w trakcie nabywania znajduje oparcie w normach prawa pierwotnego, w Traktacie Rzymskim, którego postanowienie o budowie wspólnego rynku wymagały odrębnych i wyraźnie sformułowanych gwarancji zachowania przez zatrudnionych podstawowych praw do zabezpieczenia społecznego”. Por. T. Bińczycka-Majewska, Koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego w Unii Europejskiej, 1999, s. 141 i nast.

Dotychczas, pomimo wielu prób, nie zostały ustawowo uregulowane uprawnienia tych pracowników, którzy wskutek wprowadzonej reformy utracili przywileje emerytalne związane z możliwością wcześniejszego odchodzenia na emeryturę. Problem tzw. emerytur pomostowych nie znalazł rozwiązania nie tylko ustawowego, ale nawet koncepcyjnego. Zagadnienia utraconych w trakcie nabywania praw emerytalnych czeka na rozwiązanie, ponieważ dotyczy on wielu licznych grup zawodowych (m.in. nauczycieli, kolejarzy, górników, artystów i innych).



objął tylko osoby, które wstąpiły do służby przed 1 stycznia 1999 r.), natomiast do pozostałych zastosowano zasadę respektującą zarówno prawa nabyte, jak i prawa w trakcie nabywania.

W Polsce nie ma strategii zabezpieczenia społecznego, która uwzględniałaby istotne zmiany społeczne, a przede wszystkim głębokie demograficzne wywołane w postawach i zachowaniach prokreacyjnych oraz w masowej emigracji zarobkowej. Trudno nazwać strategią bieżące rozwiązywanie istniejących problemów – bez szerszego kontekstu demograficznego i społecznego ważnych problemów społecznych nie da się rozwiązać, można je tylko odsuwać w czasie.

## II.2. POTRZEBY SPOŁECZNE STARZEJĄCEGO SIĘ SPOŁECZEŃSTWA

Ustalenie granicy starości jest sprawą wielce kłopotliwą, indywidualną, bardzo zróżnicowaną i zmienną w czasie. Z punktu widzenia polityki społecznej mówimy o granicy starości chronologicznej, biologicznej, psychologicznej, ekonomicznej i prawnej. Sprawą oczywistą jest fakt, że wśród ludności powyżej ustalonych granic istnieje duże zróżnicowanie – od czterdziestolatków, przez zaliczanych do grupy niemobilnej z punktu widzenia ograniczenia aktywności zawodowej, do starości sędziwej powyżej 85 lat.

Ostatnie ustalenia WHO określają okres starości jako 60-120 letni, dzieląc ją na starość wczesną (wiek podeszły) – 60–74 lat, starość pośrednią (faza starości pełnej) – 75–89 lat i wreszcie starość późną (faza długowieczności) – powyżej 90 roku życia.

Gdyby przyjąć za WHO tak rozległy obszar starości, prognoza rozwoju ludności w okresie 30 lat przedstawiałaby się następująco:

Tabela 1. Prognoza ludności Polski w wieku 60 lat i więcej w latach 2002–2030 (w tys.)

Wiek	Ogółem			Miasta			Wieś		
	2002	2030	wskaźnik dynamiki	2002	2030	wskaźnik dynamiki	2002	2030	wskaźnik dynamiki
Ogółem	6 483,6	10 646,5	164,2	3 937,2	6 677,7	169,6	2 546,5	3 969,0	155,9
60–64	1 596,0	2 137,2	133,9	1 026,4	1 249,4	126,1	569,6	887,7	155,8
65–69	1 578,2	2 123,6	134,6	982,0	1 256,5	128,0	596,2	867,2	145,5
70–74	1 429,9	2 339,3	163,6	851,7	1 471,7	172,8	578,2	867,7	150,1
75–79	1 021,6	1 993,7	195,2	591,5	1 321,8	223,4	430,1	671,7	156,2
80–84	528,4	1 273,0	240,9	294,7	857,3	290,9	233,7	415,9	177,9
85–89	216,5	477,9	220,7	123,7	319,1	258,0	92,8	158,8	171,1
90–94	94,7	228,7	241,5	55,8	152,0	272,4	39,0	76,8	196,9
95–99	16,6	63,9	384,9	10,3	43,5	422,3	6,3	20,4	219,4
100 +	1,7	9,2	541,2	1,1	6,4	600,0	0,6	2,9	483,0

Źródło: Prognoza demograficzna na lata 2003–2030. GUS, Warszawa 2004 w obliczeniach własnych

Wypada się przy tym zastanowić, jak przedstawia się współczynnik obciążenia ludności produkcyjnej ludnością poprodukcyjną, dla której w warunkach polskich przyjęto wiek 18–60/65. Współczynnik ten, wynoszący w roku 2002 24 osoby, wzrośnie w roku 2030 do 47 osób. Szacunek ten nie obejmuje procesów migracyjnych, które mieć będą zapewne niebagatelny wpływ na kształtowanie się wskaźników.

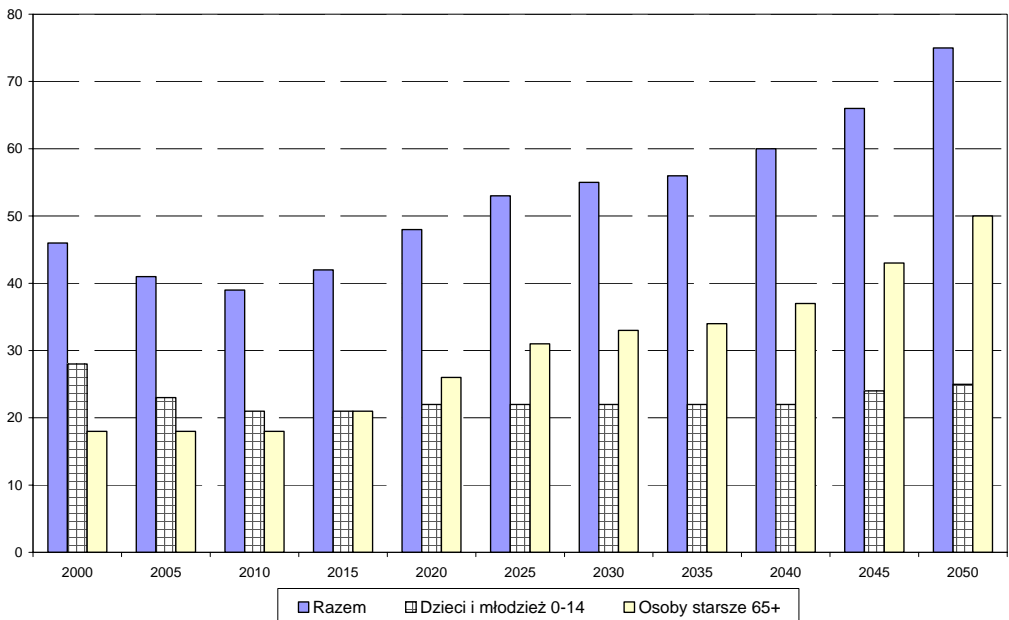
Opierając się na danych ONZ, warto wskazać, że w Polsce po roku 2010 współczynnik obciążenia ludności produkcyjnej ludnością poprodukcyjną będzie gwałtownie wzrastać, przy nieznacznie i nieregularnie malejącym obciążeniu ludnością przedprodukcyjną. Per saldo obciążenie ludności produkcyjnej przybierze jednak w roku 2050 niespotykane dotychczas w naszym kraju rozmiary. Odpowiednie dane przedstawia tabela 2.

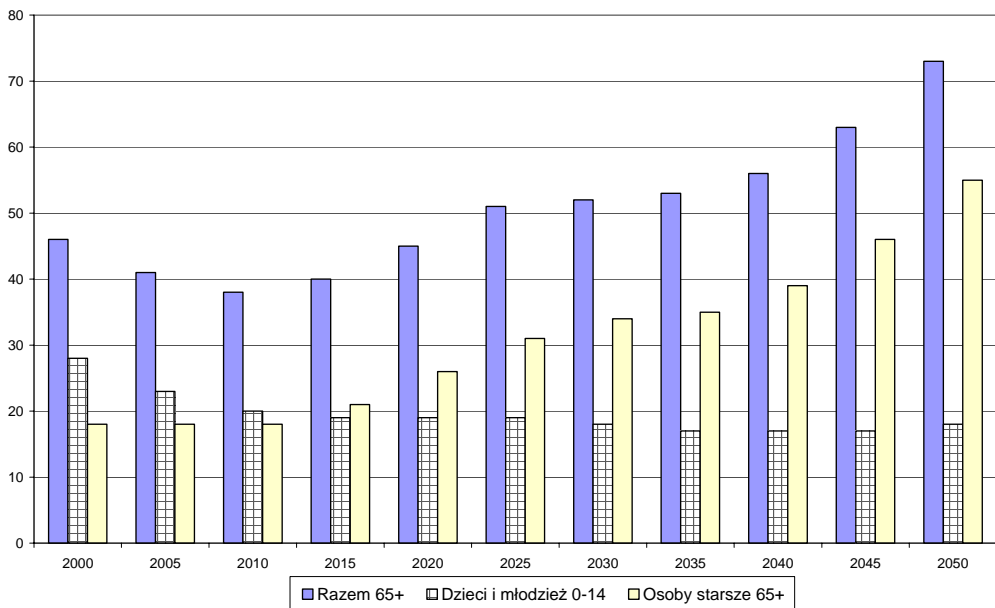
**Tabela 2. Obciążenie ludności produkcyjnej ludnością przed- i poprodukcyjną**

Rok	Wariant średni ONZ			Wariant niski ONZ		
	Razem	Dzieci i młodzież 0–14	Osoby starsze 65+	Razem	Dzieci i młodzież 0–14	Osoby starsze 65+
2000	46	28	18	46	28	18
2005	41	23	18	41	23	18
2010	39	21	18	38	20	18
2015	42	21	21	40	19	21
2020	48	22	26	45	19	26
2025	53	22	31	51	19	31
2030	55	22	33	52	18	34
2035	56	22	34	53	17	35
2040	60	22	37	56	17	39
2045	66	24	43	63	17	46
2050	75	25	50	73	18	55

Źródło: World Population Prospect. The 2002 Revision. Vol. I: Comprehensive Tables, Department of Economics and Social Affairs, Population Division, United Nations, New York 2003, za: M. Kowalska, M. Szczyt: Stan, struktura i dynamika ludności w Europie w świetle prognozy ONZ, Warszawa 2004

**Wykres 1. Obciążenie ludności produkcyjnej ludnością przed- i poprodukcyjną. Wariant średni ONZ**



**Wykres 2. Obciążenie ludności produkcyjnej ludnością przed- i poprodukcyjną. Wariant niski ONZ**

Sprawą o szczególnym znaczeniu jest społeczna akceptacja procesu starzenia się ludności i podejmowanie działań przeciw dyskryminacji osób starszych i pełnej, rzeczywistej integracji oraz przeciwdziałaniu wykluczeniu.

„Narodowej strategii integracji społecznej dla Polski” znajdujemy następującą definicję wykluczenia społecznego: „to brak lub ograniczenie możliwości uczestnictwa, wpływania i korzystania z podstawowych instytucji publicznych i rynków, które powinny być dostępne dla wszystkich, a szczególnie dla osób ubogich”. Inaczej mówiąc: „to sytuacja uniemożliwiająca lub znacznie utrudniająca jednostce lub grupie zgodne z prawem pełnienie ról społecznych, korzystanie z dóbr publicznych i infrastruktury społecznej, gromadzenie zasobów i zdobywanie dochodów w godny sposób”. Tym samym wykluczenie społeczne można rozpatrywać z punktu widzenia funkcjonowania instytucji, jak również godności tych grup ludności, które nie mają możliwości korzystania z ról społecznych. Obejmuje zatem osoby, rodziny lub grupy ludności dotknięte ubóstwem materialnym, niekorzystnymi procesami społecznymi i gospodarczymi, brakiem wykształcenia umożliwiającym im normalną pozycję społeczną, dyskryminacją, wskutek niedorozwoju właściwego ustawodawstwa i uprzedzeń kulturowych oraz stereotypów utrudniających normalne funkcjonowanie w społeczeństwie. Niestety większość tych cech staje się udziałem ludności w starszych grupach wieku.

Wykluczenie społeczne można rozpatrywać również jako wykluczenie strukturalne (miejsce zamieszkania lub posiadanie dochodów poniżej granicy ubóstwa), wykluczenie fizyczne (wiek, niepełnosprawność, poziom wykształcenia rodziców) i wreszcie wykluczenie normatywne (konflikty z prawem, zjawiska patologii, opieka postpenitencjarna, brak odpowiedniej legislacji w odniesieniu do migrantów).

Według badań opublikowanych w „Diagnozie społecznej 2005”<sup>1</sup> najwyższy odsetek Polaków jest zagrożonych wykluczeniem fizycznym (14,4%), strukturalnym (11,8%) i normatywnym (3,3%). W odniesieniu do emerytów powyższe dane kształtują się odmiennie. Wykluczeniem fizycznym zagrożonych jest 28,5%, wykluczeniem strukturalnym 9,5%, a normatywnym 1,7%. Istnieją przy tym duże zróżnicowania regionalne będące konsekwencją uwarunkowań historycznych, zagospodarowania przestrzennego, struktury zatrudnienia i innych cech.

<sup>1</sup> J. Czapiński, T. Panek (red.), *Diagnoza społeczna*, Warszawa 2005.

W dokumentach Unii Europejskiej można znaleźć wiele innych prób definiowania i mierzenia rozmiarów wykluczenia społecznego, przy czym na szczególną uwagę zasługuje raport z programu Poverty<sup>3</sup>, w którym wykluczenie społeczne określa się jako proces prowadzący do wielowymiarowej deprivacji, a przejawia się brakiem lub niewystarczającym uczestnictwem w głównych systemach społecznych (opieka medyczna, zabezpieczenie społeczne, edukacja). Co więcej, wykluczenie społeczne może doprowadzać do zerwania więzi rodzinnych i społecznych, utraty tożsamości, a tym samym może nieść pokoleniowy charakter wykluczenia i w związku z tym może ulegać dziedziczeniu. Jest to proces szczególnie niebezpieczny i wymaga różnych form jego przeciwdziałania, dotyka w sposób wyjątkowo intensywny ludzi starszych.

Problematyce starzenia się społeczeństw poświęca się ostatnio bardzo wiele uwagi. Ludzie starzy bowiem są grupą szczególnie wrażliwą na wykluczenie społeczne, a problem spójności społecznej jest w tym kontekście szczególnie ważący. Nie można tu pominąć tak istotnego dokumentu, jakim jest Strategia Lizbońska. Strategia ta omawia szeroko traktowane zabezpieczenie na starość, wyodrębniając trzy podstawowe obszary działań:

- zapewnienie odpowiedniego poziomu świadczeń emerytalnych,
- zapewnienie stabilności finansowej systemów emerytalnych,
- modernizacja systemów emerytalnych.
- Celem tych działań jest między innymi<sup>3</sup>:
- Zapobieganie wykluczeniu społecznemu osób starszych polegające na ochronie ich przed ubóstwem, zapewnieniu im uczestnictwa we wzroście dobrobytu kraju i umożliwienie im przez to aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym i kulturalnym.
- Umożliwienie osobom starszym utrzymania ich wcześniejszego poziomu życia, przez zapewnienie dostępu do odpowiednich systemów emerytalnych, zarówno publicznych, jak i prywatnych.
- Wspieranie solidarności wewnątrz pokolenia i pomiędzy pokoleniami. W pierwszym wypadku chodzi o względną równość sytuacji materialnej w ramach populacji osób starszych, w drugim zaś o to, aby poziom życia osób starszych nie odbiegał niekorzystnie od przeciętnego poziomu życia w społeczeństwie.

W dalszej części strategii omawia się podstawy ekonomiczne istniejących i przyszłych systemów emerytalnych, które powinny zagwarantować możliwość zaspokajania rosnących potrzeb ludności starszej. Warto jednak zwrócić uwagę na szereg innych dokumentów, które w sposób jednoznaczny określają zasady budowania spójności społecznej będącej podstawą realizacji praw człowieka w każdym okresie jego cyklu życia, a w okresie starości w szczególności. Wyraźnie uwidacznia się konieczność, aby obok problemów materialnych zabezpieczenia społecznego ludności starszej realizować zasady spójności społecznej.

„Spójność społeczna wiąże się ze zdolnością zapewnienia wszystkim jego członkom dobrobytu, zminimalizowania rozbieżności między nimi i uniknięcia zjawiska polaryzacji. Natomiast dobrobyt to nie tylko sprawiedliwy i pozbawiony dyskryminacji dostęp do praw człowieka, ale również:

- godność każdej osoby oraz uznanie jej własnych możliwości i udziału w społeczeństwie, przy pełnym poszanowaniu różnorodności kultur, opinii i przekonań religijnych;
- wolność dążenia każdej jednostki do osobistego rozwoju w ciągu jej życia;
- możliwość czynnego i pełnego uczestnictwa każdej jednostki w społeczeństwie.

Szczegółowe rozwinięcie tych problemów zawiera karta praw człowieka starego.

Nawet przy najsilniejszej ochronie prawnej, jaką można by otoczył prawa człowieka, nigdy nie jest rzeczą prostą zapewnienie wszystkim członkom społeczeństwa, a zwłaszcza najsłabszym, możliwości rzeczywistego korzystania z przysługujących im praw. Paradoksem jest to, że ci, którzy najbardziej potrzebują ochrony praw, są często najgorzej przygotowani do ich egzekwowania. Prawnej ochronie praw muszą towarzyszyć zdecydowane środki w dyspozycji polityki społecznej, celem zapewnienia, że każdy będzie miał rzeczywisty dostęp do swoich praw<sup>4</sup>.

<sup>2</sup> M. Muras, Pojęcie wykluczenia społecznego, w: J. Czapiński, T. Panek (red.), *Diagnoza społeczna. Warunki i jakość życia Polaków*, Warszawa 2005, s. 232.

<sup>3</sup> I. Bialecki, Z. Czepulis-Rutkowska, U. Sztanderska, I. Wóycicka, *Biała Księga 2003. Część VI. Nowy model społeczny. Polska Strategia Lizbońska*, Gdańsk-Warszawa 2003, s. 50.

<sup>4</sup> Nowa Strategia na rzecz spójności społecznej. Europejski Komitet Spójności Społecznej (CDCS), Wydawnictwo Rady Europy, Strasburg 2004, s. 5.

Polska zgodnie z tendencjami istniejącymi we wszystkich krajach UE poświęca ostatnio szczególnie dużo uwagi określeniu kierunków działań sprzyjających spójności społecznej. Strategia polityki społecznej na lata 2007–2013 wyraźnie określa, że polityka ukierunkowana na sprzyjanie spójności społecznej jest niezwykle istotna.

- Każde państwo powinno dbać o jak najlepszą jakość życia wszystkich swoich obywateli.
- W ostatnich latach w Polsce wskaźniki dotyczące skali ubóstwa i zagrożenia wykluczeniem społecznym są na nieakceptowalnym poziomie.
- Ze względu na coraz mniej korzystne relacje grupy osób w wieku produkcyjnym do osób w wieku nieprodukcyjnym konieczne jest mobilizowanie do aktywności wszystkich grup społecznych.
- Potencjał społeczny przekłada się bezpośrednio na potencjał gospodarczy.

Spójne społeczeństwo, w którym funkcjonują silne więzy rodzinne i społeczne jest bardziej odporne na zagrożenie negatywnymi zjawiskami<sup>5</sup>.

Tym samym opracowana „Strategia polityki społecznej na lata 2007–2013” uznaje między innymi jako zadania priorytetowe:

- budowę systemu wsparcia dla osób w wieku poprodukcyjnym;
- aktywizację i mobilizację partnerów lokalnych.

Przyjęte założenia w dużej mierze dotyczą sytuacji ludności starszej, która wzrasta w tempie wyjątkowo szybkim. Stanowi to niewątpliwie jedno z najpoważniejszych i najtrudniejszych dla polityki społecznej problemów do rozwiązania zarówno w skali makro, jak i mikroregionalnej.

Trzeba przy tym zauważyć, że żyjący dziś w Polsce ludzie starsi to osoby urodzone przed rokiem 1946. Mówimy zatem o okresie drugiej wojny światowej, a następnie okresie odbudowy, trudnej egzystencji, niedostatku, zagrożeń środowiskowych, a także intensywnej pracy – która często wykonywana była w bardzo trudnych, niebezpiecznych warunkach, przekraczającą niekiedy ustawowo określany czas pracy. Niski poziom techniczny, przestarzałe technologie odbudowującego się przemysłu i budownictwa powodowały, że zatrudniani pracownicy legitymowali się na ogół wykształceniem podstawowym i zasadniczym zawodowym. Nie było wówczas możliwości rozbudzenia zainteresowań kulturalnych, rozbudzenia nawyków edukacji permanentnej. Niski był przede wszystkim status kobiet, na ogół źle wykształconych, biernych zawodowo. Niewiele też uwagi poświęcano profilaktyce, promocji zdrowia, co niewątpliwie odbija się na złym stanie zdrowotnym najstarszej generacji. Komentarzy nie wymaga stan zagrożenia środowiska szkodliwymi dla zdrowia substancjami. Dokumentują to między innymi wskaźniki trwania życia, które wśród krajów europejskich od wielu lat lokują Polskę na jednym z ostatnich miejsc. Nie bez wpływu na stan zdrowia pozostawały fatalne warunki mieszkaniowe, nadmierne ich zagęszczenie, niedostatek wyposażenia w podstawowe urządzenia, a przede wszystkim ich lokalizacja często w obszarach zagrożeń ekologicznych. Skromne też były warunki egzystencji mierzone dochodami i rozchodami gospodarstw domowych.

Stan ten dokumentują dane NSP, a także bieżące informacje statystyczne. Jednoznacznie wynikają z tych danych obiektywne warunki dyskryminacyjne osób starszych, które nie wybiegały ponad poziom zaspokajania potrzeb podstawowych. Tak więc w starych zasobach mieszkaniowych pozbawionych podstawowych urządzeń zamieszkiwali ludzie o niskim statusie materialnym, źle wykształceni, powiększający tym samym grupę wykluczenia społecznego i często jego dziedziczenia w następnych generacjach.

Trudno się więc dziwić, że w późniejszych okresach wieku poprodukcyjnego zainteresowania starszej generacji nie wybiegają ponad zaspokojenie potrzeb podstawowych i nie aspirują do zaspokojenia potrzeb wyższego rzędu. Problem ten znakomicie ilustrują badania A. Kusińskiej<sup>6</sup>. Nie można również pominąć warunków mieszkaniowych ludności, która była silnie zróżnicowana w zależności od poziomu wykształcenia i wieku oraz wyposażenia mieszkań w podstawowe urządzenia.

Poważnym problemem, zauważanym i dotkliwie odczuwanym przez osoby starsze jest pogarszająca się w miarę postępu wieku sprawność. Wymaga ona intensyfikacji działań profilaktyki starości od najmłodszych lat i jej intensyfikacji w przedpolu starości. Wielu badaczy, powołując się na koncepcję M. Lalonda, podkreśla, że na stan zdrowia populacji wpływa przede wszystkim styl życia (pole zachowań), od którego zależy 50% stanu zdrowia, natomiast pozostałe 50% uzależnione jest od warunków genetycznych (pole biologiczne), środowiska naturalnego i opieki zdrowotnej.

<sup>5</sup> Strategia polityki społecznej 2007–2013, Ministerstwo Polityki Społecznej, Warszawa 2005, s. 2.

<sup>6</sup> A. Kusińska (red.), Warunki życia ludzi starszych i ich zachowania na rynku, IRWiK, Warszawa 2002.

Takie podejście do zdrowia wymaga wielokierunkowych działań, lecz przede wszystkim edukacji, w której niepoślednią rolę odegrać mogą Uniwersytety Trzeciego Wieku, środki masowego przekazu, kluby seniorów. Od działań tych zależy niewątpliwie jakość życia najstarszych generacji, dla których być może mniej ważna jest długowieczność, ile życie pełne godności i szeroko rozumianego bezpieczeństwa.

Uwidacznia się szczególnie rola pracowników socjalnych, których zakres działalności zgodnie z Ustawą o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. poważnie wykracza poza instytucjonalną bazę infrastrukturalną. Oczywiście realizacja przykładowo wybranych działań w zakresie ochrony zdrowia, polityki oświatowej i kulturalnej wymaga odpowiedniej bazy, ale nie ulega wątpliwości, że większość zadań dotyczy odpowiednio wykształconej i zaangażowanej kadry. Na niej też głównie spoczywa obowiązek realizacji zasad spójności społecznej w rozumieniu omówionej wyżej Strategii Lizbońskiej. Realizacja tych zadań wymaga wyprzedzającego przygotowania kadr, które zdolne byłyby do wdrożeń nowych i nowatorskich metod bezpośredniego oddziaływania, przy czym podkreślenia wymaga fakt, że w programach nauczania szkolnictwa średniego i wyższego ta nowa problematyka nie została jak dotychczas w pełni realizowana.

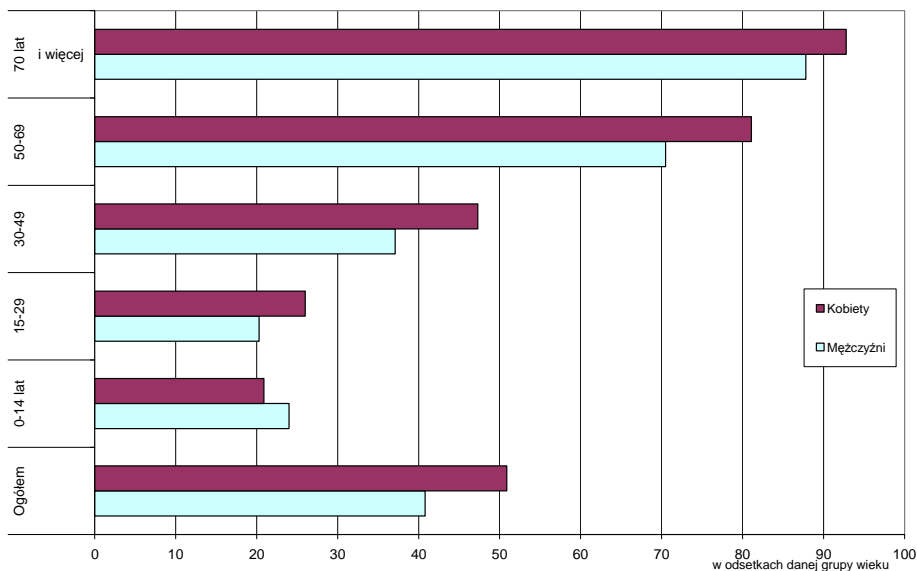
Dotychczasowe badania nad ludźmi starszymi w Polsce ukazują, że około 50% osób powyżej 70 lat staje się osobami niepełnosprawnymi choć stopień tej niepełnosprawności jest bardzo zróżnicowany. Opierając się na ostatnim badaniu GUS z roku 2004<sup>7</sup>, warto wskazać na pogarszający się w miarę wieku stan zdrowia (tab. 3–5). Trzeba przy tym mieć jednak świadomość, że z różnych powodów informacje statystyczne nie zawsze w pełni odzwierciedlają stan faktyczny. Wiele bowiem osób starszych, niepełnosprawnych, niemobilnych pozostaje poza ewidencją służb pracowników socjalnych.

**Tabela 3. Częstość występowania chorób przewlekłych według wieku i płci w 2004 r.**

Województwa	Ogółem	0–14 lat	15–29	30–49	50–69	70 lat i więcej
	w odsetkach danej grupy wieku i płci					
Mężczyźni	40,8	24,0	20,3	37,1	70,5	87,8
Kobiety	50,9	20,9	26,0	47,3	81,1	92,8

Źródło: Stan zdrowia ludności Polski w przekroju terytorialnym w roku 2004, GUS, Warszawa 2007

**Wykres 3. Częstość występowania chorób przewlekłych według wieku i płci w 2004 r.**

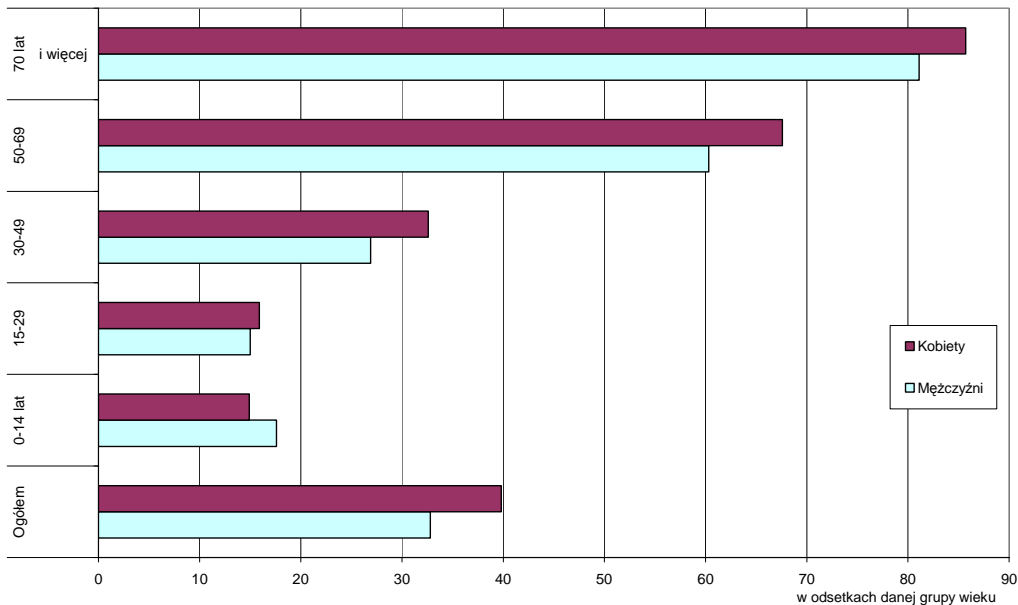


<sup>7</sup> Stan zdrowia ludności w roku 2004, GUS, Warszawa 2007.

**Tabela 4. Długotrwałe problemy zdrowotne według wieku i płci w 2004 r.**

Województwa	Ogółem	0–14 lat	15–29	30–49	50–69	70 lat i więcej
	w odsetkach danej grupy wieku i płci					
Mężczyźni	32,8	17,6	15,0	26,9	60,3	81,1
Kobiety	39,8	14,9	15,9	32,6	67,6	85,7

Źródło: ibidem

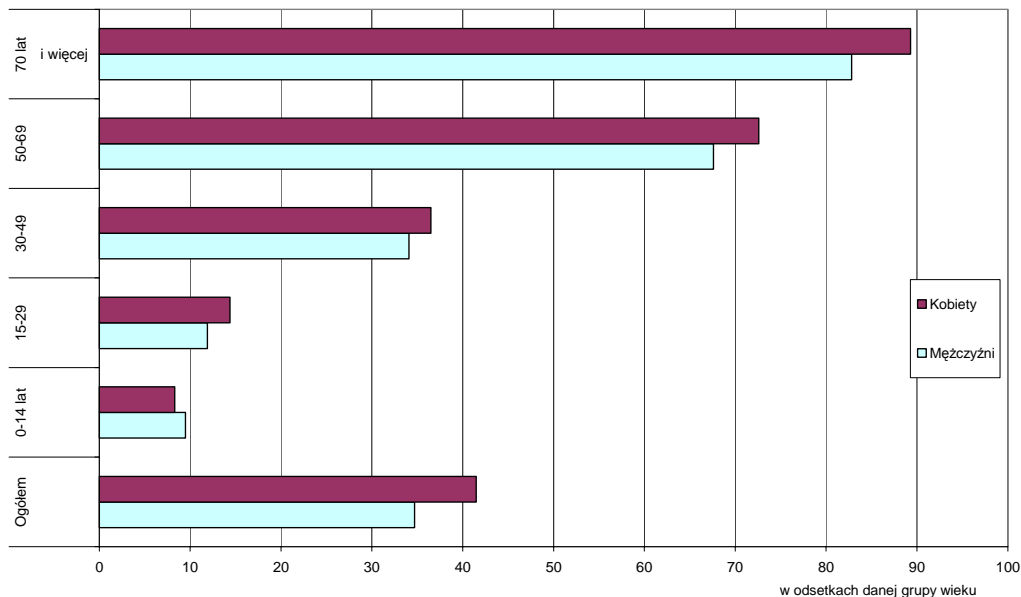
**Wykres 4. Długotrwałe problemy zdrowotne według wieku i płci w 2004 r.****Tabela 5. Samoocena stanu zdrowia poniżej oceny dobrej według wieku i płci w 2004 r.**

Województwa	Ogółem	0–14 lat	15–29	30–49	50–69	70 lat i więcej
	w odsetkach danej grupy wieku i płci					
Mężczyźni	34,7	9,5	11,9	34,1	67,6	82,8
Kobiety	41,5	8,3	14,4	36,5	72,6	89,3

Źródło: Ibidem.



**Wykres 5. Samoocena stanu zdrowia poniżej oceny dobrej według wieku i płci w 2004 r.**



Niezależnie jednak od oceny stanu zdrowotnego w badaniach nad ludnością starszą ważne są także badania dotyczące samoobsługi, które nie zawsze pokrywają się z oceną stanu zdrowotnego – mają jednak duże znaczenie praktyczne. Wymienić tu trzeba ADL (Activities of Daily Living Index), IADL (Instrumental Activities of Daily Living Index) czy wreszcie CFI (Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé).

Skala ADL, czyli ocena podstawowych czynności życia codziennego, obejmuje ocenę takich czynników, jak kąpanie się w wannie lub pod prysznicem, ubieranie się, korzystanie z toalety, poruszanie się, kontrolowanie wydalania moczu i stolca, jedzenie. Przy użyciu oceny punktowej ocenić można stopień samodzielności osób badanych i tym samym kwalifikację do działań pomocowych.

Nieco bardziej złożone są oceny czynności IADL, w których poszukuje się odpowiedzi na następujące pytania:

- czy potrafisz korzystać z telefonu?
- czy jesteś w stanie dotrzeć do miejsca poza odległością spaceru?
- czy wychodzisz na zakupy spożywcze?
- czy możesz sam przygotować posiłki?
- czy możesz wykonywać prace domowe, np. sprzątanie?
- czy możesz sam dokonywać drobnych napraw w domu?
- czy możesz sam wyprać swoje rzeczy osobiste?
- czy sam przyjmujesz leki?
- czy sam gospodarujesz pieniędzmi?

Te przykładowo wymienione czynności mają duże znaczenie dla organizacji życia codziennego i są często wskazówką dla umieszczania osób w zakładach opiekuńczych czy też pozostawienia ich we własnym gospodarstwie domowym z równoczesną pomocą w wykonywaniu pewnych czynności.

Sprawą o szczególnym znaczeniu staje się zatem kształcenie kadr pracowników socjalnych zdolnych do zaspokajania różnorodnych potrzeb osób niezdolnych do samoobsługi i wymagających stałej lub okresowej opieki. W obecnej sytuacji sprawą pilną jest przygotowanie kadry nauczycielskiej, która zdolna byłaby do wprowadzenia w szkołach policealnych nowoczesnych metod pomocowych zgodnie ze standardami europejskimi.

Zgodnie z Dz.U. z 2002 r. Nr 155 poz. 1288 nauczycielami powinni być magiŝtrowie pielęgniarstwa, psychologii, pedagogiki opiekuńczo-wychowawczej, rehabilitacji, socjoterapii, informatyki, pedagogiki specjalnej, pedagogiki terapeutycznej. Niestety tego typu specjalistów brakuje także w Unii Europejskiej, w związku z czym specjaliŝci po ukończeniu studiów w kraju znajdują zatrudnienie w innych krajach, gdzie warunki pracy i płacy oraz status urzędniczy są niewspółmiernie korzystniejsze.

Obecnie w Polsce jest 50 szkół publicznych i 1 niepubliczna kształcących pracowników socjalnych na poziomie licencjatów, przy czym zaledwie połowa kształci opiekunów-asystentów osób starszych i opiekunów w domach pomocy społecznej. Przewidywane potrzeby zwiększenia liczby potencjalnych mieszkańców domów opiekuńczych stawia wyzwania pod adresem szkolnictwa.

Duże w tym względzie oczekiwania należy zaadresować przede wszystkim do geriatry i gerontologii społecznej. W programach uczelni medycznych niestety zakres wiedzy przekazywanej studentom medycyny jest stosunkowo niewielki<sup>8</sup>. Multidyscyplinarność pojęcia gerontologii wymaga bardzo szerokiego ujęcia tej problematyki z pogranicza wielu dyscyplin naukowych, zwłaszcza gdy zgodnie z definicją WHO zdrowie traktowane jest jako podstawowy element jakości życia. Sytuację pogarsza fakt, że w Polsce liczba lekarzy geriatrów wynosi 170 specjalistów. Niedobór ten powoduje koncentrację działań na rzecz lecznictwa z pominięciem promocji zdrowia, która w większości krajów zaczyna odgrywać szczególnie doniosłą rolę. Zawarte w deklaracji z Dżakarty oraz w programie polityki zdrowotnej światowej organizacji zdrowia „Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku” zalecenia sprowadzają się do następujących kierunków działań:

- kreowanie chroniącej zdrowie polityki społecznej państwa, w której powinno się uwzględnić politykę finansową państwa, system podatkowy, emerytalny czy ubezpieczeń społecznych;
- tworzenie środowisk sprzyjających zdrowiu (środowisko przyrodnicze, pracy, wypoczynku, mieszkania);
- wzmacnianie działań społecznych na rzecz poprawy stanu zdrowia poprzez ułatwienie dostępu do informacji;
- tworzenie środowisk wspierających się oraz propagowanie przekonania o powszechnej odpowiedzialności za zdrowie swoje i otoczenia;
- weryfikacja indywidualnych zachowań na rzecz poprawy stanu zdrowia poprzez kształtowanie motywacji do ustawicznego uczenia się, w czym powinny pomóc instytucje edukacyjne, środowisko pracy, rodzinne czy lokalne;
- zmiana postaw służb ochrony zdrowia z leczenia choroby na zabezpieczenie przed chorobą, poprzez oddziaływanie na całokształt potrzeb człowieka<sup>9</sup>.

Nie można jednak nie zauważyć, że poważną barierą w organizacji życia osób starszych jest na ogół niedostosowana do potrzeb ludności starszej infrastruktura społeczna oraz jej lokalizacja. Infrastruktura społeczna była bowiem w okresie socjalizmu ze względów ideologicznych i praktycznych rozwijana na bazie zakładów pracy i głównie w ich otoczeniu, a ponadto służyła dzieciom i młodzieży oraz ludności produkcyjnej, z pominięciem potrzeb ludności poprodukcyjnej.

Nowa sytuacja demograficzna oraz niezrównoważony rynek pracy przesądziły nie tylko o wzroście liczby emerytów (w tym przedwczesnych) lecz również o nowych potrzebach wynikających z postępu społecznego, który stał się udziałem starzejącej się ludności. Widocznym wskaźnikiem tego postępu jest nie tylko wzrost poziomu wykształcenia udokumentowany wynikami narodowych spisów powszechnych, lecz także rozwój zainteresowań rozbudzany powszechnym dostępem do telewizji i internetu.

Dużą rolę odegrać może infrastruktura społeczna, która jednak nawet pod względem lokalizacji przybliżona być musi do środowiska zamieszkania a nie pracy. Musi być ponadto dostępna dla osób starszych z ograniczoną sprawnością ruchową, ograniczonym polem widzenia, w miejscach dostępnych, oświetlonych.

Infrastrukturę społeczną stanowią kadry i baza materialna, czyli obiekty służące zaspokojeniu potrzeb w zakresie ochrony zdrowia, pomocy społecznej, edukacji, kultury, sportu. Sprawą oczywistą jest fakt, że inaczej przedstawiają się te urzędnictwa na szczeblu podstawowym – gminie i osiedli, inaczej na szczeblu powiatu i województwa.

<sup>8</sup> Pr. zb. pod red. T. Grodzickiego, J. Kocemby, A. Skalskiej, Geriatria z elementami gerontologii ogólnej - podręcznik dla lekarzy i studentów, Via Medica, Gdańsk 2006.

<sup>9</sup> V. Korporowicz, Zdrowie i jego promocja. Kształtowanie przyszłości, SGH, Warszawa 2005, s. 106 i 107.

Na szczeblu podstawowym sprawą szczególnie ważną jest, aby izochrona i izolinia była powszechnie dostępna, tzn. by odległość od miejsca zamieszkania nie przekraczała 1½ km, a czas dojścia nie przekraczał 15 minut.

Nie wymaga komentarzy fakt, że większość zadań realizowanych na szczeblu podstawowym stanowią obowiązki gmin, które zobowiązane są do realizacji lokalnej polityki społecznej.

W odniesieniu do ludzi starszych zadania te są bardzo rozległe i obejmują problemy ekonomiczne, zdrowotne, społeczne, kulturowe i prawno-instytucjonalne.

Problem ten jest w ostatnich latach przedmiotem różnych badań nad warunkami życia i potrzebami ludności starszej. Są one przy tym bardzo zróżnicowane w ujęciu regionalnym. Inne są potrzeby w zaniedbanych obszarach wiejskich, inne natomiast w regionie śląskim, gdzie tempo dokonującej się restrukturyzacji przemysłu jest szczególnie intensywne, o bardzo ważących konsekwencjach społecznych. Badania takie powinny mieć walor aplikacyjny. W Polsce bardzo krytycznie ocenić wypada wykorzystywanie wzorów kształcenia kadr gerontologicznych, które w krajach o zaawansowanym starzeniu się społeczeństw mają duże tradycje i osiągnięcia. Wymienić tu należy Holandię, Francję, Niemcy, Włochy, które od wielu lat przygotowują dobrze i wszechstronnie wykształconych asystentów i wolontariuszy. Dysponują oni przy tym ruchomymi ambulansami umożliwiającymi zaopatrzenie seniorów w ciepłe posiłki, wykonywanie zabiegów higienicznych i pielęgniarstwa w indywidualnych gospodarstwach domowych.

Rozwiązywanie problemów ludzi starych to nie tylko problemy utrzymywania ich przy życiu, zaspokajanie potrzeb materialnych, lecz także dbałość o jakość ich życia.

Przewidywany wzrost liczby ludzi starych rodzi zatem konieczność kształcenia obok lekarzy -geriatrów gerontologów społecznych, psychologów, socjologów, prawników, ekonomistów, którzy nie tylko przesądziłiby o koncepcji form opiekuńczych i pomocy ludności starszej, lecz zdolni byłiby do szerokiego poradnictwa w indywidualnych przypadkach.

Ważne jest także, aby o rozwiązaniach dotyczących organizowania pomocy mogli w większym niż obecnie stopniu decydować sami zainteresowani. Mogłoby to stanowić realizację upowszechnianej dziś w krajach UE zasady spójności społecznej i zapobiegania ekskluzji grup ludności starszej znajdującej się w warunkach wymagających różnych form wsparcia. Nie można tu pominąć także konieczności rozwoju opieki zakładowej, która w wielu przypadkach staje się jedynym rozwiązaniem. Stan i prognozy rozwojowe ukazują rozmiary przewidywanych potrzeb, szacuje się, że wzrosną z 33,6 tys. w roku 2003 do 334,7 tys. w roku 2030<sup>10</sup>. Oddzielny problem stanowi poważny niedobór miejsc w hospicjach, zarówno stacjonarnych, jak i w hospitalizacji domowej.

Liczyć się przy tym trzeba, że wielokierunkowa pomoc będzie szczególnie istotna wśród coraz szerszej grupy samotnych osób starszych, często pozbawionych wsparcia rodzinnego. Ujawniające się trendy rozpadu rodzin wielopokoleniowych, kryzysu rodziny nuklearnej, znacznej ruchliwości przestrzennej młodszych generacji przesądzi o osamotnieniu osób starszych wymagających różnorodnych form pomocy. Wizja taka wymaga intensywnych działań zapobiegawczych i nakierowania na realizację spójności społecznej. Starości nie da się uniknąć, można jednak uczynić ją mniej uciążliwą przygotowując się do niej poprzez promocję i profilaktykę zdrowego i aktywnego trybu życia, rozwijanie zainteresowań, utrzymywanie więzów środowiskowych – słowem poprzez zapobieganie ekskluzji społecznej i poszukiwanie nowych metod i form spójności społecznej. Nie ma bowiem na nią gotowej recepty, jest ona zmienna w czasie i przestrzeni, uzależniona od indywidualnych i społecznych potrzeb. Niezbędna jest zatem pełna diagnoza warunków życia ludności starszej, wskazanie rysujących się potrzeb i określenia kierunków oraz metod ich zaspokajania. Oczywiście nie może ona rozwiązać wszystkich problemów. Wskazuje jednak na szczególnie ważne i specyficzne zagadnienia wymagające poprawy jakości życia społeczności ludzi starszych.

Przewidywane poważne zmniejszanie się zasobów pracy stwarza szansę większej niż dotychczas aktywizacji zawodowej ludności poprodukcyjnej w różnych formach zatrudniania (niepełnoetatowego, doradztwa, telepracy itd.).

Niezbędnym jednak warunkiem jest realizacja zasady „edukacji przez całe życie”, która pozwoli na wykorzystanie potencjału intelektualnego w różnych etapach życia.

<sup>10</sup> Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w roku 2003, GUS, Warszawa 2004 oraz Prognoza demograficzna na lata 2003–2030, GUS, Warszawa 2004.

Przewidywany w niedalekiej przyszłości rozwój przemysłu wysokiej technologii zmniejszy zapotrzebowanie na pracę fizyczną (często nieosiągalną ze względu na ograniczenia fizjologiczne osób starszych), stworzy natomiast korzystne warunki dla zatrudniania osób dobrze wykształconych bez względu na wiek. Zatrudnianiu osób starszych może również sprzyjać proces prywatyzacji we wszystkich sektorach, który wolny będzie od ograniczeń pracy limitowanej wiekiem.

Szczególnym problemem staje się tu także potrzeba dbałości polskiego społeczeństwa o zachowanie do późnej starości możliwie dobrej kondycji psychofizycznej. Jest to proces, który musi rozpoczynać się co najmniej na „przedpolu starości”, obejmować wszechstronne działania na rzecz promocji zdrowia i stać się przy tym podstawowym kierunkiem „Narodowego Programu Zdrowia”. Z dużym żalem należy podkreślić, że w opracowanym w latach 1996–2005 narodowym programie nie znalazł się ani jeden punkt poświęcony sytuacji zdrowotnej ludności starszej, a tym samym polityce zdrowotnej wobec tej grupy ludności. Problematykę przyszłościowych zadań w sposób inspirujący przedstawia A. Zych<sup>11</sup>, zwracając uwagę na implikacje moderacji rozwoju dla polityki społecznej i gerontologii edukacyjnej. Liczyć się należy z faktem, że coraz wyższy poziom rozwoju intelektualnego społeczeństwa w każdym okresie jego rozwoju stwarzać będzie coraz wyższe roszczenia pod adresem ochrony zdrowia.

Biorąc pod uwagę sytuację zdrowotną ludzi starszych, wśród których blisko 50% stanowią osoby niepełnosprawne, warto przytoczyć jeszcze jeden dokument ONZ pochodzący z roku 1993, nie mający co prawda mocy ustawodawczej, lecz znakomicie ilustrujący zobowiązania polityczne i moralne państwa wobec osób, które nie zawsze potrafią samodzielnie rozwiązywać swoje problemy życiowe – zwłaszcza w sytuacji niepełnej sprawności. Dokument ten o nazwie „Standardowe zasady wyrównywania szans osób niepełnosprawnych” obejmuje szereg zaleceń, które w znacznym stopniu odnieść należy do osób starszych, które nie zawsze posiadają orzeczenia niepełnosprawności, lecz z racji swego wieku wymagają szczególnej ochrony i wsparcia. Oto one:

### **Zasada 1. Kształtowanie świadomości**

Państwa powinny podjąć działania w celu podniesienia poziomu świadomości społeczeństwa na temat osób niepełnosprawnych, ich praw, potrzeb, możliwości i udziału w życiu społecznym.

### **Zasada 2. Opieka medyczna**

Państwa powinny zapewnić skuteczną pomoc medyczną osobom niepełnosprawnym.

### **Zasada 3. Rehabilitacja**

Państwa powinny zapewnić usługi rehabilitacyjne osobom niepełnosprawnym tak, aby mogły one osiągać i utrzymywać optymalny poziom niezależności i funkcjonowania.

### **Zasada 4. Służby wspierające**

Państwa powinny zagwarantować osobom niepełnosprawnym opiekę w pełnym zakresie służb wspierających, włącznie ze wszelkimi urządzeniami pomocniczymi, po to, by pomóc im w podnoszeniu poziomu niezależności w życiu codziennym oraz w egzekwowaniu przysługujących im praw.

### **Zasada 5. Dostępność**

Państwa powinny zdawać sobie sprawę z ogromnego znaczenia problemu dostępności w procesie wyrównywania szans we wszystkich sferach życia społecznego. Wobec osób dotkniętych jakąkolwiek formą niepełnosprawności państwa powinny inicjować programy działania zmierzające do udostępnienia im środowiska fizycznego i wprowadzić rozwiązania ułatwiające dostęp do informacji i środków komunikacji międzyludzkiej.

<sup>11</sup> A. Zych, Moderacja rozwoju wyzwaniem dla gerontologii edukacyjnej, (w:) „Gerontologia Polska” 2004, Nr 12(3).

## **Zasada 6. Edukacja**

Państwa powinny brać pod uwagę zasadę równych szans w zakresie edukacji podstawowej, średniej i wyższej, o charakterze integracyjnym, dla niepełnosprawnych dzieci, młodzieży i dorosłych. Państwa powinny zagwarantować, by kształcenie osób niepełnosprawnych stanowiło integralną część systemu oświaty.

## **Zasada 7. Zatrudnienie**

Państwa powinny uznać zasadę, że należy wzmocnić pozycję osób niepełnosprawnych, tak aby zaczęły one egzekwować swoje prawa, zwłaszcza w dziedzinie zatrudnienia. Zarówno na obszarach wiejskich, jak i miejskich powinny one mieć równe szanse wykonywania pożytecznego i satysfakcjonującego finansowo zajęcia na otwartym rynku pracy.

## **Zasada 8. Środki utrzymania i zabezpieczenie socjalne**

Państwa są odpowiedzialne za bezpieczeństwo socjalne i zapewnienie środków utrzymania osobom niepełnosprawnym.

## **Zasada 9. Życie rodzinne i integralność osobista**

Państwa powinny promować pełne uczestnictwo osób niepełnosprawnych w życiu rodzinnym. Powinny promować prawo do integralności osobistej i zagwarantować, by prawo nie dyskryminowało osób niepełnosprawnych ze względu na związki seksualne, małżeństwo i rodzicielstwo.

## **Zasada 10. Kultura**

Państwa powinny zagwarantować osobom niepełnosprawnym integrację i możliwość uczestnictwa w wydarzeniach kulturalnych na równych prawach.

## **Zasada 11. Sport i rekreacja**

Państwa podejmą działania, aby zapewnić osobom niepełnosprawnym równe możliwości uprawiania sportu i rekreacji.

## **Zasada 12. Religia**

Państwa będą podejmować działania ułatwiające równoprawne uczestnictwo osób niepełnosprawnych w życiu religijnym ich społeczności.

## **Zasada 13. Informacja i badania naukowe**

Państwa przyjmują główną odpowiedzialność za gromadzenie i rozpowszechnianie informacji na temat warunków życiowych osób niepełnosprawnych oraz promowanie badań naukowych dotyczących wszystkich aspektów ich życia, łącznie z analizowaniem przeszkód utrudniających im codzienne funkcjonowanie.

## **Zasada 14. Kreowanie polityki i planowanie**

Państwa powinny zagwarantować, by problemy niepełnosprawności były uwzględniane w skali całego kraju w procesie kreowania polityki i planowania dotyczącego tych problemów.

## **Zasada 15. Tworzenie prawa**

Państwa odpowiadają za tworzenie podstaw prawnych dla działań prowadzących do pełnego uczestnictwa i wyrównywania szans osób niepełnosprawnych.

## **Zasada 16. Polityka ekonomiczna**

Państwa ponoszą odpowiedzialność finansową za krajowe programy i działania nakierowane na tworzenie równych szans osobom niepełnosprawnym.

## **Zasada 17. Koordynacja działań**

Państwa są odpowiedzialne za ustanowienie i umacnianie pozycji krajowych komitetów koordynacyjnych lub innych podobnych organów, które służyłyby jako instancje ogniskujące na poziomie krajowym działania dotyczące problemów niepełnosprawności.

## **Zasada 18. Organizacje osób niepełnosprawnych**

Państwa powinny określić prawo organizacji osób niepełnosprawnych do reprezentowania osób niepełnosprawnych na poziomach krajowym, regionalnym i lokalnym. Państwa powinny także uznać doradcą rolę organizacji osób niepełnosprawnych w kształtowaniu polityki społecznej w odniesieniu do tych osób.

## **Zasada 19. Szkolenie personelu**

Państwa są odpowiedzialne za zapewnienie na wszystkich poziomach właściwego szkolenia personelu, zaangażowanego w planowanie i prowadzenie programów i usług dla osób niepełnosprawnych.

## **Zasada 20. Monitoring krajowy i ocena programów dotyczących niepełnosprawności w zakresie wdrażania niniejszych zasad**

Państwa są odpowiedzialne za stałą kontrolę i ocenę wdrażania programów krajowych oraz służb i usług dotyczących wyrównywania szans osób niepełnosprawnych.

## **Zasada 21. Współpraca techniczna i gospodarcza**

Obowiązkiem państw uprzemysłowionych i rozwijających się jest współpraca i podejmowanie działań na rzecz poprawy warunków życia osób niepełnosprawnych w krajach rozwijających się.

## **Zasada 22. Współpraca międzynarodowa**

Państwa będą aktywnie uczestniczyć we współpracy międzynarodowej dotyczącej polityki wyrównywania szans osób niepełnosprawnych<sup>12</sup>.

Zasady te korespondują ściśle z kartą praw człowieka starego, w której tak wiele uwagi poświęcono niezależności, współuczestnictwu, opiece, samorealizacji, a nade wszystko godności. Wylania się tu potrzeba szerokich działań interdyscyplinarnych ujmujących, poza problematyką szeroko rozumianego zabezpieczenia społecznego, politykę ochrony zdrowia, politykę kulturalną i edukacyjną, a także politykę zatrudnienia itp. Niezwykle istotne stają się przy tym przyszłościowe działania ekonomii społecznej, ponieważ niezależnie od omówionego wyżej procesu demograficznego starzenia się ludności następować będą poważne zmiany w gospodarce i podziale dochodu narodowego, wzrastającego czasu wolnego na skutek wprowadzenia nowych technologii i innych przemian rozwijającego się społeczeństwa. Problemy te stanowią przedmiot zainteresowań Komitetu Prognoz Polska 2000 plus<sup>13</sup>. Zapewne ta nowa wizja przekształceń wpłycić będzie na zmiany w konsumpcji przyszłych generacji<sup>14</sup> i stworzy nowe potrzeby

<sup>12</sup> E. wapiennik, R. Piotrowicz, Niepełnosprawny - pełnoprawny obywatel Europy. Urząd Komitetu Integracji Europejskiej, Warszawa 2002, s. 31-34.

<sup>13</sup> J. Kleer, A. Karpiński, S. Owsiak, Spór o przyszłość sektora publicznego, PAN, Komitet Prognoz Polska 2000 plus, Warszawa 2005.

<sup>14</sup> A. Burlita, Zachowania konsumentów w czasie wolnym i ich uwarunkowania, Wyd. Nauk. Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2006.

społeczne osób starszych, które w przeciwieństwie do obecnej generacji wymuszają będą w przyszłości odmienne od dzisiejszych zachowania konsumenckie.

Ta nowa wizja wymaga wielowariantowych opracowań z wykorzystaniem doświadczeń krajów UE, a także wielu badań naukowych monitorujących dokonujące się przeobrażenia w kraju z uwzględnieniem istniejących zróżnicowań regionalnych. Stanowiąc więc one powinny przy tym wskazania nie tylko dla realizacji polityki społecznej wobec ludności starszej w skali kraju i regionów, ale przede wszystkim w skali lokalnej, samorządowej. Od tych bowiem działań w skali mikroregionalnej uzależniona jest efektywność zapobiegania wykluczeniu społecznemu ludności starszej.

## **LITERATURA:**

Białecki I., Czepulis-Rutkowska Z., Sztanderska U., Wóycicka I., Biała Księga 2003, Część VI. Nowy model społeczny, Polskie Forum Strategii Lizbońskiej, Gdańsk-Warszawa 2003, s. 50.

Czapiński J., Panek T., (red.), *Diagnoza społeczna. Warunki i jakość życia Polaków*. Warszawa 2005.

Muras M., *Pojęcie wykluczenia społecznego*, [w:] *Diagnoza społeczna. Warunki i jakość życia Polaków*. Czapiński J., Panek T., (red.), Warszawa 2005, s. 232.

Narodowy Spis Powszechny 1978, Tablice wynikowe dotyczące ludności gospodarstw domowych i warunków mieszkaniowych, GUS, Biuro Spisów.

Nowa Strategia na rzecz spójności społecznej. Europejski Komitet Spójności Społecznej (CDCS). Wydawnictwo Rady Europy, Strasburg 2004, s. 5.

Prognoza demograficzna na lata 2003–2030, GUS, Warszawa 2004.

Rocznik Statystyczny Województwa Śląskiego 2002, Tom I, Katowice 2002.

Strategia Polityki Społecznej 2007–2013: (2005), Ministerstwo Polityki Społecznej, Warszawa 2005, s. 2.

### II.3. ZABEZPIECZENIE SPOŁECZNE W UE A SYSTEMY KRAJOWE. AKTUALNE PROBLEMY I WYZWANIA

Aktywność Wspólnoty Europejskiej w zakresie polityki społecznej obejmuje wiele obszarów. Do głównych należą działania mające na celu zapewnienie warunków do swobodnego przepływu pracowników. Niektóre z nich wymagają dostosowania do zmieniających się warunków funkcjonowania systemów zabezpieczenia społecznego w Europie. Mają także wpływ na krajowe systemy zabezpieczenia społecznego.

W opracowaniu przedstawiono następujące zagadnienia:

1. Cele europejskiej przestrzeni społecznej;
2. Obszary dotychczasowej aktywności w zakresie polityki społecznej;
3. Główne zadania zabezpieczenia społecznego w europejskiej polityce społecznej;
4. Działania podjęte w kierunku sprawnej łączności, czyli koordynacji krajowych systemów zabezpieczenia społecznego. Charakter działań:
  - a) uwarunkowania prawne;
  - b) uwarunkowania społeczno-ekonomiczne;
  - c) uwarunkowania polityczne;
5. Wyzwania wobec wspólnotowej koordynacji wynikające ze zmian krajowych systemów zabezpieczenia społecznego;
6. Problemy na przyszłość.

#### 1. Cele europejskiej przestrzeni socjalnej

Europejska przestrzeń społeczna – w rozumieniu metaforycznym – jest kreowana przez europejską politykę społeczną. Ta ostatnia także poprzez odpowiednie ustawodawstwo i programy działań wyznacza ramy dla tej przestrzeni.

Przestrzeń jest jednym z wyznaczników warunków życia ludzi i – dosłownie – terenem, na którym tworzy się życie społeczeństw i realizowana jest polityka społeczna<sup>1</sup>. Europejska przestrzeń, czyli terytorium zajmowane i zamieszkałe przez ludzi połączone więziami organizacyjnymi, ulega ciąglemu rozszerzeniu i od 1 maja 2005 r. obejmuje 25 państw członkowskich, tj. 455 mln ludności, a od 1 stycznia 2007 r. 27 państw, tj. ok. 500 mln ludności<sup>2</sup>.

Państwa należące do Unii Europejskiej tworzą europejską przestrzeń:

- gospodarczą (integracja gospodarcza, wspólne mechanizmy gospodarki rynkowej i inne);
- polityczną (wspólne instytucje decyzyjne);
- prawną (regulacje wspólnotowe mające w wielu przypadkach pierwszeństwo nad krajowymi);
- społeczną (wspólne cele i zasady ich realizacji);
- cywilizacyjną i kulturową.

Cechą europejskiej przestrzeni jest solidarność społeczna i dążenie do gwarancji bezpieczeństwa socjalnego obywateli państw członkowskich, czyli obywateli europejskich.

Pojęcie europejskiej przestrzeni społecznej (socjalnej) „L'espace social Européen” zostało wprowadzone do europejskiej polityki społecznej przez Jacquesa Delorsa i François Mitteranda w latach 80. Według tej koncepcji „zjednoczona Europa to coś więcej niż zjednoczona Europa firm, Europa to także dbałość o obywateli” (G. Ross 1995). Realizacja tej idei powinna się urzeczywistnić między innymi w rozwoju dialogu i udziale partnerów społecznych w decydowaniu o sprawach społecznych. Powinno się ją realizować wspieraniem edukacji na wysokim poziomie, prowadzeniem aktywnych polityki rynku pracy, ochroną zdrowia publicznego i innymi działaniami ważnymi społecznie.

<sup>1</sup> Leksykon polityki społecznej, red. B. Rysz-Kowalczyk, Warszawa 2001, s. 167.

<sup>2</sup> Liczba ludności (dane na 1.01.2004 r.) w państwach UE, tj. 455 mln. Zob. M. Chalas, *Unia Europejska w liczbach*, Instytut Europejski w Łodzi, Łódź 2005, s. 15. oraz Eurostat.



Europejską przestrzeń społeczną kształtują różne podmioty polityki społecznej – państwowe (rządowe i pozarządowe) oraz międzynarodowe. Przedmiotem ich działalności są interesy społeczne, narodowe, ponadnarodowe, grupowe i jednostkowe.

## **2. Obszary dotychczasowej aktywności w zakresie polityki społecznej**

Można wyróżnić kilka obszarów dotychczasowej aktywności Wspólnoty Europejskiej w zakresie polityki społecznej:

- zapewnienie warunków do swobodnego przepływu pracowników;
- stanowienie standardów pracowniczych i socjalnych;
- wypracowanie wspólnych strategii i wytycznych w celu skoordynowania rozwiązywania wybranych kwestii społecznych (Aniol 2003a; Świątkowski 1998).

### **Zapewnienie warunków do swobodnego przepływu pracowników**

Liczne rozwiązania dotyczące zapewnienia warunków do swobodnego przepływu pracowników przyjęto już na początku istnienia EWG. Należą do nich przede wszystkim postanowienia traktatowe (zwłaszcza art. 39 TWE – dawny art. 48) ustalające, że swobodny przepływ pracowników oznacza, że zakazana jest dyskryminacja ze względu na obywatelstwo w dziedzinie zatrudnienia, wynagradzania oraz warunków pracy. Swoboda przemieszczania się polega na realizacji prawa do pobytu i podjęcia pracy w wybranym państwie członkowskim. Prawo do pobytu, podjęcia pracy, kształcenia się w innym państwie mają także członkowie najbliższej rodziny pracownika migrującego, natomiast inne osoby (np. byli pracownicy) korzystają z tego prawa, jeśli posiadają odpowiednie środki materialne i objęci są ubezpieczeniem zdrowotnym (np. dyrektywa nr 38/2004 z dnia 28 kwietnia 2004 r. w sprawie prawa obywateli Unii i członków ich rodzin do swobodnego przemieszczania się i pobytu na terytorium państw członkowskich ustaliła wymóg, że:

- wystarczające środki, nie mogą stanowić z góry ustalonej kwoty;
- wystarczające środki muszą uwzględniać osobistą sytuację danej osoby;
- nie może być to kwota wyższa niż próg, poniżej którego obywatele państwa przyjmującego kwalifikuje się do pomocy społecznej<sup>3</sup> lub jeżeli nie ma takiego kryterium to: minimalne świadczenie emerytalne lub rentowe w systemie państwa przyjmującego<sup>4</sup>;
- wymagane jest posiadanie pełnego ubezpieczenia zdrowotnego w państwie przyjmującym).

Praktyczne trudności w realizacji zasady swobodnego przepływu związane są m.in. z koordynacją zróżnicowanych krajowych systemów zabezpieczenia społecznego, czyli z zapewnieniem ochrony z różnych krajowych systemów zabezpieczenia społecznego. Prawo wspólnotowe nie przewiduje bowiem jednego europejskiego systemu zabezpieczenia społecznego. W ponadnarodowy proces koordynacji wpisana jest zasada zachowania odrębności i różnic krajowych systemów zabezpieczenia społecznego oraz samostanowienia władzy ustawodawczej (wykonawczej) każdego państwa członkowskiego w kształtowaniu systemu.

### **Stanowienie standardów pracowniczych i socjalnych**

Rozwiązania z zakresu stanowienia standardów pracowniczych i socjalnych mieszczą się w prawie pracy i prawie ubezpieczeń społecznych – dotyczą przede wszystkim pracowniczych uprawnień i ujednoczenia warunków pracy (Matey 1993, 1997). Przyjęto szereg dokumentów prawa wtórnego, zwłaszcza dyrektywy dotyczących warunków pracy, bezpieczeństwa i higieny pracy, przeciwdziałania dyskryminacji w związku z realizacją zasady równego traktowania kobiet i mężczyzn w dziedzinie zatrudnienia i spraw socjalnych, dialogu partnerów społecznych w odniesieniu do wymiaru europejskiego i krajowego.

<sup>3</sup> Kryteria dochodowe do pomocy społecznej są bardzo zróżnicowane w poszczególnych państwach; wynoszą od kilkudziesięciu euro (24 euro) do 900 euro (Luksemburg).

<sup>4</sup> Świadczenia emerytalne w państwach UE są zróżnicowane od 70 euro do 1200 euro w Luksemburgu.

Ważne dokumenty uchwalone w tym zakresie to „Wspólnotowa Karta Podstawowych Praw Społecznych Pracowników” z 1989 r. i „Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej” z 2000 r.

## **Strategie i wytyczne w celu skoordynowania wybranych kwestii**

W trzecim zakresie można wymienić szereg strategii i programów, które ukierunkowane są na nowe problemy społeczne, zwane kwestiami socjalnymi, jak choćby starzenie się populacji i wynikające z tego faktu wyzwania wobec zabezpieczenia na starość nie tylko w sensie materialnym, ale także opieki długoterminowej i zjawiska dezintegracji społecznej, a zwłaszcza ubóstwa i wykluczenia społecznego. Widać także wysiłek lepszego godzenia celów ekonomicznych i społecznych.

Co podkreśla się w literaturze (Jorens 2005a, 2005b), a także w dokumentach wspólnotowych (High Level Group 2004), Strategia Lizbońska napotkała wiele trudności w realizacji założonych celów. Dlatego zaproponowano hasło „aktywnej polityki społecznej”, czyli zastępowania świadczeń pieniężnych (socjalnych) tworzeniem warunków do pracy, do kontynuacji zatrudnienia oraz do rozwoju sektora usług społecznych.

Najnowszym instrumentem jest otwarta metoda koordynacji. Metoda ta stanowi rodzaj zarządzania przez cele. Oczekuje się od niej, że polityka społeczna krajów członkowskich będzie się samodzielnie przekształcać w pożądanym ogólnoeuropejskim kierunku, opierając się na wspólnych wartościach i celach, jak m.in. solidarność, dialog społeczny, spójność społeczna czy integracja społeczna.

Polityka zatrudnienia, zwalczanie ubóstwa i wykluczenia społecznego, wreszcie zabezpieczenia na starość, zostały objęte otwartą metodą koordynacji w celu zacieśnienia współpracy między państwami członkowskimi. Przez Komisję Europejską zostały już przedstawione wytyczne do objęcia otwartą metodą koordynacji polityki społecznej w zakresie ochrony zdrowia i opieki długoterminowej oraz być może w przyszłości zostanie nią objęta polityka rodzinna.

## **Otwarta metoda koordynacji w zakresie zabezpieczenia osób starszych**

Ogólnie OMC realizowana jest według następującego porządku:

- 1) ustalenie ogólnych celów wspólnych dla państw członkowskich;
- 2) przeniesienie tych celów do krajowych programów polityki społeczno-gospodarczej;
- 3) ustalenie i dobór wskaźników, które mają służyć do pomiaru osiągnięcia wyznaczonych celów;
- 4) sprawozdanie z relacji wyznaczonych celów.

Jeżeli chodzi o zabezpieczenie ryzyka starości, nie zbudowano pełnego zestawu wskaźników, które są przewidziane na trzecim etapie tej metody. Natomiast wyodrębniono trzy główne obszary jej oddziaływania i ustalono w ich ramach cele do realizacji:

- gwarancja pełnienia przez systemy emerytalne ich społecznej funkcji, tj. zapewnienia emerytom i osobom na ich utrzymaniu świadczeń na właściwym poziomie, a także odpowiednich warunków życia (świadczenia zdrowotne, świadczenia opieki długoterminowej). Natomiast główne cele w tym obszarze to zagadnienia wykluczenia społecznego poprzez zapobieganie ubóstwu, umożliwienie podtrzymania wcześniejszego poziomu życia, udział osób starych w efektach rozwoju gospodarczego;
- zapewnienie finansowej wypłacalności systemów emerytalnych w kontekście polityki zatrudnienia i finansów publicznych. Cele wyznaczone w tym obszarze to między innymi zachęcenie do pozostawiania uczestnictwa starszych pracowników na rynku pracy, przesuwania okresu przejścia na emeryturę, zapewnienie wypłacalności tych systemów, np. poprzez tworzenie rezerw. Jest to również rozwijanie różnych systemów emerytalnych, w tym prywatnych i zakładowych, które gwarantowałyby zabezpieczenie ryzyka starości;
- obszar trzeci to zwiększenie zdolności systemów emerytalnych do reagowania na zmieniające się potrzeby społeczeństw i jednostek. Cele to przede wszystkim zapewnienie, aby systemy emerytalne uwzględniały fakt mobilności pracowników pomiędzy poszczególnymi państwami, nietypowe formy zatrudnienia oraz pracy na własny rachunek i nie powodowały gorszego zabezpieczenia na starość w tych przypadkach.

Realizacja celów OMC napotyka różne trudności, które pokazują, jak złożony jest **problem zabezpieczenia ryzyka starości** – np. ustalenie wskaźnika adekwatności świadczeń emerytalnych jest przedmiotem wielu prac. W 2002 r. państwa członkowskie w raportach na temat OMC w zakresie zabezpieczenia na starość zastosowały jako miarę adekwatności świadczeń wyniki badań budżetów gospodarstw domowych. Jednak w opinii ekspertów umożliwiły ocenę bieżącej sytuacji, poziomu życia osób starszych w gospodarstwach domowych, ale nie spełniły wymogów OMC, m.in. nie dają podstaw do oceny zmian systemowych. Uznano więc, że istnieje potrzeba dodatkowego narzędzia badawczego adekwatności zabezpieczenia osób starszych. Przyjęto, że takim narzędziem może być stopa zastąpienia wynagrodzeń przez świadczenia emerytalne.

Zwrócono jednak uwagę na jej słabe punkty:

- 1) nie pozwala na pełną analizę sytuacji, bowiem nie bierze pod uwagę innych elementów sytuacji materialnej tych osób;
- 2) wątpliwości może budzić przyjęcie do analizy i oceny typowego emeryta jako osoby z 40-letnim stażem pracy. Oceniono, że takie rozwiązanie nie odpowiada współczesnym rozwiązaniom rynku pracy, tj. elastyczności zatrudnienia, przerw na podnoszenie lub zmianę kwalifikacji;
- 3) trzeci element to uwzględnienie w nowej metodologii liczenia stopy zastąpienia źródeł dochodu z publicznych i prywatnych systemów emerytalnych.

Podejście takie należy ocenić pozytywnie w aspekcie rozwiązań na przyszłość, które w wielu krajach przewidują istotną rolę dla systemów emerytalnych publicznych i prywatnych. Jednak należy uwzględnić fakt, że obecne systemy prywatne obejmują zakresem niezbyt dużą część osób pracujących i dostarczają nieznaną część środków materialnych zabezpieczenia na starość.

OMC jest jednak oceniana pozytywnie jako instrument polityki wspólnotowej, mającej na celu podejmowanie spraw społecznych trudnych do rozwiązania. Przez niektórych oceniana jest jednak sceptycznie, jako instrument nieadekwatny do współczesnych wyzwań i potrzeb (Jorens 2005a, 2005b).

### **3. Główne zadania zabezpieczenia społecznego w europejskiej polityce społecznej**

Do głównych zadań zaliczono (Schilz-Nieswand 1990) zapewnienie sprawnej koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Ze względu na duże zróżnicowanie krajowych systemów i brak zgody na harmonizację rozwiązań w tym obszarze, należy podejmować odpowiednie środki, przede wszystkim właściwe regulacje ułatwiające i usprawniające koordynację systemów zabezpieczenia społecznego. Podejmowanie działań w tym obszarze ma przede wszystkim służyć urzeczywistnieniu zasady swobodnego przepływu pracowników.

W dalszej części udzielimy odpowiedzi, jakie działania są podejmowane w realizacji tych zadań.

### **4. Działania podjęte w zakresie wspólnotowej koordynacji**

Działania prawne podjęte w kierunku sprawnej łączności, czyli koordynacji krajowych systemów zabezpieczenia społecznego:

#### **4.1. Traktat o Unii Europejskiej z 7 lutego 1992 r. z Maastricht**

Podjęto w nim próbę wyjścia poza ramy integracji gospodarczej.

Przykładem może być wskazanie w pierwszym tytule wartości, na jakich opiera się Unia, m.in. solidarność państw członkowskich, poszanowanie praw człowieka i narodowych tożsamości oraz zachowanie prawnego dorobku wspólnotowego, czyli *acquis communautaire* dotychczas przyjętego i rozwiniętego między innymi w wyniku orzecznictwa Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości (Ewans 1996).

Do ważnych postanowień – ze społecznego punktu widzenia – należy zaliczyć te, które mówią o potrzebie spójności gospodarczej i społecznej oraz które wprowadziły obywatelstwo unijne.

Wprowadzenie obywatelstwa unijnego było istotnym krokiem na drodze realizacji celów europejskiej przestrzeni socjalnej w kierunku podkreślenia wymiaru politycznego Wspólnoty związanego z zapewnieniem bezpieczeństwa socjalnego obywatelom.

W literaturze wyrażono pogląd, że obywatelstwo unijne sprzyja realizacji prawa do swobodnego przemieszczania się osób<sup>5</sup>.

#### 4.2. Traktat Amsterdamski z 1996 r.

W Traktacie Amsterdamskim przyjęto wiele ważnych decyzji dotyczących bezpośrednio lub pośrednio spraw społecznych (Kamiński 2004b; Blanpain 1999).

Po pierwsze, traktat ten zmodyfikował niektóre zasady dotyczące procesu decyzyjnego w zakresie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.

Po drugie, zostały ustalone podstawy prawne (art. 63 Traktatu TWE) dla określenia zasad prawnych polityki imigracyjnej.

Po trzecie, zmodyfikowano zasady współpracy instytucji europejskich (art. 122 TWE) w obszarze zatrudnienia, co miało istotny wpływ na opracowanie Strategii Lizbońskiej, przyjętej w 2000 r. jako najważniejszego, długofalowego programu społeczno-gospodarczego Unii Europejskiej.

Docenić należy także utworzenie przez Traktat Amsterdamski drogi ustawodawstwu wspólnotowemu dotyczącemu dodatkowych systemów emerytalnych, w tym dodatkowych praw emerytalnych dla osób przemieszczających się w obrębie Wspólnoty (Blanpain 1999).

W ostatnich latach dodatkowe systemy emerytalne (inne niż państwowe) uzyskują coraz większe znaczenie, zwłaszcza wobec zjawiska starzenia się społeczeństw. Systemy te nie wchodzą w zakres przedmiotowy koordynacji. Próby uregulowania ich na poziomie europejskim były podejmowane od wielu lat, ale ze względu na duże zróżnicowanie tych systemów w poszczególnych krajach niemożliwe było osiągnięcie porozumienia, co do charakteru regulacji.

Przyjęcie dyrektywy 98/49 z dnia 29 czerwca 1998 r. w sprawie ochrony uprawnień do dodatkowych świadczeń emerytalnych lub rentowych pracowników i osób prowadzących działalność na własny rachunek było pierwszym krokiem w tej dziedzinie. Dyrektywa 98/49 dotyczy przede wszystkim pracowników delegowanych, którzy mogą kontynuować opłacanie składek do systemu emerytalnego państwa swego pochodzenia. Pracownik i pracodawca zwolnieni są z obowiązku opłacania składek do dodatkowego systemu emerytalnego w państwie goszczącym.

Nadal pozostaje do rozwiązania wiele spraw w zakresie dodatkowych systemów emerytalnych, które są traktowane jako przeszkoda w korzystaniu z prawa do swobodnego przemieszczania się (Zielona Księga 1997). Przeszkody te to m.in. długi okres ubezpieczenia u danego pracodawcy, brak możliwości transferu nabytych praw częściowych czy kapitału.

W 2005 r. Komisja Europejska przedstawiła propozycję dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie poprawy możliwości przenoszenia uprawnień do dodatkowych emerytur lub rent. Jej celem jest poprawa mobilności pracowników zarówno wewnątrz jednego państwa członkowskiego, jak i między państwami członkowskimi. Jej zadaniem jest usprawnienie funkcjonowania rynku pracy i realizacja założeń Strategii Lizbońskiej mającej na celu zwiększenie zatrudnienia i wzrost gospodarczy. Dodatkowe systemy emerytalne ograniczają bowiem mobilność wewnętrzną i zewnętrzną, gdyż wiążą pracownika z danym pracodawcą. Dyrektywa ta ma zbliżyć ustawodawstwa państw członkowskich w celu poprawy konkurencji na europejskim rynku pracy. W 2007 r. powinny być zakończone prace legislacyjne nad nową dyrektywą.

#### 4.3. Traktat z Nicei z 2000 r.<sup>6</sup>

Z punktu widzenia interesującej nas problematyki należy podkreślić, że w czasie konferencji nicejskiej uroczystie proklamowano Kartę Praw Podstawowych Unii Europejskiej.

Karta ta stanowi zbiór praw politycznych oraz społecznych i ekonomicznych wcześniej przyjętych w Unii, a także proklamowanych przez Radę Europy i MOP – ma zatem wymiar uniwersalny.

Karta ta została włączona do projektu traktatu ustanawiającego Konstytucję dla Europy z 2004 r.<sup>7</sup> (I.C. Kamiński 2004c).

<sup>5</sup> Potwierdzeniem tego jest fakt, że obecnie obowiązuje jeden akt prawny, tj. dyrektywa 2004/38/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie prawa obywateli Unii i członków ich rodzin do swobodnego przemieszczania się i pobytu na terytorium państw członkowskich, która uchyliła 9 aktów prawnych dotychczas obowiązujących w tym zakresie i w jednym dokonała zmian (Maydell i in. 2006).

<sup>6</sup> Modyfikacje z Nicei dotyczyły składu instytucji i sposobu podejmowania decyzji w rozszerzonej Unii.

<sup>7</sup> Karta Praw Podstawowych reguluje takie kwestie, jak: godność, wolność, równość, solidarność (w tej części prawa społeczne i ekonomiczne), prawa obywatelskie, wymiar sprawiedliwości.

#### 4.4. Dorobek orzecznictwa

Europejski Trybunał Sprawiedliwości jest odpowiedzialny za prawidłową wykładnię i stosowanie prawa wspólnotowego.

W wyniku orzecznictwa ETS nastąpiło powiązanie prawa do swobodnego przemieszczania się z prawem do korzystania z towarów i usług na terytorium całej Unii w zakresie świadczeń i usług zdrowotnych.

Co do zasady usługi zdrowotne są uznawane za objęte wspólnotową swobodą świadczenia usług (art. 49 in. TWE), a leki i inne wyroby medyczne (np. okulary) za objęte swobodnym przepływem towarów (art. 28 in. TWE).

Z tych dwóch swobód orzecznictwo ETS wywodzi prawo do korzystania z towarów i usług medycznych na terytorium całej Unii, z zagwarantowaniem prawa do ich finansowania przez system zabezpieczenia społecznego, do którego należy dana osoba ubezpieczona (orzeczenie C-120/95 Decker, C-158/96 Kohll)<sup>8</sup>.

Według ETS prawo to nie może być uzależnione od uzyskania uprzedniego zezwolenia instytucji ubezpieczeniowej lub innej właściwej, gdyż takie utrudnienie o charakterze administracyjnym ograniczyłoby wspólnotowe zasady oraz swobodę przepływu wymienionych towarów i usług.

Wyjątki od tych zasad mogą wynikać z postanowień traktatów.

W opiece zdrowotnej mogą być uzasadnione ochroną zdrowia publicznego (np. zapewnienie zrównoważonej i powszechnie dostępnej służby zdrowia) lub poważnym zagrożeniem dla równowagi finansowej systemu i budżetu państwa.

Na tle tego zagadnienia powstaje pytanie dotyczące przesłanek i zakresu uprawnień osób przemieszczających się jako ubezpieczonych i jako obywateli unijnych korzystających ze swobody przepływu oraz o relacje między koordynacją systemów a swobodą świadczenia usług i przepływu towarów (Schulte 2005) – czy obywatele mogą mieć takie same uprawnienia jak z ubezpieczeni.

Przy rozstrzygnięciu tej kwestii, trzeba mieć na uwadze zapewnienie bezpieczeństwa finansowego i organizacyjnego systemów krajowych, które finansują świadczenia zdrowotne udzielane w niezbędnym zakresie z medycznego punktu widzenia w innym kraju uprawnionym korzystającym z prawa do przemieszczania się.

Rozstrzygnięcie liberalne tej kwestii mogłoby doprowadzić do bankructwa wiele systemów krajowych zabezpieczenia społecznego ze względu na duże dysproporcje między kosztami i cenami świadczeń oraz usług medycznych w poszczególnych krajach (np. 1:8 Polska–Francja czy 1:9 Polska–Niemcy albo 1:8 Polska–Wielka Brytania).

Nie można także zapomnieć, że koordynacja pełni funkcję posiłkową w stosunku do celów Unii, jakim jest m.in. swoboda przemieszczania się.

„Przemieszczanie się pacjentów” stało się jednym z najtrudniejszych problemów podejmowanych na poziomie europejskim w ostatnich latach (B.V. Maydell i in. 2006).

#### 4.5. Działania polityczne

Przez działania polityczne rozumiemy rezultaty spotkań i posiedzeń Rady Europejskiej, tj. szefów rządów i państw członkowskich.

Znaczenie uwarunkowań politycznych jest doceniane w literaturze (Haliżak red. 2004).

Fakt rozszerzenia UE o 12 nowych państw wpłynął na decyzje Rady UE i Parlamentu o przyśpieszeniu prac i negocjacji nad nowymi, uproszczonymi i zmodyfikowanymi przepisami tak, aby umożliwiły koordynację ustawodawstw dotyczących zabezpieczenia społecznego 25 państw, a obecnie 27. W 2004 r. przyjęto nowe rozporządzenie nr 883/2004 dotyczące koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, które zastąpi dotychczasowe nr 1408/75 i nr 574/72<sup>9</sup>.

Należy także podkreślić, że w ostatnich latach szczyty europejskie (obradę Rady Europejskiej) poświęcone są w większym stopniu sprawom zabezpieczenia społecznego niż było to dotychczas.

<sup>8</sup> W orzeczeniach tych chodziło o ustalenie, czy wymagania uprzedniej zgody instytucji państwa właściwego na korzystanie z usług świadczonych w innym państwie stanowi ograniczenie świadczenia usług w rozumieniu Traktatu WE (art. 59 i 60).

<sup>9</sup> Rozporządzenie nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników, osób pracujących na własny rachunek i członków ich rodzin przemieszczających się w obrębie Wspólnoty oraz rozporządzenie nr 574/72 z dnia 21 marca 1972 r. dotyczące stosowania rozporządzenia nr 1408/71.

W wyniku bezpośredniego zaangażowania się Rady Europejskiej na szczycie w Barcelonie w 2002 r. podjęto działanie mające na celu wprowadzenie w całej Unii Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ), tj. dokumentu, który od 1 stycznia 2006 r. potwierdza prawo do świadczeń zdrowotnych w czasie pobytu w innym państwie. Następnym przykładem jest rozszerzenie wspólnotowej koordynacji na obywateli państw trzecich.

Z dniem 1 maja 2003 r. przyjęto rozporządzenie 859/03 rozszerzające zakres podmiotowy dotychczasowej koordynacji (rozporządzenie nr 1408/71) na obywateli państw trzecich, którzy z powodu obywatelstwa nie byli tym zakresem objęci. Przyjęcie tych regulacji przyczyniło się do integracji obywateli państw trzecich legalnie mieszkających w państwie członkowskim i uprościło instrumenty zabezpieczenia społecznego wobec tych osób. Było to ważnym działaniem w kierunku integracji społecznej.

## **5. Wyzwania wobec wspólnotowej koordynacji wynikające ze zmian krajowych systemów zabezpieczenia społecznego**

Krajowe systemy zabezpieczenia społecznego muszą uwzględniać wiele różnych problemów społecznych:

- zmiany demograficzne i starzenie się populacji;
- zmiany w strukturze rodziny;
- ograniczenia finansowe.

Z kolei koordynacja musi zapewnić łączność między krajowymi systemami ze wszystkimi różnicami występującymi między nimi w zakresie organizacji i finansowania, katalogu świadczeń, procedurach czy warunkach nabycia prawa (T. Bińczycka-Majewska 1999).

Dotychczasowe doświadczenia pokazują, że wspólnotowe zasady koordynacji są stosunkowo elastyczne i w zasadzie wypełniają swoje zadania. Wzrasta jednak liczba rozpatrywanych przez ETS przypadków niedostosowania wspólnotowych zasad koordynacji do zmieniających się ustawodawstw krajowych.

**Zmiany demograficzne**, w tym starzenie się społeczeństwa, wymagają rozwiązań gwarantujących opiekę nad ludźmi starszymi, w tym świadczeń dotyczących opieki długookresowej. W niektórych krajach wprowadzono ubezpieczenie pielęgnacyjne (Niemcy, Austria). Wspólnotowa koordynacja nie uwzględnia tych rozwiązań, a orzecznictwo zalicza świadczenia związane z tego typu opieką do świadczeń chorobowych (sprawy Molenaar C-160/96, Jauch C-351/99, Hosse C-286/03), co nie jest takie jednoznaczne (G. Uścińska 2005).

Nowe rozwiązania wspólnotowe, które mają wejść niebawem w życie, także nie uwzględniają świadczeń z tytułu opieki długookresowej. Brak jest prac koncepcyjnych dotyczących tego ważnego ryzyka społecznego (zдание się na pomoc innych albo zależność od opieki).

**Drugi przykład** związany jest z sytuacją demograficzną i spadkiem liczby urodzeń. W państwach członkowskich wprowadza się nowe świadczenia pieniężne (dodatki, zasiłki) albo rozwiązania organizacyjne ułatwiające godzenie życia zawodowego z pracą domową. Te rozwiązania przyjęte w krajowych systemach także nie są wystarczająco uwzględniane w obecnych zasadach koordynacji. Orzecznictwo ETS kwalifikuje je jako świadczenia rodzinne, co z punktu widzenia zasad koordynacji jest poprawne, ale niezgodne z celami ustalonymi w krajowej polityce społecznej (B.V. Maydell et al 2006).

**Ostatni przykład** dotyczy systemów emerytalnych. W państwach europejskich przeprowadzane są reformy systemowe (strukturalne) albo parametryczne dotyczące jednego ze składników systemu. Dokonuje się zmian sposobu finansowania systemów emerytalnych. Obok systemów publicznych ze zdefiniowanym świadczeniem (defined benefits – DB) wprowadzono systemy repartycyjne ze zdefiniowaną składką (notional defined contribution – NDC) oraz kapitałowe systemy emerytalne ze zdefiniowaną składką (defined contribution – DC).

Rozwiązania emerytalne niektórych krajach, jak np. w Polsce, na Węgrzech i w Szwecji, oparto na koncepcji wielofilarowości, łącząc elementy repartycji z kapitalizacją, co – jak się ocenia w literaturze przedmiotu – oznacza rozłożenie odpowiedzialności za skutki ryzyka starości (Pierson, Leibfried 1995; M. Żukowski 2005).

Te bardzo istotne zmiany w krajowych systemach emerytalnych nie są w dostatecznym stopniu uwzględnione ani w obecnych zasadach koordynacji, ani też w nowych. Konieczne zatem jest podjęcie badań, które uwzględniłyby zmiany w krajowych systemach w procesie wspólnotowej koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.

## 6. Problemy na przyszłość

Prawny, społeczno-ekonomiczny i polityczny kontekst europejskiej koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego zmienił się w istotny sposób w ciągu ostatnich lat.

- Wprowadzono obywatelstwo unijne, z którym związane określone uprawnienia w dziedzinie zabezpieczenia społecznego, czego przykładem jest powszechny zakres osobowy koordynacji. Objęto nim także obywateli państw trzecich legalnie mieszkających w państwach członkowskich.

Rozwój praw opartych na koncepcji obywatelstwa europejskiego niesie ze sobą wiele istotnych pytań, m.in.:

- 1) Jaka powinna być relacja między nimi a prawami uzyskiwanymi z tytułu zatrudnienia lub pracy na własny rachunek?
- 2) Czy zakres tych praw nie wpłynie na ograniczenie dostępu do krajowego systemu zabezpieczenia społecznego, a w szczególności do pomocy społecznej?

Rozszerzająca interpretacja tych praw dokonywana przez ETS jest przyjmowana krytycznie przez państwa bogate, broniące się przed dopuszczaniem do swojego systemu osób, które w żaden sposób nie przyczyniają się do wzrostu PKB, a wręcz przeciwnie – uszczuplają dochody państwa przez pobieranie świadczeń czy uzyskiwanie innej pomocy finansowej. Wysuwana jest teoria „równania w dół” o obniżeniu poziomu ochrony w krajowych systemach zabezpieczenia społecznego z powodu koordynacji (J. Kvist).

- Poszerzenie Unii o 12 nowych państw wpłynęło na przyspieszenie prac i negocjacji nad przyjęciem nowych rozwiązań w rozporządzeniu nr 883/2004.

Jednak w wielu obszarach te nowe rozwiązania nie uwzględniają wyzwań, jakie muszą być podjęte przez państwa członkowskie, np. zmiany demograficzne i starzenie się populacji, zmiany w strukturze rodziny.

- Różne aspekty systemów zabezpieczenia społecznego są w większym stopniu przedmiotem debat i dyskusji politycznych, czego przykładem było porozumienie polityczne dotyczące europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego.

Potrzeba, aby takie debaty były podejmowane w państwach członkowskich na podstawie rzetelnej analizy diskutowanych tematów.

Realizacja zasady swobodnego przepływu osób jest ściśle łączona z zasadą swobody przepływu usług i towarów.

W dziedzinie zabezpieczenia społecznego szczególne wyzwania pojawiły się w zakresie usług i świadczeń zdrowotnych. Ze swobody świadczenia usług i swobody przepływu towarów wywodzone jest bowiem prawo do korzystania ze świadczeń i usług medycznych na terytorium całej Unii, z zachowaniem prawa do uzyskania ich finansowania przez system zabezpieczenia, do którego się należy (orzeczenie C-120/95 Decker, C-158/96 Kohll).

Powstaje więc pytanie dotyczące przesłanek i zakresu uprawnień osób przemieszczających się – jako ubezpieczonych i jako obywateli UE – korzystających ze swobody przepływu oraz o relacje między koordynacją systemów a swobodą świadczenia usług i przepływu towarów.

Istotne są także skutki finansowe dla krajowych systemów, zwłaszcza państw biedniejszych, które muszą zwracać koszty udzielonych świadczeń, szczególnie że nadal występuje duża dysproporcja między poszczególnymi krajami w zakresie ceny tych usług i świadczeń.

Korzystanie z prawa do swobodnego przepływu nie może być jednak ograniczone z tego powodu, że system krajowy, do którego należy ubezpieczony, nie ma procedur czy cenników lub ma inne problemy finansowe.

Oznacza to, że obywatele państw członkowskich nie można pozbawić możliwości korzystania ze swobody przepływu usług w zakresie transgranicznej opieki medycznej (orzeczenie C-385/99 Müller-Fauré).

Dla równowagi trzeba mieć także na uwadze bezpieczeństwo finansowe państw członkowskich i ich systemów opieki zdrowotnej.

Koordynacja służy realizacji celów europejskiej przestrzeni społecznej, w tym zapewnieniu warunków do swobodnego przepływu osób. Pojawia się jednak wiele nowych pytań i problemów, które wymagają nie tylko dyskusji, ale i pogłębionych prac analitycznych, które pozwoliłyby Unii Europejskiej na skuteczniejsze działanie w obszarze polityki społecznej.

Rozwiązania koordynacyjne wpływają w sposób istotny na modyfikacje i reformy krajowych systemów zabezpieczenia społecznego. Z jednej strony wymagają zmian o charakterze dostosowawczym do rozwiązań wspólnotowych – np. zasada równego traktowania oznacza, że osoby, do których mają zastosowanie przepisy wspólnotowe podlegają tym samym obowiązkom i korzystają z tych samych uprawnień co obywatele rodzimi. Zakazana jest dyskryminacja ze względu na obywatelstwo. Natomiast sumowanie okresów zatrudnienia, ubezpieczenia i zamieszkania uniezależnia systemy zabezpieczenia społecznego od norm terytorialnych i podkreśla, że prawo do świadczeń jest prawem podmiotowym i nie zależy od miejsca, w którym się przebywa.

Z drugiej strony wpływają na ich rozwój poprzez konieczność uwzględnienia nowych wyzwań, które stoją przed systemami krajowymi objętymi wspólnotową koordynacją.

W przypadku polskiego systemu do takich wyzwań należy starzenie się ludności i potrzeba uwzględnienia postulatów sformułowanych w unijnych zaleceniach i strategiach dotyczących ochrony społecznej w okresie starości. W szczególności:

- 1) zagwarantowanie minimalnych środków utrzymania osobom w podeszłym wieku;
- 2) podjęcie odpowiednich działań w systemie zabezpieczenia społecznego, z uwzględnieniem szczególnych potrzeb osób w podeszłym wieku, jeżeli są one zdane na opiekę i usługi innych osób (np. świadczenia i usługi pielęgniarstwa);
- 3) podejmowanie różnych działań w celu usunięcia przeszkód w kontynuowaniu pracy przez osoby, które osiągnęły minimalny wiek, w którym powstaje prawo do świadczeń emerytalnych, z uwzględnieniem sytuacji na rynku pracy oraz sytuacji demograficznej;
- 4) dostosowanie systemów emerytalnych do zachowań i struktur rodzinnych;
- 5) podjęcie działań w celu rozwoju dodatkowych i uzupełniających systemów emerytalnych, przy jednoczesnym zachowaniu podstawowej roli ustawowych systemów emerytalnych.
- 6) konieczność prac mających na celu zmiany obecnych zasad dotyczących wieku przechodzenia na emeryturę:
  - a) regulacje wspólnotowe nie nakazują wprowadzenia w systemach ustawowych jednakowego wieku emerytalnego;
  - b) obowiązek ten dotyczy systemów dodatkowych i uzupełniających (dyrektywa nr 2006/54);
  - c) w państwach UE wprowadzono jednakowy wiek albo proces ten jest w toku. W niektórych zachowano zróżnicowanie dotychczasowych rozwiązań;
  - d) w Polsce konieczne jest także podjęcie działań w kierunku podniesienia ustawowego i faktycznego wieku przechodzenia na emeryturę, a przede wszystkim wprowadzenia elastycznych rozwiązań w tym zakresie. Te ostatnie powinny być oparte na prawie przejścia na emeryturę od ustalonej granicy wieku dla kobiet i mężczyzn.

## LITERATURA

- Ancel M., Znaczenie i metody prawa równowagi, Warszawa 1979.
- Anioł W., Polityka socjalna Unii Europejskiej, Warszawa 2003a.
- Anioł W., Europejska polityka społeczna, Warszawa 2003b.
- Biała księga 2003, część VI „Nowy model społeczny”, Polskie Forum Strategii Lizbońskiej, Gdańsk–Warszawa 2003.
- Bińczycka-Majewska T., Koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego w Unii Europejskiej, Zakamycze 1999.
- Bińczycka-Majewska T., Międzynarodowe uwarunkowania polskiego systemu zabezpieczenia społecznego, w: Księga jubileuszowa prof. T. Zielińskiego. Prawo pracy a wyzwania XXI wieku, Warszawa 2002.
- Blanpain R., The European Union Employment. Social Policy and the Law, w: R. Blanpain (ed.), Institutional Changes and European Social Policies After the Treaty of Amsterdam, Deventer 1999.
- Ewans A., Prawo integracji europejskiej, część pierwsza, Warszawa 1996.
- Głąbicka K., Polityka społeczna w Unii Europejskiej. Aspekty aksjologiczne i empiryczne, Warszawa 2001.
- Golinowska S., Boni M., red., Nowe dylematy polityki społecznej, Raporty CASE nr 65, Warszawa 2006.



- Halizak E., red., *Polityka zagraniczna i wewnętrzna państwa w procesie integracji europejskiej*, Warszawa-Bydgoszcz 2004.
- High Level Group (2004).
- Jorens Y., *Zmiana polityki społecznej w Unii Europejskiej*, „Polityka Społeczna” nr 3, 2005a.
- Jorens Y., *Otwarta metoda koordynacji jako standardowy instrument uzgodnieniowy*, „Polityka Społeczna” nr 3, 2005b.
- Kamiński I.C., *Unia Europejska. Podstawowe akty prawne*, Warszawa 2004a.
- Kamiński I.C., *Zmiany wprowadzone w Amsterdamie*, w: I.C. Kamiński, *Unia Europejska. Podstawowe akty prawne*, Warszawa 2004b.
- Kamiński I.C., *Zmiany przyjęte w Nicei*, w: I.C. Kamiński, *Unia Europejska. Podstawowe akty prawne*, Warszawa 2004c.
- Kraus K., Geisen Th., Piątek K., red., *Państwo socjalne w Europie. Historia – rozwój – perspektywy*, Toruń 2005.
- Kvist J., *Does EU enlargement start a race to the bottom? Strategic interaction among EU member state in social policy*, “Journal of European Social Policy” nr 3, 2004.
- Matey M., *Europejskie prawo pracy*, w: R. Blanpain, M. Matey, *Europejskie prawo pracy w polskiej perspektywie*, Warszawa 1993.
- Matey M., *Praca i polityka socjalna w regulacjach europejskich*, w: M. Matey, red., *Nowy ład pracy w Polsce i w Europie*, Warszawa 1997.
- Maydell B.V. et al., *Enabling Social Europe*, Springer 2006.
- Pierson P., Leibfried S., *The Dynamics of Social Policy Integration*, w: Pierson P., Leibfried S. (red.), *European Social Policy. Between Fragmentation and Integration*, Waszyngton 1995.
- Pennings F., *Introduction to European social security law*, London–Boston 1998.
- Ross G., *Jacques Delors and European Integration*, Cambridge 1995.
- Rysz-Kowalczyk B., red. nauk. (2001) *Leksykon polityki społecznej*, Warszawa 2001.
- Schilz-Nieswand E., *Sozialpolitik im EG-Binnenmarkt*, Köln 1990.
- Świątkowski A., *Europejskie prawo socjalne*, tom I, II, III, Warszawa 1998.
- Uścińska G., *Europejskie standardy zabezpieczenia społecznego a współczesne rozwiązania polskie* 2005.
- Zacher H.F., *Zarys prawa socjalnego Republiki Federalnej Niemiec*, Wrocław 1985.
- Zielona Księga* (1997).
- Żukowski M., *Reformy emerytalne w Europie*, Poznań 2005.
- Żukowski M., *Wielostopniowe systemy zabezpieczenia emerytalnego w Unii Europejskiej i w Polsce. Między państwem a rynkiem*, Poznań 1997.

### **III. STANOWISKO RZĄDOWEJ RADY LUDNOŚCIOWEJ W SPRAWIE „STARZENIE SIĘ LUDNOŚCI POLSKI A ZABEZPIECZENIE SPOŁECZNE”**

W ostatnich latach szybkiemu rozwojowi ulega proces starzenia się ludności kraju. W 2006 r. liczba osób w wieku poprodukcyjnym wynosiła 5983 tys., co stanowi 15,7% ogółu populacji. W najbliższym okresie jego skutki w coraz większym stopniu dotykać będą Polskę. Według prognozy GUS liczba osób w wieku poprodukcyjnym może zwiększyć się do 9,6 mln w 2030 r. Z analizy sytuacji demograficznej i funkcjonowania rodzin wynika, że postępującemu procesowi starzenia się społeczeństwa towarzyszy spadek współczynnika urodzeń, emigracja młodszych roczników, utrzymujące się duże zróżnicowanie społeczne i przestrzenne, pogorszenie warunków bytu wielu rodzin. Zjawiska te zagrażają rozwojowi demograficznemu, co wymaga reakcji podmiotów odpowiedzialnych za politykę ludnościową i społeczną.

Powstała sytuacja dotyczy wszystkich dziedzin polityki społecznej zajmującej się poszczególnymi grupami ludności (dzieci, młodzież, pracujący, osoby starsze, niepełnosprawni).

Zachodzące obecnie przemiany demograficzne wymuszają działania wymagające przede wszystkim dokładnego empirycznego rozpoznania istniejącego stanu, a następnie zaplanowania i realizacji odpowiednich działań zmierzających do poprawy sytuacji poprzez rozwiązania w polityce ludnościowej, a szerzej polityce społecznej państwa.

Starzenie się obejmuje też zasoby pracy – maleje udział ludności w młodszym wieku produkcyjnym. Wobec wydłużania się przeciętnego trwania życia kobiet i mężczyzn należy tworzyć warunki do dłuższej aktywności zawodowej, co wiąże się z wykorzystaniem zasobów pracy w starszym wieku.

Warunkiem jest tu jednak utrzymywanie się starszej generacji (60+) w dobrej kondycji zdrowotnej i fizycznej, co w dużym stopniu zależy od dostępności i jakości usług medycznych i społecznych. Ważną rolę może również odegrać odpowiedni system zabezpieczenia społecznego, w tym emerytalno-rentowy, zachęcający do przedłużonej aktywności zawodowej. Istotne są również (i będą) rozwiązania dotyczące systemów emerytalnych na terenie całej UE i ich wzajemne powiązania wynikające ze swobodnego przepływu pracobiorców i pracodawców.

Polityka ludnościowa i społeczna państwa powinny być oparte na zasadzie solidarności międzypokoleniowej będącej filarem w budowie systemu wsparcia tych struktur społecznych, które mają zasadniczy wpływ na kształtowanie współczesnej sytuacji rozwoju demograficznego. Powinno to sprzyjać osiągnięciu wyższej spójności społecznej, która w świetle strategii ludnościowej jest głównym celem polityki społecznej UE.

W tej sytuacji konieczne jest opracowanie programu przygotowującego gospodarkę i społeczeństwo do funkcjonowania w starzejącym się społeczeństwie.

W opinii Rządowej Rady Ludnościowej konieczne jest podjęcie następujących działań i ich realizację:

- Kształtowanie skutecznej polityki rodzinnej w celu poprawy poziomu urodzeń oraz warunków opieki nad dziećmi.
- Poprawa kondycji zdrowotnej populacji poprzez skuteczną opiekę zdrowotną i rozbudowę infrastruktury medycznej i społecznej.
- Zagwarantowanie niezbędnych środków utrzymania osobom w podeszłym wieku poprzez skuteczny system zabezpieczenia społecznego (ochrona zdrowia, ubezpieczenia społeczne, rehabilitacja społeczno-zawodowa osób niepełnosprawnych oraz pomoc społeczna).
- Tworzenie warunków w celu zwiększenia aktywności zawodowej osób w wieku około emerytalnym, co spowoduje podwyższenie świadczeń emerytalnych.
- Rozbudowa infrastruktury społeczno-gospodarczej ułatwiającej funkcjonowanie rodzin i osób starszych w celu zaspokajania ich potrzeb.
- Podjęcie działań w celu umożliwienia rozwoju dodatkowych i uzupełniających systemów emerytalnych, przy jednoczesnym zachowaniu podstawowej roli obowiązkowego/powszechnego systemu emerytalnego. Konieczne jest wzmacnianie świadomości ubezpieczeniowej społeczeństwa.
- Badanie rozmiarów i skutków migracji zagranicznych i uwzględnianie ich znaczenia oraz tworzenie mechanizmów i instrumentów zmniejszających skłonność do emigracji

Przedstawione stanowisko Rządowej Rady Ludnościowej powinno stanowić ważny punkt odniesienia do wypracowania rozwiązań prawnych, finansowych, organizacyjnych oraz edukacyjnych w wymienionych obszarach działań. W procesie przygotowania kompleksowego programu polityki Rządu wobec ludności trzeciego wieku istotne znaczenie miałyby uwzględnienie dorobku analitycznego i diagnostycznego innych środowisk, w tym prac Rządowej Rady Ludnościowej zawartych w materiałach programowych I Kongresu Demograficznego oraz w „Założeniach polityki ludnościowej w Polsce” opracowanych przez szerokie zespoły ekspertów i przyjętych przez RRL w 2005 roku. Rządowa Rada Ludnościowa opowiada się za kontynuacją prac nad kompleksowym programem polityki ludnościowej wspartej rozwiązaniami ustawowymi.

*Warszawa, 23.04. 2008 r.*

# **IV. BEZPIECZEŃSTWO ZDROWOTNE LUDNOŚCI POLSKI**

## **IV.1. BEZPIECZEŃSTWO ZDROWOTNE LUDNOŚCI POLSKI W OCENIE MINISTRA ZDROWIA**

**Ministerstwo Zdrowia  
Warszawa, kwiecień 2008 r.**

### **SPIS TREŚCI**

Wprowadzenie

#### **I. Zagrożenia o charakterze epidemiologicznym**

1. Sytuacja demograficzna i epidemiologiczna
2. Kluczowe problemy zdrowotne
3. Programy polityki zdrowotnej realizowane przez ministra zdrowia

#### **II. Działania na rzecz ochrony zdrowia publicznego realizowane przez państwową inspekcję sanitarną**

#### **III. Funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w odniesieniu do bezpieczeństwa zdrowotnego Polski**

1. Struktura świadczeniodawców
2. Finansowanie systemu ochrony zdrowia
3. Zmiana organizacji pracy po wejściu w życie nowelizacji Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej

#### **IV. Informacja o zadłużeniu oraz płynności finansowej Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej na dzień 31 grudnia 2007 r.**

#### **V. Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych**

1. Narodowy Fundusz Zdrowia
2. Minister zdrowia
3. Pozostali ministrowie

Podsumowanie

## Wprowadzenie

Oceniając gwarancje bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców Polski można odnieść się do wielu aspektów tego bardzo szerokiego problemu. Pierwszym z nich jest to, czy epidemiologia obserwuje nasilenie bardzo niekorzystnych zjawisk w stanie zdrowia społeczeństwa naszego kraju, które są symptomem zachwiania bezpieczeństwa zdrowotnego. W tym zakresie również można analizować pojawienie się zagrożeń wystąpienia niebezpiecznych chorób zakaźnych w innych częściach świata, które mogą również stanowić zagrożenie dla ludności Polski, takich jak choćby nagłaśniany przez media problem zagrożenia ptasią grypą. To, że oceniane przez specjalistów realne zagrożenie wystąpieniem tych chorób jest bardzo niewielkie, nie oznacza, że nie należy podejmować w tym zakresie żadnych działań prewencyjnych.

Do zagadnienia tego można też odnieść się w aspekcie organizacji systemu udzielania świadczeń zdrowotnych tak, by system ten był przygotowany do zaspokajania potrzeb zdrowotnych w sytuacji stojącej przed nami istotnej zmiany struktury demograficznej społeczeństwa w wyniku jego starzenia się. Nie można także pominąć problemu zaostrzających się protestów pracowników ochrony zdrowia i tego, czy protesty te mogą wpłynąć na zachwianie bezpieczeństwa zdrowotnego.

Przy dokonywaniu jego oceny należy zwrócić uwagę, że poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego ma charakter subiektywny – brak jest bowiem obiektywnej definicji bezpieczeństwa zdrowotnego. Należy zatem przyjąć, że w prowadzonej analizie odniesiemy się do oceny sytuacji epidemiologicznej oraz funkcjonowania systemu ochrony zdrowia i wynikających stąd zagrożeń dla bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków, rozumianego jako ryzyka istotnego wzrostu zachorowań bądź ograniczenia możliwości uzyskania pomocy w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia.

## 1. Sytuacja demograficzna i epidemiologiczna

Z informacji podawanych przez Główny Urząd Statystyczny wynika, że liczba ludności Polski pod koniec 2007 r. wynosiła 38 115 tys. osób i zmniejszyła się w ciągu tego roku o ponad 10 tys. – tempo przyrostu ludności wynosiło -0,03. Mimo to rok 2007 był drugim rokiem dodatniego przyrostu naturalnego i wyniósł prawie 11 tys. osób. Demografowie odnotowali istotny wzrost liczby urodzin skutkujący dodatnim przyrostem naturalnym, pomimo występującego jednocześnie przyrostu liczby zgonów.

Obserwowe zmniejszanie się liczby ludności powoduje charakterystyczne dla ludności Polski i obserwowane w całym okresie powojennym ujemne saldo migracji zagranicznych.

Istotne z punktu widzenia ochrony zdrowia są obserwowane zmiany w płodności kobiet. I tak największa płodność kobiet przesunęła się z grupy wiekowej 20-24 lata do grupy 25-29. Jednocześnie średni wiek kobiet rodzących dzieci wzrósł z 26 lat w połowie lat 90. do 27,6 lat, a średni wiek urodzenia pierwszego dziecka odpowiednio z 23 lat do 25,6.

Tendencją istotną dla organizatorów ochrony zdrowia jest wzrost poziomu wykształcenia matek (odsetek matek z wykształceniem wyższym wzrósł z 6% do 29%), zmniejszanie się wśród matek liczby kobiet z wykształceniem podstawowym lub bez wykształcenia (z 18% do 8% w porównaniu do sytuacji z połowy lat 90.) oraz zwiększanie się liczby dzieci rodzących się w związkach pozamałżeńskich – odsetek ten jest zdecydowanie wyższy w mieście niż na wsi.

Należy także zauważyć, że chociaż nadal zdecydowanie więcej dzieci rodzi się na wsi niż w miastach, to występujący gwałtowny wzrost urodzin wyraźniej dotyczył ludności miejskiej niż wiejskiej.

Według wstępnych raportów przedstawionych przez GUS, współczynnik umieralności w Polsce wyniósł 9,9 promila, co oznacza jego nieznaczny wzrost w stosunku do roku ubiegłego. Demografowie określają, że może to wskazywać na początek procesu stabilizacji sytuacji demograficznej w Polsce.

Główne przyczyny zgonów w naszym kraju to choroby układu krążenia, choroby nowotworowe oraz urazy i zatrucia. Zarówno przyczyny zgonów, jak i obserwowane w tym zakresie tendencje są niezmiennie od kilku lat.

Chociaż umieralność z powodu chorób układu krążenia jest nadal pierwszą przyczyną zgonów, jej udział w ogólnej liczbie zgonów stale i systematycznie maleje – z 52% pod koniec lat 90. do 45,5% w roku 2006. Jednocześnie istotnie rośnie w tej liczbie udział zgonów kobiet. Nie można natomiast stwierdzić poprawy sytuacji w odniesieniu do drugiej w naszym kraju przyczyny umieralności, czyli chorób nowotworowych – przy wzroście umieralności z powodu chorób nowotworowych z 18% w roku 1990 do 24,8% w 2006 r. jednocześnie rośnie liczba nowych zachorowań.

Poprawę w zakresie umieralności obserwujemy natomiast w odniesieniu do urazów i zatruc. Obecnie stanowią one 6,8% wszystkich zgonów, podczas gdy w na początku lat 90. odsetek ten wynosił 7,6%. Ta przyczyna zgonów nadal przede wszystkim dotyka mężczyzn niż kobiety.

Jeżeli przyjrzymy się miernikowi kondycji zdrowotnej społeczeństwa, jakim jest umieralność niemowląt, to, mimo wzrostu liczby zgonów dzieci poniżej 1 roku życia wyrażanej w liczbach rzeczywistych, w sytuacji wzrostu liczby urodzin mamy do czynienia z malejącym współczynnikiem umieralności niemowląt. Wyniósł on w 2007 r. 5,9 promila, czyli o 0,1 pkt. mniej niż w roku poprzednim. Podobnie korzystną sytuację obserwujemy w odniesieniu do umieralności okołoporodowej.

System monitorowania występowania chorób zakaźnych i zatruc w naszym kraju prowadzony przez stacje sanitarno-epidemiologiczne i Państwowy Zakład Higieny nie wskazuje na istotne zmiany w zapadalności na te choroby w Polsce.

Od wielu lat, z roku na rok, zwiększa się liczba osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych. W ciągu 15 lat, tj. od roku 1990 do roku 2004, wskaźnik rozpowszechnienia leczonych w opiece ambulatoryjnej wzrósł o 131% (z 1629 do 3763 na 100 tys. ludności), a wskaźnik rozpowszechnienia hospitalizacji – o 45% (z 362 do 526 na 100 tys. ludności).

Drugą istotną w tym zakresie kategorię wskaźników, odnotowującą znacznie większy wzrost niż wskaźniki rozpowszechnienia, stanowią wskaźniki zapadalności (tzn. zgłaszających się po raz pierwszy do leczenia w danym roku). Między rokiem 1990 a 2004 wskaźnik zapadalności w lecznictwie ambulatoryjnym wzrósł o 136% (z 444 do 1046 na 100 tys. ludności), a w lecznictwie całodobowym – o 84% (z 129 do 237 na 100 tys. ludności).

Przeprowadzone przez Główny Urząd Statystyczny w 2004 r. badania stanu zdrowia Polaków („Stan zdrowia ludności polski w roku 2004”) wskazują, że subiektywny stan zdrowia Polaków poprawił się w sposób istotny w ciągu ostatnich 8 lat. Poprawa oceny stanu zdrowia dotyczyła wszystkich grup wiekowych, osób obojczy płci. W 1994 poniżej poziomu dobrego oceniło swoje zdrowie 45% mieszkańców Polski, a w 2004 r. 39%. W grupie wiekowej pomiędzy 30 a 60 rokiem życia poprawa oceny wynosiła 16–17%. Nie była ona już tak duża w grupie osób 70-letnich i starszych – mimo to wzrosła o 4 punkty.

W badaniu zaobserwowano też zmniejszenie się niekorzystnego dystansu w samoocenie stanu zdrowia pomiędzy miastem i wsią. Nadal jednak utrzymuje się istotne zróżnicowanie geograficzne w ocenie stanu zdrowia – i tak gorzej swój stan zdrowia oceniają osoby zamieszkałe w województwach: łódzkim, lubuskim, dolnośląskim i podlaskim, natomiast lepiej mieszkańcy województw: opolskiego i zachodniopomorskiego.

W badaniu samooceny stanu zdrowia mieszkańcy Polski w wieku 15 lat i więcej najczęściej uskarżali się na takie choroby przewlekłe, jak:

- nadciśnienie tętnicze – 17% ogółu populacji;
- choroby kręgosłupa lub dyskopatia – 15,55%;
- choroby stawów zapalne i zwyrodnieniowe – 13,8%;
- choroba wieńcowa – 8,6 %;
- migrena lub częste bóle głowy – 8%;
- nerwica lub depresja – 7,4%.

## 2. Kluczowe problemy zdrowotne

Sytuacja epidemiologiczna i stan zdrowia ludności Polski został szczegółowo przeanalizowany w czasie prac nad „Narodowym programem zdrowia” na lata 2007-2015. Program ten został przyjęty uchwałą Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r. W programie tym podsumowano działania konieczne do osiągnięcia głównego celu, jaki został mu postawiony – jest nim **„Poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszanie nierówności w zdrowiu”**.

Cel ten ma być osiągnięty poprzez:

- kształtowanie prozdrowotnego stylu życia społeczeństwa;
- tworzenie środowiska życia, pracy i nauki sprzyjających zdrowiu;
- aktywizowanie jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych do działań na rzecz zdrowia.

Kluczowe problemy zdrowotne zostały określone w sposób następujący:

- zachorowalność i przedwczesna umieralność z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu;
- zachorowalność i przedwczesna umieralność z powodu nowotworów złośliwych;
- urazy powstałe w wyniku wypadków i ich skutki;
- zaburzenia psychiczne;
- przedwczesna zachorowalność i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego;
- zachorowalność i przedwczesna umieralność z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego;
- nasilenie występowania chorób zakaźnych i zakażeń;
- różnice społeczne i terytorialne w stanie zdrowia populacji.

Zdiagnozowane w ten sposób zagrożenia i kluczowe problemy zdrowotne naszego społeczeństwa przyczyniły się do wypracowania w ramach „Narodowego programu zdrowia” kolejnych celów strategicznych i demograficznych, które mają łączyć działania wielu podmiotów w celu zapobiegania tego typu zagrożeniom. Zobowiązano też Państwowy Zakład Higieny do stałego monitorowania realizacji „Narodowego programu zdrowia”.

W zakresie tych działań mieszczą się również opracowane i realizowane przez ministra zdrowia programy polityki zdrowotnej.

### 3. Programy polityki zdrowotnej realizowane przez ministra zdrowia

W 2008 r. kontynuowane są kompleksowe działania wynikające z dokonanych analiz sytuacji zdrowotnej i demograficznej społeczeństwa oraz przyjętych priorytetów polityki zdrowotnej państwa. Szczególny akcent położono na działania, których celem jest dążenie do regionalnego wyrównania dostępu do świadczeń zdrowotnych – w tym w zakresie kardiologii i onkologii. W związku z tym kontynuowane będą zadania umożliwiające rozwój infrastruktury niezbędnej w leczeniu nowotworów i patologii układu krążenia.

Następuje intensyfikacja działań o charakterze profilaktycznym. Programy zostały ukierunkowane na walkę z chorobami układu krążenia oraz chorobami nowotworowymi, stanowiącymi główną przyczynę umieralności w Polsce.

W 2008 r. przewidziano do realizacji 14 programów – przeznaczono na nie środki w wysokości 601 901 tys. zł, w tym na wydatki bieżące 357 301 tys. zł i na wydatki majątkowe – 244 600 tys. zł.

Środki stanowiące wydatki majątkowe są przeznaczone głównie na zakup i odtworzenie wysokospecjalistycznego sprzętu i aparatury medycznej, stosowanej w lecznictwie onkologicznym oraz aparatury stosowanej w lecznictwie kardiologicznym i kardiochirurgicznym.

Wykaz programów zaplanowanych do realizacji w 2008 r. przedstawia tabela 1.

**Tabela 1. Programy polityki zdrowotnej realizowane w 2008 r.**

Lp.	Nazwa programu	Ogółem wydatki	w tym: (w tys. zł)	
			bieżące	majątkowe
1	Program badań przesiewowych noworodków w Polsce	11 000	11 000	0
2	Samowystarczalność Polski w zakresie zaopatrzenia w bezpieczną krew, jej składniki i produkty krwiopochodne na lata 2005–2008	70 151	70 151	0
3	Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych	250 000	60 000	190 000
4	Narodowy program profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego na lata 2006–2008	55 000	15 000	40 000
5	Narodowy program ochrony antybiotyków w Polsce	600	600	0
6	Psychiatryczna opieka zdrowotna	8000	0	8000
7	Narodowy program leczenia hemofilii na lata 2005–2011	113 000	113 000	0
8	Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce	84 000	84 000	0
9	Program prewencji i leczenia cukrzycy w Polsce na lata 2006-2008	600	600	0
10	Program eliminacji niedoboru jodu 2006–2008	500	500	0
11	Program kompleksowej diagnostyki terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu jako element poprawy stanu zdrowia płodów i noworodków	500	500	0
12	Narodowy program rozwoju medycyny transplantacyjnej na lata 2006–2009	8000	1400	6600
13	Program monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej	300	300	0
14	Program zapobiegania otyłości i nadwadze oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym poprzez poprawę żywienia i aktywność fizyczną na lata 2007–2011	250	250	0
<b>Razem</b>		<b>601 901</b>	<b>357 301</b>	<b>244 600</b>

Syntetyczny opis programów, zaplanowanych do realizacji w 2008 r., zawarty jest w załączniku.



## II. DZIAŁANIA NA RZECZ OCHRONY ZDROWIA PUBLICZNEGO REALIZOWANE PRZEZ PAŃSTWOWĄ INSPEKCJĘ SANITARNA<sup>1</sup>

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej działają na podstawie Ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2006 r. Nr 122, poz. 851 z późn. zm.). Państwowa Inspekcja Sanitarna została powołana w celu ochrony zdrowia ludzkiego przed wpływem czynników szkodliwych lub uciążliwych, zapobiegania powstawaniu chorób, w tym chorób zakaźnych i zawodowych. Zajmuje się nadzorem nad warunkami higieny środowiska, higieny pracy w zakładach pracy, higieny radiacyjnej, higieny procesów nauczania i wychowania, higieny wypoczynku i rekreacji, zdrowotnymi żywności, żywienia i przedmiotów użytku czy higieniczno-sanitarnymi, jakie powinien spełniać personel medyczny, sprzęt oraz pomieszczenia, w których są udzielane świadczenia zdrowotne. Jednostki organizacyjne Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykonują wymienione zadania, sprawując zapobiegawczy i bieżący nadzór sanitarny oraz prowadząc działalność zapobiegawczą i przeciwepidemiczną w zakresie chorób zakaźnych, a także działalność w zakresie promocji zdrowia. Skala realnych i potencjalnych zagrożeń decyduje o tym, jakie czynniki środowiskowe powinny być przedmiotem systematycznego nadzoru i wynikających z nich działań represyjnych i interwencyjnych.

Dostęp do wiarygodnych i możliwie kompletnych danych we wszystkich obszarach objętych nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej jest możliwy dzięki sprawnie działającej bazie laboratoryjnej. Laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykonujące badania w szerokim zakresie (badania żywności, wody, materiału pobranego od pacjenta, różnego rodzaju badania środowiskowe i inne), dysponujące wykwalifikowaną kadrą, odpowiednio przygotowaną infrastrukturą, w tym nowoczesną aparaturą, stanowią istotny instrument nadzoru. Świadectwem kompetencji laboratoriów są certyfikaty akredytacji, które posiada większość z nich, w tym wszystkie działające w ramach Zintegrowanego Systemu Badania Żywności. Laboratoria włączone do ww. systemu zostały notyfikowane w Unii Europejskiej. Zakres akredytacji ulega stałemu poszerzaniu o nowe metody badawcze – rozwijane były możliwości diagnozowania chorób zakaźnych obecnie w Polsce niewystępujących i nieobjętych nadzorem epidemiologicznym lub występujących sporadycznie.

Sytuację epidemiologiczną chorób zakaźnych w Polsce w ostatnich latach należy ocenić jako dobrą. Obserwowany wzrost zachorowań na niektóre choroby zakaźne, podobnie jak w latach ubiegłych, miał charakter sezonowy lub był kontynuacją trendów wieloletnich obserwowanych wcześniej. Działania, oparte na bieżącej analizie sytuacji epidemiologicznej i epizootycznej na całym świecie, dotyczyły przede wszystkim przygotowań do kolejnej pandemii grypy. W Polsce przygotowania te kontynuowane były w ramach Krajowego Komitetu ds. pandemii grypy. Uaktualniony został, zgodnie z rekomendacjami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), Komisji Europejskiej (EC), Europejskiego Centrum Kontroli i Prewencji Chorób (ECDC), Krajowy Plan Działań dla Polski na wypadek wystąpienia kolejnej pandemii grypy. Plan ten jest systematycznie aktualizowany. Kwestia, na którą PIS zwróciła w ostatnim czasie szczególną uwagę, to zapobieganie szerzeniu się zakażeń wirusem zapalenia wątroby typu C (HCV). Jednym z działań zapobiegawczych była realizacja kampanii pt. „HCV można pokonać” zainicjowanej przez Polską Grupę Ekspertów HCV. Pilotażowy program edukacyjny zrealizowany został dla kierownictwa oraz personelu medycznego ZOZ na terenie pięciu województw: opolskiego, wielkopolskiego, małopolskiego, kujawsko-pomorskiego oraz mazowieckiego. Szkolenia miały charakter kaskadowy i odbywały się na poziomie wojewódzkim, powiatowym oraz wewnątrzzakładowym. W ramach projektu prawie 84 000 pracowników medycznych zatrudnionych w około 6800 placówkach opieki zdrowotnej zostało przeszkolonych z zakresu profilaktyki, diagnostyki i leczenia zakażeń HCV. W wyniku przeprowadzonych szkoleń już w roku 2006 zwiększyła się zgłaszalność zakażeń typu HCV w województwach, w których je przeprowadzono.

Zachorowania na wirusowe zapalenia wątroby typu A (WZW A) występują obecnie sporadycznie. Spadek liczby zachorowań był możliwy dzięki wprowadzeniu szczepień ochronnych oraz prowadzonym działaniom na rzecz zwiększenia świadomości społecznej o zagrożeniu i sposobach uniknięcia zakażenia. Dzięki podobnym działaniom prewencyjnym obniża się stopniowo zachorowalność na wirusowe zapalenie wątroby typu B (WZW B). Odnotowano istotny spadek liczby zachorowań na choroby wieku dziecięcego: nagminne zapalenie przyusznicy (świniekę) oraz krztusiec. Utrzymujący się ciągle spadek liczby zachorowań

<sup>1</sup> Na podstawie informacji przekazanych przez Głównego Inspektora Sanitarnego.

na krztusiec oraz świnkę może być spowodowany wprowadzeniem do kalendarza szczepień ochronnych szczepień przypominających, ale może być również wynikiem cyklicznej zmienności liczby zachorowań na te choroby. Przykładem chorób cechujących się występującą co kilka lat, powtarzającą się zmiennością liczby zachorowań są także ospa wietrzna i różyczka. Mimo konsekwentnie realizowanych szczepień ochronnych przeciwko różyczce w populacji dzieci i młodzieży, liczba zachorowań w roku 2006 sięgnęła 20 668, w porównaniu z 7946 przypadkami w roku 2005. Polska aktywnie uczestniczyła również we wszystkich działaniach zmierzających do eliminacji różyczki wrodzonej. Przy znaczącym udziale ekspertów z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny – konsekwentnie realizowane są w kraju programy zainicjowane przez Światową Organizację Zdrowia: eradykacji polio-mielitis i eliminacji odry.

Państwowa Inspekcja Sanitarna systematycznie kontynuuje działania zmierzające do wprowadzania w „Programie szczepień ochronnych” (PSO) zmian, które znacząco wpłynęłyby na jakość wykonywanych szczepień ochronnych, m.in. poprzez wprowadzenie do PSO nowoczesnych preparatów skojarzonych, o niskiej odczynowości, zgodnych z zaleceniami międzynarodowych organizacji zdrowotnych, a tym samym częściowe wyeliminowanie stosowanych dotychczas szczepionek monowalentnych, będących nierzadko źródłem niepożądanych odczynów poszczepiennych. Do realizacji tych zmian niezbędne jest jednak zwiększenie nakładów finansowych z budżetu państwa.

W zakresie bakteryjnych zakażeń ośrodkowego układu nerwowego oraz inwazyjnych zakażeń bakteryjnych (sepsa) od 2006 roku w Polsce notowane są przypadki ogniskowych zachorowań spowodowanych przez wysoce zjadliwy, hiperepidemiczny szczep ST-11 grupy C *Neisseria meningitidis*. Dzięki podjętym przez PIS działaniom nie doszło do rozprzestrzenienia się zakażeń ogniskowych. Pojawiają się natomiast i pojawiać się będą, podobnie jak w innych krajach, pojedyncze przypadki zachorowań. Państwowa Inspekcja Sanitarna na bieżąco monitoruje sytuację epidemiologiczną w kraju i gromadzi oraz analizuje dane o zachorowaniach na inwazyjną chorobę meningokokową w Polsce. Wszystkie wyizolowane szczepy meningokoków są weryfikowane w zakresie rozpoznania ich serotypu przez laboratorium Krajowego Ośrodka Referencyjnego do Spraw Diagnostyki Bakteryjnych Zakażeń Ośrodkowego Układu Nerwowego w Narodowym Instytucie Leków.

Nie obserwowano w roku 2006 wzrostu częstości występowania zatruc i zakażeń pokarmowych. Wśród przyczyn zatruc pokarmowych nadal najczęstszą jest zatrucie wywołane pałeczkami jelitowymi *Salmonella*. Zaobserwowano wzrost liczby zatruc jadem kiełbasianym (toksyną botulinową), co związane jest ściśle ze spożywaniem produktów domowego wyrobu poddanych niewłaściwej obróbce termicznej. Nie zaobserwowano także istotnych zmian w zakresie liczby zgłoszonych przypadków biegunek u dzieci do lat 2. Nadal sporadycznie występowały zakażenia pałeczką czerwonką oraz zachorowania na dur brzuszny i dury rzekome. Na terenie każdego z województw prowadzone są rejestry nosicieli pałeczek duru brzusznego będących potencjalnym źródłem zakażenia. W Głównym Inspektoracie Sanitarnym utrzymywany był stały, 24-godzinny punkt kontaktowy, oparty na łączności e-mail i telefonicznej, włączony do sieci Unii Europejskiej (EWRS – Early Warning and Response System), mający na celu nadzór i szybkie ostrzeżenie o pojawieniu się groźnych chorób zakaźnych. Ponadto kontynuowano działania na poziomie kraju oraz współpracę międzynarodową w zakresie przygotowań do reagowania na wypadek sytuacji kryzysowych, zarówno na poziomie UE, jak i z krajami trzecimi.

W ramach nadzoru nad chorobami zakaźnymi w Polsce w roku 2006 zakończono realizację działań rozpoczętych w roku 2003 i mających na celu modernizację systemu nadzoru epidemiologicznego i kontroli chorób zakaźnych, dostosowanie go do standardów wyznaczonych przez wspólnotową sieć nadzoru opartą na ustawodawstwie Unii Europejskiej. Zrealizowano program komputeryzacji systemu nadzoru epidemiologicznego na terenie całego kraju z unijnych środków przyznanych na ten cel w ramach projektu Phare 2003 „Modernizacja systemu nadzoru epidemiologicznego i kontroli chorób zakaźnych”, a także przeprowadzono szkolenia dla ponad 800 pracowników PIS w zakresie zasad nadzoru epidemiologicznego i nowoczesnych metod analizy epidemiologicznej. W ramach kontynuacji działań modernizacyjnych systemu nadzoru rozpoczęto realizację programu Transition Facility „Wzmocnienie nadzoru epidemiologicznego nad chorobami zakaźnymi w Polsce”.

W wyniku konsekwentnie realizowanej polityki państwa od 2001 r. w zakresie bezpieczeństwa epidemiologicznego zakładów opieki zdrowotnej, poprawia się stopniowo skuteczność systemów kontroli zakażeń szpitalnych, zwiększa się poziom wiedzy i świadomości w tym zakresie zarówno personelu medycznego, jak i menedżerów szpitali. Dzięki corocznym raportom przesyłanym do PIS uzyskano dane na

temat aktualnej sytuacji epidemiologicznej w szpitalach, występowania drobnoustrojów alarmowych w różnych typach oddziałów oraz wykorzystania diagnostyki mikrobiologicznej. W wyniku nadzoru i stwierdzenia zagrożenia epidemiologicznego lub przypadków występowania ognisk chorób zakaźnych u ludzi na terenie Polski, w zakresie właściwości pionu przeciwepidemicznego, podejmowano i doskonalono działania w celu skutecznego postępowania, wygaszania oraz opracowania ognisk. Działania te obejmowały aspekty przeciwepidemiczne, współpracy oraz organizacyjne. Na podstawie ujednoliconych procedur kontroli sanitarnej przeprowadzone zostały ponadto liczne bieżące i planowe kontrole stanu sanitarnohigienicznego placówek lecznictwa otwartego i zamkniętego, publicznego i niepublicznego, w celu wyeliminowania nieprawidłowości, które mogłyby negatywnie skutkować na zdrowie ludzi, a które są związane z możliwością rozprzestrzeniania patogenów chorobotwórczych.

Do działań profilaktycznych należy także m.in. uzgodnienie pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych planów zagospodarowania przestrzennego, programów, strategii, dokumentacji projektowej inwestycji, w celu wprowadzania rozwiązań sprzyjających zdrowiu, pozwalających na ograniczenie wystąpienia ryzyka oraz narażenia na czynniki szkodliwe i uciążliwe w środowisku życia, pracy i nauki. Powyższe czynności są podejmowane pod kątem zapewnienia właściwej jakości powietrza, w tym wewnątrz pomieszczeń, jakości wody przeznaczonej do spożycia, prawidłowych pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych rozwiązań funkcjonalnych obiektów użyteczności publicznej (w tym zakładów opieki zdrowotnej), a także bezpieczeństwa żywności, prawidłowej gospodarki wodno-ściekowej i gospodarki odpadami w miejscu ich powstawania (w szczególności odpadami medycznymi).

Jakość wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi jest monitorowana w 15 619 wodociągów. Najlepszą wodę produkują wodociągi o wydajności powyżej 100 000 m<sup>3</sup>/dobę, która w 98,4% odpowiada wymaganiom rozporządzenia ministra zdrowia.

Pomimo braku rozdziału zatruc pokarmowych pochodzących z żywności i wody, na podstawie nadzoru prowadzonego przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej można stwierdzić, że od lat 70. nie zarejestrowano epidemii pochodzenia wodnego. Stwierdzono natomiast sporadyczne skażenia wody głównie w wodociągach produkujących <100 m<sup>3</sup>/dobę. Czynnikiem były głównie bakterie grupy coli, czego przyczyną było niewłaściwe gospodarowanie gruntami w pobliżu wód wykorzystywanych jako ujęcia wody do spożycia przez ludzi. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej po wykryciu skażenia natychmiast informowały producentów wody i organy samorządowe, które podejmowały działania naprawcze.

Państwowa Inspekcja Sanitarna w zakresie nadzoru nad warunkami higieny środowiska sprawuje kontrolę m.in. nad jakością wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi oraz jakością powietrza atmosferycznego na podstawie danych uzyskanych z Państwowego Monitoringu Środowiska. Sieć monitoringu stężenia pyłu, dwutlenku siarki i dwutlenku azotu obejmuje 224 gminy (ponad 200 miast oraz większość uzdrowisk). Stężenie innych zanieczyszczeń mierzone jest w miejscowościach, w których istnieją źródła emisji mogące powodować występowanie stężeń w powietrzu przekraczających wartości dopuszczalne. Najwyższy poziom zanieczyszczenia powietrza zanotowano w 2007 r., tak jak i w latach poprzednich, na terenie województwa śląskiego, mimo ograniczenia programu monitoringowego do badań zanieczyszczeń pyłowych. Wynika to z dużej koncentracji przemysłowych i energetycznych źródeł emisji w tym rejonie, przede wszystkim z kopalni i elektrowni. Pewnej poprawie uległ poziom zanieczyszczenia powietrza na terenie uzdrowisk. W świetle aktualnych standardów jakości powietrza najważniejszy problem aerosanitarny stwarzają zanieczyszczenia energetyczne. Stężenie tych zanieczyszczeń w znacznej mierze zależy od warunków meteorologicznych.

Sprawując nadzór nad stanem sanitarnym obiektów użyteczności publicznej, które stanowią liczną i wysoce zróżnicowaną grupę, zarówno pod względem ich przeznaczenia, jak i wymagań sanitarnych, objęto kontrolą obiekty m.in. hotelarskie, baseny kąpielowe i kąpieliska, zakłady fryzjerskie i fryzjersko-kosmetyczne, ustępy publiczne, domy pomocy społecznej, noclegownie dla bezdomnych i przejścia graniczne.

W 2007 r. wzmocniono nadzór nad taborą kolejowym i autobusowym, dworcami PKP i PKS w miastach wojewódzkich, ze szczególnym uwzględnieniem miast, które organizować będą Mistrzostwa Europy w piłce nożnej Euro 2012. W trakcie ww. działań skontrolowano dworce kolejowe, dworce autobusowe, zakłady żywności i żywienia zlokalizowane na dworcach oraz w bezpośrednim sąsiedztwie dworców, tabor kolejowy przed wyruszeniem na trasę oraz po zakończeniu trasy, punkty czyszczenia taboru kolejowego, firmy przewozowe oraz punkty czyszczenia taboru autobusowego. Podczas kontroli dworców PKP w 49 obiektach stwierdzono naruszenia wymagań sanitarno-higienicznych, co stanowiło 31% ogółu skon-

troloowanych obiektów natomiast na 1038 skontrolowanych wagonów w 266 wagonach stwierdzono naruszenia wymagań sanitarno-porządkowych, co stanowiło 26% ogółu skontrolowanych wagonów.

Państwowa Inspekcja Sanitarna w zakresie nadzoru nad higienicznymi warunkami pracy w 2007 r. przeprowadziła 74 108 kontroli w 46 558 zakładach spośród 110 650 zakładów pracy będących w ewidencji pionu higieny pracy. Działalnością kontrolną były objęte przede wszystkim takie zagadnienia, jak bezpieczeństwo i higiena pracy w zakładach pracy o różnym profilu produkcyjnym bądź usługowym, narażenie na szkodliwe czynniki środowiska pracy – czynniki chemiczne, biologiczne i fizyczne oraz czynniki rakotwórcze lub mutagenne. Kontrolowano także przestrzeganie przepisów w zakresie substancji i preparatów chemicznych, produktów biobójczych, detergentów oraz prekursorów narkotyków kategorii 2 i 3. W wyniku stwierdzonych nieprawidłowości zostało wydanych 21 724 decyzji administracyjnych, zobowiązujących pracodawców do usunięcia uchybień. Odsetek najistotniejszych uchybień w 2007 r. dotyczył braku badań i pomiarów szkodliwych czynników środowiska pracy (18%). Na drugim miejscu znalazły się przekroczenia dopuszczalnych wartości tych czynników (15,6%). Dominującym czynnikiem szkodliwym środowiska pracy był, podobnie jak w latach ubiegłych, hałas. W wielu zakładach stwierdza się jeszcze brak oceny ryzyka (11,6%), co jest bardzo istotne z punktu widzenia bezpieczeństwa wykonywanej pracy i w tych sytuacjach Państwowa Inspekcja Sanitarna kładzie nacisk, uświadamiając pracodawcom o celowości jej wykonywania a także konsekwencjach wynikających z tego rodzaju zaniedbań. Ponadto wydano 3 decyzje o unieruchomieniu zakładów pracy i 4 decyzje o unieruchomieniu oddziałów zakładów, głównie z powodu niewłaściwych warunków sanitarno-higienicznych, w tym w dwóch obiektach w związku z wystąpieniem szeregu nieprawidłowości w zakresie gospodarki chemikaliami.

Państwowa Inspekcja Sanitarna prowadzi również zagadnienia dotyczące chorób zawodowych, sporządzając oceny narażenia zawodowego i wydając decyzje o stwierdzeniu bądź braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej. W 2007 r., w toku postępowania administracyjnego stwierdzono 3276 chorób zawodowych. Podobnie jak w ubiegłych latach na pierwszym miejscu plasują się choroby narządu głosu – w 2007 r. – 796 stwierdzonych przypadków.

W związku z wejściem w życie w krajach UE rozporządzenia 1907/2006/WE REACH, wdrażającego nowe podejście do zarządzania chemikaliami w zakresie rejestracji, oceny substancji chemicznych, można przewidywać poprawę jakości zdrowia publicznego. Rozporządzenie ma na celu eliminację ze środowiska, poprzez zakaz i ograniczenie produkcji i stosowania najbardziej niebezpiecznych chemikaliów, a za realizację egzekwowania przepisów przedmiotowego rozporządzenia odpowiedzialna jest przede wszystkim Państwowa Inspekcja Sanitarna.

Państwowa Inspekcja Sanitarna prowadzi działalność w zakresie higieny radiacyjnej na bazie oddziałów higieny radiacyjnej, które funkcjonują w każdej z 16 wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych. Oddziały higieny radiacyjnej m.in. prowadziły nadzór nad warunkami pracy i ochroną zdrowia pracowników zatrudnionych w narażeniu na promieniowanie jonizujące lub pola elektromagnetyczne w przedziale 0-300 GHz. W 2007 r. nadzorem objętych było 8904 podmiotów prowadzących działalność z wykorzystaniem promieniowania jonizującego, w których zatrudnionych było blisko 32 000 osób pracujących. Przeprowadzono 2845 kontroli. Według danych z 2007 r., kontrolą dawek indywidualnych objętych było 23 711 osób. U zdecydowanej większości zawodowo narażonej grupy na promieniowanie RTG narażenie było poniżej 1 mSv, tj. poziomu dla populacji. Dawka, którą otrzymali pracownicy była niższa niż dawka pochodząca od tła promieniowania naturalnego.

W roku 2007 skontrolowano 1000 zakładów pracy, w których stosowano urządzenia wytwarzające pola elektromagnetyczne 0-300 GHz. W ewidencji znajduje się 5314 takich zakładów pracy. Ilość zewidencjonowanych urządzeń, będących źródłem PEM wynosi 22 902. Liczba zatrudnionych przy ww. urządzeniach osób wynosiła 39 417. Wyniki kontroli wskazują, iż w większości zakładów pracy zachowane są warunki bezpiecznej pracy z urządzeniami będącymi źródłem promieniowania jonizującego lub pól elektromagnetycznych w przedziale 0-300 GHz.

W oddziałach higieny radiacyjnej funkcjonują placówki pomiarów skażeń promieniotwórczych wykonujące pomiary skażeń promieniotwórczych produktów żywnościowych. W ramach prowadzonych pomiarów oznaczano zawartość Cs-137 – w roku 2007 przeprowadzono ponad 1000 takich oznaczeń. Wyniki pomiarów nie wykazały przekroczenia ustalonych limitów.

W celu zapewnienia właściwego poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego żywności kontynuowany jest nadzór sanitarny, szczególnie w zakresie poprawy funkcjonalności obiektów, stosowania prawidłowych

procesów mycia i dezynfekcji, prawidłowego znakowania wyrobów, właściwego stosowania substancji dodatkowych, zachowania higieny osobistej i higieny miejsca pracy, wdrażania i skutecznego stosowania systemów kontroli wewnętrznej w obiektach żywności i żywienia – zasad dobrej praktyki higienicznej (GHP), dobrej praktyki produkcyjnej (GMP) oraz systemu HACCP (wraz z niezbędną dokumentacją), identyfikowalności surowców i produktów, zachowania łańcucha chłodniczego na całej drodze od surowca do gotowego produktu wydawanego konsumentom, co ma szczególne znaczenie w przypadku środków spożywczych łatwo psujących się, produkcji i obrotu środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i suplementów diety – szczególnie w aspekcie prawidłowości znakowania. Ponadto w dniu 28 października 2006 r. weszła w życie Ustawa z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. Nr 171, poz. 1225), która zastąpiła Ustawę z dnia 11 maja 2001 r. o warunkach zdrowotnych żywności i żywienia.

Kierunki działań wynikające z założeń „Narodowego programu zdrowia”, który jest odpowiedzią na sytuację epidemiologiczną i problemy zdrowotne występujące w Polsce, wytycznych Głównego Inspektora Sanitarnego (w oparciu o zalecenia WHO i UE) oraz potrzeb środowiska (analiza potrzeb i diagnoza lokalna jest podstawą do podejmowania interwencji programowych i nieprogramowych), realizuje pion oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Do priorytetowych działań pionu oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia należą:

- Profilaktyka nadwagi i otyłości;
- Profilaktyka palenia tytoniu;
- Profilaktyka astmy oskrzelowej;
- Profilaktyka próchnicy zębów i chorób przyzębia;
- Profilaktyka HIV/AIDS;
- Akcje i kampanie prozdrowotne.

Szczegóły realizowanych działań przedstawiono w załączniku.

### **III. FUNKCJONOWANIE SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA W ODNIESIENIU DO BEZPIECZEŃSTWA ZDROWOTNEGO POLSKI**

Źródłem subiektywnego poczucia braku bezpieczeństwa zdrowotnego w społeczeństwie bardzo często mogą być zmiany w systemie organizacji świadczeń zdrowotnych. Dlatego przy analizie bezpieczeństwa zdrowotnego Polski nie można pominąć problemów, z jakimi boryka się ten system.

Przy analizowaniu funkcjonowania systemu odniesiono się do elementów mających bezpośredni wpływ na bezpieczeństwo jego funkcjonowania, dlatego po jego krótkiej charakterystyce w sposób szczegółowy odniesiono się do:

- problemów finansowych funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej, bezpośrednio składających się na jakość i bezpieczeństwo zapewnianych świadczeń zdrowotnych;
- akcji protestacyjnych i konfliktów społecznych w zakładach opieki zdrowotnej;
- analizy dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

Problemy w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia spowodowały, że Klub Parlamentarny Platformy Obywatelskiej wystąpił z inicjatywą ustawodawczą, na którą składa się pakiet aktów normatywnych reformujących system ochrony zdrowia. Pakiet ten ma na przykład zastąpić obecnie funkcjonującą Ustawę o zakładach opieki zdrowotnej. Projekty ustaw tworzące ww. pakiet to:

- Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej;
- Ustawa o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta;
- Ustawa o akredytacji w ochronie zdrowia;
- Ustawa o konsultantach krajowych i wojewódzkich w ochronie zdrowia;
- Ustawa o szczególnych uprawnieniach pracowników zakładów opieki zdrowotnej;
- Ustawa o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych;
- przepisy wprowadzające ustawy z zakresu ochrony zdrowia.

Rząd w swoich stanowiskach odnoszących się do przedmiotowych projektów ustaw popiera zaproponowane w nich rozwiązania i opowiada się za prowadzeniem dalszych prac parlamentarnych nad tymi projektami. W trakcie omawiania poszczególnych kwestii zostaną przytoczone szczegółowe rozwiązania zaproponowane w pakiecie w stopniu, w jakim mają one znaczenie dla wzmocnienia bezpieczeństwa funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

## 1. Struktura świadczeniodawców

System ochrony zdrowia w Polsce opiera się na trzech poziomach udzielania świadczeń zdrowotnych, tj. podstawowa, ambulatoryjna i stacjonarna opieka zdrowotna. W ramach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych na każdym z tych poziomów mogą działać podmioty publiczne i niepubliczne. Podmioty te działają w formie zakładów opieki zdrowotnej oraz praktyk medycznych. Zarejestrowano 48 223 indywidualnych praktyk lekarskich oraz 479 grupowych praktyk lekarskich. Na dzień 17 stycznia 2008 r. zarejestrowanych było 16 995 zakładów opieki zdrowotnej, w tym 2 633 to jednostki publiczne.

Podstawowa opieka zdrowotna realizowana jest w większości przypadków przez indywidualne i grupowe praktyki lekarskie wspierane w zakresie zadań pielęgnacyjnych przez indywidualne bądź grupowe praktyki pielęgniarek i położnych. Często też wybierana do organizowania i udzielania tego rodzaju świadczeń zdrowotnych formą organizacyjno-prawną jest zakład opieki zdrowotnej, przy czym spośród 7 482 zakładów opieki zdrowotnej udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej tylko 1 937 to podmioty publiczne.

W przypadku specjalistycznych ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych opiekę zdrowotną w tym zakresie udziela w Polsce 9 897 zakładów opieki zdrowotnej, z tego 2 064 publicznych.

W przypadku stacjonarnej opieki zdrowotnej w przeważającej większości świadczeń z tego zakresu udzielają publiczne zakłady opieki zdrowotnej, co potwierdza analiza liczby i struktury szpitali. Zgodnie z danymi, publikowanymi przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia<sup>2</sup>, na dzień 31 grudnia 2006 r. zarejestrowane były 742 szpitale ogólne, w tym 153 niepubliczne. Łączna liczba łóżek w szpitalach ogólnych wynosi 176 673, w tym 9 318 to łóżka w jednostkach niepublicznych.

W placówkach ochrony zdrowia pracuje 77 749 lekarzy, 179 269 pielęgniarek oraz 20 919 położnych. W publicznych jednostkach zatrudnionych 53 762 lekarzy, 140 877 pielęgniarek i 16 614 położnych.

## 2. Finansowanie systemu ochrony zdrowia

Obecnie głównym źródłem finansowania systemu ochrony zdrowia w Polsce jest składka na ubezpieczenie zdrowotne. Środki te gromadzone są przez Narodowy Fundusz Zdrowia, który następnie zawiera ze świadczeniodawcami umowy na udzielenie świadczeń zdrowotnych. Inne źródła to budżet państwa, wydatki jednostek samorządu terytorialnego oraz prywatne wydatki społeczeństwa na opiekę zdrowotną.

Analiza danych za 2007 r. wskazuje, iż ok. 85% wydatków publicznych na ochronę zdrowia pokrywanych jest ze środków w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, ok. 10% to środki pochodzące z budżetu państwa, a ok. 5% wydatków publicznych stanowią wydatki samorządów terytorialnych.

Z budżetu państwa finansowane są w szczególności wysokospecjalistyczne procedury medyczne, programy polityki zdrowotnej, ratownictwo medyczne oraz świadczenia dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego. Natomiast wydatki jednostek samorządu terytorialnego skupiają się na zadaniach wynikających z roli organu założycielskiego, czyli na wydatkach o charakterze inwestycyjnym, ale również programach promocji zdrowia. Należy również nadmienić, że w ramach realizacji przepisów Ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 78, poz. 684, z późn. zm.) szereg jednostek samorządu terytorialnego, będącymi podmiotami tworzącymi zakłady opieki zdrowotnej, przejęło zobowiązania tych zakładów.

Od kilkunastu lat niepokoję społeczne wśród pracowników ochrony zdrowia wywołują sytuacje kryzysowe i wymuszają na władzach publicznych podejmowanie doraźnych działań, czego skutkiem był m.in. transfer dodatkowych środków finansowych do systemu ochrony zdrowia z bardzo nikłymi pozytywnymi skutkami dla pacjentów. System ochrony zdrowia w Polsce ma charakter ubezpieczeniowo-budżetowy i finansowany jest głównie ze składek zdrowotnych obywateli. Ich suma zależy od procentowej wysokości składki, poziomu aktywności zawodowej oraz poziomu wynagrodzeń. Wynikające z dobrej koniunktury korzystne zmiany na rynku pracy oraz wzrost wynagrodzeń skutkują wzrostem środków na ochronę zdrowia. W wyniku tych zmian wzrasta wpływ ze składki zdrowotnej, który, obciążając dochody netto obywateli, nie został dotychczas wykorzystany do przeprowadzenia konstruktywnych zmian w systemie ochrony zdrowia, lecz w znacznej mierze został przeznaczony na skutkowe utrwalenie wielu nieprawidłowości. Przykładem może być realizacja postulatów płacowych dla

<sup>2</sup> Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2007, dane nie obejmują Ministerstwa Obrony Narodowej, Ministerstwa Sprawiedliwości oraz Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji.

Przykładem może być realizacja postulatów płacowych dla pracowników ochrony zdrowia, gdzie przyjęcie w Ustawie z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. z 2006 r. Nr. 149 poz. 1076) procentowej skali podwyżek spowodowało, iż najwyższe podwyżki otrzymali pracownicy najlepiej zarabiający, podczas gdy problem niskich wynagrodzeń pracowników najniżej wynagradzanych nie został rozwiązany. Ponadto wysokość środków na podwyżki uzależniono od wysokości kontraktów z NFZ, preferując w ten sposób zakłady opieki zdrowotnej realizujące programy lekowe (świadczenie polegające na wydawaniu pacjentom drogich leków, gdzie koszt pracy stanowi niewielki odsetek) i dyskryminując w ten sposób większość pracowników szpitali powiatowych i wojewódzkich. W rezultacie niektóre szpitale stać było na podwyżki w maksymalnie dopuszczonej ustawą wysokości 40% dla wszystkich zatrudnionych (zgodnie z ustawą przekroczenie tego wskaźnika obligowało do zwrotu nadwyżki do NFZ), podczas gdy większość szpitali miała problemy, by zrealizować podwyżki 15-20% dla wybranych grup pracowniczych. Sposób wdrożenia ustawy podwyżkowej wprowadził ponadto niezależny od opłaty za świadczenia strumień zobowiązań płacowych, który pogłębił problemy znacznej części szpitali powiatowych i wojewódzkich.

Na rok 2008 zaplanowano 30% podwyżkę (od 1 stycznia) dla lekarzy odbywających staż podyplomowy oraz lekarzy odbywających specjalizację w trybie rezydentury. Wynagrodzenie zasadnicze brutto dla lekarzy stażystów wzrosło od 1 stycznia 2008 r. z 1403 zł do 1824 zł, natomiast wynagrodzenie zasadnicze rezydentów wzrosło z 1757 zł do 2285 zł. Należy tu podkreślić, że znacząco zwiększy się liczba rezydentur, która w roku 2008 będzie się zbliżała do ok. 2500, podczas gdy w roku 2007 zostało uruchomionych 1529 rezydentur.

**Tabela 2. Wzrost składki na ubezpieczenie zdrowotne w latach 2003–2008**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Składki brutto* w mln zł	28 757,6	31 468	34 004,1	37 300,2	41 828,9	46 996,4
Stopa składek	8%	8,25%	8,5%	8,75%	9%	9%
PKB w cenach bieżących w mln zł**	843 156,2	924 537,6	983 302,3	1 060 194	1 156 900	1 252 500
Średni w roku kurs dol. ***	3,8889	3,654	3,2348	3,1025	2,7667	2,77
Składki brutto w mln dol.	7 397,3	8 611,9	10 512	11 977,3	15 118,7	16 966,2

\*w latach 2003–2006 składki łącznie ze składkami z lat ubiegłych i z kosztami poboru wg sprawozdań NFZ

rok 2007 plan finansowy NFZ z 31 grudnia 2007

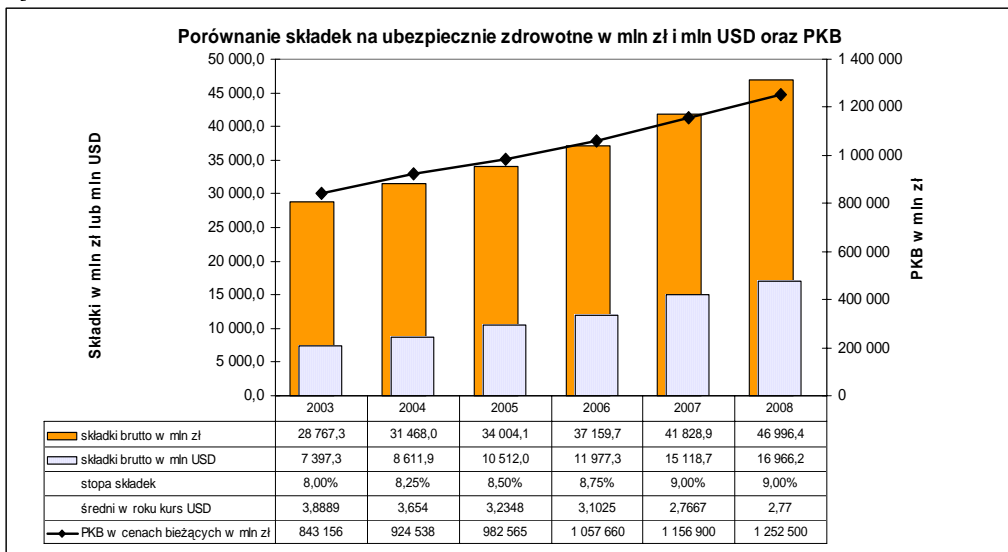
rok 2008 plan finansowy NFZ z 13 listopada 2007

\*\* lata 2003–2006 wg GUS, lata 2007–2008 wg założeń do ustawy budżetowej na 2008 rok

\*\*\* lata 2003–2007 wg NBP, rok 2008 wg założeń do ustawy budżetowej na 2008 rok

Pomimo zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia z NFZ z 29 mld zł w roku 2003 do 47 mld zł w roku 2008, a w przeliczeniu na dolary z 7,4 mld dol. do 17 mld dol. (zastosowany przelicznik dolarowy jest istotny z punktu widzenia dostępności leków oraz nowoczesnej aparatury medycznej), Polska charakteryzowała się większym niż dwukrotny wzrostem nakładów na ochronę zdrowia i odnotowała w tym okresie najwyższą dynamikę wzrostu nakładów spośród wszystkich państw OECD – obywatele nie odczuli poprawy dostępności do świadczeń w publicznym systemie ochrony zdrowia.

Wykres 1.



### 3. Zmiana organizacji czasu pracy po wejściu w życie nowelizacji Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej

Wzrostowi nakładów na ochronę zdrowia, który nie przekładał się adekwatnie na interes pacjentów, towarzyszył znacznie szybszy wzrost oczekiwań płacowych pracowników ochrony zdrowia. Ostatnie dwa lata były okresem narastających konfliktów w ochronie zdrowia, przeradzających się w fale akcji strajkowych. Zdecydowana większość zgłaszanych postulatów dotyczyła wzrostu wynagrodzeń. W trakcie ubiegłorocznych protestów pracowników ochrony zdrowia przez trzy i pół miesiąca strajki miały miejsce w ponad 100 szpitalach, dochodząc okresowo do niemal 240. Natomiast w roku 2005 akcje strajkowe prowadzone były przez dwa i pół miesiąca, przy czym w szczytowym momencie obejmowały one 82 szpitale. Implementacja Dyrektywy 2003/88/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 4 listopada 2003 r. w sprawie niektórych aspektów czasu pracy (Dz. Urz. UE L 299 z 18.11.2003, str. 9) stała się kolejnym pretekstem do wymuszenia większych transferów na placę w systemie ochrony zdrowia, głównie z przeznaczeniem dla lekarzy. Słuszną intencją dyrektywy była, oprócz zapewnienia odpowiedniego poziomu ochrony zdrowia pracowników, również poprawa bezpieczeństwa ogółu obywateli poprzez ograniczenie liczby błędów popełnianych przez poszczególne grupy zawodowe wynikających z przemęczenia. Dyrektywa odnosi się w szczególności do lekarzy zatrudnionych na etatach. W praktyce, w odniesieniu do lekarzy, stosowanie dyrektywy nie musi bezpośrednio przekładać się na zmniejszenie liczby godzin pracy konkretnego lekarza. Wynika to z określenia w dyrektywie możliwości wydłużania czasu pracy lekarza powyżej 48 godzin na tydzień oraz z faktu, iż przepisy unijne nie dotyczą pracy wykonywanej w oparciu o umowy cywilnoprawne (tzw. kontrakty). W polskim systemie prawnym zawody medyczne są zawodami zaufania publicznego przynależącymi do grupy wolnych zawodów. Zatem w przypadku lekarzy umowa o pracę jest tylko jedną z form prawnych realizacji świadczeń.

Poselski projekt Ustawy o szczególnych uprawnieniach pracowników zakładów opieki zdrowotnej zawiera przepisy, które mają spowodować uelastycznienie stosowania przepisów dotyczących czasu pracy w zakładach opieki zdrowotnej w zakresie, w jakim dopuszcza dyrektywa Unii Europejskiej o czasie pracy. Zaproponowane w projekcie brzmienie art. 5 ust. 2 wyraźnie wskazuje, że maksymalna długość czasu pracy obejmującego także dyżur medyczny wynosi 24 godziny na dobę. Projekt wyłącza także przepis art. 151 § 3 Kodeksu pracy (maksymalna liczba godzin nadliczbowych wynosi 150 w roku kalendarzowym) do czasu pełnienia dyżuru medycznego. Przepis art. 5 ust. 3 będzie umożliwiał realizację odstępstwa określonego w art. 17 ust. 3 lit. c dyrektywy 2003/88/WE. Przepis ten będzie dotyczył wyjątk-



kowych sytuacji, np. kiedy z przyczyn niezależnych od zakładu, po zakończeniu przez danego lekarza maksymalnie 24-godz. dyżuru brak będzie jego zmiennika, który np. nagle zachoruje.

Projektowana ustawa określa również, że w przypadku, gdy w związku z pełnieniem dyżuru medycznego dojdzie do nieudzielania pracownikowi w danej dobie 11-godz. odpoczynku dobowego, należy mu udzielić w kolejnej dobie pracowniczej co najmniej 11-godz. odpoczynku (art. 7 ust. 1 poprzez zastrzeżenie do ust. 2 i art. 5 ust. 2 i 3). Odpoczynek ten będzie musiał być udzielony bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru. Ponadto zmiana zaproponowana w art. 7 ust. 1 poprzez wprowadzenie zastrzeżenia do art. 132 § 2 i 3 Kodeksu pracy umożliwi by w przypadkach konieczności prowadzenia nagłej akcji ratowniczej równoważny okres odpoczynku mógł być udzielany dopiero po zakończeniu tej akcji (nawet gdyby trwała ona powyżej maksymalnego dyżuru medycznego).

W związku z prowadzonymi negocjacjami z pracownikami dotyczącymi zmian organizacji czasu pracy w zakładach opieki zdrowotnej niejednokrotnie pojawiło się zagrożenie zaprzestania udzielania świadczeń zdrowotnych przez niektóre stacjonarne zakłady opieki zdrowotnej. W celu podejmowania możliwie szybkiej interwencji dla zapewnienia prawidłowej opieki medycznej chorym minister zdrowia prowadzi stały monitoring sytuacji w szpitalach na terenie całego kraju. Kluczową rolę odgrywają tutaj wojewodowie z uwagi na fakt, że zgodnie z art. 10 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.) to właśnie do zadań wojewody w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa oraz ocena realizacji zadań z zakresu administracji rządowej realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego.

Prowadzony monitoring pozwala wojewodom, jako organom odpowiedzialnym za zapewnienie współdziałania wszystkich jednostek organizacyjnych administracji rządowej i samorządowej, działających na obszarze województwa oraz kierującym ich działalnością w zakresie zapobiegania zagrożeniu zdrowia i życia, na zidentyfikowanie potencjalnych zagrożeń w zakresie ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych oraz podjęcie działań przygotowawczych na poziomie województwa na wypadek znaczących zakłóceń w funkcjonowaniu szpitali (np. czasowego zaprzestania działania szpitalnych oddziałów).

Według informacji przekazanych przez Urzędy Wojewódzkie uwzględniających stan na dzień 28 marca 2008 r. najwięcej zgłoszeń dotyczących ewentualnych problemów z funkcjonowaniem oddziałów szpitalnych miało miejsce w woj. mazowieckim i śląskim. Natomiast 14 stycznia 2008 r. na terenie całego kraju wypowiedzenia umów o pracę złożyło 422 lekarzy (na ok. 34 tys. pełnozatrudnionych), umów cywilnoprawnych wszelkiego rodzaju – 514 lekarzy (na ok. 14 tys. lekarzy kontraktowych), co daje łączną liczbę 936 lekarzy – stanowi to ok. 1,95 proc. ogółu lekarzy. Dla porównania, w ramach prowadzonej w roku 2007 r. przez Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy akcji protestacyjnej, polegającej m.in. na masowym składaniu wypowiedzeń, łączna liczba wypowiedzeń umów o pracę oraz umów cywilnoprawnych przekraczała 4000.

**Tabela 3. Liczba zakładów, które zgłosiły realne zagrożenie zaprzestania działalności komórek organizacyjnych stan na dzień 28 marca 2008 r.**

Lp.	Województwo	Liczba szpitali
1	dolnośląskie	3
2	kujawsko-pomorskie	2
3	lubelskie	2
4	lubuskie	1
5	łódzkie	4
6	małopolskie	5
7	mazowieckie	16
8	opolskie	0
9	podkarpackie	0
10	podlaskie	2
11	pomorskie	5
12	śląskie	10
13	świętokrzyskie	4
14	warmińsko-mazurskie	3
15	wielkopolskie	4
16	zachodniopomorskie	1
<b>suma</b>		<b>62</b>

Urzędy wojewódzkie raportują, iż według stanu na dzień 28 marca 2008 r. na terenie całego kraju trwało 14 akcji strajkowych (jednostki pozostają w stanie strajku, co jest kontynuacją przeprowadzonych procedur sporów zbiorowych jeszcze w ramach ubiegłorocznej akcji strajkowej). Ponadto w części szpitali przeprowadzone jeszcze w ubiegłym roku procedury sporów zbiorowych umożliwiają szybkie odwiezienie czynnych akcji strajkowych.

#### **IV. INFORMACJA O ZADŁUŻENIU ORAZ PLYNNOŚCI FINANSOWEJ SAMODZIELNYCH PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ – STAN NA DZIEŃ 31 GRUDNIA 2007 r.**

Kondycja finansowa zakładów opieki zdrowotnej ma bardzo istotny wpływ na bezpieczeństwo udzielanych przez te zakłady świadczeń zdrowotnych. Ministerstwo Zdrowia analizuje poziom zadłużenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej na podstawie danych uzyskiwanych od wojewodów, uczelni medycznych, MON, MSWiA i jednostek nadzorowanych przez ministra zdrowia. Najbardziej aktualne informacje dotyczą grudnia 2007 r. Z uwagi na ustawowy termin zamykania ksiąg rachunkowych roku 2007 – do końca marca br. – dane z końca 2007 r. mogą ulec zmianie.

Łączna wartość wszystkich zobowiązań w skali kraju wyniosła wg stanu na 31 grudnia 2007 r. 9408,6 mln i uległa obniżeniu w porównaniu do 2006 r. o 9% oraz o 8,4% w porównaniu do roku 2005. Zobowiązania wymagalne stanowiły 2733,5 mln zł. Nastąpił spadek wartości zobowiązań wymagalnych w porównaniu do poprzedniego kwartału (o 18,9%), wtedy wartość tych zobowiązań wynosiła 3370,6 mln zł.

Z łącznej kwoty zadłużenia SPZOZ w wysokości 2733,5 mln zł (wg stanu na dzień 31 grudnia 2007 r.) największe stanowią zobowiązania:

- wobec dostawców leków i wyrobów medycznych – 838,5 mln zł;
- publicznoprawne – 763,5 mln zł;
- z tytułu zakupu usług obcych – 309,4 mln zł;
- wobec dostawców sprzętu i aparatury medycznej – 179,6 mln zł.

Na spadek wartości zobowiązań wymagalnych w porównaniu do III kwartału 2007 r. największy wpływ miało zmniejszenie się zobowiązań publicznoprawnych o 486,7 mln zł o 38,9%). Największe zadłużenie publicznych zakładów opieki zdrowotnej występuje w województwach: dolnośląskim (507,5 mln zł), mazowieckim (360,7 mln zł), pomorskim (301,3 mln zł), łódzkim (277,8 mln zł), śląskim (228,9 mln zł).

Najmniejsze zadłużenie SPZOZ występuje w województwie opolskim (13,4 mln zł), warmińsko-mazurskim (36 mln zł) i podkarpackim (46,3 mln zł), ale należy zwrócić uwagę, że w tych województwach znajduje się mniejsza liczba ZOZ.

Na przestrzemi IV kwartału 2007 r. zobowiązania wymagalne uległy obniżeniu w skali całego kraju, a największy nominalny spadek wartości zobowiązań wystąpił w województwie lubuskim (o 200,7 mln zł), dolnośląskim (o 88,3 mln zł) i w województwie śląskim (o 84 mln zł). W 2 województwach wystąpił wzrost zadłużenia, tj. w województwie pomorskim (o 10,6 mln zł) i województwie opolskim (o 0,8 mln zł).

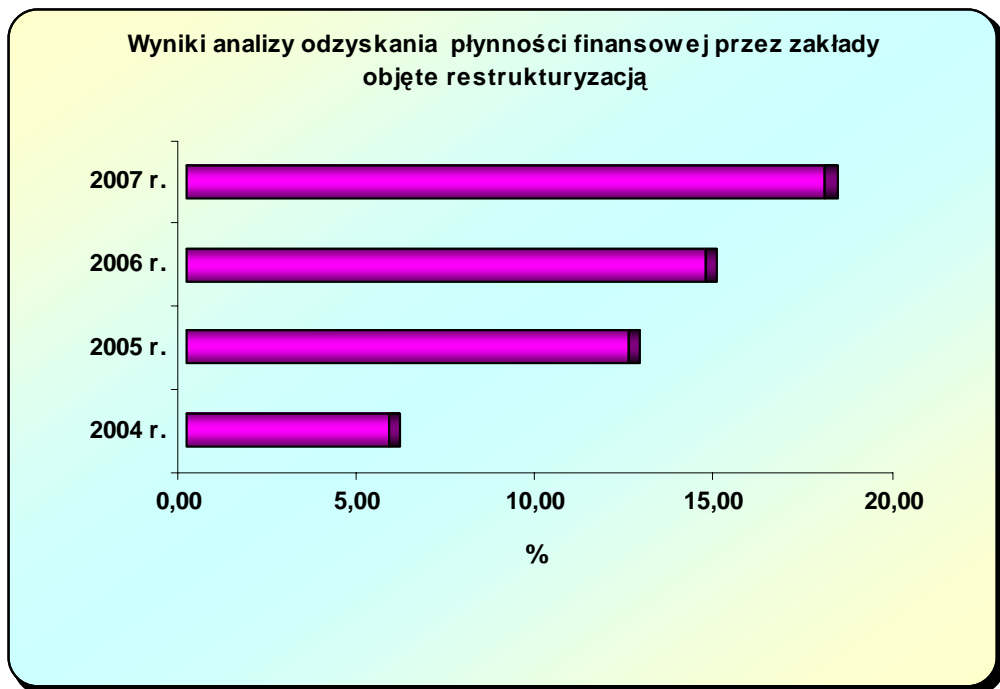
Analizując dynamikę zadłużenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w latach 2003-2007 (wykres nr 2), zauważymy, że największy przyrost zadłużenia miał miejsce w pierwszej połowie 2004 r., zobowiązania wymagalne wzrosły w tym okresie o ponad 1 mld zł. W drugiej połowie 2004 r. oraz w I kw. 2005 r. nastąpiło wyhamowanie tempa wzrostu zadłużenia, natomiast od drugiej połowy 2005 r. rozpoczął się systematyczny spadek wartości zobowiązań, które w okresie od 30.06.2005 r. do 31.12.2007 r. spadły o 3,51 mld zł. Należy również zauważyć, że systematycznie rośnie liczba jednostek niezadłużonych i wg stanu na 31.12.2007 r. jednostki bez zobowiązań wymagalnych stanowią 55,6% wszystkich SPZOZ.

Analiza sytuacji finansowej zakładów opieki zdrowotnej objętych procesem restrukturyzacji na podstawie Ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 r. przygotowana została według wskaźników płynności, bowiem to one informują wierzycieli o zdolności zakładów do terminowego regulowania zobowiązań bieżących (zobowiązań krótkoterminowych), tzn. tych, które są płatne w przeciągu jednego roku.

Teoretycznie im wyższy wskaźnik płynności finansowej, tym korzystniej należałoby oceniać perspektywiczną wypłacalność jednostek, jednakże bardzo wysoki poziom tego wskaźnika świadczy o nieefektywnym wykorzystywaniu środków finansowych. Od 2004 r. wzrasta liczba podmiotów wykazujących

nadmierną wysokość tego wskaźnika. Pośród 565 zakładów 45 z nich posiadało nadpłynność finansową w 2007 r. (wzrost o 16% w stosunku do analogicznego okresu roku 2004). Jednostki te nieproduktywnie gromadziły zapasy, środki pieniężne na rachunkach bankowych bądź posiadały zbyt wysoki stan należności. Systematycznie, choć wolno, rośnie liczba zakładów, które odzyskują zdolność do terminowego regulowania zobowiązań bieżących.

Wykres 2.



Źródło: Dane urzędów wojewódzkich, wojewódzkich centrów zdrowia publicznego i Ministerstwa Zdrowia

Przyrost ten w ciągu ostatnich czterech lat był najbardziej widoczny w 2006 i 2007 r. – wtedy najwięcej zakładów regulowało zaległości płatnicze korzystając z pożyczki skarbu państwa. W roku 2004, tj. przed wejściem w życie Ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej zaledwie 6% zakładów posiadało zdolność do terminowego regulowania zobowiązań bieżących, w tym do regulowania zobowiązań z tytułu zaciągniętych kredytów krótkoterminowych, rat kredytów długoterminowych przypadających do zapłaty w bieżącym roku obrotowym, zobowiązań z tytułu dostaw i usług, zobowiązań wobec pracowników itp. Zdecydowany – bo prawie dwukrotny – wzrost liczby zakładów wykazujących zdolności płatnicze zaobserwowano w 2005 r. (wzrost o 6% w stosunku do analogicznego okresu roku poprzedniego). Rok później liczba tych zakładów wzrosła o 2 punkty procentowe. Teoretycznie płynność finansową odzyskały 102 ZOZ, tj. 18% jednostek objętych procesem restrukturyzacji finansowej. Spośród 565 zakładów, 57 z nich posiada zadowalający poziom wskaźników płynności finansowej, w tym 11 jednostek (tj. 2%) jest w stanie spłacać zobowiązania od razu, korzystając jedynie ze środków pieniężnych zgromadzonych na przykład na rachunkach bankowych. Jednostki te umiejętnie lokują i wykorzystują środki pieniężne. Widoczna jest poprawa zdolności do terminowego regulowania zobowiązań, jednakże jest ona nadal za niska w większości zakładów opieki zdrowotnej. W dalszym ciągu 458 jednostek dąży do odzyskania płynności finansowej.

Przygotowany pakiet ustaw reformujących opiekę zdrowotną przewiduje wprowadzenie szeregu narzędzi, które mają wpłynąć na poprawę kondycji finansowej zakładów opieki zdrowotnej, a także wzmocnić nadzór nad tymi zakładami opieki zdrowotnej w szczególności w zakresie ich sytuacji finansowej. Miedzy

innymi zaproponowano zrównanie w zakresie możliwości pozyskiwania środków finansowych przez publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, umożliwiono prowadzenie publicznych zakładów opieki zdrowotnej w formie spółki z ograniczoną odpowiedzialnością lub spółki akcyjnej, wprowadzono katalog sytuacji, w których niewłaściwe funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej może być podstawą do zwolnienia dyrektora tego zakładu. Wprowadzono również przepisy usprawniające funkcjonowanie i zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej, m.in. zaproponowano zniesienie rad społecznych. Umożliwiono również stosowanie innych niż dotychczas, bardziej elastycznych form organizacyjnych zakładów opieki zdrowotnej poprzez wprowadzenie przepisów o „systemie konsultanckim”, który ma stanowić alternatywę wobec obecnie dominującego „systemu ordynatorskiego”

Obecnie rząd pracuje nad przepisami mającymi na celu umożliwienie konwersji zadłużenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej na długoterminowe papiery wartościowe. Jednocześnie minister zdrowia dysponuje narzędziem, które pozwala mu reagować w sytuacjach, kiedy zadłużenie zakładów może spowodować zaprzestanie bądź istotne ograniczenie udzielania świadczeń zdrowotnych w zakładach opieki zdrowotnej, które pełnią kluczową funkcję w systemie ochrony zdrowia. Program wieloletni „Wzmocnienie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli” został ustanowiony uchwałą nr 19/2007 Rady Ministrów z dnia 6 lutego 2007 r. Na realizację programu zabezpieczono w bieżącym roku 300 mln zł.

## **V. DOSTĘPNOŚĆ ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH<sup>3</sup>**

W roku 2006 łączne publiczne nakłady finansowe na ochronę zdrowia zwiększyły się w porównaniu z rokiem poprzednim o 9,4% i wyniosły 42,9 mld zł, co stanowiło 4% PKB. W ogólnych środkach publicznych przeznaczanych na ochronę zdrowia największy udział stanowiły środki Narodowego Funduszu Zdrowia – 86,9% (36,3 mld zł). Pozostałe środki pochodziły z budżetu państwa (7,3% tj. 3,2 mld zł) oraz samorządów terytorialnych (5,1% tj. 2,2 mld zł).

Natomiast w roku 2007 łączne publiczne nakłady finansowe na ochronę zdrowia zwiększyły się w porównaniu z rokiem poprzednim o 14,3% i wyniosły 49 mld zł, co stanowiło 4,2% PKB. W ogólnych środkach publicznych przeznaczanych na ochronę zdrowia największy udział stanowiły środki Narodowego Funduszu Zdrowia – 85,3% (41,8 mld zł). Pozostałe środki pochodziły z budżetu państwa (9,6% tj. 4,7 mld zł) oraz samorządów terytorialnych (4,5% tj. 2,2 mld zł) oraz funduszy strukturalnych (0,6% tj. 0,3 mld zł).

### **1. Narodowy Fundusz Zdrowia**

Łączne koszty świadczeń zdrowotnych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia wyniosły 35,9 mld i były wyższe o prawie 9% w porównaniu z rokiem ubiegłym. W kwocie tej mieszczą się środki w wysokości 993 mln zł przeznaczone na sfinansowanie skutków realizacji Ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazanie środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076, z późn. zm.). Bez uwzględnienia kwoty na podwyżki wzrost wyniósłby 6%.

Najwyższy, prawie dwukrotny, wzrost kosztów dotyczy profilaktycznych programów zdrowotnych. Powyżej dziesięciu procent wzrosły koszty pięciu rodzajów świadczeń: podstawowej opieki zdrowotnej (10,2%), ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (14,1%), rehabilitacji leczniczej (13,3%), opieki długoterminowej (12%) czy leczenia stomatologicznego (11,2%). Prawie o 10% wzrosły koszty związane z dalszymi pięcioma rodzajami świadczeń: opieką psychiatryczną i leczeniem uzależnień (8,2%), pomocą doraźną i transportem sanitarnym (8,9%), świadczeniami zdrowotnymi kontraktowanymi odrębnie (9,85%) oraz zaopatrzeniem w sprzęt ortopedyczny (9,5%). Najmniej wzrosły koszty leczenia uzdrowskiego (tylko o 1,8%).

Wielkość środków finansowych przekazanych w 2006 r. do oddziałów wojewódzkich Funduszu wzrosła o 2,6 mld zł tj. o 7,7%, co zwiększyło możliwość oddziałów w zakresie zakupu dodatkowych świadczeń opieki zdrowotnej oraz realizacji zapisów przywołanej wyżej Ustawy o przekazaniu środków finan-

<sup>3</sup> Przygotowano na podstawie informacji ministra zdrowia o dostępności świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w roku 2006 (druk sejmowy nr 35).

sowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń. Łączna realizacja ostatecznych planów finansowych w zakresie świadczeń zdrowotnych przez oddziały wojewódzkie wyniosła 98,92%.

W przypadku podstawowej opieki zdrowotnej w 2006 r. wykonano 135 mln porad (średnio 3,68 porady na 1 ubezpieczonego wg list aktywnych). Zbliżoną liczbę porad wykonano w roku poprzednim – 136 mln porad (średnio 3,76 porady na 1 ubezpieczonego).

Z badań opinii publicznej wykonanych na ogólnopolskiej próbie wynika, że w roku 2006, podobnie jak w latach poprzednich, dostępność do świadczeń lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej była oceniana wysoko. Najłatwiej jest uzyskać poradę w miejscu przyjmowania pacjentów, trudniej poradę domową, najtrudniej natomiast poradę w porze nocnej. Badani zwracali uwagę między innymi na konieczność długiego oczekiwania w kolejce oraz wczesnego wstawania, by uzyskać poradę, a także brak możliwości telefonicznego ustalenia terminu porady.

Wartość kontraktów podpisanych na 2006 rok w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej wzrosła o 14,82% w stosunku do nakładów z roku ubiegłego. Średnia różnica w wartości wykonanych świadczeń na 10 tys. mieszkańców pomiędzy oddziałami wojewódzkimi wynosiła ok. 40% (w przypadku niektórych oddziałów dochodziła do ponad 60%). Dysproporcje te, zdaniem Narodowego Funduszu Zdrowia, głównie wynikają z nierównomiernego rozmieszczenia bazy lecznictwa ambulatoryjnego oraz zasłóci historycznych wynikających z odmienności sposobów kontraktowania świadczeń przez kasy chorych, których do chwili obecnej nie udało się wyeliminować. W niektórych przypadkach różnice wynikają również z odmienności trendów demograficznych i epidemiologicznych w ramach poszczególnych województw. Jedną z przyczyn zróżnicowania wartości wskaźnika jest także migracja pacjentów, szczególnie w specjalistycznych zakresach świadczeń.

Łączna liczba świadczeń w 2006 r. wyniosła 73,8 mln porad i była niższa o ponad 12% od liczby świadczeń wykonanych w roku 2005 (73,8 mln porad). Zmieniła się także struktura udzielanych świadczeń.

Świadczenia w rodzaju ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne realizowane są przez:

- poradę I typu obejmującą badanie przedmiotowe i podmiotowe lekarza specjalisty oraz inne świadczenia niezbędne w procesie diagnostyczno-terapeutycznym, wykonanie 1 lub 2 badań przypisanych do tego typu porady;
- poradę II typu obejmującą badanie podmiotowe oraz przedmiotowe i wykonanie trzech lub więcej badań z katalogu przypisanych do porady typu I lub porady typu II, które lekarz specjalista uznał za niezbędne;
- poradę typu III obejmującą badanie podmiotowe i przedmiotowe lekarza specjalisty i wykonanie badań przypisanych do porady tego typu określonych w katalogu lub zawartych w katalogu zakresów ambulatoryjnych świadczeń współfinansowanych;
- poradę IV typu (zabiegowo-diagnostyczną) obejmującą badanie podmiotowe i przedmiotowe oraz świadczenia określone w katalogu porad zabiegowo-diagnostycznych.

W 2006 r. zmniejszyła się wyraźnie liczba porad I i II typu (kolejno do 86, 4% oraz 80,2%) i wzrosła liczba porad III i IV typu (kolejno do 126,8% oraz 109%). Spadek liczby porad specjalistycznych realizowanych w ramach kontraktów na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną może być spowodowany między innymi zwiększeniem zakresu świadczeń realizowanych i rozliczanych w ramach programów profilaktycznych, co stanowi dla pacjentów dodatkową możliwość uzyskania świadczeń ambulatoryjnych. W roku 2006 wprowadzono na przykład program wczesnej diagnostyki i leczenia jaskry oraz program wczesnej diagnostyki zakażeń HIV u kobiet w ciąży. Przy spadku ogólnej liczby porad zwraca uwagę fakt zwiększenia liczby porad typu III i IV, czyli bardziej kosztownych, przy zmniejszeniu liczby porad typu I i II, czyli porad, w ramach których nie jest wykonywana diagnostyka lub realizowana jest diagnostyka mniej kosztowna. Z jednej strony wzbudza zastrzeżenie spadek łącznej liczby porad, z drugiej jednak, zmiany w strukturze należy uznać za korzystne, gdyż wzrasta liczba świadczeń bardziej złożonych.

Pozytywnie, z punktu widzenia dostępności, można ocenić fakt wzrostu liczby zakontraktowanych świadczeniodawców w roku 2006 w stosunku do roku poprzedniego. Największa liczba świadczeniobiorców znajduje się na listach oczekujących do poradni okulistycznych, kardiologicznych, kardiochirurgicznych, chorób naczyń oraz endokrynologicznych i osteoporozy. Wskazana powyżej grupa poradni charakteryzuje się też jednym z najdłuższych średnich czasów oczekiwania – od 23 dni (oddziały lubelski i opolski) do 83 dni (oddział pomorski). Wyjątkiem są tu poradnie okulistyczne, które nie znalazły się na liście poradni specjalistycznych z najdłuższym średnim czasem oczekiwania.

Z badań opinii publicznej wynika, że w roku 2006 stosunkowo najlepiej oceniano dostępność do świadczeń ginekologa, alergologa i dermatologa, natomiast najgorzej oceniano możliwość uzyskania porady ortopedy, reumatologa, kardiologa, okulisty oraz stomatologa i neurologa. Największa korzystna zmiana dotyczy porad lekarza okulisty. W tym przypadku odsetek ocen negatywnych zmniejszył się o 8 punktów procentowych w porównaniu z rokiem 2003 i 2004.

Wartość kontraktów podpisanych na 2006 rok na leczenie szpitalne wzrosła o 8% w stosunku do nakładów z roku ubiegłego. Kontrakty te w większości oddziałów wojewódzkich zostały wykonane w ponad 100%. Wystąpił też wzrost liczby świadczeniodawców, którzy zawarli umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia – średnia różnica w wartości wykonanych świadczeń na 10 tys. mieszkańców pomiędzy oddziałami wynosiła ok. 20% (w jednym przypadku była równa ponad 45%). Różnice te często wynikają z faktu, że tylko w części województw wykonywane są świadczenia III poziomu referencyjnego, często na rzecz świadczeniobiorców z innych oddziałów.

Największa liczba świadczeniobiorców oczekuje na udzielenie świadczeń w oddziałach okulistycznych i chirurgii urazowo-ortopedycznej. W skali kraju do przyjęcia na oddziały okulistyczne oczekuje łącznie 116,5 tys. osób, a do oddziałów chirurgii urazowo-ortopedycznej – 90,3 tys. osób. Wymienione powyżej oddziały szpitalne charakteryzuje również długi średni czas oczekiwania: do 357 dni (Oddział Zachodniopomorski) w przypadku oddziałów okulistycznych i do 366 dni (Oddział Pomorski) – oddziały chirurgii urazowo-ortopedycznej. Ponadto jedne z najdłuższych czasów oczekiwania odnotowano na oddziałach reumatologicznych oraz otolaryngologicznych.

Z badań opinii publicznej wynika, że w 2006 r. 75% badanych w ogóle nie czekało na hospitalizację i tylko 10% czekało ponad miesiąc. Bardzo niski odsetek pacjentów oczekujących w badanej próbie nie pozwala określić dostępności do świadczeń leczenia szpitalnego.

Wielkość środków finansowych zakontraktowanych na realizację programów terapeutycznych wzrosła o 12,55% w stosunku do 2005 r. Wykonanie zaś było wyższe o 7,93% od roku poprzedniego. Czas oczekiwania na większość programów jest na ogół krótki (wynosi od 3 do 13 dni), są jednak programy, gdzie czas oczekiwania jest długi. Dotyczy to programów leczenia WZW typu C lub B interferonem alfa pegylowanym (427 dni), stwardnienia rozsianego glatiramerem (270 dni) i przewlekłego białaczki szpikowej imatinibem (167 dni).

Wartość kontraktów podpisanych na 2006 rok w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień wzrosła o 9% w stosunku do nakładów z roku 2005. Średnia różnica w wartości wykonanych świadczeń na 10 tys. mieszkańców w poszczególnych oddziałach wojewódzkich wynosiła ok. 20%. Największa liczba osób oczekuje na świadczenia ambulatoryjne. Maksymalne czasy oczekiwania są zróżnicowane w zależności od oddziału (przykładowo na świadczenia poradni zdrowia psychicznego czas oczekiwania wynosi od 1 miesiąca w oddziałach lubuskim i świętokrzyskim do 12 miesięcy w oddziałach łódzkim i Podlaskim).

Wartość kontraktów podpisanych na 2006 rok w rodzaju rehabilitacji leczniczej wzrosła o 14% w stosunku do nakładów z roku 2005. Średnia różnica w wartości wykonanych świadczeń na 10 tys. mieszkańców pomiędzy oddziałami wojewódzkimi wynosiła ponad 25% (w jednym przypadku była zbliżona do 80%). Najdłuższe średnie czasy oczekiwania na realizację świadczeń dotyczą rehabilitacyjnych oddziałów szpitalnych (np. w oddziałach śląskim i dolnośląskim wynoszą one 350 dni).

Narodowy Fundusz Zdrowia na realizację świadczeń zdrowotnych opieki długoterminowej na rok 2006 zawarł kontrakty na kwotę o 12% wyższą w porównaniu do roku poprzedniego. Średnia różnica w wartości wykonanych świadczeń na 10 tys. mieszkańców pomiędzy oddziałami wynosiła około 90% (w jednym przypadku była równa 230%). W 2006 r. wzrosła także liczba świadczeniodawców realizujących te świadczenia (o 8,38%) oraz liczba zawartych umów (o 26,33%). W większości oddziałów największa liczba świadczeniobiorców oczekuje na świadczenia zakładów lub oddziałów opiekuńczo-leczniczych (łącznie 2744 osoby), jednakże średni czas oczekiwania w tych zakładach w poszczególnych regionach kraju jest zróżnicowany (od 22 dni w oddziale warmińsko-mazurskim do 259 dni w oddziale małopolskim). Do komórek organizacyjnych, do których liczba osób oczekujących jest największa a czas oczekiwania najdłuższy, należą także zakłady i oddziały pielęgnacyjno-opiekuńcze, zespoły domowego leczenia tlenem oraz pielęgniarstwa opieka długoterminowa.

Projektowane zmiany w Ustawie o zakładach opieki zdrowotnej przewidują zmianę sposobu kierowania do zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych. Rozwiązanie takie ma skutkować ułatwieniem dostępności zakładów opieki zdrowotnej i ograniczyć przypadki niewłaściwego kierowania

pacjentów. Jest również właściwszym rozwiązaniem z punktu widzenia ochrony informacji o stanie zdrowia pacjenta.

Łączna wartość kontraktów zawartych na rok 2006 w rodzaju leczenia stomatologicznego wzrosła o 11,2% w stosunku do roku poprzedniego. Średnia różnica w wartości wykonanych świadczeń na 10 tys. mieszkańców pomiędzy oddziałami wynosiła ok. 25% (w przypadku niektórych oddziałów dochodziła do ponad 50%). Najdłuższe czasy oczekiwania na realizację świadczeń występują w poradniach stomatologicznych, ortodontycznych oraz protetyki stomatologicznej, jednak i w tym przypadku istnieją poważne różnice między oddziałami.

Wartość świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego zakontraktowanych w roku 2006 pozostawała na poziomie roku poprzedniego (wzrost o 1%). Wykonanie kontraktów było na poziomie 96,42%. Na potwierdzenie skierowania na leczenie uzdrowiskowe oczekuje około 200 tys. osób. Czas oczekiwania większości tych osób wynosi mniej niż 6 miesięcy, ok. 34% oczekuje ponad 6 miesięcy, w tym 1% czeka dłużej niż 12 miesięcy (ale nie dłużej niż 18 m-cy).

W roku 2006 wartość kontraktów w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny wzrosła o 8,85% w stosunku do roku poprzedniego. Średnia różnica w wartości wykonanych świadczeń na 10 tys. mieszkańców pomiędzy oddziałami wynosiła ok. 25% (w przypadku niektórych województw dochodziła do ponad 50%).

W 2006 rok wzrost kontraktów na świadczenia odrębnie kontraktowane wyniósł 9,7% w stosunku do roku ubiegłego. Narodowy Fundusz Zdrowia odrębnie kontraktuje 44 świadczenia, w tym m.in. dializę, hemodializę, żywienie pozajelitowe, diagnostykę genetyczną, pozytonową tomografię emisyjną. Średnia różnica w wartości zakontraktowanych i wykonanych świadczeń na 10 tys. mieszkańców pomiędzy oddziałami wynosiła ok. 25% (w przypadku niektórych oddziałów dochodziła do ponad 50%).

W 2006 r. w zakresie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze nastąpił wzrost wartości planu finansowego o 10,1%. W większości oddziałów wnioski na zaopatrzenie realizowane są na bieżąco (listy oczekujących na potwierdzenie wniosków na przedmioty ortopedyczne prowadzone są w 5 oddziałach wojewódzkich, na środki pomocnicze – w 7). W zakresie środków pomocniczych najczęściej oczekuje na potwierdzenie wniosków na aparaty słuchowe oraz wkładki uszne (łącznie ok. 35 tys.); średni czas oczekiwania ponad 20% osób przekracza 12 miesięcy, natomiast w zakresie przedmiotów ortopedycznych średni czas oczekiwania nie przekracza 6 miesięcy. Najwięcej osób oczekuje na wózki inwalidzkie oraz kołnierze i gorsety ortopedyczne.

## **2. Minister zdrowia**

Minister zdrowia zgodnie z przepisami rozporządzenia z dnia 13 grudnia 2004 r. w sprawie świadczeń wysokospecjalistycznych finansowanych z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia (Dz. U. Nr 267, poz. 2661 oraz z 2006 r. Nr 231, poz. 1687), finansuje 17 świadczeń wysokospecjalistycznych w tym 10 z zakresu transplantologii. W roku 2006 poziom finansowania tych świadczeń oraz liczba wykonujących je świadczeniodawców i liczba wykonanych świadczeń, był zbliżony do roku 2005. Łącznie w roku 2006 z budżetu ministra zdrowia na finansowanie świadczeń wysokospecjalistycznych przeznaczono 384,5 mln zł, a łączna liczba świadczeń wysokospecjalistycznych wyniosła 24 868.

W przypadku świadczeń wysokospecjalistycznych innych niż z zakresu transplantologii czas oczekiwania jest niewielki i w większości procedury wykonywane są na bieżąco. W przypadku przeszczepów odnotowywany długi okres oczekiwania wynika nie tyle z braku możliwości wykonania danego świadczenia, ile z braku narządu do przeszczepu.

W 2006 r. realizowanych i finansowanych z budżetu będącego w dyspozycji ministra zdrowia było 14 programów zdrowotnych.

Zadania realizowane w ramach „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych” obejmują między innymi pierwotną prewencję nowotworów złośliwych, uwzględniając wszystkie sposoby zapobiegania zachorowaniom. Dotyczą one profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy, wczesnego wykrywania raka piersi czy badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego. W przypadku dwóch pierwszych programów minister zdrowia finansował część logistyczno-organizacyjną, a Narodowy Fundusz Zdrowia badania diagnostyczne wykonywane w ramach programów.

Tylko w przypadku programu wykrywania raka jelita grubego minister zdrowia finansował także same badania. W 2006 r. wykonano ich 32 349, czyli prawie o 7000 więcej niż w roku 2005. Pozostałe programy zdrowotne miały na celu poprawę leczenia wykrytych nowotworów.

W 2006 r. w ramach „Narodowego programu profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego Polkard 2006-2008” zdecydowana większość środków była przeznaczona na inwestycje (51,6 mln zł z łącznej kwoty 60,5 mln zł.), co pozwoliło między innymi na poprawę dostępności do świadczeń w zakresie objętym przez ten program.

Inne programy mające na celu poprawę dostępności do świadczeń, to programy zakładające poprawę stanu zdrowia płodów i noworodków („Program badań przesiewowych noworodków”, „Program kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu”), oraz „Program Leczenia antyretrowirusowego osób żyjących z HIV w Polsce” i „Narodowy Program Leczenia Hemofilii”.

Z prac prowadzonych przez ministra zdrowia mających na celu wypracowanie nowych narzędzi umożliwiających m.in. lepsze monitorowanie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej należy wymienić rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 27 czerwca 2006 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. Nr 114, poz. 780). W rozporządzeniu tym określono m.in. sposób obliczania czasu oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej w taki sposób, by uzyskiwane dane były bardziej precyzyjne niż dotychczas otrzymywane od świadczeniodawców.

### 3. Pozostali ministrowie

W 2006 r. minister sprawiedliwości finansował leczenie ponad 8,5 tys. osób w szpitalach więziennych i około 800 osób w jednostkach pozawięziennych ze względu na nagłość zdarzenia lub zakres świadczeń przekraczających możliwości więziennej służby zdrowia. Średni przewidywany czas oczekiwania dla więziennych oddziałów szpitalnych jest zróżnicowany w zależności od specjalności i wynosił od 1 miesiąca w przypadku oddziałów urologicznych do ponad 2 lat na świadczenia oddziałów okulistycznych. Długi czas oczekiwania odnotowano także w odniesieniu do leczenia uzależnień: od alkoholu – ponad 11 miesięcy, a od narkotyków – 13 miesięcy.

Zgodnie z informacją ministra obrony narodowej dostępność do opieki zdrowotnej osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych, które finansowane są ze środków publicznych będących w dyspozycji MON, odbywa się zgodnie z potrzebami zdrowotnymi wynikających z odniesionych urazów podczas pełnienia służby i pracy poza granicami kraju. Także minister spraw wewnętrznych i administracji nie zgłosił poważnych trudności z dostępnością do świadczeń przez niego finansowanych.

Zaproponowane zmiany legislacyjne w systemie ochrony zdrowia ujęte w pakiecie będącym przedmiotem prac parlamentu będą miały wpływ na dostępność świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dotyczy to przede wszystkim zaproponowanych rozwiązań mających na celu wprowadzenie dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, jak również możliwości udzielania pełnopłatnych świadczeń zdrowotnych osobom uprawnionym do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jeżeli osoba zrzeknie się takich uprawnień.

## PODSUMOWANIE

Pojęcie „bezpieczeństwo zdrowotne” ma niezwykle szeroki charakter i może być oceniane zarówno w odniesieniu do subiektywnego odczucia zagrożenia takiego bezpieczeństwa, jak i można próbować je zobiektywizować – może być oceniane zarówno w sposób indywidualny, jak i w odniesieniu do grup społecznych. Analiza sytuacji epidemiologicznej oraz stanu organizacyjnego systemu ochrony zdrowia w naszym kraju pozwala wyciągnąć następujące wnioski:

5. Wskaźniki epidemiologiczne dotyczące naszego kraju nie przedstawiają gwałtownych zmian. Korzystne zmiany dotyczące liczby zgonów z tytułu chorób układu krążenia wskazują na skuteczność podejmowanych działań profilaktycznych w szczególności programu „Polkard”. Należy jednak zaznaczyć, że wciąż niezadowalające są wyniki działań podejmowanych w zakresie zwalczania chorób zakaźnych. Zwraca tu również uwagę bardzo niska zgłaszalność na



badania przesiewowe nakierowane na wczesne wykrycie nowotworów raka piersi i raka szyjki macicy u kobiet.

6. Stały nadzór nad sytuacją epidemiologiczną realizowany przez służby Państwowej Inspekcji Sanitarnej nie wskazują na pojawienie się istotnych zagrożeń dotyczących występowania chorób zakaźnych. Na uwagę zasługują działania inspekcji nakierowane na poprawę zgłaszalności występowania chorób zakaźnych i uszczelnienie sprawowanego nadzoru epidemiologicznego.
7. Konflikty i akcje protestacyjne występujące w zakładach opieki zdrowotnej mogące mieć wpływ na bezpieczeństwo zdrowotne są stale monitorowane. Planowane są jednocześnie działania interwencyjne w sytuacjach, kiedy ich nasilenie mogłoby spowodować zagrożenie dla chorych.
8. Poprawa sytuacji finansowej w zakładach opieki zdrowotnej powoduje zmniejszenie zagrożenia dla jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. Konieczne są jednak działania prowadzące do stabilizacji funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej. W swoich stanowiskach rząd popiera zmiany dotyczące funkcjonowania systemu ochrony zdrowia zaproponowane w poselskich projektach ustaw: o zakładach opieki zdrowotnej, o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta, o szczególnych uprawnieniach pracowników zakładów opieki zdrowotnej, o akredytacji w ochronie zdrowia oraz o konsultantach krajowych i wojewódzkich w ochronie zdrowia. Prowadzone są również prace nad aktem prawnym ustanawiającym narzędzie pozwalające publicznym zakładom opieki zdrowotnej na systematyczne zmniejszenia zadłużenia zakładów przez jego konwersję na papiery wartościowe.
9. Minister zdrowia podejmuje działania prowadzące do poprawy funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej i stabilizacji ich funkcjonowania, dysponuje również mocą podejmowania działań w sytuacjach nagłych. Narzędziem tym jest program wieloletni – „Wzmocnienie bezpieczeństwa zdrowotnego”.
10. Działania Ministra Zdrowia nakierowane są na poprawę dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przy jednoczesnym racjonalizowaniu i wzmocnieniu kontroli wydatkowania środków.

## 1. Program badań przesiewowych noworodków w Polsce

Program kontynuowany

**Cel:**

- obniżenie umieralności noworodków, niemowląt i dzieci z powodu wad metabolizmu oraz zapobieganie ciężkiemu i trwałemu kalectwu, wczesna identyfikacja choroby za pomocą testów analitycznych i badań klinicznych. Jest to wieloletni program profilaktyczny mający na celu wczesną identyfikację choroby lub ocenę stanu zdrowia (całej populacji noworodków w Polsce) za pomocą testów analitycznych i badań klinicznych przed wystąpieniem objawów klinicznych choroby.

W ramach programu prowadzone są badania przesiewowe noworodków w kierunku hipotyreozy, fenyloketonurii i mukowiscydozy. Prowadzony jest też zakup testów diagnostycznych i odczynników do badań oraz monitorowanie programu.

**Główne działania:**

- badania przesiewowe noworodków w kierunku hipotyreozy, fenyloketonurii i mukowiscydozy;
- zakup testów diagnostycznych i odczynników do badań;
- monitorowanie programu.

Badania przesiewowe noworodków w kierunku mukowiscydozy włączono do programu od 2006 r. Na realizację programu w 2008 r. zaplanowano środki w wysokości 11 000 tys. zł (wydatki bieżące).

## 2. Program samowystarczalność Polski w zakresie zaopatrzenia w bezpieczną krew, jej składniki i produkty krwiopochodne na lata 2005–2008

Program kontynuowany

**Cel:**

- zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli poprzez stworzenie warunków umożliwiających przetaczanie pacjentom bezpiecznej krwi i jej składników oraz dążenie do osiągnięcia samowystarczalności Polski w produkty krwiopochodne.

**Główne działania:**

- zwiększenie ilości pobieranej krwi i osocza;
- zakup testów do badania markerów wirusów przenoszonych drogą krwi;
- zakup pojemników do pobierania i preparatyki krwi;
- zapewnienie bezpieczeństwa krwi i jej składników;
- wprowadzenie nowych technologii w badaniu dawców i preparatyce krwi;
- działanie w celu uzyskania samowystarczalności Polski w zakresie produktów krwiopochodnych.

Program realizowany jest od 1993 r. W jego ramach dokonywany jest zakup testów do badania markerów wirusów przenoszonych drogą krwi i pojemników do pobierania i preparatyki krwi. Pozwala to:

- na przygotowywanie (poprzez unifikację pojemników i testów) przez jednostki publicznej służby krwi nowoczesnych składników krwi zgodnych z zasadami dobrej praktyki wytwarzania, bezpiecznych dla pacjentów;
- na utrzymanie zbliżonych do siebie kosztów wytwarzania krwi i jej składników przez placówki służby krwi, czyli jednakowych kosztów krwiolecznictwa ponoszonych przez zakłady opieki zdrowotnej.

Na realizację programu w 2008 r. zaplanowano środki w wysokości 70 151 tys. zł (wydatki bieżące).

## 3. Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych

Program kontynuowany

## Cel:

- zahamowanie wzrostu zachorowań na nowotwory;
- osiągnięcie średnich europejskich wskaźników w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów;
- osiągnięcie średnich europejskich wskaźników skuteczności leczenia;
- stworzenie warunków do wykorzystania w praktyce onkologicznej postępu wiedzy o przyczynach i mechanizmach rozwoju nowotworów złośliwych;
- utworzenie systemu ciągłego monitorowania skuteczności zwalczania nowotworów w skali kraju i w poszczególnych regionach kraju.

## Główne działania:

- rozwój profilaktyki pierwotnej nowotworów złośliwych, w tym zwłaszcza zależnych od palenia tytoniu i niewłaściwego żywienia;
- wdrożenie populacyjnych programów wczesnego wykrywania, szczególnie raka szyjki macicy, piersi, jelita grubego oraz wybranych nowotworów u dzieci;
- zwiększenie dostępności do metod wczesnego rozpoznawania oraz wdrożenia procedur zapewnienia jakości diagnostyki i terapii nowotworów;
- rozwój nowoczesnej diagnostyki, w tym ośrodków PET;
- standaryzacja procedur leczenia napromienianiem;
- uzupełnienie oraz wymiana wyeksploatowanych urządzeń do radioterapii i diagnostyki nowotworów;
- upowszechnienie metod leczenia skojarzonego;
- rozwój i upowszechnianie współczesnych metod rehabilitacji chorych, ograniczanie odległych następstw leczenia oraz opieki paliatywnej w onkologii;
- rozwój i upowszechnienie nauczania onkologii w kształceniu przed i podyplomowym lekarzy, lekarzy dentyistów, pielęgniarek, położnych i przedstawicieli innych zawodów medycznych;
- poprawa działania systemu zbierania danych o stopniu zaawansowania nowotworów;
- upowszechnianie wiedzy w społeczeństwie na temat profilaktyki, wczesnego rozpoznawania i leczenia nowotworów.

Realizacja programu powinna doprowadzić do zmniejszenia w ciągu 10 lat zachorowalności na nowotwory o około 10% oraz do poprawy skuteczności leczenia chorób nowotworowych w Polsce do poziomu osiąganego w krajach Zachodniej i Północnej Europy, czyli ok. 40% wyleczeń 5-letnich u mężczyzn i ok. 50% wyleczeń u kobiet. Ponadto zostaną osiągnięte średnie europejskie wskaźniki w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów (w tym poprzez wdrożenie populacyjnych programów badań przesiewowych i zapewnienie ich jakości) oraz stworzone warunki do wykorzystania dla potrzeb praktyki onkologicznej postępu wiedzy o przyczynach i mechanizmach rozwoju nowotworów złośliwych.

Zgodnie z art. 7 Ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”, program jest finansowany z budżetu państwa i środków pozabudżetowych, a łączne nakłady na jego finansowanie w całym okresie jego realizacji wyniosą 3 mld zł, w tym nakłady z budżetu państwa na realizację działań przewidzianych w ramach programu nie mogą być, w poszczególnych latach mniejsze niż 250 mln zł. Realizacja programu rozpoczęła się dnia 1 stycznia 2006 r.

Na realizację programu w 2008 r. zaplanowano środki w wysokości 250 000 tys. zł, w tym 60 000 tys. zł na wydatki bieżące oraz 190 000 tys. zł na wydatki majątkowe.

W 2008 r. dokonywane będą zakupy:

- 1) aparatury medycznej do radioterapii onkologicznej, w tym m.in. akceleratory wysoko i niskoenergetyczne, symulatory radioterapeutyczne, tomografy komputerowe, systemy planowania leczenia, aparaty do brachyterapii oraz uzupełnienie oprzyrządowania dla istniejącego sprzętu. Prowadzona będzie również modernizacja starego sprzętu;
- 2) urządzeń do Tomografii Pozytonowej (PET);
- 3) sprzętu dla oddziałów opieki paliatywnej (pompy infuzyjne, koncentratory tlenowe, butle tlenowe z reduktorami, pulsoksymetry, respiratory);
- 4) sprzętu mającego na celu poprawę leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuca (lasery, videomediastinoskopy, USG przezprzełykowe i przezoskrzelowe, respiratory bronchoskopy, bronchofiberoskopy, pulsoksymetry, pompy infuzyjne, RTG itp.);

- 5) sprzętu i aparatury medycznej niezbędnej do specjalistycznego leczenia białaczek ostrych u dorosłych;
- 6) sprzętu komputerowego dla potrzeb Krajowego Rejestru Nowotworów oraz rejestrów wojewódzkich.

#### **4. Narodowy program profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego na lata 2006–2008 (Polkard)**

Program kontynuowany

**Cel:**

- obniżenie zachorowalności na choroby układu krążenia oraz umieralności związanej z tymi chorobami.

**Główne działania:**

- edukacja społeczeństwa o metodach prewencji i zachowaniach prozdrowotnych (zwiększenie aktywności fizycznej, zdrowa dieta, walka z hipercholesterolemią, nadciśnieniem tętniczym, uzależnieniem od tytoniu, cukrzycą i zespołem metabolicznym) oraz na temat współczesnych metod postępowania w przypadku podejrzenia zawału serca i udaru mózgu, z wykorzystaniem środków masowego przekazu (kontynuacja Polkard-Media);
- edukacja dzieci i młodzieży w szkołach (kontynuacja programu Szansa dla młodego serca);
- realizacja ogólnopolskiego programu poprawy wykrywalności i skuteczności leczenia nadciśnienia tętniczego, zespołu metabolicznego, zaburzeń lipidowych i węglowodanowych u dorosłych i dzieci, szczególnie w środowiskach małomiastek i wiejskich (kontynuacja „Polskiego Programu 400 Miast”);
- wdrożenie i szerokie wykorzystanie opracowanego w ramach programu „Polkard 2003–2005” modelu programu badań przesiewowych umożliwiających identyfikację pacjentów z wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym oraz aktywne poradnictwo lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej;
- zakup nowoczesnej aparatury – wymiana aparatury zdekapitalizowanej oraz zakup aparatury w celu rozwoju świadczonych usług medycznych oraz podniesienia ich jakości.

Choroby układu krążenia są w Polsce jedną z głównych przyczyn zgonów. Wyżej wymieniony program jest jednym z najważniejszych elementów polityki zdrowotnej państwa. Jego celem jest obniżenie zachorowalności na choroby układu krążenia oraz umieralności związanej z tymi chorobami.

Na realizację programu w 2008 r. zaplanowano środki w wysokości 55 000 tys. zł, w tym 15 000 tys. zł na wydatki bieżące oraz 40 000 tys. zł na wydatki majątkowe.

W ramach programu zakupione zostaną między innymi angiokardiografy, aparaty dla pracowni elektrofizjologii, echokardiografy średniej klasy, zestawy do ergospirometrycznej próby wysiłkowej, zestawy do treningu sterowanego komputerowo oraz zestawy do 24 godzinnej ambulatoryjnej rejestracji EKG metodą Holtera, sprzęt echokardiograficzny dla ośrodków kardiologii dziecięcej, sprzęt i aparatura stanowiąca niezbędne wyposażenie pododdziałów udarowych do leczenia chorych z udarem mózgu, aparatura kardiochirurgiczna, aparatura do diagnostyki i terapii zespołu bezdechu obturacyjnego podczas snu.

#### **5. Narodowy program ochrony antybiotyków w Polsce**

Program kontynuowany

**Cel:**

- wdrożenie kompleksowego systemu powstrzymującego utratę skuteczności antybiotyków w leczeniu zakażeń i chorób zakaźnych na skutek powstawania i rozprzestrzeniania się lekooporności drobnoustrojów.

**Główne działania:**

Pozyskiwanie precyzyjnych informacji na temat aktualnego zużycia antybiotyków we wszystkich dziedzinach życia. Na podstawie uzyskanych danych, zgodnie z decyzją Parlamentu Europejskiego Nr 2119/EC/98 i dyrektywą Komisji Europejskiej 70/524/EEC, podjęte zostaną działania mające na celu wdrożenie wielodyscyplinarnego programu racjonalizacji i optymalizacji stosowania antybiotyków w Polsce.

Na realizację programu w 2008 r. zaplanowano środki w wysokości 600 tys. zł (wydatki bieżące).

Środki przeznaczone są na gromadzenie i analizę danych, organizację systemu profilaktyki, edukacji i promocji w zakresie zużycia antybiotyków w Polsce oraz opracowanie strategii walki z narastającą lekoopornością drobnoustrojów.

## 6. Program Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej

Program kontynuowany

**Cel:**

- zapewnienie bezpieczeństwa i właściwych warunków pobytu w zakładach (psychiatrycznych i odwykowych) dysponujących warunkami wzmocnionego i maksymalnego zabezpieczenia.

Konieczność inwestycji wynika z przepisów rozporządzenia ministra zdrowia:

- z dnia 20 kwietnia 2005 r. w sprawie szczegółowych zasad kierowania, przyjmowania, przenoszenia, zwalniania i pobytu nieletnich w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 79, poz. 692), wydanego na podstawie art. 82 § 1 Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich. (Dz. U. z 2002 r. Nr 11, poz. 109);
- z dnia 10 sierpnia 2004 r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających (Dz. U. Nr 179, poz. 1854), wydanym na podstawie Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy – delegacja art. 201 § 4 (Dz. U. z 1997 r. Nr 90, poz. 557, z późn. zm.).

**Główne działania:**

Adaptacja oddziałów psychiatrycznych do warunków wzmocnionego zabezpieczenia, stosowanych wobec nieletnich i dorosłych sprawców czynów zabronionych. Liczba miejsc okazała się niewystarczająca wskutek większej niż oczekiwano liczby orzeczeń zastosowania detencji wobec niebezpiecznych, chorych psychicznie sprawców czynów zabronionych.

Na realizację programu w 2008 r. zaplanowano środki w wysokości 8000 tys. zł (na wydatki majątkowe).

## 7. Narodowy program leczenia hemofilii na lata 2005–2011

Program kontynuowany

**Cel:**

- poprawa jakości życia chorych na hemofilię i inne skazy krwotoczne;
- kontynuacja leczenia domowego wszystkich pacjentów chorych na ciężką hemofilię A i ciężką hemofilię B (leczenie domowe – koncentrat w domu chorego);
- poprawa wyników leczenia hemofilii i innych wrodzonych skaz krwotocznych przez substytucję czynników krzepnięcia.

**Główne działania:**

- zapewnienie powszechnej dostępności czynników krzepnięcia;
- wdrożenie pierwotnej profilaktyki krwawień śródstawowych u dzieci chorych na hemofilię;
- objęcie programem wywoływania tolerancji immunologicznej wszystkich chorych na hemofilię powikłaną krążącym antykoagulantem;
- zastępowanie preparatów osoczo pochodnych koncentratami rekombinowanymi w ciągu kolejnych lat realizacji programu i zwiększania środków finansowych na jego realizację;
- zastępowanie koncentratów czynników zespołu protrombiny i rVIIa w leczeniu krwawień u chorych na hemofilię powikłaną inhibitorem cz. VIII/ cz.IX w wysokim mianie.

W przypadku krwawienia natychmiastowe wstrzyknięcie odpowiedniego koncentratu czynnika krzepnięcia jest często warunkiem utrzymania chorego przy życiu. Dzięki leczeniu domowemu udaje się ograniczyć w znacznym stopniu liczbę hospitalizacji chorych na hemofilię, a tym samym wydatnie zmniejszyć ogólne koszty leczenia. Samoistne krwawienie dostawowe najczęściej ustępuje po jednorazowym podaniu leku. Jeżeli jednak czynnik wstrzykiwany jest z wielogodzinnym opóźnieniem, np. dopiero po dotarciu

chorego do szpitala zamiast od razu w jego domu, zazwyczaj zachodzi konieczność dodatkowych iniekcji leku w celu zahamowania krwawienia. Wówczas pacjent musi być hospitalizowany i rehabilitowany (wzrost ogólnych kosztów leczenia z powodu powikłań).

Wprowadzenie pierwotnej profilaktyki krwawień śródstawowych u dzieci, znacznie mniejszy odsetek pacjentów, którzy z powodu inwalidztwa narządu ruchu nie mogą pracować i bardzo wcześniej przechodzą na rentę. Zmniejszy się liczba hospitalizacji u tych pacjentów, a także ulegnie zmniejszeniu liczba kosztownych zabiegów kinezyterapii.

Miernikiem zabezpieczenia chorych na hemofilię jest wskaźnik zużycia czynnika VIII w przeliczeniu na 1 mieszkańca rocznie.

Na realizację programu w 2008 r. zaplanowano środki w wysokości 113 000 tys. zł (wydatki bieżące).

## **8. Program leczenia antyretrowirusowe osób żyjących z HIV w Polsce**

Program kontynuowany

**Cel:**

- zapewnienie leczenia antyretrowirusowego wraz z monitorowaniem jego skuteczności u pacjentów zakażonych wirusem HIV i chorych na AIDS, zmniejszenie zapadalności i śmiertelności z powodu AIDS w populacji osób żyjących z HIV, zmniejszanie możliwości zarażenia wirusem populacji osób zdrowych.

**Główne działania:**

- objęcie leczeniem osób zakażonych HIV i chorych na AIDS spełniających kryteria medyczne leczenia, w tym kobiet ciężarnych zakażonych HIV oraz noworodków urodzonych z matek zakażonych HIV;
- postępowanie poekspozycyjne po narażeniu na zakażenie HIV w trakcie wykonywania obowiązków zawodowych i po ekspozycjach pozazawodowych wypadkowych.

Program obejmuje wszystkie osoby zakażone wirusem HIV i chore na AIDS, spełniające kryteria medyczne do leczenia, w tym kobiety ciężarne zakażone HIV oraz noworodki urodzone z matek zakażonych HIV. Poza leczeniem ARV osób zakażonych HIV i chorych na AIDS program będzie obejmował postępowanie poekspozycyjne po narażeniu na zakażenie HIV w trakcie wykonywania obowiązków zawodowych i – jak dotychczas – po ekspozycjach pozazawodowych wypadkowych.

Program „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z HIV w Polsce” jest elementem „Krajowego programu zapobiegania zakażeniom HIV, opieki nad żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS”.

Na realizację programu w 2008 r. zaplanowano środki w wysokości 84 000 tys. zł (wydatki bieżące).

## **9. Program prewencji i leczenia cukrzycy w Polsce na lata 2006–2008**

Program kontynuowany

**Cel:**

- zmniejszenie liczby powikłań, zwiększenie przewidywanej średniej długości i jakości życia pacjentów.

**Główne działania:**

- opracowanie szczegółowych założeń dotyczących organizacji i zasad zapobiegania i leczenia cukrzycy na poziomie opieki podstawowej dla lekarzy POZ;
- opracowanie założeń systemu kontroli wyników leczenia cukrzycy, mając na względzie prowadzenie sprawozdawczości w zakresie jej wykrywalności, leczenia i zapobiegania;
- opracowanie programu diabetologicznego szkolenia ustawicznego dla lekarzy i pielęgniarek poradni podstawowej opieki zdrowotnej;
- ustalenie standardowych procedur medycznych i prewencyjnych dla poradni diabetologicznych;
- opracowanie programów cząstkowych w celu wzmocnienia specjalistycznego lecznictwa diabetologicznego dla dzieci i młodzieży, kobiet w ciąży oraz opieki nad osobami z powikłaniami cukrzycowymi;
- zwiększenie poziomu informacji o opiece diabetologicznej w społeczeństwie;

- wypracowanie modelu szkolenia chorych na cukrzycę oraz osób ze stanem przedcukrzycowym leczonych w podstawowej opiece zdrowotnej dla celów samokontroli cukrzycy i prewencji;
- wdrożenie systemu obliczania kosztów leczenia cukrzycy celem ustalenia ekonomicznej wielkości ponoszonych nakładów na opiekę diabetologiczną;
- opracowanie wytycznych w zakresie prowadzenia dokumentacji i rejestracji w opiece ambulatoryjnej i szpitalnej nad chorymi na cukrzycę do celów epidemiologicznych.

Program wczesnego rozpoznawania i leczenia cukrzycy pozwoli na zmniejszenie liczby powikłań, a wdrożenie działań prewencyjnych i opracowanie standardów profilaktyki oraz leczenia chorych na cukrzycę umożliwi osiągnięcie przewidywanej średniej długości życia pacjentów i jego dobrej jakości oraz uniknięcie powikłań choroby.

W populacji polskiej cukrzycą dotkniętych jest ok. 2 milionów osób (ok. 5% ludności). Według prognozy WHO liczba chorych na cukrzycę w ciągu najbliższych 25 lat może wzrosnąć do ok. 10%, co w warunkach polskich będzie stanowiło ok. 4 mln chorych.

Liczby te pozwalają określić cukrzycę jako chorobę społeczną, zatem istnieje konieczność stworzenia kompleksowego systemu działań mających na celu zwiększenie wykrywalności (cukrzyca typu I), zmniejszenie zapadalności (cukrzyca typu II) i spadek powikłań, mając na względzie uwarunkowania społeczne i ekonomiczne kraju.

Na realizację programu w 2008 r. zaplanowano środki w wysokości 600 tys. zł (wydatki bieżące).

## 10. Program eliminacji niedoboru jodu w Polsce na lata 2006-2008

Program kontynuowany

**Cel:**

- zmniejszenie ryzyka zachorowalności z powodu niedoboru jodu poprzez zastosowanie w Polsce modelu profilaktyki jodowej oraz dostosowanie jej parametrów do zmieniających się warunków środowiska.

**Główne działania:**

- powszechne jodowanie soli kuchennej, odżywek dla noworodków, dodatkowa dzienna podaż jodu u kobiet w ciąży;
- kontrola częstości wola u dzieci szkolnych i kobiet w ciąży, stężenia TSH w krwi noworodków, częstości zróżnicowania raka tarczycy oraz jakości technologii jodowania;
- ocena efektywności profilaktyki u dzieci i dorosłych;
- ocena częstości wola i stężenia jodu w moczu u dzieci szkolnych;
- ocena zaburzeń funkcji tarczycy u dorosłych (indukowana jodem nadczynność tarczycy oraz procesy autoagresywne – choroba Hashimoto) w trakcie profilaktyki jodowej;
- ocena zapadalności na zróżnicowanego raka tarczycy;
- opracowanie modelu ekonomiki profilaktyki jodowej w Polsce;
- analiza oznaczeń stężenia hormonu tyreotropowego (TSH) w krwi noworodków;
- ocena częstości wola i stężenia jodu w moczu kobiet w ciąży.

Program oparty jest na powszechnym jodowaniu soli kuchennej, jodowaniu pożywek dla noworodków, dodatkowej dziennej podaży jodu u kobiet w ciąży, ciągłej kontroli częstości wola u dzieci szkolnych i kobiet w ciąży, stężenia TSH w krwi noworodków, częstości zróżnicowania raka tarczycy oraz jakości technologii jodowania – osiągnął w ciągu 10 lat wyniki, które pozwoliły zakwalifikować Polskę do grupy krajów europejskich z prawidłową podażą jodu na poziomie populacyjnym. Istnieją jednak czynniki, które w wypadku zaprzestania kontynuacji programu grożą zniszczeniem osiągniętych wyników i pogorszeniem sytuacji epidemiologicznej – należą do nich:

- tylko ok. 50% kobiet w ciąży otrzymuje dodatkową dawkę jodu;
- nadal w wyższych grupach wieku dzieci szkolnych częstość wola osiąga częstość 6–11%;
- nastąpił ponowny wzrost częstości nieprawidłowych stężeń TSH u noworodków;
- wysoka dynamika obserwowanego wzrostu zróżnicowanego raka tarczycy jako odległego skutku zahamowania profilaktyki jodowej w roku 1980 i efektów napromieniowania po awarii w Czarnobylu (u kobiet została dzięki profilaktyce jodowej zahamowana, lecz nadal jego częstość jest 3–4 razy wyższa niż w latach 80.).

Najpoważniejszym jednak zagrożeniem jest konieczność zredukowania w najbliższych latach dziennego spożycia soli kuchennej, które jest dwukrotnie wyższe w stosunku do rekomendacji WHO. Ograniczenie spożycia soli – głównego nośnika jodu, jest istotnym elementem profilaktyki przeciw miażdżycy, nadciśnieniu i niektórym chorobom nowotworowym. W związku z tym konieczne jest poszukiwanie nowych nośników jodu w diecie.

Na realizację programu w 2008 r. zaplanowano środki w wysokości 500 tys. zł (wydatki bieżące).

### **11. Program kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu – jako element poprawy stanu zdrowia płodów i noworodków**

Program kontynuowany

**Cel:**

- wprowadzenie nowych metod terapii wewnątrzmacicznej płodu z wykorzystaniem najnowocześniejszej aparatury badawczej oraz powstanie modelowego ośrodka chirurgii płodu, przyjmującego kobiety ciężarne z całego kraju.

**Główne działania**

- zmniejszenie kosztów leczenia wewnątrzmacicznego wykonywanego za granicą;
- zastosowanie diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw wad rozwojowych i chorób płodu;
- stworzenie jednolitego, optymalnego modelu postępowania diagnostycznego dla wykrywania wad rozwojowych płodu;
- wdrożenie standardów wewnątrzmacicznej terapii płodu.

W Polsce leczenie wewnątrzmaciczne prowadzone jest w ograniczonym zakresie, ponieważ brak jest standardów w przeprowadzaniu niezwykle ważnych i potrzebnych procedur w leczeniu wad rozwojowych płodu, a przez to niedostępnych dla większości kobiet. Liczba zdiagnozowanych patologii, które można leczyć wewnątrzmacicznie, generuje coraz większą liczbę przypadków, które muszą być leczone za granicą. Powoduje to duży wzrost kosztów leczenia z budżetu państwa (koszt jednej procedury diagnostyczno-leczniczej wynosi ok. 6 000 euro).

Na realizację programu w 2008 r. zaplanowano środki w wysokości 500 tys. zł (wydatki bieżące).

### **12. Narodowy program rozwoju medycyny transplantacyjnej na lata 2006–2009**

Program kontynuowany

**Cel:**

- w zakresie narządów unaczynionych i szpiku – zwiększenie liczby wykonywanych transplantacji oraz opracowanie i wdrożenie nowych sposobów leczenia w tej dziedzinie;
- w zakresie przeszczepów biostatycznych – kontynuacja modernizacji publicznych banków tkanek i komórek w zakresie pobierania, przetwarzania i przechowywania komórek i tkanek używanych do przeszczepiania (w tym przeszczepów biostatycznych).

**Główne działania:**

W zakresie komórek i tkanek używanych do przeszczepiania (przeszczepy biostatyczne):

- zakończenie niezbędnej modernizacji publicznych banków tkanek i komórek;
- wdrożenie opracowanego systemu znakowania komórek, tkanek i narządów używanych do przeszczepiania.

W zakresie narządów unaczynionych i szpiku:

- zwiększenie liczby pobieranych narządów od zmarłych oraz rozwój przeszczepiania nerek i fragmentu wątroby od dawców żywych;
- poprawa wyposażenia niezbędnego do przeszczepiania narządów i szpiku;
- rozwój nowych metod diagnostyki immunologicznej niezbędnej w przeszczepianiu narządów;
- edukacja społeczna i środowiskowa.

Zwiększenie liczby przeszczepiania nerek pozwoli na znaczną poprawę jakości życia chorych objętych leczeniem nerkozastępczym, jednocześnie przyniesie oszczędności w skali kraju, gdyż dializoterapia jest



dwukrotnie droższą metodą leczenia. Istnieje konieczność dostosowania jednostek zajmujących się pobieraniem i przechowywaniem komórek, tkanek i narządów do podwyższonych norm jakości i standardów bezpieczeństwa oraz wdrożenie opracowanego systemu znakowania komórek, tkanek i narządów. Zakończenie modernizacji publicznych banków tkanek i komórek, umożliwi uzyskanie pozwoleń na kontynuowanie ich działalności.

Na realizację programu w 2008 r. zaplanowano środki w wysokości 8000 tys. zł (w tym 1400 tys. zł na wydatki bieżące i 6600 tys. zł na wydatki majątkowe).

### **13. Program monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej**

Program kontynuowany

**Cel:**

- ocena tendencji w zakresie występowania próchnicy zębów i wad zgryzu u dzieci i młodzieży w Polsce oraz analiza występujących w kraju różnic w jej nasileniu i związanych z tym potrzeb profilaktyczno-leczniczych.

**Główne działania:**

- określenie odsetka dzieci w wieku 7, 15 i 18 lat bez próchnicy i ich struktury w poszczególnych regionach i środowiskach zamieszkania;
- określenie średniej wartości wskaźnika próchnicy w uzębieniu mlecznym i struktury wartości tego wskaźnika w regionach i środowisku zamieszkania u ww.;
- określenie średniej wartości wskaźnika próchnicy w uzębieniu stałym u ww., określenie stopnia zaspokojenia potrzeb leczenia zachowawczego próchnicy zębów u dzieci;
- określenie odsetka dzieci z zębami stałymi usuniętymi z powodu próchnicy i rozkładu odsetkowego tych dzieci w poszczególnych regionach;
- określenie częstości występowania i nasilenia wad ortodontycznych oraz potrzeb ich leczenia u dzieci szkolnych;
- określenie czynników społecznych, ekonomicznych, organizacyjnych i behawioralnych odpowiedzialnych za stwierdzony stan zdrowia dzieci w wieku lat 18.

Na realizację programu w 2008 r. zaplanowano środki w wysokości 300 tys. zł (wydatki bieżące).

### **14. Program zapobiegania otyłości i nadwadze oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym poprzez poprawę żywienia i aktywność fizyczną na lata 2007–2011**

Program kontynuowany

**Cel:**

- zmniejszenie, głównie przez poprawę żywienia i wzrost aktywności fizycznej, częstości występowania nadwagi i otyłości;
- zmniejszenie zachorowalności i umieralności na przewlekłe choroby niezakaźne (choroby układu krążenia, nowotwory, cukrzycę typu II, nadciśnienie tętnicze i inne) w Polsce;
- zmniejszenie wydatków na ochronę zdrowia związanych z leczeniem przewlekłych chorób niezakaźnych, a w tym w szczególności otyłości i jej powikłań, a także zmniejszenie skutków ekonomicznych niepełnosprawności i przedwczesnej umieralności.

Program ten jest następstwem przyjęcia do realizacji „*Globalnej Strategii dotyczącej Żywienia, Aktywności Fizycznej i Zdrowia*” WHO. Jednocześnie program uwzględnia stanowisko rządu RP popierające inicjatywę Komisji Europejskiej odnośnie promowania na poziomie wspólnotowym zdrowego sposobu żywienia i aktywności fizycznej zaprezentowanej w Zielonej Księdze pt. „Promowanie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej: europejski wymiar zapobiegania nadwadze, otyłości i chorób przewlekłych”.

**Główne działania:**

- poprawa żywienia i aktywności fizycznej dzieci i młodzieży w szkołach;
- wdrażanie zasad prawidłowego żywienia i poradnictwa dietetycznego w szpitalach i zakładach podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej;
- propagowanie wśród ogółu społeczeństwa zasad prawidłowego żywienia i potrzeb zdrowotnych w zakresie aktywności ruchowej.

Na realizację programu w 2008 r. zaplanowano środki w wysokości 250 tys. zł (wydatki bieżące).

## Programy realizowane przez Głównego Inspektora Sanitarnego

- Profilaktyka nadwagi i otyłości

Zgodnie z założeniami „Globalnej strategii dotyczącej diety, aktywności fizycznej i zdrowia” Światowej Organizacji Zdrowia oraz w odpowiedzi na Zieloną Księgę pt. „Promowanie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej: europejski wymiar zapobiegania nadwadze, otyłości i chorób przewlekłych”, stanowisko Rządu RP do Zielonej Księgi przyjęte przez Komitet Europejski Rady Ministrów w dniu 14 marca 2006 r., Białą Księgę pt. „Strategia dla Europy w zakresie zagadnień zdrowia związanych z odżywianiem, nadwagą i otyłością” i stanowisko Rządu RP do Białej Księgi przyjęte 13 lipca 2007 r. realizowany jest ogólnopolski program edukacyjny pt. „Trzymaj Formę!”. Wprowadzony on został przez Główny Inspektorat Sanitarny we współpracy ze Stowarzyszeniem „Polska Federacja Producentów Żywności”, a oparty jest na partnerstwie publiczno-prywatnym. Głównym celem programu jest zwiększenie świadomości dotyczącej wpływu żywienia i aktywności fizycznej na zdrowie młodzieży.

Program realizowany jest według jednolitych założeń merytorycznych, metodycznych i organizacyjnych w szkołach podstawowych i gimnazjach, w szerokiej współpracy międzyresortowej, regionalnej i lokalnej oraz ze wsparciem władz samorządowych i organizacji pozarządowych. Realizacja programu oparta jest na metodzie projektu, dzięki której uczniowie wspólnie z nauczycielami, rodzicami i środowiskiem lokalnym przygotowują najciekawsze sposoby propagowania zasad zdrowego stylu życia, zarówno w szkole, w domu jak i w środowisku lokalnym (organizowane są festyny, zawody sportowe, imprezy plenerowe). W roku szkolnym 2006/07 program realizowano w 4331 szkołach podstawowych i gimnazjach, odbiorcami było 622 068 uczniów oraz ich rodzice i opiekunowie. W roku szkolnym 2007/08 program został rozszerzony na 6046 szkół, w których odbiorcami jest 1 184 745 uczniów. Stacje sanitarno-epidemiologiczne corocznie dostarczają szkołom biorącym udział w programie pakiety z materiałami wydawniczymi i pomocami dydaktycznymi, przeznaczonymi do realizacji zadań programowych. Ponadto specjaliści ds. promocji zdrowia Państwowej Inspekcji Sanitarnej prowadzą szkolenia dla szkolnych koordynatorów i wykonawców programu w całym kraju. W I edycji programu zorganizowano 1705 szkoleń dla 35 748 koordynatorów programu (byli to przede wszystkim nauczyciele, a także pielęgniarki środowiska szkolnego i przedstawiciele władz samorządowych oraz innych instytucji zajmujących się lokalnie ww. zagadnieniami). Program przyczynił się do podniesienia świadomości młodzieży w zakresie zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej. Dzięki realizacji programu uczniowie i nauczyciele zdobyli umiejętność planowania posiłków, zdrowego odżywiania, czynnego odpoczynku i aktywności fizycznej.

Ponadto z inicjatywy Głównego Inspektora Sanitarnego – Andrzeja Wojtyły, zarządzeniem z dnia 12.11.2007 r. minister zdrowia powołał Radę do spraw diety, aktywności fizycznej i zdrowia, która pełni funkcję opiniodawczo-doradczą w zakresie prowadzenia działań na rzecz zapobiegania nadwadze i otyłości w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem zaleceń Białej Księgi Komisji Europejskiej pt. „Strategia dla Europy w zakresie zagadnień zdrowia związanych z żywieniem, nadwagą i otyłością” oraz innych programów pochodnych w tym zakresie. Ponadto Rada zajmuje się:

- 1) określaniem priorytetowych działań w zakresie promocji zbilansowanej diety, aktywności fizycznej i zdrowia oraz określała kierunki ich realizacji w całym kraju;
- 2) opiniowaniem i wspieraniem inicjatywy tworzenia akcji, ruchów i koalicji na rzecz zdrowia publicznego, w tym promocji zachowań prozdrowotnych oraz w zakresie zapobiegania chorobom niezakaźnym wynikającym z nadmiernej masy ciała, ze szczególnym uwzględnieniem partnerstwa publiczno-prywatnego;
- 3) działaniem na rzecz promocji zdrowego stylu życia, zwłaszcza zbilansowanej diety i aktywności dla poszczególnych grup wiekowych, w szczególności w środkach masowego przekazu.

W skład Rady wchodzi przedstawiciele resortów zdrowia, edukacji, sportu oraz instytucji zajmujących się naukowo zagadnieniami zdrowia publicznego, a także przedstawiciele organizacji pozarządowych, skupiających producentów i dystrybutorów żywności, przedstawiciele zajmujący się reklamą i zdrowiem konsumenta. W składzie Rady są także reprezentanci mediów.

Pierwsze posiedzenie Rady odbyło się w Ministerstwie Zdrowia, w dniu 8.02.2008 r. Powyższe gremium we współpracy z ministrem zdrowia i Głównym Inspektorem Sanitarnym, który jest przewodniczącym Rady będzie z udziałem wsparcia interdyscyplinarnego i międzysektorowego koordynować i inicjować działania prozdrowotne w ww. zakresie, skierowane do szerokiego grona odbiorców w całym kraju.

- Profilaktyka palenia tytoniu

Ograniczenie palenia tytoniu stanowi w ostatnich latach jedno z głównych zadań w zakresie poprawy i umacniania zdrowia Polaków. Realizowane jest w ramach dwóch dużych programów zdrowotnych: „Narodowego programu zdrowia” oraz „Programu ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce”. Od roku 2007, decyzją ministra zdrowia, koordynację nad „Programem ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce” przejął Główny Inspektor Sanitarny odpowiedzialny w naszym kraju za zdrowie publiczne. W strukturze Głównego Inspektoratu Sanitarnego w ramach Departamentu Zdrowia Publicznego i Promocji Zdrowia funkcjonuje Wydział Profilaktyki Palenia Tytoniu, którego głównym zadaniem jest koordynowanie i nadzorowanie zadań wynikających z założeń krajowego programu na lata 2007-2011, w oparciu o przepisy obowiązującego prawa. Prace w ww. zakresie skupiono na działalności edukacyjnej i informacyjnej realizowanej głównie przez Państwową Inspekcję Sanitarną, a mianowicie:

- masowe ogólnokrajowe kampanie interwencyjne z okazji Światowego Dnia bez Tytoniu – 31 maja, oraz Światowego Dnia Rzucania Palenia – trzeci czwartek listopada, przeprowadzono pod auspicjami Światowej Organizacji Zdrowia oraz Centrum Onkologii – Instytutu w Warszawie, z naciskiem na działania w społecznościach lokalnych: kampanie, happeningi, imprezy plenerowe koordynowane przez pracowników pionu oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia Państwowej Inspekcji Sanitarnej;
- organizowanie kampanii edukacyjno-interwencyjnych dla społeczności lokalnych z udziałem stacji sanitarno-epidemiologicznych, zakładów opieki zdrowotnej, szkół, organów samorządowych, organizacji pozarządowych i innych – realizowano przedsięwzięcia na poziomie lokalnym, w tym autorskie pracowników stacji sanitarno-epidemiologicznych, nawiązano współpracę ze studenckim Stowarzyszeniem MANKO realizującym społeczną kampanię „Lokal bez papierosa”, sfinansowano przygotowanie przez Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce wytycznych dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie minimalnej interwencji antytytoniowej, wśród palących pacjentów;
- opracowanie, druk i dostarczanie materiałów edukacyjnych na poziomie wojewódzkim i lokalnym – wznowiono najpopularniejszy polski plakat antytytoniowy „Papierosy są do dupy” autorstwa Andrzeja Pagowskiego oraz opracowano i przygotowano trzy nowe plakaty o tematyce antytytoniowej, przeznaczone do realizacji podczas kampanii społecznej w kolejnych latach. W plakaty te wyposażono stacje sanitarno-epidemiologiczne w całym kraju oraz umożliwiono dystrybucję tych materiałów do wszystkich zainteresowanych instytucji za pośrednictwem stacji sanitarno-epidemiologicznych;
- wykreowanie liderów lokalnych działań na rzecz środowiska (szkolnego, domowego, zawodowego) bez dymu tytoniowego – przeprowadzono 2 szkolenia (w Kazimierzu Dolnym i Łodzi) dla pracowników pionu oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia wojewódzkich i powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych ze wschodniej i centralnej Polski celem przygotowania merytorycznego i metodycznego do prowadzenia profesjonalnej kampanii antytytoniowej oraz budowania lokalnej koalicji prozdrowotnej;
- stworzenie grup działaczy z udziałem lokalnych polityków, menedżerów, administratorów, działaczy samorządowych, nauczycieli, duszpasterzy, katechetów itp. zaangażowanych w działania antytytoniowe, m.in. poprzez organizowanie konferencji, porad, szkoleń – przeprowadzono warsztaty szkoleniowe (w Kamieniu Śląskim) dla 16 kierowników działów/oddziałów oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych, celem przygotowania regionalnych programów ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu, wymiany doświadczeń, przekazania narzędzi edukacyjnych oraz wiedzy merytorycznej niezbędnych do koordynowania programem na poziomie wojewódzkim.

W związku z szerokim zakresem zadań i koniecznością wielokierunkowej współpracy na poziomie krajowym, Prezes Rady Ministrów, zarządzeniem nr 3 z 12.01.2004 r. powołał Międzyresortowy Zespół Koordynacyjny, w skład którego wchodzi przedstawiciele właściwych ministerstw i innych instytucji zaangażowanych w prace nad poprawą zdrowia Polaków, w zakresie profilaktyki palenia tytoniu. 31.10.2007 r. pod przewodnictwem Głównego Inspektora Sanitarnego wznowiono obrady powyższego gremium, celem cyklicznej i regularnej współpracy w zakresie wypracowania celów, kierunków i standardów działania.

- Profilaktyka astmy oskrzelowej

Program edukacyjny pt. „Wolność oddechu – zapobiegaj astmie” zainicjowany został w 2003 r. przez Głównego Inspektora Sanitarny we współpracy z Polskim Towarzystwem Alergologicznym, Polskim Towarzystwem Oświaty Zdrowotnej i Centrum Zdrowia Dziecka. Głównym celem programu jest uświadomienie rodzicom i opiekunom dzieci znaczenia wczesnej profilaktyki astmy oraz stworzenie dzieciom zagrożonym chorobą możliwości optymalnej jakości życia. Do celów szczegółowych należą: edukacja rodziców i opiekunów dzieci w zakresie umiejętności obserwacji objawów astmy oraz zmiana percepcji dziecka z astmą jako osoby z pełnymi możliwościami rozwojowymi. W roku szkolnym 2006/07 Państwowa Inspekcja Sanitarna realizowała na terenie 13 województw (kujawsko-pomorskim, lubelskim, łódzkim, małopolskim, mazowieckim, opolskim, podkarpackim, podlaskim, pomorskim, śląskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim, zachodniopomorskim) IV edycję programu, który swym zasięgiem objął 128 954 uczniów w 1 248 szkołach podstawowych. W roku szkolnym 2007/08 V edycja programu realizowana jest na terenie całej Polski, w 2 610 szkołach podstawowych, obejmując swym zasięgiem ok. 208 816 uczniów klas I-III. Na terenie kraju wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne angażują do współpracy władze lokalne, fachowych pracowników medycznych, dyrektorów szkół, nauczycieli, rodziców oraz społeczność lokalną. Państwowa Inspekcja Sanitarna we współpracy z partnerem programu – firmą AstraZeneca Polska – przygotowała pakiety materiałów edukacyjnych, integralnie związanych z programem, które stacje sanitarno-epidemiologiczne dostarczały do szkół realizujących program. Do pomocy edukacyjnych należą: książeczka pt. „W klasie z Jasie”, film edukacyjny, plakat, kolorowanki, naklejki, zakładki i ulotki.

- Profilaktyka próchnicy zębów i chorób przyzębia

Program edukacyjny pt. „Radosny uśmiech – radosna przyszłość” adresowany jest do uczniów klas II szkół podstawowych. Program realizowany jest we współpracy z firmą Colgate Palmolive Polska. Celem programu jest dostarczenie wiedzy na temat zdrowia jamy ustnej oraz wyrobienie właściwych nawyków higienicznych od najmłodszych lat, podniesienie wśród dzieci odpowiedzialności za higienę jamy ustnej oraz zachęcanie rodziców do współdziałania na rzecz prawidłowej higieny jamy ustnej. Program realizowany jest systematycznie od 11 lat, a wyniki przeprowadzonych badań świadczą o jego wysokiej efektywności. Szkoły biorące udział w programie otrzymują specjalnie przygotowane pakiety zawierające materiały wydawnicze i pomoce dydaktyczne, ułatwiające sprawniejsze przeprowadzenie zajęć z dziećmi.

W roku szkolnym 2006/07 oddziaływaniami programowymi objęto 12 827 szkół podstawowych, w tym 393 512 uczniów, ich rodziców i opiekunów. W roku szkolnym 2007/08 program realizowany jest w 13 971 szkołach podstawowych i obejmuje swym zasięgiem 403 356 uczniów. Pracownicy wojewódzkich i powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych w ramach zajęć programowych w szkołach i środowiskach lokalnych organizują szereg szkoleń i narad dla realizatorów programu, a dla odbiorców przeprowadzają konkursy, prelekcje, wykłady, pokazy i pogadanki. Informacja o realizacji programu profilaktyki próchnicy zębów i chorób przyzębia zostaje również przekazana lokalnym i regionalnym mediom.

- Profilaktyka HIV/AIDS

Państwowa Inspekcja Sanitarna od początku epidemii HIV/AIDS w Polsce bierze udział w systematycznych działaniach edukacyjnych w zakresie zapobiegania zakażeniom wirusem HIV. Prowadzone są działania edukacyjne, których celem jest zwiększenie świadomości społeczeństwa, ze szczególnym nasileniem działalności wśród młodzieży oraz dokształcaniem wybranych grup zawodowych, przede wszystkim personelu medycznego, policjantów, strażaków i strażników miejskich, a także fryzjerów i kosmetyczek. Szkolenia wyżej wymienionych grup zawodowych dotyczą głównie zapobiegania zakażeniom HIV podczas wykonywania pracy i pełnienia obowiązków zawodowych. Ubiegłoroczna społeczna

kampania multimedialna pt. „W życiu jak w tańcu, każdy krok ma znaczenie” wiązała się z następującymi przedsięwzięciami:

- pozyskanie patronatów nad kampanią na poziomie wojewódzkim przez wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne, byli to między innymi wojewodowie, marszałkowie województw, prezydenci i burmistrzowie miast;
- pozyskanie partnerów akcji przez wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne: przedstawiciele samorządów lokalnych, urzędów miast i gmin, centrów zdrowia publicznego, kuratoriów oświaty, szkół wyższych, zakładów opieki zdrowotnej, reprezentantów środków masowego przekazu (w tym pozyskanie patronów medialnych kampanii wojewódzkich i powiatowych), ośrodków kultury i innych placówek kulturalno-oświatowych, PCK, organizacji pozarządowych, policji, straży miejskiej, poradni psychologiczno-pedagogicznych, ośrodków doskonalenia nauczycieli, ośrodków pomocy społecznej, centrów interwencji kryzysowej i innych instytucji i organizacji;
- organizacja imprez przez wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne, np.:
  - ✓ imprezy środowiskowe, w tym happeningi dot. solidarności z zakażonymi HIV i chorymi na AIDS oraz pamięci zmarłych na AIDS;
  - ✓ stoiska informacyjno-edukacyjne w szkołach i na wyższych uczelniach;
  - ✓ punkty informacyjno-konsultacyjne w jednostkach Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz w miejscach dużego natężenia ruchu ludzi (m.in. centra handlowe, kina, itp.);
  - ✓ konferencje prasowe;
  - ✓ konferencje z okazji światowego dnia AIDS (1 grudnia 2007r.);
  - ✓ emisje filmów edukacyjnych;
  - ✓ emisje spotów edukacyjnych w kinach i radiach;
  - ✓ przeglądy sztuk teatralnych;
  - ✓ akcje informacyjne w dyskotekach, klubach, pubach itp., miejscach uczęszczanych przez młodych ludzi (druk podkładek pod piwo, ulotek, plakatów, zawieszek informacyjnych na klamki w toaletach);
  - ✓ akcje informacyjne w tramwajach;
  - ✓ akcje informacyjne w trakcie spotkań w poradniach przedmażeńskich;
  - ✓ wystawy prac młodzieży, ekspozycje plakatów okolicznościowych;
  - ✓ szkolenie personelu medycznego, pedagogicznego, liderów młodzieżowych;
  - ✓ zajęcia warsztatowe z zakresu profilaktyki HIV/AIDS w szkołach, na uczelniach wyższych;
  - ✓ informacje na stronach internetowych Państwowej Inspekcji Sanitarnej i partnerów kampanii w województwach.

- Akcje i kampanie prozdrowotne:

### **Światowy dzień zdrowia**

Każdego roku Państwowa Inspekcja Sanitarna organizuje i przeprowadza wspólnie z biurem Światowej Organizacji Zdrowia w Polsce obchody światowego dnia zdrowia. 7 kwietnia 2007 roku obchody światowego dnia zdrowia przebiegały pod hasłem: „Inwestujmy w zdrowie, budujemy bezpieczniejszą przyszłość” i skupiały się na bezpieczeństwie zdrowotnym. Celem przewodnim obchodów było nakłonienie rządów, organizacji oraz świata biznesu do inwestowania w ludzkie zasoby oraz na wzmocnienie systemów ochrony zdrowia. Ponadto działalność międzynarodowa odgrywa ogromną rolę w zapewnieniu bezpieczeństwa zdrowotnego oraz jest pierwszą linią obrony w przypadku nagłych zdarzeń, które mają zagrozić populacji i społeczeństwu. W związku z powyższym Państwowa Inspekcja Sanitarna podjęła na terenie całego kraju następujące działania: wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne opracowały materiały informacyjne związane z hasłem roku w postaci ulotek, broszur i plakatów, które przekazały władzom rządowym i samorządowym oraz środkom masowego przekazu. Zaangażowały do współpracy władze lokalne, fachowych pracowników medycznych, pacjentów zakładów opieki zdrowotnej, dyrektorów placówek oświatowo-wychowawczych, nauczycieli, dzieci, młodzież i ich rodziców, organizacje pozarządowe oraz ogół społeczności lokalnej do czynnego udziału w pogłębianiu wiedzy dot. poprawy zdrowia i dbałości o nie. W 2008 r. tematem przewodnim obchodów światowego dnia zdrowia była ochrona zdrowia przed szkodliwym wpływem zmian klimatycznych. Pracownicy pionu oświaty

zdrowotnej i promocji zdrowia Państwowej Inspekcji Sanitarnej podjęli działania zmierzające do zwrócenia uwagi na konsekwencje zdrowotne związane ze zmianą klimatu oraz przedstawienia wpływu rosnącej współzależności między zdrowiem i klimatem oraz międzynarodowymi decyzjami i politykami.

### **Pierwszy światowy tydzień bezpieczeństwa ruchu drogowego**

W 2007 r. po raz pierwszy Państwowa Inspekcja Sanitarna we współpracy z biurem Światowej Organizacji Zdrowia w Polsce zaangażowała się w zorganizowanie i przeprowadzenie pierwszego światowego tygodnia bezpieczeństwa ruchu drogowego pod hasłem „Wypadek to nie przypadek”. Pierwszy światowy tydzień bezpieczeństwa ruchu drogowego odbył się w dniach 23-29 kwietnia 2007 r. i miał na celu podjęcie działań w kierunku poprawy bezpieczeństwa milionów młodych ludzi, którzy, będąc każdego dnia użytkownikami ruchu drogowego, stanowią grupę najwyższego ryzyka. Dodatkowym celem było podniesienie poziomu bezpieczeństwa na polskich drogach, przede wszystkim poprzez wywołanie i wspieranie przemian świadomościowych oraz skoordynowanie, nasilenie i nagłośnienie działań, których celem jest polepszenie bezpieczeństwa ruchu drogowego. Pierwszy światowy tydzień bezpieczeństwa ruchu drogowego przeprowadzony został w każdym województwie i powiecie w formie imprez, akcji i konkursów skierowanych przede wszystkim do dzieci i młodzieży. Z analizy wszystkich sprawozdań wysuwa się informacja o ogromnym zaangażowaniu i wsparciu ze strony policji, która służyła pomocą na wszystkich etapach działań. Działania edukacyjne i prewencyjne przeprowadzone w kwietniu podczas pierwszego światowego tygodnia ruchu drogowego zostaną przedłużone na cały rok realizacji, a także planowane są w następnych latach.

### **Ogólnopolski konkurs plastyczny pt. „Pomaluj życie na nowo”**

W 2007 r. Główny Inspektor Sanitarny objął honorowym patronatem konkurs plastyczny pt. „Pomaluj życie na nowo”, skierowany do osób chorych na cukrzycę i ich rodzin. Głównym celem konkursu jest upowszechnianie przesłania, że cukrzyca nie przekreśla możliwości pełnego i twórczego życia. Zadaniem uczestników Konkursu jest przedstawienie w formie artystycznej przeżyć, porażek i osiągnięć w walce z cukrzycą oraz promowanie zdrowego stylu życia.

### **Wystawa grzybów pt. „Poznaj grzyby – unikniesz zatrucia”**

W dniu 11 września 2007 r. minister Andrzej Wojtyła – główny inspektor sanitarny, dokonał otwarcia wystawy grzybów pt. „Poznaj grzyby – unikniesz zatrucia” zorganizowanej w Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Warszawie. Głównym celem Wystawy była profilaktyka poprzez zapoznanie społeczeństwa z tematyką zatruc grzybami, cechami identyfikującymi najważniejsze grzyby jadalne i podobne do nich, często z nimi mylone, grzyby trujące. Ponadto zwiedzający wystawę mogli zapoznać się z zasadami zbierania grzybów. Przedsięwzięcie to miało charakter edukacyjny i skierowane było do szerokiego grona odbiorców, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i młodzieży. Na wystawie zaprezentowano 77 atrap grzybów jadalnych, niejadalnych i trujących, pogrupowanych pod kątem ich podobieństwa zewnętrznego tak, aby łatwiej można było dostrzec różnice między nimi. Łącznie wystawę odwiedziło 987 osób.

## IV.2. SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ W POLSCE A BEZPIECZEŃSTWO ZDROWOTNE LUDNOŚCI

**Zdrowie** jest podstawową wartością w życiu człowieka i jego ochrona musi być wspierana skuteczną polityką. Stąd istnieje potrzebę podejścia strategicznego do tej wartości. Według Światowej Organizacji Zdrowia (1946) „zdrowie to nie tylko brak choroby czy ułomności ale pełen dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny”. Zdrowie można również określić jako zdolność do normalnego funkcjonowania organizmu, mając na względzie wszystkie jego organy i funkcje lub wyraz równowagi i harmonii możliwości fizycznych, psychicznych i społecznych osoby ludzkiej. A więc poprzez zdrowie rozumiemy nie tylko brak choroby, ale również dobre samopoczucie oraz taki stopień przystosowania biologicznego, psychicznego i społecznego, jaki jednostka może osiągnąć w najkorzystniejszych warunkach.

Prawo do zdrowia i opieki medycznej jako ważnego elementu bezpieczeństwa socjalnego jest zawarte w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych 10 grudnia 1948 r. a sprawy bezpieczeństwa zdrowotnego ludzkości stały się domeną działalności Światowej Organizacji Zdrowia – wyspecjalizowanej Agencji ONZ. Przez bezpieczeństwo socjalne należy rozumieć działania państwa, zmierzające do zapewnienia wszystkim obywatelom minimalnych warunków życia. Bezpieczeństwo socjalne dotyczy przede wszystkim osób chorych, bezrobotnych, bezdomnych, biednych i polega na umożliwieniu korzystania im m.in. z bezpłatnej z oświaty, ochrony zdrowia, pomocy materialnej.

### Wybrane strategie na rzecz zdrowia:

I. W 1978 r. na konferencji w Alma-Acie przyjęto strategię WHO „Zdrowie dla wszystkich”. Strategia ta była wyrazem uznania przez najwyższe światowe forum zdrowia podstawowej zasady równości i sprawiedliwości społecznej w odniesieniu do spraw zdrowia. Stała się ona programem wdrożenia idei bezpieczeństwa zdrowotnego w skali świata zaakceptowanej przez rządy wszystkich ówczesnych 191 krajów członkowskich Światowej Organizacji Zdrowia.

*Istotą tej strategii z punktu widzenia bezpieczeństwa zdrowotnego stała się równość obywateli w dostępie do opieki zdrowotnej, tak aby każdy, bez względu na wiek, płeć, miejsce zamieszkania i zamożność w razie poczucia zagrożenia zdrowotnego mógł skorzystać z opieki zdrowotnej.*

II. Aktualnie należy wskazać na działania podejmowane przez UE – opracowane zostały strategiczne kierunki działania na lata 2008-2013. Na państwach członkowskich spoczywa główna odpowiedzialność za politykę zdrowotną oraz za zapewnienie opieki zdrowotnej obywatelom państw członkowskich. Istnieją dziedziny, w których państwa członkowskie nie mogą działać same w sposób skuteczny, stąd niezbędne są działania podejmowane wspólnie.

**Zgodnie z art. 152 Traktatu WE przy „określaniu i urzeczywistnianiu wszystkich polityk i działań Wspólnoty zapewnia się wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego.**

<sup>9)</sup>W strategicznym podejściu UE, którego celem jest bezpieczeństwo, zwrócono uwagę na pojawianie się coraz poważniejszych wyzwań związanych ze zdrowiem społeczeństwa, a mianowicie:

- zmian demograficznych, w tym starzenie się społeczeństwa, zmieniające strukturę chorób i zagrażające równowadze unijnych systemów zdrowotnych
- potencjalnych poważnych zagrożeń dla zdrowia takich jak: pandemie, poważne wypadki i katastrofy biologiczne oraz bioterroryzm
- innowacji – w ostatnich latach doszło do znacznej ewolucji systemów opieki zdrowotnej, częściowo w wyniku szybkiego rozwoju nowych technologii, które rewolucjonizują sposób, w jaki promuje się zdrowie, przewiduje, zapobiega i leczy choroby.

Komisja Wspólnoty Europejskiej zaproponowała przyjęcie czterech głównych zasad będących podstawą trzech strategicznych celów na lata 2008–2013.

## 1. Strategia oparta na wspólnych wartościach związanych ze zdrowiem

Rada przyjęła oświadczenie o wspólnych wartościach i zasadach w systemach opieki zdrowotnej UE, wymieniając *nadrzędne wartości: powszechność, możliwość dostępu do wysokiej jakości opieki, sprawiedliwość oraz solidarność w ponoszeniu kosztów*. Centralną wartością jest wzmocnienie roli i aktywności obywateli. Opieka zdrowotna jest coraz bardziej zindywidualizowana i skupiona na pacjencie: jest on nie tyle przedmiotem opieki zdrowotnej, co jej podmiotem. Na podstawie programu działań na rzecz obywateli wspólnotowa polityka zdrowotna musi brać za punkt wyjścia prawa obywatela i pacjenta. Ponadto polityka zdrowotna musi opierać się na najlepszych dowodach naukowych wypływających z wiarygodnych danych i informacji oraz odpowiednich badań.

## 2. „Zdrowie – nasz największy skarb”

Zdrowie jest ważne dla dobrego samopoczucia jednostki i społeczeństwa, a zdrowie społeczeństwa jest również niezbędnym warunkiem wydajności gospodarczej i dobrobytu. **Wydatki na zdrowie to nie tylko koszt, to inwestycja**. Wydatki te mogą być postrzegane jako obciążenie gospodarcze, lecz rzeczywistym kosztem dla społeczeństwa są bezpośrednie i pośrednie koszty związane ze złym stanem zdrowia oraz brak wystarczających inwestycji w odpowiednie dziedziny zdrowia. Wydatkom na opiekę zdrowotną powinny towarzyszyć inwestycje na rzecz zapobiegania chorobom, ochrony zdrowia i poprawy ogólnego stanu zdrowia fizycznego i psychicznego społeczeństwa.

## 3. Uwzględnianie kwestii zdrowia we wszystkich obszarach polityki

Zdrowie społeczeństwa nie jest kwestią należąca jedynie do polityki zdrowotnej, gdyż ma wpływ na całą gospodarkę. Uwzględnianie kwestii zdrowia we wszystkich obszarach polityki łączy się również z angażowaniem nowych partnerów w politykę zdrowotną. Komisja zwróciła uwagę na potrzebę wspólnych działań m. in. z organizacjami pozarządowymi, przedstawicielami przemysłu, świata akademickiego i mediów.

## 4. Zwiększenie roli UE w ochronie zdrowia na świecie

W dzisiejszym zglobalizowanym świecie trudno jest oddzielić działania krajowe lub unijne od polityki światowej, jako że globalne kwestie zdrowotne oddziałują na wewnętrzną politykę zdrowotną.

### **Ponadto zostały sformułowane na nadchodzące lata trzy cele strategiczne:**

#### **cel 1: propagowanie zdrowia w starzejącej się Europie**

propagowanie zdrowego stylu życia od najmłodszych lat

Starzenie się społeczeństwa, wynikające z niskiego wskaźnika urodzeń i wzrastającej długości życia, jest już faktem ogólnie stwierdzonym. Do 2050 r. liczba osób, które przekroczyły 65 rok życia wzrośnie o 70%. Grupa osób po 80 roku życia wzrośnie zaś o 170%. Zmiany te najprawdopodobniej spowodują wzrost popytu na opiekę zdrowotną, przy jednoczesnym zmniejszeniu się populacji aktywnej zawodowo.

Jednakże prognozy Komisji wskazują, że im lepszy będzie stan zdrowia tej grupy osób, tym mniejsze będą wydatki na opiekę zdrowotną.

#### **cel 2: ochrona obywateli przed zagrożeniami dla zdrowia**

Ochrona zdrowia ludzkiego jest obowiązkowa, dlatego poprawa bezpieczeństwa i ochrony obywateli przed zagrożeniami dla zdrowia zawsze były w samym centrum polityki zdrowotnej Wspólnoty. Działania na szczeblu Wspólnoty obejmują naukową ocenę ryzyka, gotowość do szybkiej reakcji w przypadku zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego.

#### **cel 3: monitorowanie funkcjonowania systemów zdrowotnych i nowych technologii**

Systemy zdrowotne państw UE są pod rosnącą presją, aby odpowiedzieć na wyzwania związane ze starzeniem się społeczeństwa, wzrostem oczekiwań obywateli, migracją oraz mobilnością pacjentów i pracowników systemu ochrony zdrowia. Nowe technologie mogą zrewolucjonizować opiekę zdrowotną i systemy zdrowotne oraz przyczynić się do ich trwałości.



**Stan zdrowia** można wyobrazić sobie jako pewne continuum od pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego poprzez różne stadia chorób (początkowo niezdiagnozowanych, następnie po ustaleniu rozpoznania leczonych i rehabilitowanych) o różnym stopniu nasilenia, a także powstałe w ich następstwie upośledzenia funkcjonalne organizmu mogące powodować niepełnosprawność a nawet niezdolność do samodzielnej egzystencji aż do fazy wyczerpania się zdrowia doprowadzającej do zgonu.

**Według Światowej Organizacji Zdrowia następujące czynniki mają wpływ na stan zdrowia społeczeństwa:**

- żywność i żywienie
- wykształcenie
- warunki pracy
- sytuacja na rynku pracy
- zbiorowe spożycie i oszczędzanie
- warunki transportu i komunikacji
- warunki mieszkaniowe
- odzież
- wypoczynek i rozrywki
- swobody obywatelskie
- zabezpieczenie społeczne.

Powyższe czynniki powinny być uwzględniane przy opracowywaniu strategii na rzecz bezpieczeństwa zdrowotnego ludności.

**Bank Światowy** przedstawił stan zdrowia (w raporcie dot. zdrowia) jako funkcję stanu zamożności i wykształcenia. Zdrowie jest więc traktowane nie tylko jako bierny element rzeczywistości ale również jako forma kapitału, który jeśli jest właściwie wykorzystany może przyczynić się do pomnożenia wiedzy i zamożności człowieka, a tym całego społeczeństwa.

We współczesnej medycynie wyróżniamy następujące działania:

- I. profilaktykę czyli zapobieganie chorobom
- II. diagnozowanie chorób
- III. leczenie chorób
- IV. rehabilitację – czyli przywracanie lub poprawę sprawności i przydatności społecznej osobom, które w wyniku następstw choroby mogą stać się niepełnosprawne lub niesamodzielne

W naszym kraju obserwuje się, iż nadal priorytetowe są działania w zakresie leczenia (medycyny naprawczej), natomiast profilaktyka i rehabilitacja zajmują dalsze miejsce.

### **Zabezpieczenie społeczne**

Problem zabezpieczenia społecznego zdarzeń losowych zagrażających zdrowiu, zdolności do pracy i samodzielnej egzystencji oraz życiu człowieka towarzyszy ludzkości od zarania dziejów. To zdarzenia losowe powodują często nieodwracalne straty, których człowiek nie jest w stanie wyrównać we własnym zakresie. System zabezpieczenia społecznego jest jedną z najistotniejszych dziedzin polityki społecznej. Jest określony również w aktach prawnych MOP, Rady Europy i Unii Europejskiej. Pozostaje w bezpośrednim związku z bezpieczeństwem socjalnym zajmującym czołowe miejsce wśród wartości i potrzeb ludzkich, będącym jednym z podstawowych praw obywatelskich i społecznych.

*Dobrze funkcjonujący system zabezpieczenia społecznego wyzwala człowieka od obawy przed skutkami ryzyka społecznego, a więc stwarza więcej przestrzeni dla aktywności zawodowej, społecznej i politycznej.*

**Konwencja nr 102 Międzynarodowej Organizacji Pracy** o minimalnych normach zabezpieczenia społecznego z 1952 roku określiła zakres przedmiotowy zabezpieczenia społecznego, a mianowicie:

1. opiekę leczniczą
2. zasiłki w razie choroby
3. zasiłki w razie braku pracy
4. świadczenia na starość
5. świadczenia w razie wypadku przy pracy lub choroby zawodowej
6. świadczenie w razie macierzyństwa

7. zasiłki rodzinne
8. świadczenie w razie inwalidztwa
9. świadczenie w razie śmierci żywiciela rodziny.

W realizacji zabezpieczenia społecznego stosuje się trzy techniki administracyjno-finansowe:

1. **ubezpieczenie społeczne** – system zagwarantowanych ustawowo i związanych z pracą świadczeń o charakterze roszczeniowym (na wniosek osoby ubezpieczonej), pokrywający straty spowodowane zdarzeniami losowymi. Zadania te są realizowane przez zobowiązane do tego instytucje ze środków finansowych pochodzących z rozłożenia ciężaru tych świadczeń w całości lub w części na zbiorowość osób do nich uprawnionych. Zalicza się tu: ubezpieczenie chorobowe, rentowe, wypadkowe.
2. **zaopatrzenie społeczne** – również ma charakter roszczeniowy. Świadczenia są finansowane z funduszy publicznych (podatków). Ustawowo określona jest ich wysokość i warunki udzielania. Mogą przysługiwać obywatelom danego kraju należącym do określonej grupy zawodowej lub społecznej (np. zaopatrzenie służb mundurowych).
3. **pomoc społeczna** – świadczenia są przyznawane indywidualnie z funduszy publicznych osobom wnioskującym o te świadczenia. Przyznanie świadczeń jest poprzedzone zbadaniem warunków życia tych osób, a warunki nabycia prawa do tych świadczeń są określone w obowiązującym prawie.

**Zapewnienie funkcjonowania systemu zabezpieczenia społecznego należy do podstawowych funkcji i zadań państwa.**

**Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej stanowi, iż:**

— **każdy obywatel ma prawo do ochrony Zdrowia (art. 68)**

— obywatelom niezależnie od ich sytuacji materialnej władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanej ze środków publicznych

— **obywatel ma prawo do zabezpieczenia społecznego w razie niezdolności do pracy ze względu na chorobę lub inwalidztwo oraz po osiągnięciu wieku emerytalnego (art. 67).**

Z powyższego wynika, że ochrona zdrowia jest integralnym elementem polityki społeczno-ekonomicznej państwa.

**System opieki zdrowotnej** to zorganizowany i skoordynowany zespół działań mających na celu poprawę stanu zdrowia jednostki, a także zapobieganie niepełnosprawności i niezdolności do samodzielnej egzystencji.

**Celem każdego systemu opieki zdrowotnej jest:**

1. zapewnienie i dostarczanie całej populacji możliwie pełnego zakresu świadczeń medycznych, których ona wymaga, bez względu na różnicujące ją kryteria ekonomiczne, społeczne, kulturowe i geograficzne (dostępność opieki)
2. zapewnienie usług i świadczeń profilaktyczno-leczniczych i rehabilitacyjnych na możliwie najwyższym poziomie, adekwatnie do poziomu wiedzy i sztuki medycznej oraz zasad dobrej praktyki (jakość opieki medycznej z uwzględnieniem zasady jej ciągłości i globalnego podejścia)
3. organizowanie opieki w możliwie najlepszy sposób, tak aby zapewnić optymalne wykorzystanie istniejących zasobów materialnych, finansowych i osobowych (efektywność opieki zdrowotnej – produktywność, racjonalność i skuteczność)
4. systematyczne wdrażanie działań doskonalących system ochrony zdrowia, dla osiągnięcia satysfakcji wszystkich uczestników tego systemu.

W 1999 r. w naszym kraju wprowadzono reformę ochrony zdrowia – polegającą na odejściu od finansowania budżetowego na rzecz systemu tzw. mieszanego: ubezpieczeniowo-budżetowego.

Ubezpieczenie zdrowotne jest obowiązkowe i oparte na zasadach równego traktowania oraz solidarności społecznej, a także zapewnia ubezpieczonym równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej i wyboru świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z NFZ.

Prawo do świadczeń mają osoby objęte ubezpieczeniem zdrowotnym czyli osoby ubezpieczone opłacające składkę w wysokości aktualnie 9% podstawy wymiaru (składka rolnika jest równa kwocie odpowiadającej cenie pół kwintala żyta z 1 ha przeliczeniowego), a także członkowie ich rodzin oraz inne osoby wymienione w ustawie. Prawo do świadczeń przysługuje od pierwszego dnia objęcia ubezpieczeniem i jest zachowane przez 30 dni po ustaniu ubezpieczenia zdrowotnego.

**Celem świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja, a także zapobieganie niepełnosprawności i niezdolności do samodzielnej egzystencji.**

Obowiązująca w naszym kraju **ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych określa:**

1. warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
2. zasady i tryb finansowania tych świadczeń
3. zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń
4. zasady powszechnego – obowiązkowego i dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego
5. podstawy instytucjonalno-proceduralne dostosowania rozporządzeń Wspólnoty Europejskiej w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego dla osób migrujących
6. zasady funkcjonowania, organizację i zadania Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ)
7. zasady sprawowania nadzoru i kontroli nad finansowaniem i realizacją świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego

**W ramach ubezpieczenia zdrowotnego przysługuje prawo do:**

1. podstawowej opieki zdrowotnej
2. ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych – na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (skierowanie nie jest wymagane do świadczeń: ginekologa i położnika, dentysty, dermatologa, wenerologa, onkologa, okulisty, psychiatry; dla osób chorych na gruźlicę, zakażonych wirusem HIV, dla inwalidów wojennych i osób represjonowanych, dla osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych – w zakresie lecznictwa odwykowego)
3. leczenia szpitalnego – na podstawie wymaganego skierowania w szpitalu, z którym NFZ zawarła umowę o udzielanie świadczeń (pacjent ma prawo wyboru szpitala; w stanach nagłych ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne i leczenie szpitalne są udzielane bez skierowania)
4. świadczeń stomatologicznych określonych w ustawie (nie wszystkie świadczenia przysługują bezpłatnie)
5. badań diagnostycznych, w tym diagnostyki laboratoryjnej – na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego
6. leków i wyrobów medycznych – na podstawie recepty wystawionej przez lekarza lub felczera ubezpieczenia społecznego (zasady refundacji leków, a także uprawnienia szczególne w tym zakresie określa ustawa)
7. przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych – na podstawie zlecenia lekarza lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego (udział środków publicznych w cenie tych świadczeń nie może być niższy niż 50 % określonego limitu ceny tych przedmiotów)
8. leczenia uzdrowiskowego – na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (zgodnie z ustawą ubezpieczony ponosi koszty przejazdu i częściową odpłatność za koszty wyżywienia i zakwaterowania)
9. transportu sanitarnego – na podstawie zlecenia lekarza lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego (zasady odpłatności za transport sanitarny zostały określone ustawą – transport jest bezpłatny tylko w stanach stanowiących bezpośrednie zagrożenie zdrowia lub życia pacjenta).

**Z ubezpieczenia zdrowotnego nie przysługują bezpłatnie zgodnie z ustawą:**

1. orzeczenia o zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych oraz inne orzeczenia i zaświadczenia lekarskie wydawane na życzenie świadczeniobiorcy, jeżeli nie są one związane z dalszym leczeniem, rehabilitacją, niezdolnością do pracy, kontynuowaniem nauki, uczestnictwem dzieci, uczniów, słuchaczy zakładów kształcenia nauczycieli i studentów w zajęciach sportowych i w zorganizowanym wypoczynku, a także jeżeli nie są wydawane dla celów pomocy społecznej lub w uzyskaniu zasiłku pielęgnacyjnego
2. świadczenia opieki zdrowotnej zawarte w wykazie świadczeń opieki zdrowotnej niefinansowanych ze środków publicznych.
3. świadczenia medycyny pracy za które teoretycznie płaci pracodawca

W założeniach ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym proponowano składkę na to ubezpieczenie w wysokości 11%. Niestety w ustawie przyjęto składkę w wysokości 7,75% podstawy wymiaru, co obniżyło planowane nakłady na system ochrony zdrowia o 1/3. Stopniowe zwiększanie składki do

poziomu 9% również nie zapewnia wystarczających środków finansowych na pokrycie wydatków związanych z zapewnieniem bezpieczeństwa zdrowotnego ludności Polski. Należy dodać, iż do dnia dzisiejszego nie opracowano i nie wprowadzono cennika świadczeń zdrowotnych.

Mówiąc o efektywności systemu opieki zdrowotnej w kontekście bezpieczeństwa zdrowotnego ludności należy stwierdzić, że nie tylko istotne znaczenie mają odpowiednie nakłady finansowe na ochronę zdrowia. W Wielkiej Brytanii zespół wielospecjalistyczny opracował raport zawierający zalecenia mające na celu zwiększenie efektywności polityki zdrowotnej. W wyniku przeprowadzonych analiz wyodrębniono 5 obszarów stylu życia przynoszących szkody zdrowotne, które powinny ulegać zmianom. Wśród nich wymienia się: palenie papierosów, dietę, alkohol, seksualność i bezpieczeństwo na drogach. Równolegle eksperci określili pięć obszarów takich jak opieka nad kobietami ciężarnymi, opieka stomatologiczna, szczepienia, wczesne wykrywanie nowotworów oraz wykrywanie nadciśnienia, które wymagają natychmiastowego usprawnienia. Jako specyficzny cel narodowy w zakresie żywienia uznano zwiększenie spożycia błonnika z 20 do 30 g dziennie na osobę.

Jest to przykład różnych metod rozwiązywania problemów zdrowotnych – przez działania edukacyjne, a także organizacyjne zmierzające do poprawy dostępności do opieki zdrowotnej.

Również w Polsce  **Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015** eksponuje oddziaływania edukacyjne i organizacyjne. Jego głównym celem jest poprawa zdrowia i związanej z nimi jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności w zdrowiu.

Cele strategiczne tego programu to zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, udarów mózgu, nowotworów złośliwych, przewlekłych chorób układu oddechowego. Celem jest również zapobieganie zaburzeniom psychicznym, a także negatywnym skutkom przewlekłych schorzeń narządu ruchu.

Celami operacyjnym dotyczącymi czynników ryzyka i działań w zakresie promocji zdrowia jest zmniejszenie palenia tytoniu i picia alkoholu, poprawa sposobu żywienia ludności oraz zwiększenie aktywności fizycznej ludności, a także cele dotyczące wybranych populacji, a więc matek, noworodków, dzieci i młodzieży, oraz osób starszych i niepełnosprawnych.

Jako niezbędne działania ze strony instytucji systemu opieki zdrowotnej i samorządu terytorialnego uznano m.in. poprawę jakości świadczeń zdrowotnych w zakresie skuteczności, bezpieczeństwa i akceptowalności społecznej, w tym przestrzeganie praw pacjenta, a także poprawę wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami chorymi przewlekle na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej.

Istotne znaczenie ma również Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007 – 2013 (dokument towarzyszący Narodowemu Planowi Rozwoju).

Strategia ta ma na celu uzyskanie dobrego stanu zdrowia społeczeństwa polskiego poprzez działania w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, profilaktyki, leczenia, a także rehabilitacji.

Niestety w dokumencie tym pominięto różne aspekty braku równowagi między systemem ochrony zdrowia a otoczeniem, a także w samym systemie m.in. zadłużenie placówek ochrony zdrowia, drożące technologie, niskie płace i migrację pracowników ochrony zdrowia).

**Podstawowym kryterium efektywności funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej są:**

### **1. dostępność opieki zdrowotnej**

Niezadowolająca dostępność może wynikać z braku reakcji systemu na istniejące potrzeby zdrowotne populacji. Bariere może również stwarzać brak uświadomienia potrzeb zdrowotnych, a także niskie dochody uniemożliwiające częściową albo pełną odpłatność za świadczenia zdrowotne. W wielu opracowaniach z zakresu zdrowia publicznego podkreśla się, że systemy opieki zdrowotnej są mniej dostępne dla osób najbardziej potrzebujących opieki.

### **2. kompleksowość opieki zdrowotnej**

Konieczna jest integracja działań promujących zdrowie, profilaktycznych, a także usług diagnostyczno-leczniczo-rehabilitacyjnych i pielęgnacyjnych. Niestety nakłady na promocję zdrowia, profilaktyka i rehabilitację są niedostateczne i nadal w naszym kraju obserwujemy wyższość medycyny "naprawczej" nad „zapobiegawczą”. Wydaje się również, że należy dążyć aby instytucja lekarza rodzinnego bardziej doceniła wagę i rolę promocji i profilaktyki, a przede wszystkim wczesnej prawidłowej diagnostyki.

### 3. ciągłość opieki

Ciągłość opieki zdrowotnej to systematyczność kontynuacji niezbędnych działań profilaktyczno-diagnostyczno-leczniczo-rehabilitacyjnych we wszystkich fazach życia, a szczególnie w przypadku chorób przewlekłych, takich jak: choroby układu krążenia, cukrzyca itp.

### 4. skuteczność i jakość opieki

Miernikiem jakości opieki zdrowotnej jest poziom i skuteczność diagnostyki, leczenia i rehabilitacji mierzony uzyskanym efektem. Jakość opieki zależy od poziomu technologii medycznych, poziomu wiedzy medycznej, kwalifikacji personelu medycznego i administracyjnego a także racjonalnych rozwiązań organizacyjnych i rozmieszczenia kadr i aparatury medycznej.

### 5. akceptacja i satysfakcja zarówno pacjentów jak i personelu medycznego

Akceptacja i satysfakcja pacjentów zależy od dostępności opieki (możliwości i szybkości uzyskania świadczeń zdrowotnych) jak i jej poziomu (wiedza i praktyka medyczna).

Natomiast akceptacja i satysfakcja personelu medycznego zależy od warunków pracy (wyposażenie zakładów opieki zdrowotnej, rozwiązania organizacyjne, osiągnięte wynagrodzenia itp.)

### 6. zdolności adaptacyjne systemu

System opieki zdrowotnej powinien być zdolny do ciągłej ewolucji i adaptować się do zmieniających się warunków jego działania. Należy doskonalić rozwiązania organizacyjne, prawne i ekonomiczne.

Według Goryńskiego i Wojtyniaka stan zdrowia ludności Polski odbiega niekorzystnie od sytuacji zdrowotnej obserwowanej w większości krajów UE, choć po 1991 r. sytuacja ulega systematycznej poprawie. Te pozytywne zmiany mają jednak niedostateczne tempo, aby w krótkim czasie Polska mogła osiągnąć poziom przeciętny dla krajów Unii Europejskiej.

Jednym z najważniejszych mierników stanu zdrowia populacji jest *przeciętna długość dalszego trwania życia*. W 2006 r. w Polsce przeciętna długość trwania życia **kobiet wynosiła 78, 91**, a **mężczyzn 70,38 lat** i w ostatnim piętnastoleciu wydłużyła się w obu grupach o około 4 lata. Nadal jednak przeciętne dalsze trwanie życia jest krótsze o 4,4 lat, niż w krajach UE. Długość życia jaką obserwujemy obecnie w naszym kraju, w krajach UE obserwowano już 20 lat temu.

Obiektywnym miernikiem skuteczności ochrony zdrowia jest *umieralność*.

W latach 1990 – 2005 nastąpiło znaczne obniżenie natężenia zgonów . Ogólny współczynnik zgonów zmniejszył się o ponad 23 %.

Standaryzowany współczynnik zgonów na 100000 ludności w roku 1990 wynosił 1137,6, w roku 2000 – 962,0, a w roku 2005 – 873,2.

Największe obniżenie umieralności nastąpiło w najmłodszych grupach wieku tj. niemowląt i dzieci w wieku 1 – 4 lata. Wśród osób młodych i w wieku średnim zmiany były mniej korzystne. Natomiast większe korzyści dotyczyły zbiorowości osób w wieku 60 – 84 lata.

Struktura głównych przyczyn zgonów w Polsce i innych krajach UE jest podobna. Jednak w naszym kraju choroby układu krążenia są przyczyną 46%, a w UE – 36% zgonów.

Podobnie niekorzystna sytuacja występuje w odniesieniu do zagrożenia życia z powodu urazów i zatruc. Natomiast w przypadku chorób nowotworowych umieralność w Polsce jest o około 20 % wyższa niż w krajach UE. Mniejsza niż w krajach UE jest umieralność z powodu chorób układu oddechowego.

Obserwowany w ostatnich latach istotny spadek liczby zgonów w następstwie chorób układu krążenia może być spowodowany pozytywnymi zmianami w zakresie zachowań zdrowotnych ludności Polski, ale także wprowadzeniem leków nowej generacji, jak i coraz szerszym stosowaniem technologii medycznych ratujących życie, a także programami polityki zdrowotnej np. POLKARD.

Także umieralność niemowląt /dzieci poniżej 1-go roku życia/ ulega systematycznemu obniżeniu. W latach 1990–2005 zmniejszyła się o ponad połowę - z 15,9 zgonów na 1000 urodzeń żywych w 1990 r. do 6,4 w roku 2005.

Nadal jednak poziom ten jest wyższy niż w krajach UE (3 – 5%) i w Czechach (2%).

Z danych tych wynika, że skuteczność ochrony zdrowia w Polsce ulega systematycznej poprawie o czym świadczy spadek umieralności we wszystkich grupach wiekowych, a także wydłużenie długości przeciętnego trwania życia.

Wyniki te nie korelują jednak z odczuciami społeczeństwa i przekazami medialnymi dotyczącymi dostępności do świadczeń. Od kilku już lat w powszechnym odczuciu mamy do czynienia z pogarszającą się sytuacją opieki zdrowotnej w naszym kraju.

Jak wiadomo podstawową zasadą postępowania lekarskiego jest jak najwcześniejsze postawienie prawidłowego rozpoznania choroby w celu wdrożenia właściwego leczenia i rehabilitacji od początku choroby. Jest to niezbędne dla dobra pacjenta, a także może powodować zmniejszenie kosztów leczenia i ewentualnych świadczeń z tytułu następstw choroby czyli niepełnosprawności, niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Należy więc zrozumieć niezadowolenie społeczne, jeżeli w celu postawienia rozpoznania pacjent oczekuje kilkanaście tygodni, a nawet miesięcy na wykonanie badań diagnostycznych, konsultacji specjalistycznych – niejednokrotnie pobierając w okresie oczekiwania zasilek chorobowy przewyższający koszt tych procedur. Przedłużający się okres oczekiwania na procedury diagnostyczne, opóźnienie we wprowadzeniu właściwego leczenia i rehabilitacji, oczekiwanie na zabiegi operacyjne (m.in. endoprotezoplastyka, operacje okulistyczne) mogą przyczynić się do powstania niepełnosprawności, niezdolności do pracy i wypłacanych z tego tytułu przez wiele lat świadczeń rentowych.

Tak więc przy wysokim poziomie i wzrastającej skuteczności świadczeń zdrowotnych powstał i narasta problem ilościowego zabezpieczenia tych świadczeń w skali ogólnej. Jako przyczyny tego stanu należy wziąć pod uwagę:

### 1. sytuację demograficzną

Tabela 1. Zmiany demograficzne w Polsce w latach 1990 a 2005 (w tys.)

Wiek	0	1–14	15–29	30–54	55–74	75–79	80+
1990	547	8745	8041	12883	6032	852	790
2005	364,4	5825	9293	13631	6903	1109	1031

Źródło: Rocznik Demograficzny GUS 2006

Zmiany demograficzne charakteryzują się wybitnym obniżeniem stopy urodzeń i znacznym wzrostem populacji w wieku powyżej 75 lat, a więc populacji w wieku podeszłym, co powoduje wzrost zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne (choroby przewlekłe, wzrost schorzeń układu krążenia i nowotworów).

### 2. zmniejszanie się zasobów kadrowych ochrony zdrowia mogące uniemożliwić zaspokojenie rosnących potrzeb zdrowotnych

Od 2005 r. po przystąpieniu Polski do UE obserwuje się migrację kadr medycznych. Do końca 2007 r. Izby Lekarskie wydały około 6500 zaświadczeń dla lekarzy ubiegających się o pracę poza granicami Polski ze względu na nieporównywalnie lepsze warunki zatrudnienia, w tym płacy w krajach UE.

Bardzo niepokojącym jest również fakt zmniejszenia się liczby lekarzy specjalistów w o około 20% w anesteziologii, 16% w torakochirurgii, a w innych specjalnościach o około 10%. Należy zaznaczyć, że wykształcenie specjalisty w Polsce trwa około 5 lat.

Fakty te mogą stanowić istotny powód pogorszenia dostępności do świadczeń zdrowotnych.

3. Najważniejszą jednak sprawą są **niewystarczające nakłady finansowe na ochronę zdrowia** w naszym kraju. W wysokości wydatków na ochronę zdrowia na osobę na rok w cenach porównywalnych w USD wyprzedzamy jedynie trzy kraje nadbałtyckie tzn. Litwę, Łotwę i Estonię.

Uzyskanie dotychczasowych efektów zdrowotnych było więc możliwe tylko **dzięki utrzymującym się przez kilkadziesiąt lat nieporównywalnym z innymi krajami niskim uposażeniem fachowego personelu ochrony zdrowia w Polsce**, gdyż inne koszty ogólne (energia, remonty, środki czystości, leki, materiały medyczne łącznie z aparaturą) we wszystkich krajach UE są porównywalne.

Zbyt niskie nakłady na ochronę zdrowia są więc przyczyną coraz trudniejszego dostępu do świadczeń zdrowotnych, a także zadłużanie się jednostek ochrony zdrowia.

Mimo optymistycznych danych o skuteczności opieki zdrowotnej, wdrażania systemu poprawy jakości polscy pacjenci mają duże trudności w dostępie do usług medycznych.

Z opublikowanych w raporcie „Warunki i jakość życia Polaków” – diagnoza społeczna 2007 wyników badań wynika, że największa grupa gospodarstw domowych zmuszona była z powodu braku środków zrezygnować z zakupu leków i leczenia zębów. Odsetek osób, którym brakuje pieniędzy na ten cel maleje, ale ciągle jest duży i wynosi 26%.

Osoby, których nie stać na zakup przepisanych przez lekarza leków na pewno mają gorsze subiektywne poczucie bezpieczeństwa związanego z chorobą.

Tak więc ekonomiczna bariera dostępu do leków powinna być przedmiotem „szczególnej troski” w polityce lekowej państwa.

Sz szczególnie niepokojący jest fakt, iż systematycznie maleje liczba osób korzystających z **porad stomatologicznych**.

Z badań przeprowadzonych przez GUS „ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych” z porad stomatologicznych korzystało w 2003 roku 15,6% ogółu obywateli. Natomiast w roku 2006 z porad stomatologicznych korzystało w kraju 13,5% ogółu obywateli.

Według danych Oral Global Data Bank Polska zajmuje przedostatnie miejsce (przed Wietnamem) jeśli chodzi o średnią liczbę zębów z próchnicą na 1 dziecko (5,5).

Korzystanie z porad stomatologicznych według cech demograficznych przedstawia tabela 2.

**Tabela 2. Osoby korzystające z porad stomatologicznych według cech społeczno-demograficznych**

<b>Osoby korzystające z porad stomatologicznych według cech społeczno-demograficznych</b>	
<b>W roku 2006 udzielono 8,4 mln prywatnych porad stomatologicznych</b>	

Wyszczególnienie	Porady stomatologiczne (razem w %)
<b>Ogółem</b>	<b>15,6</b>
<i>Według wieku:</i>	
3 – 6	<b>11,5</b>
70 i więcej	<b>8,4</b>
<i>Według wykształcenia:</i>	
wyższe	<b>28,4</b>
podstawowe	<b>12,5</b>
<i>Według dochodu na 1 osobę:</i>	
do 200 zł	<b>8,7</b>
powyżej 1.700 zł	<b>28,8</b>
<i>Według zamieszkania:</i>	
<i>Miasta o liczbie mieszkańców:</i>	
500 tys. i więcej	<b>24,4</b>
20 tys. i mniej	<b>15,8</b>
<i>wieś</i>	<b>13</b>

Ten katastrofalny stale pogarszający się stan zdrowia stomatologicznego populacji polskiej wskazuje na konieczność zwiększenia nakładów finansowych na stomatologię, w tym profilaktykę. Także zaniepokojenie budzi likwidacja przychodni specjalistycznych stomatologicznych dla pacjentów z HIV/AIDS/HCVc w prawie 40 milionowym kraju w środku Europy.

**Likwidacja medycyny szkolnej** w rozumieniu rozwiązań organizacyjnych sprzed 1999 roku w naszym kraju również znacznie opóźniła rozpoznawanie wielu wad i schorzeń, które wcześniej rozpoznane, leczone i rehabilitowane w wielu przypadkach mogłyby nie doprowadzić do ewentualnego kalectwa i zwiększania się liczby osób niepełnosprawnych wchodzących w dorosłe życie.

Ponadto, coroczne **zmniejszanie nakładów na rehabilitację** w NFZ może skutkować zwiększeniem się liczby osób niepełnosprawnych, a więc liczby osób pobierających przez wiele lat świadczenie rentowe, a co za tym idzie wzrost nakładów finansowych na te świadczenia. Dotyczy to także zabezpieczenia potrzeb osób, które w wyniku następstw choroby lub urazu stają się niezdolne do samodzielnej egzystencji, a brak dostatecznego dostępu do rehabilitacji może pogłębić stopień niesamodzielności.

Również ostatnie doniesienia związane z próbami **niefinansowania nowoczesnych metod leczenia chorób na nowotwory** stwarzają zagrożenie bezpieczeństwa pacjentów, bo przecież każdy dzień zwłoki w leczeniu może przynieść pogorszenie stanu zdrowia pacjenta.

Także **niefinansowanie** w polskim systemie ochrony zdrowia **profilaktyki u chorych na hemofilię** – stosowane w sąsiadujących z nami Czechach – prowadzi do cierpień ludzkich i kalectwa.

W kontekście bezpieczeństwa zdrowotnego, wydaje się, iż mało miejsca poświęca się znaczeniu **dotępności do diagnostyki medycznej** we wczesnym okresie choroby, która jest niezbędna dla ustalenia rozpoznania choroby, a następnie podjęcie stosownego leczenia.

Ostatnie doniesienia wskazują na znaczącą rolę **zbyt niskiej wyceny świadczeń zdrowotnych** przez NFZ nie uwzględniającej rzeczywistych kosztów ogólnych (leków, eksploatacji nowoczesnej aparatury medycznej), a także limitowanie świadczeń i procedur medycznych jako jedną z głównych przyczyn aktualnego stanu opieki zdrowotnej w naszym kraju.

Przedstawiono tylko kilka przykładów mających wpływ na poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego ludności naszego kraju.

Usprawnienie tego stanu należy rozpatrywać w kontekście wzrostu nakładów finansowych na ochronę zdrowia w Polsce. Należałoby zatem rozważyć wzrost wysokości składki (min. wysokość proponowana w 1997 r. 11 %) wraz z pilnym opracowaniem cennika świadczeń zdrowotnych, a także wprowadzeniem zasady „pieniądz idzie na pacjentem”. Zasadne jest także podjęcie działań mających na celu ubezpieczenie ryzyka choroby w jednym ubezpieczeniu (połączenie NFZ z funduszem chorobowym (ZUS, KRUS).

W połączonych funduszach: zdrowotnym, chorobowym należałoby wprowadzić standaryzację świadczeń medycznych i kontrolę ich jakości co może doprowadzić do skrócenia okresu niezdolności do pracy a tym samym, do zmniejszenia wypłat zasiłków chorobowych z tytułu czasowej niezdolności do pracy. Dzięki temu więcej środków pieniężnych można byłoby przeznaczyć na poprawę jakości diagnostyki, leczenia i rehabilitacji. Przyjęcie tego rozwiązania zapewniłoby także możliwość kontroli jakości i prawidłowości całego procesu diagnostyczno-leczniczo-rehabilitacyjno-orzeczniczego przez służby medyczne ubezpieczenia chorobowego. Służby te powinny dokonywać kontroli i oceny celowości, kompletności i kosztów badań diagnostycznych koniecznych dla postawienia prawidłowej i wczesnej diagnozy, zasadności zastosowanego leczenia, procesu kompleksowej rehabilitacji mającej na celu zapobieganie niepełnosprawności i niesamodzielności, dokumentowania procesów diagnostyczno-leczniczo-rehabilitacyjnych oraz prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy.

## **Jakość opieki zdrowotnej – spełnienie wymagań**

Jakość opieki zdrowotnej jest podstawowym zagadnieniem w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia i ma istotne znaczenie dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego.

Działania w tym zakresie podjęte zostały na przełomie XIX i XX wieku w Stanach Zjednoczonych przez chirurgów, którzy stwierdzili istotne różnice w wynikach podobnych zabiegów operacyjnych przeprowadzanych w różnych oddziałach. Wtedy też zaczęto badać czynniki wpływające na ostateczny wynik leczenia operacyjnego pacjentów. Od tego momentu rozpoczął się rozwój instytucji działających na rzecz poprawy jakości w opiece zdrowotnej. Miało to na celu zapewnienie znormalizowanego podstawowego poziomu opieki zdrowotnej oraz wprowadzenie standardów i wskaźników według których można oceniać jakość świadczonych usług medycznych.

W 1951 r. powołano w USA pierwszą Komisję do spraw Akredytacji Szpitali, która następnie została przekształcona w Zespoloną Komisję do spraw Akredytacji Zakładów Opieki Zdrowotnej (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization - JCAHO). Komisja ta opracowuje: standardy jakości, wskaźniki jakości (ilościowe mierniki stopnia realizacji przyjętych standardów), wytyczne postępowania w określonych sytuacjach klinicznych, system zbierania i przetwarzania informacji medycznych oraz system akredytacji zakładów opieki zdrowotnej.



W Polsce dopiero w 1995 r. powołano w Krakowie Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia na wzór amerykańskiej JCAHO. Centrum opracowało polski system akredytacji szpitali (przy czym dodać należy, iż dotychczas nie został wydany akt wykonawczy do ustawy o zoz powołujący Radę Akredytacyjną). Istnieje też akredytacja w rozumieniu ustawy o systemie oceny zgodności (spełnianie wymagań zgodnie z normami międzynarodowymi – ISO – np. laboratoria medyczne). Akredytacja służy budowaniu i umacnianiu zaufania do podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych.

Zasadniczym celem akredytacji jest przyczynienie się do osiągnięcia wysokiej jakości usług poprzez proces doskonalenia. Ostatecznie jakość świadczonych usług medycznych zależy od wszystkich składowych struktury danego zakładu opieki zdrowotnej oraz od całości procesu postępowania z pacjentem.

Należy podkreślić, że świadczenia zdrowotne mają na celu przyniesienie korzyści pacjentom. Jednak wiąże się one również z nieuniknionym ryzykiem wystąpienia szkodliwych działań ubocznych (zdarzeń niepożądanych).

**Zdarzenia niepożądane** w opiece zdrowotnej nie są problemem nowym. Zwracano na ten problem uwagę już w latach 50 i 60 poprzedniego stulecia. Z informacji zawartych w Raporcie Sekretariatu Światowej Organizacji Zdrowia przedstawionego na 55 Zgromadzeniu w dniu 23 czerwca 2002 r. wynika iż dopiero pod koniec poprzedniego stulecia zaczęto poważnie podchodzić do zdarzeń niepożądanych w opiece zdrowotnej.

W latach 90-tych opublikowano raport Harvard Medical Practice Study, w którym stwierdzono, że 4% pacjentów doznaje szkodliwych skutków ubocznych w trakcie pobytu w szpitalu; 70% tych skutków prowadziło do inwalidztwa, a 14% do śmierci. Zaczęły również pojawiać się doniesienia na ten temat w innych krajach.

W 1999 r. w Stanach Zjednoczonych opublikowano raport „Błądzić jest rzeczą ludzką: budowa bardziej bezpiecznego systemu opieki zdrowotnej”.

W raporcie tym szacowano, że błędy medyczne powodują od 44 000 – 98 000 przypadków zgonów rocznie w szpitalach USA /więcej niż wypadki drogowe; rak piersi czy AIDS/.

W Australii w opublikowanym w 1995 r. studium na temat jakości usług medycznych stwierdzono, że u 16,6% hospitalizowanych stwierdzono występowanie zdarzeń niepożądanych.

Oceniając w 2000 r. jakość opieki medycznej w szpitalach europejskich Grupa Robocza Szpitali Europy stwierdziła, że co dziesiąty pacjent w szpitalach europejskich cierpi z powodu uszkodzeń ciała i szkodliwych skutków ubocznych pobytu w szpitalu, (zdarzeń niepożądanych) wiążących się z niewłaściwą jakością opieki zdrowotnej, których można było uniknąć.

Te zjawiska występowania szkodliwych skutków ubocznych opieki medycznej są przyczyną cierpień ludzkich, ale także przyczyniają się do strat finansowych.

W USA stwierdzono, że ogólny koszt szkodliwych zdarzeń niepożądanych w ochronie zdrowia, którym można było zapobiegać – biorąc pod uwagę utracone przez pacjentów dochody, koszty świadczeń z tytułu czasowej i długotrwałej niezdolności do pracy i wydatki na środki medyczne szacuje się na poziomie 17 000 do 29 000 milionów USD rocznie.

Oczywiście należy również uwzględnić brak satysfakcji pacjentów i brak zaufania do instytucji sprawujących opiekę medyczną.

W Raporcie Światowej Organizacji Zdrowia zwrócono uwagę na szczególną sytuację w tym zakresie w krajach rozwijających się lub znajdujących się w okresie przejściowym, oceniając, że prawdopodobieństwo wystąpienia niekorzystnych skutków diagnostyki i leczenia jest w tych krajach o wiele wyższe z powodu słabej infrastruktury i sprzętu, niskiej jakości leków, braków w zarządzaniu odpadami, zakażeń wewnątrzszpitalnych. Wskazano na rolę małej wydajności personelu medycznego spowodowanego niską motywacją a także szczególnie istotnego elementu mianowicie niedofinansowania ochrony zdrowia.

Według danych WHO w krajach rozwijających się notuje się 77% fałszerstw leków, a 50% wyposażenia medycznego w tych krajach nie nadaje się do użytku i powoduje zwiększone ryzyko szkód wyrządzonych pacjentom ale także pracownikom ochrony zdrowia.

Większość szkodliwych skutków leczenia powstaje w szpitalach ponieważ ryzyko związane z leczeniem szpitalnym jest wysokie. Ale właściwie każdy etap udzielania świadczeń zdrowotnych zawiera pewien stopień zagrożenia a więc:

- efekty uboczne leków lub ich kombinacji (interakcje leków)
- ryzyko związane z aparaturą medyczną
- niska jakość lub wadliwość produktów medycznych stosowanych w leczeniu pacjentów
- błędy systemowe
- ułomności ludzkie

Obecnie uważa się, że odpowiedzialnymi za szkodliwe zdarzenia niepożądane są niedociągnięcia w organizacji i funkcjonowaniu ochrony zdrowia, a dopiero na dalszym miejscu jakość produktów lub odpowiedzialność indywidualnych wykonawców usług medycznych.

Bardzo istotne w zapobieganiu tym zdarzeniom jest także zarządzanie jakością, zapobieganie oraz zdolność uczenia się na błędach.

**bezpieczeństwo pacjentów jest najistotniejszym elementem zarządzania jakością.** Poprawa bezpieczeństwa pacjentów wymaga kompleksowych działań w zakładach opieki zdrowotnej w zakresie bezpieczeństwa środowiska pracy oraz zarządzania ryzykiem, a więc:

- kontroli zakażeń wewnątrzszpitalnych
- bezpiecznego stosowania leków
- bezpieczeństwa aparatury medycznej
- bezpiecznych procedury klinicznych

Światowa Organizacja Zdrowia postuluje podjęcie działań w systemach opieki zdrowotnej mających na celu zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów, a więc:

- zapobieganie przypadkom wystąpienia skutków ubocznych leczenia
- zgłaszanie i analiza tych przypadków
- łagodzenie ich skutków.

daniem ekspertów, **bezpieczeństwo pacjenta, rozumiane jako zapobieganie zdarzeniom niepożądanym (skutkom ubocznym) i błędom popełnianym w trakcie leczenia** jest nadal zagadnieniem niedocenianym w jednostkach ochrony zdrowia.

Nasz kraj jest pierwszym krajem spośród tzw. krajów „postkomunistycznych” w którym zainicjowano działania na rzecz bezpieczeństwa pacjenta i opieki zdrowotnej mające na celu opracowanie i wdrożenie Narodowego Programu Bezpieczeństwa Pacjenta.

W latach 2003–2004 w pierwszym etapie przeprowadzono w ramach projektu „Bezpieczny Pacjent, Bezpieczny Szpital” analizę 246 kwestionariuszy Oceny Zdarzeń Niepożądanych wypełnionych anonimowo przez wybranych losowo ordynatorów i pielęgniarki oddziałowe oddziałów chirurgii ogólnej, ortopedii, neurochirurgii, chorób wewnętrznych posiadających akredytację Ministra Zdrowia na prowadzenie specjalizacji.

W grupie respondentów złożonej w 40% z lekarzy, a 60% pielęgniarek

- 78% osób podało, że brało udział w zdarzeniu niepożądanym
- 96% uważało, że należy informować pacjentów o możliwych komplikacjach interwencji chirurgicznych
- 91% zgłosiłoby informację o pomyleniu leków o przeciwnym działaniu
- 43% pielęgniarek i 25,3% lekarzy obawiało się „reprimendy” ze strony przełożonych, ale duże grupy wyraziły zdecydowaną gotowość informowania przełożonych o popełnionym błędzie
- 89% lekarzy i 55% pielęgniarek byłoby skłonnych do omawiania zdarzeń niepożądanych z koleżankami i kolegami z oddziału.

atomiast nikt z badanych nie popierał modelu informacji anonimowej o zdarzeniach niepożądanych, a 1/3 badanych chciała jej nadać charakter poufny.

Autorzy badania stwierdzili, iż wyniki te stanowią bezcenne źródło informacji i powinny zostać wykorzystane do stworzenia systemu bezpieczeństwa w polskich szpitalach.

**Konieczne jest więc podjęcie intensywnych działań zwiększających świadomość i wiedzę na temat bezpieczeństwa pacjenta wśród decydentów, profesjonalistów opieki zdrowotnej, menagerów, ubezpieczycieli i płatników w ochronie zdrowia.**

Metodologia opracowania i wdrożenia polityki bezpieczeństwa pacjenta przekracza granice narodowe, a ewaluacja tej polityki wymaga znacznych zasobów i wiedzy, działania te powinny być dokonywane wspólnie.

Komitet Ministrów Rady Europy na 95 spotkaniu delegowanych przedstawicieli ministrów przyjął dn. 24 V 2006 *rekomendację Rec (2006)7 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich na temat zarządzania bezpieczeństwem pacjenta i zapobiegania zdarzeniom niepożądanym w opiece zdrowotnej*, ponieważ celem Rady Europy jest osiągnięcie większej jedności jej członków szczególnie poprzez przyjęcie wspólnych reguł postępowania w dziedzinie zdrowia.

**Podstawowym prawem każdego obywatela we wszystkich krajach członkowskich jest dostęp do bezpiecznej opieki zdrowotnej.** Błędy stanowią nieodłączny komponent ludzkiego działania na wszystkich polach aktywności, jednakże możliwe jest uczenie się na błędach i zapobieganie ich ponownemu występowaniu. Podmioty świadczące opiekę zdrowotną i organizacje, które osiągnęły wysoki poziom bezpieczeństwa powinny uznawać własne błędy i uczyć się na ich podstawie. Zgodnie z powyższą rekomendacją, pacjenci winni uczestniczyć w decyzjach ich dotyczących, a osoby pracujące w sektorze ochrony zdrowia powinny zapewnić im odpowiednią i jasną informację o potencjalnym ryzyku i jego konsekwencjach w celu uzyskania świadomej zgody pacjenta na leczenie. Bezpieczeństwo pacjenta stanowi podstawę filozofii poprawy jakości, a zatem należy podjąć wszelkie możliwe działania dla organizowania i promowania edukacji w dziedzinie bezpieczeństwa pacjenta i jakości edukacji w opiece zdrowotnej. Te same zasady bezpieczeństwa pacjenta odnoszą się jednakowo do wszystkich poziomów opieki zdrowotnej oraz do wszystkich zawodów medycznych, a także do promocji zdrowia, profilaktyki, diagnozowania, leczenia, rehabilitacji i innych aspektów opieki zdrowotnej.

Komitet Ministrów Rady Europy zaleca, aby rządy państw członkowskich zgodnie ze swoimi kompetencjami:

- zapewniły, że bezpieczeństwo pacjenta stanowi podstawę wszystkich istotnych działań polityki zdrowotnej, a w szczególności polityki poprawy jakości
- opracowały spójne i wszechstronne zasady polityki bezpieczeństwa pacjenta
- promowały tworzenie systemu zgłaszania zdarzeń niepożądanych w celu poprawy bezpieczeństwa pacjenta poprzez uczenie się na podstawie zaistniałych incydentów
- dokonały przeglądu innych istniejących źródeł danych, takich jak skargi i opinie pacjentów, systemy odszkodowawcze, kliniczne bazy danych, systemy monitorowania jako uzupełniających źródeł informacji na temat bezpieczeństwa pacjenta
- promowały opracowanie programów edukacyjnych dla personelu medycznego, w tym menedżerów opieki zdrowotnej, dla poprawy rozumienia klinicznego procesu decyzyjnego, zarządzania ryzykiem i konieczności przyjęcia odpowiedniej postawy w przypadku wystąpienia zdarzeń niepożądanych
- opracowały wiarygodne i istotne wskaźniki bezpieczeństwa pacjenta dla różnych poziomów świadczeń zdrowotnych, które mogłyby zostać wykorzystane dla identyfikacji problemów związanych z bezpieczeństwem pacjenta, oceny interwencji podejmowanych dla poprawy bezpieczeństwa oraz ułatwienia możliwości międzynarodowych porównań w tym zakresie
- współpracowały na poziomie międzynarodowym w tworzeniu platformy wzajemnej wymiany doświadczeń i wiedzy we wszystkich aspektach bezpieczeństwa opieki zdrowotnej
- promowały badania nad bezpieczeństwem pacjenta
- sporządzały regularne raporty o działaniach podejmowanych w kraju w celu poprawy bezpieczeństwa pacjenta

Kmitet Ministrów Rady Europy zaleca, aby organizacje ochrony zdrowia, stowarzyszenia usługodawców i instytucje edukacyjne były zaznajomione z treścią rekomendacji i stymulowane do wdrożenia proponowanych metod postępowania tak, by kluczowe elementy wyszczególnione w rekomendacji znalazły zastosowanie w praktyce.

## Wnioski

U progu XXI stulecia obowiązujące w większości, jeśli nie we wszystkich krajach świata, systemy wartości to poczucie wolności i bezpieczeństwa, w tym bezpieczeństwa zdrowotnego.

Najważniejszą sprawą do rozwiązania większości lub wszystkich problemów związanych z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia i zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów jest sprawa odpowiedniego finansowania systemu opieki zdrowotnej.

Należy również odpowiedzieć na pytanie czy zdrowie postrzegane jest jako dobro wspólne, czy jako dobro indywidualne. Jednak istotna część funkcji systemu opieki zdrowotnej pozostaje i musi pozostać dobrem publicznym, za które odpowiedzialność musi ponosić państwo. Dlatego, w obecnej sytuacji najważniejszą decyzją polityczną jest dogłębna analiza aktualnej sytuacji i wyważenie proporcji pomiędzy obciążeniem publicznym, obciążeniem państwa, a obciążeniem indywidualnym na zdrowie. Przy podejmowaniu tych decyzji należy pamiętać, że dla każdego człowieka bezpieczeństwo zdrowotne a dla ludzi chorych bezpieczeństwo procedur medycznych, ich jakość, ochrona przed skutkami ubocznymi leczenia jest sprawą najważniejszą – gdyż od prawidłowości działania tego systemu zależy zdrowie i życie ludzkie, które jest najwyższą wartością.

Konieczne więc jest podjęcie działań mających na celu zwiększenie możliwości dostępu pacjentów do świadczeń zdrowotnych, zniesienie limitów w rozumieniu dostępności do świadczeń, rzeczywistą wycenę świadczeń zdrowotnych (opracowanie cennika), zwiększenie limitów przyjęć na studia medyczne (lekarze, pielęgniarki).

Trzeba pamiętać także o konieczności stosowania odpowiedniej kolejności działań: prewencja, wczesna prawidłowa diagnostyka w celu wdrożenia właściwego leczenia i rehabilitacji. Są to działania niezbędne dla zmniejszenia liczby osób niepełnosprawnych i niezdolnych do samodzielnej egzystencji. Należy również rozważyć utworzenie Narodowego Programu Rehabilitacji w celu stworzenia możliwości rehabilitacji od początku choroby, a nie dopiero wtedy kiedy zmiany funkcjonalne są już utrwalone.

Bardzo istotne są też działania mające na celu stałe podnoszenie jakości świadczeń zdrowotnych oraz pilne stworzenie systemu rejestracji zdarzeń niepożądanych w ochronie zdrowia. Wyniki analizy tych zdarzeń powinny być upowszechnione, a na ich podstawie powinny być tworzone procedury zapobiegania podobnym zdarzeniom w przyszłości.

Dla przezwyciężenia bowiem dostępności i promowania równości w zdrowiu konieczne jest również rozwiązywanie problemów związanych z migracją i brakiem satysfakcji finansowej pracowników ochrony zdrowia i zadłużeniem się szpitali.

Podjęcie powyższych działań jest niezbędne dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego ludności w naszym kraju.

Przegląd wybranych regulacji UE, WHO dotyczących systemu ochrony zdrowia wskazuje na potrzebę dogłębnej analizy istniejących dokumentów w celu przygotowywania propozycji rozwiązań systemowych w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego w naszym kraju, które byłyby spójne z tymi rekomendacjami, zaleceniami, itp. Powyższe działania powinny być podejmowane przy współudziale wszystkich interesariuszy, w tym m.in. przedstawicieli nauki, organizacji pozarządowych, przedstawicieli pracodawców i środków masowego przekazu.

Wymaga podkreślenia fakt, iż centralną wartością, o których mowa w rekomendacjach jest wzmacnianie roli i aktywności obywateli, a polityka zdrowotna musi brać za punkt wyjścia prawa obywatela i pacjenta.

## **Piśmiennictwo**

1. Bugaj J., Majkowski R.: Rola i miejsce stomatologii, lekarz dentysta w systemie współczesnej opieki zdrowotnej. Rada MOW NFZ, Warszawa 2006
2. Golinowska S. (red.) i wsp. :Polityka zdrowotna wobec dostępności opieki zdrowotnej, wykluczenie oraz nierówności w zdrowiu. IPiSS Warszawa 2007.
3. Goryński P.,Wojtyniak B.: Sytuacja zdrowotna ludności Polski i Narodowy Program Zdrowia 2006-2016. Reumatologia 2007; 45/1 (supl.1).
4. Leowski J.: Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne: CeDeWu sp. Z oo., Warszawa 2004
5. Mlekodaj. S.: Ochrona zdrowia w Polsce – raport niepublikowany. W-wa 2007
6. Rada Monitoringu Społecznego. Raport. Diagnoza Społeczna 2007, Mierniki i jakość życia Polaków – red. J.Czapiński, T.Panek, Warszawa 2007
7. Rocznik Statystyczny 2006 – GUS
8. Rządowa Rada Ludnościowa. Raport. Sytuacja demograficzna Polski – 2005 – 2006. Warszawa 2006

9. Rekomendacje (2006/7) Komitetu Ministrów dla państw członkowskich na temat zarządzania bezpieczeństwem pacjenta i zapobiegania zdarzeniom niepożądanym w opiece zdrowotnej. 24.V.2006 – 95 spotkanie delegowanych przedstawicieli ministrów
10. Sekretariat Światowej Organizacji Zdrowia. Raport. Jakość opieki: bezpieczeństwo pacjenta. 23.III.2002 – 55 zgromadzenie Światowej Organizacji Zdrowia
11. Zdrowie Publiczne wybrane zagadnienia. Red. A.Czupryna i wsp. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2000.

### IV.3. BEZPIECZEŃSTWO ZDROWOTNE Kobiet CIĘŻARNYCH I RODZĄCYCH W POLSCE

#### Wstęp

Ciąża i poród stanowią dwa kluczowe elementy zdrowia prokreacyjnego. Nie można ich jednak rozpatrywać w oderwaniu od wielu negatywnych zjawisk, które wywierają zasadniczy wpływ na realizację podstawowego celu biologicznego, czyli rozrodu i zachowania ciągłości gatunku. Jak wynika z zapisów Starego Testamentu pierwszym nakazem boskim było: „Rozmnażajcie się, zapelniajcie ziemię i podporządkowujcie ją sobie”.

Gdy mówi się o zdrowiu prokreacyjnym – czy innymi słowy o medycynie rozrodu – należy brać pod uwagę również problemy dojrzewania płciowego, planowanie rodziny z uwzględnieniem metod zapobiegania niepożądaney ciąży, zaburzenia płodności, przebieg ciąży fizjologicznej i patologicznej, poród drogami natury i zabiegowy, bezpieczeństwo płodów i noworodków, bezpieczeństwo kobiet w ciąży tak w porodzie, jak i położu. Medycyna rozrodu zajmuje się także zaburzeniami cyklu płciowego, problemami kobiet w okresie okołoprzekwitaniowym oraz wszystkimi innymi czynnikami, które wywierają wpływ na rozród u ludzi.

Przygotowanie w warunkach polskich rzetelnej analizy na temat bezpieczeństwa kobiet w ciąży i w porodzie napotyka na trudności wynikające z braku badań i informacji na temat większości podstawowych wyznaczników zdrowia prokreacyjnego. Wprawdzie dostępne dane są zawarte w raportach GUS, biuletynach IMiDz w Warszawie czy w raporcie UNDP, to jednak najczęściej odwołują się do zestawień tabelaryczno-wykresowych, przy interpretacji których zawsze można założyć dużą dozę subiektywizmu. Zatem następstwem takiego stanu rzeczy będzie odwołanie się do niektórych, wybranych elementów zdrowia prokreacyjnego, które w ostatecznym efekcie mają niewątpliwy wpływ na bezpieczeństwo kobiet w ciąży i w porodzie. Wśród tych zagadnień zostanie poruszona kwestia płodności i niepłodności czy planowania rodziny wraz z problematyką ciąży u młodocianych. Omówione będą również zagadnienia patologii ciąży i ich wpływu na stan zdrowia matki i płodu, możliwości diagnostyki przedurodzeniowej płodu i ich wykorzystanie w praktyce perinatologicznej. Wreszcie zaprezentowane zostaną podstawowe wskaźniki umieralności okołoporodowej matek i płodów.

#### Płodność i niepłodność

Człowiek należy do gatunku ssaków o ograniczonej płodności, której miesięczny wskaźnik (liczba ciąż na 100 par w jednym cyklu płciowym) wynosi około 20 i tylko wtedy, gdy kobiety są poniżej 30 roku życia. Potem wraz z wiekiem ten wskaźnik spada i po 40 roku życia tylko 10% kobiet zachowuje zdolność do rozrodu. U ok. 85% par po roku regularnego współżycia płciowego dochodzi do ciąży. Pozostałe 15% lub innymi słowy co 6 para musi poszukiwać pomocy medycznej. W Polsce nie ma szczegółowych badań i danych epidemiologicznych o zakresie problemu niepłodności. Wychodząc z liczby ok. 9 mln kobiet w okresie rozrodczym, można szacunkowo przyjąć, że w naszym kraju problemy z rozrodem może mieć ponad milion par. Niepłodne pary dzieli się na dwie duże grupy:

1. do ciąży nie dojdzie bez pomocy medycznej i dotyczy to przypadków braku jajczkowania (anowulacja), niedrożności obu jajowodów i braku plemników w nasieniu;
2. do ciąży może dojść samoistnie, ale nie wiadomo czy to nastąpi i kiedy, a dotyczy to przypadków zmniejszonej liczby plemników, defektów fazy luteinowej oraz endometriozy.

W medycynie rozrodu wskazuje się na pewne trendy demograficzne, które sprawiają, że zjawisko niepłodności ma charakter narastający. U kobiet podstawowe znaczenie ma rozpoczęcie rodzenia dzieci w późniejszym wieku, czyli wtedy, gdy wydolność jajnika wyraźnie spada. Według danych z biuletynu nr 52 Rządowej Rady Ludnościowej średni wiek, kiedy to kobieta rodzi po raz pierwszy w ostatnich latach w Polsce wzrósł o ok. 2 lata do poziomu 25 lat.

Innym czynnikiem ewidentnie ograniczającym rozród jest palenie tytoniu. Ma ono wpływ nie tylko na tempo zachodzenia w ciążę, ale również na skuteczność leczenia. Czynniki męski w zaburzeniach płodności zaczyna odgrywać dominującą rolę. Na funkcję nabłonka plemnikotwórczego negatywny wpływ mają

czynniki chemiczne, takie jak ksenobiotyki, czynniki fizyczne, a wśród nich praca w zasięgu silnych pól elektromagnetycznych i radiolokacyjnych, wysoka temperatura oraz czynniki jatrogenne, jak choćby noszenie obcisłych spodni.

Przyczyny niepłodności są bardzo różne, ale do najczęstszych należą zaburzenia funkcji jąder u mężczyzn, zaburzenia czynności jajników u kobiet, patologia jajowodów, endometrioza, nieprawidłowości anatomiczne macicy. Duży odsetek stanowi niepłodność niewyjaśnionego pochodzenia, gdzie nie możemy dopatrzeć się żadnej przyczyny, a do ciąży nie dochodzi.

W zależności od rozpoznanej przyczyny są trzy podstawowe grupy postępowania terapeutycznego. Leczenie farmakologiczne, które stosuje się przy wtórnych zaburzeniach jajnika, leczenie zabiegowe, endoskopia służąca korekcie patologii jajowodów i macicy oraz techniki rozrodu wspomaganego medycznie (Assisted Reproductive Technics – ART), wśród których znajdziemy: IUI – inseminacje domaciczne, IVF-ET – zapłodnienie in vitro, jak również ICSI – wstrzykiwanie plemników do komórki jajowej. W ostatnim przypadku ART proponuje się bądź jako metody z wyboru, bowiem tylko one dają szansę na ciążę, lub jako metody ostatniej szansy, czyli wtedy, gdy inne sposoby leczenia zawiodły. Ciąże po leczeniu niepłodności są i powinny być traktowane jako ciążę szczególnej troski lub jako ciążę podwyższonego ryzyka.

Z leczeniem technikami rozrodu wspomaganego medycznie wiążą się dwie bardzo niekorzystne sytuacje. W czasie stymulacji jajników dochodzi w 1-2% przypadków do nadmiernej stymulacji jajników (OHSS), która może nawet zagrażać życiu. Po leczeniu natomiast znacznie częściej mamy do czynienia z ciążami wielopłodowymi, z porodami przedwczesnymi i wcześniactwem wraz ze wszystkimi negatywnymi konsekwencjami.

Należy, jak w każdej patologii, wykorzystać możliwości postępowania profilaktycznego – przede wszystkim kobiety powinny wcześniej rozpoczynać rozród. U ok. 5-10% kobiet występuje endokrynopatia ginekologiczna pod postacią zespołu policystycznych jajników. Pierwsze objawy tego zespołu obserwuje się po menarcho i manifestują się zaburzeniami miesiączkowania oraz nadwagą. W tym przypadku rekomendowana jest zmiana sposobu odżywiania w połączeniu z racjonalnym wysiłkiem fizycznym. Szeroko pojęta edukacja seksualna i unikanie tak ciąż niepożądanych, jak i ich przerywania powinna być niekwestionowaną praktyką. Natomiast „oszczędne” operowanie młodych kobiet przed rozrodem musi być rutyną.

## **Ciąże u młodocianych**

Wskazuje się, że każde zajście w ciążę niepełnoletniej to tragedia, która nie powinna mieć miejsca w cywilizowanym świecie. Zmiany hormonalne okresu dojrzewania mają jednak silny wpływ na zachowania seksualne i nastolatki z natury rzeczy są zaciekawione seksem – w małym stopniu natomiast znają biologię rozrodu. Filmy, telewizja, kolorowe magazyny czy internet pokazują seks jako zabawę, przygodę, objaw dorosłości. Nastolatki nie do końca znają konsekwencje zbliżenia seksualnego i stąd też spotykamy zjawisko ciąż niepożądanych i narastające infekcje chorób przenoszonych drogą płciową (STD).

Według raportu UNDP nt. zdrowia reprodukcyjnego w Polsce (2006) w 2004 r. urodziło się – z matek nastoletnich – nieco ponad 20 tys. dzieci i szczęśliwie na przestrzeni ostatnich 20 lat obserwuje się tendencję malejącą tego zjawiska. Najwyższe odsetki ciąż u młodocianych notuje się w Stanach Zjednoczonych, a najniższe w Japonii. W Europie Zachodniej najwyższe wskaźniki ciąż u nastolatek wykazuje się w Wielkiej Brytanii, a najniższe mają Szwecja, Dania i Włochy. Polska ze wskaźnikiem 14,5/1000 ciąż u młodocianych plasuje się w pobliżu takich krajów, jak Niemcy, Francja czy Austria. Jednak najdramatyczniej przedstawia się obraz ciąż i porodów u najmłodszych. W Polsce w 2001 r. spośród 25 777 porodów u młodocianych 349 miało miejsce u dziewcząt poniżej 15 roku życia w tym 55 porodów u dziewczynek w wieku 14 lat i mniej, 7 porodów u 13 latek i 1 poród u 12-latki.

Ciąże u młodocianych, a szczególnie u tych najmłodszych, to ciążę nieplanowane, niepożądane. Los takich ciąż jest dwojaki: albo zostaną zaakceptowane i stykamy się z porodami wśród młodocianych, albo zostaną przerwane (tertium non datur), przy czym skala aborcji u młodocianych w Polsce jest nieznaną. Nie wiadomo również, jaki jest udział młodocianych matek w pozostawianiu dzieci w szpitalach. W 1995 r. było to 738 dzieci, a w 2003 r. – już 1090.

Należy pamiętać, że ciążę u młodocianych należą do grupy wysokiego ryzyka. Częściej występują porody przedwczesne, częściej zatrucia ciążowe, niedokrwistość czy zakażenie dróg moczowych. Najczęstszym zjawiskiem jest wewnątrzmaciczna hipotrofia płodu, natomiast ponad 30% ciąż kończy się cięciem cesarskim.

Podstawową rolę w ograniczeniu zjawiska ciąż u młodocianych i nieletnich powinna odegrać rzetelna oświata seksualna oraz skuteczna antykoncepcja. Zgodnie z rekomendacjami WHO, nastolatkom powinno się proponować dwuskładnikową niskodawkową, hormonalną antykoncepcję, która cechuje się wysoką skutecznością i odwracalnością oraz jednocześnie metody barierowe (prezerwatywa) jako zabezpieczenie przed STD. W Polsce są zarejestrowane i dostępne wszystkie nowoczesne preparaty do antykoncepcji. Niestety refundowane są te, które nie zawsze powinny być stosowane u młodych dziewcząt.

Hormonalną antykoncepcję należy proponować dziewczętom, które deklarują regularne współżycie seksualne, jednak nie wcześniej niż dwa lata po menarche. Należy jednocześnie promować abstynencję seksualną jako najskuteczniejszą metodę antykoncepcyjną, nie zapominając również o możliwości wykorzystania antykoncepcji doraźnej jako alternatywy do aborcji.

## **Porody przedwczesne i wcześniactwo**

Jak wynika z danych statystycznych, w Polsce odsetek porodów przedwczesnych utrzymuje się na wysokim poziomie (6-8,5%) i jest zdecydowanie wyższy niż w innych krajach Europy Zachodniej, gdzie wynosi 3-5%. Z opracowań Instytutu Matki i Dziecka na temat umieralności okołoporodowej wczesnej płodów i noworodków (raport za lata 1999-2006) wiadomo, że wcześniactwo stanowi najczęstszą przyczynę zgonów noworodków (47%) przed wadami rozwojowymi (24%), chorobami dróg oddechowych (8%) oraz chorobami zakaźnymi.

Podobnie jest na całym świecie, gdzie poród przedwczesny jest najczęstszą przyczyną okołoporodowej zachorowalności i umieralności noworodków. Znaczącego postępu dokonano w ograniczeniu konfliktu serologicznego, w rozpoznawaniu i leczeniu wewnątrzmacicznej hipotrofii płodu, w prowadzeniu ciąż i porodów u matek z cukrzycą i wreszcie w rozpoznawaniu oraz leczeniu niektórych wad płodu. Takiego postępu nie osiągnięto w profilaktyce porodu przedwczesnego.

Jeśli rodzi się noworodek z masą urodzeniową poniżej 1500 g to ryzyko zgonów w pierwszym roku życia jest 200-krotnie wyższe w porównaniu z noworodkami o masie powyżej 2500 g. Gdy wcześniaki przeżywają, są narażone na 10-krotnie wyższe ryzyko powikłań neurologicznych, rozwoju psychoruchowego, zaburzeń słuchu, wzroku, chorób płuc itp.

Bezpośrednimi objawami porodu przedwczesnego jest wystąpienie czynności skurczowej macicy pomiędzy 22 a 37 tyg. ciąży oraz przedwczesne pęknięcie pęcherza płodowego. Jest wiele czynników predysponujących do wystąpienia porodu przedwczesnego, wśród których należy wymienić ciążę wielopłodową, przebyte poronienia i porody przedwczesne, choroby matki, takie jak nadciśnienie tętnicze, choroby nerek, wady serca, cukrzyca, niedokrwistość czy padaczka, niski status socjoekonomiczny i wyczerpująca praca zawodowa, ciążę u młodocianych, u kobiet powyżej 40 roku życia, ale także nikotynizm i alkoholizm oraz nieprawidłowości opieki perinatalnej. Przedwczesne zakończenie ciąży skutkuje licznymi powikłaniami u wcześniaka z dominującymi zaburzeniami funkcji płuc i mózgu.

Wdrożone w latach 90. programy poprawy opieki perinatalnej, testy skringingowe, program zwalczania niedoboru kwasu foliowego, promocja karmienia piersią i szczepienia ochronne zaowocowały widoczną poprawą dwu wskaźników. Wskaźnik umieralności okołoporodowej z 17,5% w roku 1990 zmniejszył się do 8% w 2006, a wskaźnik umieralności niemowląt z 19,3% do 6,8%. Należy jednak dodać, że w tym samym czasie szereg krajów zachodnioeuropejskich osiągnął postęp w tej dziedzinie i stąd też Polska zajmuje końcowe pozycje w rankingu Wspólnoty Europejskiej.

Prowadzone w ostatnich latach zmiany reorganizacyjne w ochronie zdrowia zaowocowały rozdrobnieniem i niestabilnością instytucji i placówek sprawujących opiekę nad kobietą ciężarną. Nowe podziały, przy niejasności kompetencji osób, które powinny prowadzić ciążę, skutkują szeregiem nieprawidłowości. Jak wynika z analiz dotyczących udzielania pomocy specjalistycznej kobietom ciężarnym, najpoważniejszym błędem jest kierowanie pacjentki do niewłaściwego szpitala. Tego typu praktyka uniemożliwia udzielenie natychmiastowej pomocy na najwyższym poziomie, a przede wszystkim nie pozwala zapobiec skutkom porodu przedwczesnego lub urodzenia dziecka z małą masą urodzeniową. Jak wynika z danych Instytutu Matki i Dziecka, tylko 50,5% porodów noworodków z masą ciała poniżej 1000 g odbywa się w



ośrodkach o trzecim stopniu referencyjności. W tej samej grupie około 25% dzieci rodzi się w szpitalach do tego nieprzygotowanych. Przyczyną tej niekorzystnej sytuacji upatruje się w nieprawidłowościach funkcjonowania trójstopniowego systemu opieki perinatalnej. Wyznacza to jednocześnie kierunek działania na najbliższą przyszłość. Monitorowanie i nadzór w końcowym postępowaniu medycznym powinny stanowić punkt wyjścia do ustalenia rozwiązań organizacyjnych. Bez sprawnie działającego ośrodka koordynującego nie uda się osiągnąć problemów poprawy opieki perinatalnej.

## **Wrodzone wady płodu diagnostyka prenatalna**

Według danych epidemiologicznych, w skali światowej u nowo narodzonych dzieci spotyka się 2-3% wad wrodzonych w tym około 0,4% z licznymi wadami. Wrodzone wady płodu obok wcześniactwa stanowią główną przyczynę umieralności niemowląt i zajmują drugą pozycję wśród przyczyn ich zgonów. Umieralność niemowląt nie jest jedynym problemem neonatologii i pediatrii. Dzieci z wadami wrodzonymi nierzadko wymagają wieloletniej specjalistycznej diagnostyki, leczenia i postępowania terapeutycznego. Wiąże się z tym niemałe koszty finansowe.

Przyczyny wad wrodzonych płodów są złożone i nie do końca rozpoznane. Mogą one mieć podłoże genetyczne, ale również środowiskowe. Wśród przyczyn genetycznych wskazuje się na aberracje chromosomalne, mutacje pojedynczych genów, mieszane czynniki (genetyczne i środowiskowe), choroby matki, ale i wpływ ksenobiotyków. Jednak w większości przypadków ustalenie przyczyny wady jest niemożliwe. Wobec braku rozeznania przyczyn wad wrodzonych w większości przypadków nie ma możliwości postępowania profilaktycznego. Obecnie przykładem skutecznego postępowania profilaktycznego jest podawanie kobietom ciężarnym kwasu foliowego w zapobieganiu wad cewy nerwowej. Należy dążyć do wyeliminowania wszystkich czynników środowiskowych, które w konsekwencji mogą prowadzić do defektów u płodu.

Wtórna profilaktyka polega na zastosowaniu badań i testów prenatalnych, które pozwolą na najwcześniejsze rozpoznanie wad wrodzonych. Wynikiem praktycznym takiego postępowania jest możliwość wczesnego zakończenia ciąży, gdy wady nie dają szansy na żadną korektę lub, co ważniejsze, propozycja leczenia wewnątrzmacicznego bądź wczesne lecznicze postępowanie w okresie noworodkowym.

Niestety, w warunkach polskich, każdego roku rodzi się kilka tysięcy ciężko chorych dzieci i tylko co trzeci przypadek schorzeń i wad rozwojowych wykrywa się przed urodzeniem. Gdyby wcześniej oceniano płody, można by uratować zdrowie i życie wielu z nich poprzez udzielenie pomocy medycznej we właściwym czasie.

W ostatnim okresie, jak wspomniano wcześniej, ma miejsce wyraźne przesunięcie okresu macierzyństwa – nawet o kilkanaście lat, do czwartej dekady, zmniejszenie liczby posiadanego potomstwa, a także znacznego stopnia pogorszenia warunków środowiskowych. To powinno skłonić do prowadzenia badań prenatalnych.

Do podstawowych wskazań do przeprowadzenia diagnostyki prenatalnej należą:

- wiek kobiety powyżej 35 roku życia;
- wcześniejsze urodzenie dziecka z wadami;
- obrazowanie za pomocą USG wskazujące na obecność defektu;
- nosicielstwo przez rodziców zrównoważonej aberracji chromosomalnej.

Najczęstsze badania przesiewowe to ocena płodu za pomocą USG oraz oznaczenia biochemiczne, jak test PAPP-A i test potrójny, traktowane jako nieinwazyjne oraz bardziej dokładne testy inwazyjne, jak amniopunkcja i kordocenteza z następową oceną genetyczną.

W Polsce obserwuje się bardzo korzystny trend w badaniach prenatalnych. Do najistotniejszych czynników można zaliczyć fakt opłacania tych badań przez Narodowy Fundusz Zdrowia i powstawanie nowych zespołów świadczących usługi z tego zakresu. Jak wynika z danych Ministerstwa Zdrowia w 2006 r. udzielono 17 922 konsultacji genetycznych i wykonano 7 739 inwazyjnych badań genetycznych, czyli o połowę więcej niż w roku poprzednim. W wyniku tych badań stwierdzono 707 patologii płodowych. W sytuacji stwierdzenia wady płodu rodzice mają prawo do podjęcia decyzji o wcześniejszym przerwaniu ciąży, a jednostki publicznej służby zdrowia, mimo klauzuli sumienia, są zobowiązane do przeprowadzenia takiego zabiegu.

Na dzień dzisiejszy kluczowe znaczenie musi odgrywać świadomość samych kobiet w ciąży, które muszą być informowane o możliwościach diagnostyki prenatalnej i które powinny chcieć z niej skorzystać.

## **Ciąża – fizjologia, ale z patologiami**

W medycynie położnictwo jest traktowane jako dziedzina wyjątkowa – ciąża i poród powinny stanowić jeden z najpiękniejszych aktów w ludzkim życiu. Niestety natura tak ukształtowała człowieka, że położnictwo musi borykać się z licznymi patologiami. Dramatyzm polega i na tym, że w patologiach ciąży zawsze zagrożone są życie matki i płodu.

Wcześniej został omówiony problem porodu przedwczesnego wraz z wcześniactwem oraz wady płodu i diagnostyka prenatalna. W tym miejscu zostaną opisane skrótowo inne częstsze patologie ciąży:

### **Cukrzyca**

Rozróżnia się dwa rodzaje cukrzycy charakterystyczne dla okresu ciąży: cukrzycę przedciążową i cukrzycę ciężarnych. Podstawową różnicą jest, że ta pierwsza dotyczy kobiet, które chorują na cukrzycę i zachodzą w ciążę, a druga odnosi się do choroby ujawniającej się w czasie ciąży. Ogólny odsetek nietolerancji glukozy kształtuje się na poziomie 2–3% populacji kobiet, natomiast w rozrodzie ok. 80% to cukrzyca ujawniająca się w czasie ciąży.

Wszystkie ciężarne kobiety powinny być poddawane pomiarom stężenia glukozy we krwi, a pomiędzy 24-26 tygodniem ciąży powinny uzupełnić tzw. test doustnego obciążenia glukozą. Kobiety z rozpoznaną cukrzycą ciążową początkowo powinny być leczone dietą i, jeśli takie postępowanie nie daje efektu, trzeba odwoływać się do insuliny. Istnieje też prawdopodobieństwo, że u tych samych kobiet w kolejnych ciążach pojawi się znów cukrzyca, ale poprzez zapewnienie im odpowiedniej opieki jest realna szansa na właściwe przygotowanie do ciąży. Kobiety chorujące na cukrzycę przed ciążą mają duże doświadczenie, jak należy postępować z tą chorobą, a wyrównanie cukrzycy, przede wszystkim glikemii, na kilka miesięcy przed koncepcją stwarza realną szansę na normalny jej przebieg. Jednak, jak pokazuje praktyka, tylko niewiele ponad 20% kobiet planujących ciążę postępuje w ten sposób. Podwyższone stężenie glukozy we krwi prowadzi do wielu nieporządných zjawisk, z czego najczęstsze to makrosomia i wady płodu, poronienia i porody przedwczesne, wielowodzie itp. W Polsce kobiety chorujące na cukrzycę oraz te, u których wystąpiła cukrzyca ciążowa, mają bardzo duże szanse na uzyskanie specjalistycznej pomocy. Jak wskazuje praktyka, niezadowalający odsetek kobiet planujących ciążę lub będących w ciąży chce z tej szansy skorzystać.

### **Nadciśnienie indukowane ciążą, gestoza, stan przedrzucawkowy**

Jest to bardzo groźna patologia zarówno dla matek, jak i dla płodu. Podstawowe jej symptomy to nadciśnienie tętnicze, obrzęki uogólnione i białkomocz. Jeśli do tego dołączają się objawy ze strony centralnego układu nerwowego, wtedy mamy do czynienia ze stanem przedrzucawkowym. Mimo licznych badań, do chwili obecnej nie udało się wypracować jednolitej, powszechnie akceptowanej koncepcji na temat przyczyn tej patologii. Wiadomo jednak, że jest ona bardzo groźna. Gdy do objawów gestozy dołączają się takie czynniki, jak hemoliza krwinek, wysokie stężenie enzymów wątrobowych i małe stężenie płytek (tzw. HELLP syndrom), to w takich przypadkach spóźnione zakończenie ciąży może spowodować śmierć matki. Częstotliwość opisywanej patologii nie jest mała, częstsza u nieródek, a niektóre dane wskazują, że w około 20% przypadków rozpoznaje się w ciąży podwyższone ciśnienie tętnicze krwi. Najbardziej racjonalnym i skutecznym sposobem postępowania są regularne wizyty u ginekologa, pomiary ciśnienia tętniczego krwi, ocena przyrostu masy ciała oraz badanie białka w moczu. Rozpoznanie patologii w najwcześniejszym okresie, zastosowanie diety małosolnej i wysokobiałkowej oraz odpowiednia farmakoterapia zapobiegają progresji schorzenia.

## **Łożysko przodujące**

Z reguły łożysko jest usadowione w dnie macicy. Zdarza się jednak, że łożysko jest umiejscowione w dolnej części macicy i przesłania ujście wewnętrzne szyjki macicy, bądź leży w jego bezpośrednim sąsiedztwie. W zależności od usytuowania łożyska w stosunku do ujścia wyróżnia się łożysko przodujące centralnie, przodujące częściowo, przodujące brzeżnie i nisko usadowione. Kobieta nie ma wpływu na usadowienie się łożyska w macicy, pewne znaczenie przypisuje się wcześniejszym „wyłyżeczkowaniom”. Kluczowym objawem łożyska przodującego są krwawienia i krwotoki. Po rozpoznaniu łożyska przodującego centralnie, a nawet brzeżnie, w sytuacji obfitego krwotoku jedynym sposobem na ratowanie życia matki i dziecka jest wykonanie cięcia cesarskiego. Łożysko przodujące brzeżnie i nisko usadowione stwarza szansę na inne postępowanie – przy współczesnej technice obrazowania (USG) patologia ta powinna być wykryta wcześniej, a pacjentki skierowane do takiego ośrodka, w którym uzyskają pomoc na najwyższym poziomie.

## **Łożysko prawidłowo usadowione, przedwcześnie odklejone**

W 50–70% przypadków przedwczesne odklejenie się łożyska ma charakter idiopatyczny. Wiadomo, że patologii tej sprzyjają urazy, nadciśnienie tętnicze oraz cukrzyca u matki. Obraz kliniczny łożyska przedwcześnie odklejonego jest dość charakterystyczny i dominują w nim objawy wstrząsu. Patomechanizm odklejenia się łożyska w ciąży skutkuje krwawieniem zewnętrznym, częściej jednak wewnętrznym. Macica jest narządem wybitnie wstrząsoporodnym, a wynaczyniona do krwiaka pozałożyskowego krew powoduje zaburzenia w układzie krzepnięcia (koagulopatia położnicza) oraz w kurczliwości macicy (przyczyna atonii macicy). Badanie położnicze uzupełnione o ocenę sonograficzną nie powinno nastręczać trudności diagnostycznych, a wykonane natychmiast cięcie cesarskie daje szansę na uratowanie życia zarówno matki, jak i dziecka. Tego typu postępowanie powinno być zagwarantowane na każdym poziomie referencyjności.

## **Hipotrofia płodu i konflikt serologiczny**

Patologie te nie stanowią bezpośredniego zagrożenia dla matki, natomiast są traktowane jako istotny problem perinatologiczny. Hipotrofia płodu nie jest zjawiskiem rzadkim, bowiem odsetek tej patologii może dochodzić do 7%. Przyczyny nie są do końca rozpoznane, chociaż brak prawidłowej adaptacji układu krążenia ciężarnej oraz hipoksja płodu są uznawane za najbardziej prawdopodobne. Noworodki hipotroficzne cechuje niska masa ciała i większa dojrzałość biologiczna niż wcześniaki o tej samej masie. Podstawowe znaczenie, przy braku udowodnionego skutecznego leczenia, ma nadzór położniczy i wybór właściwego momentu zakończenia ciąży. Natomiast konflikt serologiczny, dość często mylony z niezgodnością grupową, w dobie podawania immunoglobuliny anti-D staje się coraz rzadszą patologią. Podstawowe znaczenie w sytuacji niezgodności grupowej, głównie w czynniku Rh, ma wykonywanie odczynu Coombsa na obecność przeciwciał u matki. Po stwierdzeniu podwyższonego miana przeciwciał, ciąża powinna być prowadzona pod ścisłym nadzorem w wyspecjalizowanych ośrodkach, a postępowanie adekwatne do stopnia nasilenia patologii.

## **Ciążowa choroba refluksowa**

Jest to stan, w którym cofanie się soku żołądkowego do przełyku powoduje wystąpienie zmian zapalnych w jego końcowym odcinku, a w konsekwencji prowadzi do dokuczliwych dolegliwości bólowych. Wzrost ciśnienia wewnątrz jamy brzusznej na skutek rozrostu macicy jest traktowany jako swoista norma, a odpowiednie poradnictwo dietetyczne najczęściej rozwiązuje problem.

Wybrane przykłady patologii ciąży nie zamykają jednak wszystkich problemów perinatologii, natomiast powinny stanowić ilustrację, jak istotna jest organizacja poradni patologii ciąży na wszystkich poziomach referencyjności. Codziennosc daleko jednak odbiega od ideału.

## Poród drogami natury i cięcie cesarskie

Ciąża jako stan fizjologiczny powinna kończyć się w sposób naturalny – drogami i siłami natury. Statystyki są jednak nieubłagane. Jeszcze przed dziesięcioleciem latay odsetek cięć cesarskich wahał się w przedziale 10–15%, natomiast w 2006 r. wynosił w Polsce już średnio 28,8%, a w niektórych województwach w niepublicznych szpitalach dochodził do 71,5%. Statystyki również wskazują, że ten sposób zakończenia ciąży jest bardziej niebezpieczny dla matki. W latach 2000–2004 odnotowano w Polsce 136 zgonów matek, z których 82 (60,3%) po rozwiązaniach ciąży drogą cięcia cesarskiego.

Część cięć cesarskich jest uzasadniona wskazaniami medycznymi. Wynikają one z oceny stanu zdrowia matki oraz z oceny zagrożeń dla płodu, gdyby przeprowadzono poród drogami i siłami natury. Wobec wzrostu bezpieczeństwa samego zabiegu cięcia cesarskiego wskazania do tego sposobu rozwiązania ciąży uległy znacznemu poszerzeniu. Najwięcej kontrowersji budzi wzrastający odsetek takich operacji „na życzenie”.

Nie ma w Polsce szczegółowych analiz, jaki jest wpływ cięcia cesarskiego na stan i rozwój noworodka, panuje jednak dość powszechne przekonanie, że ta forma rozwiązania ciąży jest bezpieczniejsza dla dziecka. Nie znane mi są przypadki procesów sądowych, że cięcie cesarskie zostało wykonane, natomiast procesy dla położników są wytaczane za to, że nie zrobili cięcia cesarskiego, że wykonali je zbyt późno, że czynili to bardzo rzadko lub że zrobili to źle. Tu świadomość i presja jest znaczna i odczuwalna, stąd też istnieje zjawisko liberalnego podejścia lekarzy przy podejmowaniu decyzji o zabiegu. Kobiety coraz częściej nie chcą akceptować biblijnej postawy „i w bólach rodzić będziesz”. Wobec małej powszechności w Polsce znieczulenia porodowego (zbyt mało wyszkolonych anestezjologów) z obawy przed bólem i wielogodzinnym wysiłkiem kobiety szukają innego rozwiązania. Wiedzą, że postęp anestezjologii oraz antybiotykoterapia uczyniły z cięcia cesarskiego zabieg stosunkowo bezpieczny i szukają takich placówek, w których ich życzenie może być spełnione. Mimo licznych spotkań i dyskusji pytanie, w jakim stopniu kobieta ma prawo do decyzji o sposobie zakończenia jej ciąży, pozostaje bez jednoznacznej odpowiedzi. Najbardziej racjonalnym sposobem podejścia to zmiana postawy tych położników, którzy zbyt pochopnie podejmują decyzję o cięciu cesarskim, którzy powinni rzetelnie wyjaśniać niebezpieczeństwa zabiegu operacyjnego z jednoczesnym poszanowaniem odczuć i woli pacjentki.

## Śmiertelność kobiet w ciąży (maternal mortality)

Zgony matek w okresie ciąży, porodu i pogoju, obok umieralności okołoporodowej płodów i noworodków, średniej długości życia oraz stopnia skażenia środowiska naturalnego są powszechnie przyjętymi wskaźnikami poziomu życia i rozwoju cywilizacyjnego społeczeństw. W Polsce wskaźniki zgonów na 100 000 żywych urodzeń od roku 1998 kształtują się poniżej 10, a w roku 2004 wynosiły 6,7 – jest to przeciętny poziom europejski. Według raportu ONZ z 2004 r. współczynnik zgonów matek kształtował się następująco: Afryka 1800–500, Azja 300–70, Europa Zachodnia 4–17, Europa Wschodnia 3–49, Polska w latach 1991–2004 15–6,7. W ostatnich latach w Europie, USA i Kanadzie zgony matek stanowiły 1% wszystkich zgonów na świecie, przy 10% udziale w światowej populacji.

Analiza 481 zgonów kobiet z przyczyn położniczych przeprowadzona na podstawie danych z lat 1991–2004 wskazuje na cztery główne kategorie: 34,7% to krwotoki spowodowane głównie przyczynami łożyskowymi i atonią macicy, 25,4% to infekcje, wśród których wyróżnia się sepsy po poronieniach, wstrząsy septyczne i sepsy pogołowe, 21,6% zatory, najczęściej wodami płodowymi i zakrzepami, a 18,3% to zrzucawka jako następstwo stanów przedzrzucawkowych, krwotoki do centralnego systemu nerwowego oraz zespół HELLP.

Jak wynika z powyższej analizy, krwotoki położnicze pozostają nadal najpoważniejszym powikłaniem położniczym. Zapobieganie skutkom tych powikłań jest możliwe wyłącznie poprzez organizację systemu natychmiastowej pomocy. Wyniki z niektórych regionów Polski taką możliwość potwierdzają. Z kolei infekcje położnicze wiąże się z zabiegowym sposobem zakończenia ciąży, przedwczesnym odejściem wód płodowych i przedłużającym się porodem.

Wielu zatorów nie daje się przewidzieć, szczególnie w odniesieniu do zatorów wodami płodowymi. Natomiast w połowie przypadków zgonów z powodu zatorów współlistniało nadciśnienie tętnicze, które można było leczyć.

W środowisku położników istnieje dość zgodna opinia, że wiele tych zgonów było do uniknięcia poprzez większą wyobraźnię o możliwości powikłań i zagwarantowanie we właściwym czasie i miejscu skutecznej pomocy medycznej.

Jeśli ocenia się nasz kraj w opiece perinatalnej według wskaźnika umieralności matek, to Polska znajduje się w czołówce krajów europejskich. Zupełnie odmienny obraz wynika natomiast z analizy zachorowalności kobiet w okresie ciąży, porodu i porodu. Zebrane informacje o niepokojąco wysokiej częstotliwości powikłań związanych z porodem, takich jak nadmierna utrata krwi z następową anemią, infekcje połogowe, urazy kanału rodowego i układu moczowego z wtórnym nietrzymaniem moczu, zbędne rewizje macicy, wtórna niepłodność i wreszcie ubezplodnienie na skutek wycięcia macicy przedstawiają Polskę w zupełnie odmiennym świetle.

Z analizy indywidualnej nie tylko zgonów matek, ale także powikłań okołoporodowych powinny wynikać wskazówki zarówno dla profilaktyki, jak i postępowania terapeutycznego.

## **Uwagi końcowe**

Ocena bezpieczeństwa kobiet ciężarnych i rodzących w Polsce dokonywana na podstawie wymiernych wskaźników umieralności okołoporodowej i niemowląt oraz wskaźnika umieralności kobiet na tle innych krajów wypadła zupełnie przyzwoicie. Nie oznacza to jednak wcale, że stan tego bezpieczeństwa ma charakter optymalny. W opiece perinatalnej jest wiele obszarów, które wymagają radykalnej naprawy. Kluczowe znaczenie mogą mieć następujące czynniki:

1. przestrzeganie zasad formalnych i merytorycznych systemu opieki perinatalnej, ze szczególnym zwróceniem uwagi na tworzenie ośrodków i zespołów neonatologicznych, przede wszystkim na trzecim poziomie referencyjności;
2. podniesienie zakresu i poziomu usług perinatologicznych świadczonych w podstawowej opiece zdrowotnej, a głównie zwiększenie dostępności do tego typu usług w ośrodkach małomiasteczkowych i wiejskich;
3. prowadzenie szeroko zakrojonej oświaty zdrowotnej, której celem powinno być promowanie zachowań i stylu życia ukierunkowanego na zdrowie, ze szczególną uwagą na profilaktykę zapobiegającą zachorowalności i umieralności;
4. szkolenie specjalistów, którzy będą mogli sprostać wymogom współczesnej perinatologii;
5. opracowywanie nowych metod i testów do identyfikacji czynników ryzyka różnych patologii ciąży wraz z doskonaleniem metod postępowania leczniczego, jak i chirurgicznego;
6. wprowadzenie współczesnych metod badań epidemiologicznych z rejestracją wszystkich zjawisk związanych z procesami prokreacyjnymi u człowieka;
7. powołanie centrum koordynującego wszystkie powyższe działania, posiadającego uprawnienia logistyczne i nadzorcze.

Opracowano na podstawie:

1. Zdrowie reprodukcyjne kobiet w Polsce, Raport UNDP, 2006
2. Biuletyny Instytutu Matki i Dziecka
3. Raporty ONZ
4. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego
5. Sytuacja demograficzna Polski, Rządowa Rada Ludnościowa, 2006–2007

#### IV.4. SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ NAD DZIEĆMI I MŁODZIEŻĄ W POLSCE: STAN I ZAGROŻENIA

##### 1. Wstęp

Według Głównego Urzędu Statystycznego w 2006 roku liczba dzieci w wieku 0–14 lat stanowiła 15,8% całej populacji (6022,4 tys.), a młodzieży w wieku 15–19 lat – 7,3% ogółu ludności (2788,1 tys.). We wszystkich grupach wiekowych zarówno w miastach, jak i na wsiach, odnotowano przewagę chłopców nad dziewczynkami. W grupie wiekowej 0-14 lat udział dziewczynek wynosił 48,7%.

Prawie 81% dzieci urodziło się w związkach małżeńskich. W latach 1970-2006 odnotowano natomiast niemal czterokrotne zwiększenie udziału urodzonych dzieci pozamałżeńskich wśród urodzeń żywych ogółem (z 5% w 1970 roku do 18,9% w 2006 r.).

Współczynnik dzietności kobiet od 1983 systematycznie spadał z 2,4 do 1,2 w 2003 roku. Mimo że w okresie 2003-2006 dzietność wzrosła do 1,27, to jej poziom nie zapewnia prostej zastępowalności pokoleń. W 2006 roku wyższy współczynnik dzietności odnotowano na wsi (1,41) niż w mieście (1,18).

W 2005 roku osoby w wieku do 19 lat stanowiły 40% populacji osób żyjących w gospodarstwach domowych o wydatkach niższych od minimum egzystencji. Wskaźnik zagrożenia ubóstwem skrajnym wynosił około 19%. Najbardziej zagrożonymi ubóstwem były osoby żyjące w rodzinach wielodzietnych, zwłaszcza z 4 dzieci i więcej na utrzymaniu. W tych rodzinach 43,5% osób żyło poniżej minimum egzystencji, 54,5% osób znalazło się poniżej relatywnej granicy ubóstwa, a poniżej ustawowej granicy ubóstwa – 63,1%. W 2005 roku odsetek samotnych matek i ojców żyjących poniżej minimum egzystencji wynosił 14,5%, znajdujących się poniżej relatywnej granicy ubóstwa – 20,5%, a znajdujących się poniżej ustawowej granicy ubóstwa – 20,7%. Wskaźnik zagrożenia ubóstwem w rodzinach z niepełnosprawnymi dziećmi był wyraźnie wyższy od przeciętnego – w 2005 roku 17,8% osób w gospodarstwach domowych z przynajmniej 1 dzieckiem do lat 16 posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności znajdowało się poniżej minimum egzystencji.

W 2006 roku przeciętne trwanie życia wynosiło 70,9 lat dla mężczyzn oraz 79,6 lat dla kobiet. W porównaniu do 1990 roku trwanie życia wydłużyło się o prawie 5 lat dla mężczyzn oraz o około 4,5 roku dla kobiet.

Dzieci w Polsce cieszą się dzisiaj na ogół lepszym stanem odżywienia, zdrowia i rozwoju niż kiedykolwiek w przeszłości. Pozostały jednak krytyczne wyzwania i ujawniły się nowe zagrożenia zdrowia i rozwoju dzieci.

Nadal wskaźnik wcześniactwa i współczynniki umieralności okołoporodowej i niemowląt są prawie dwukrotnie wyższe niż w większości krajów Unii Europejskiej – liczba noworodków i niemowląt, których śmierci można byłoby zapobiec, gdyby zostały w pełni wdrożone znane procedury zapobiegawczo-lecznicze, szacowana jest na 900 rocznie. Nie są w pełni wykorzystywane dobre efekty realizowanego do 2001 roku „Programu Optymalizacji Opieki Okołoporodowej”, a w szczególności obniżono rangę promocji zdrowia i profilaktyki w opiece okołoporodowej.

Skutecznych zamachów samobójczych dokonuje corocznie ponad 300 dzieci i młodzieży do 19 roku życia, a prawie 1700 ginie w wyniku wypadków, urazów i zatruc – życie około 850 z nich można byłoby uratować, gdyby został wdrożony sprawny, zintegrowany system zapobiegania.

Wzrasta liczba dzieci obarczonych niepełnosprawnością, jednak nie są w pełni wykorzystywane istniejące możliwości w zakresie zapobiegania, wczesnego wykrywania i kompleksowego leczenia tych dzieci.

Nasilają się wśród młodzieży postawy i zachowania antyzdrowotne i antyspołeczne, narasta zjawisko przemocy, a podejmowane kroki zaradcze nie są adekwatne do rangi problemu.

Poszerzające się i utrwalające ubóstwo znacznej części społeczeństwa zaczyna być w Polsce największą przeszkodą w zaspokajaniu podstawowych potrzeb zdrowotnych, edukacyjnych, rozwojowych i społecznych dzieci i w wypełnianiu należnych dzieciom praw. Bieda dotykająca nasze dzieci pociąga też za sobą

dalekosiężne ujemne następstwa określane mianem dziedziczenia ubóstwa, marginalizacji i wykluczenia społecznego, co podważa idee równości szans i wspólnotę wartości wewnątrz kraju oraz ogranicza możliwości pełnego korzystania z szans rozwoju, jakie stwarza uczestnictwo w Unii Europejskiej.

Zjawisko marginalizacji i wykluczenia społecznego pogłębia się z powodu utrudnionego dostępu do adekwatnej opieki zdrowotnej, ograniczonego dostępu do zajęć pozaszkolnych, do aktywnego wypoczynku i do dóbr kultury oraz z powodu pozostawiania pewnej liczby dzieci i młodzieży poza systemem powszechnej edukacji, ubezpieczeń i pomocy socjalnej.

W niniejszym opracowaniu zostały omówione realizowane w okresie 2000–2001 rozwiązania naprawcze systemu opieki nad matką i dzieckiem, a także główne elementy bieżącej sytuacji zdrowotnej populacji wieku rozwojowego. Zdaniem autora informacje te mogą okazać się pomocne w budowaniu narodowej strategii na rzecz zdrowia i rozwoju dzieci w Polsce.

Przedstawiono założenia koncepcyjne takiej strategii, która powinna stworzyć warunki do prowadzenia spójnej polityki zdrowotnej państwa na rzecz dzieci, opartej na efektywnych, systemowych działaniach w zakresie promocji zdrowia, profilaktyki zagrożeń i chorób oraz restytucji zdrowia.

Jako materiał źródłowy wykorzystano sprawozdanie z realizacji programu polityki zdrowotnej państwa z 2001 r. (Wdrożenie zadań i zasad funkcjonowania systemu nadzoru merytoryczno-organizacyjnego w opiece zdrowotnej nad matką i dzieckiem – część ogólna, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, 2002 r.). Dane na temat sytuacji zdrowotnej dzieci i młodzieży zostały zaczerpnięte z publikacji „Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce” przygotowanej przez biuro rzecznika praw obywatelskich przy współudziale Głównego Urzędu Statystycznego (maj 2008 r.).

## **2. Próba naprawy systemu opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem w latach 2000/01.**

### **2.1. Organizacja nadzoru merytoryczno-organizacyjnego**

Nadzór merytoryczno-organizacyjny w opiece zdrowotnej nad matką i dzieckiem został powołany decyzją ministra zdrowia z dnia 10 stycznia 2000 r. w celu naprawy sytuacji powstałej w wyniku zmian w organizacji i finansowaniu opieki zdrowotnej od roku 1999, kiedy to w Polsce rozpoczęto wdrażanie systemu ubezpieczeń zdrowotnych, usamodzielniono publiczne zakłady opieki zdrowotnej, postawiono szereg zadań przed samorządami terenowymi i znacznie zwiększono odpowiedzialność pacjenta za własne zdrowie, a rodziców za zdrowie dzieci.

Reforma wprowadziła wielość ośrodków decyzyjnych w sprawach ochrony zdrowia, co przy braku koordynacji działań i niezbyt wyraźnie określonej odpowiedzialności stało się czynnikiem destrukcyjnym dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, a pacjenta pozbawiło poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego.

Negatywne strony reform ujawniły się ze szczególnym nasileniem w opiece nad matką i dzieckiem. Zniesiono bezpośredni dostęp dziecka do lekarza pediatry, odstąpiono od wypracowanego przez wiele lat, uznawanego w Europie jako wzorcowy, systemu opieki pediatrycznej, który charakteryzował się ciągłością postępowania profilaktyczno-diagnostyczno-leczniczno-rehabilitacyjnego.

W związku z wdrażaną w tym samym czasie reformą administracji terytorialnej zlikwidowano sprawdzone i dobrze funkcjonujące struktury organizacyjne opieki nad matką i dzieckiem – w 33 byłych województwach przestały istnieć Specjalistyczne Zespoły Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem, które nie tylko udzielały porad specjalistycznych, ale również sprawowały nadzór metodyczno-organizacyjny w województwie. Następnie proces likwidacji tych struktur objął nowo utworzone województwa. W rezultacie wytworzyła się sytuacja braku nadzoru i monitorowania opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem.

Wobec odstąpienia przez Ministerstwo Zdrowia od kreowania polityki zdrowotnej w opiece nad dzieckiem i braku ośrodków decyzyjnych w województwie powstał chaos organizacyjny pogłębiony procesem przeobrażeń w funkcjonowaniu i finansowaniu zakładów opieki zdrowotnej.

Pogorszenie opieki nad matką i dzieckiem przejawiało się w wielu regionach kraju obniżeniem wykonawstwa świadczeń profilaktycznych, a zwłaszcza szczepień ochronnych, zaniechaniem wizyt patronażowych noworodków, badań przesiewowych i bilansów zdrowia, pogorszeniem opieki nad kobietą ciężarną. Spadła dostępność świadczeń zarówno w lecznictwie specjalistycznym, jak i podstawowym. Szczególnie drastyczny regres wystąpił w opiece zdrowotnej nad uczniami w szkołach, skąd wycofano lekarzy stomatologów, zwalniano pielęgniarki i higienistki szkolne, zlikwidowano ponad 300 poradni medycyny szkolnej.

Decyzja minister zdrowia, Franciszki Cegielskiej, ustanawiająca nadzór merytoryczno-organizacyjny w opiece nad matką i dzieckiem została podyktowana m.in. następującymi przesłankami: „W związku z wprowadzonymi w ubiegłym roku reformami administracji publicznej oraz systemu ochrony zdrowia zaistniała pilna potrzeba utworzenia spójnego, ogólnopolskiego systemu koordynacji polityki zdrowotnej w zakresie opieki nad matką i dzieckiem”; „Ze względu na rangę tej opieki, zarówno dla polityki zdrowotnej, jak i polityki prorodzinnej państwa, niezbędne jest zastosowanie szczególnych rozwiązań”; „Rozwiązania takie powinny być przydatne w kreowaniu polityki zdrowotnej o zasięgu ogólnokrajowym, jak i lokalnym, powinny też przyczyniać się do poprawy jakości i dostępności opieki medycznej populacji w wieku rozwojowym, wpływając tym samym na poziom zdrowotności społeczeństwa”; „W związku z powyższym, działając na podstawie uprawnień wynikających z przepisów art. 33. ust. 1 Ustawy z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej zgodnie z art. 14 Ustawy z dnia 5 czerwca 1998r. o administracji rządowej w województwie, podejmuję inicjatywę mającą na celu powołanie nadzoru merytorycznego w zakresie opieki nad matką i dzieckiem usytuowanego w strukturze administracji rządowej”.

Ministerstwo Zdrowia przyjęło opracowaną w Zakładzie Zdrowia Publicznego i Medycyny Szkolnej koncepcję nadzoru merytoryczno-organizacyjnego w opiece zdrowotnej nad matką i dzieckiem określającą cele, zadania oraz zasady organizacji i funkcjonowania systemu nadzoru na szczeblu krajowym oraz szczeblu wojewódzkim. Koncepcja ta stała się podstawą ustanowionego przez ministra zdrowia w dniu 30.03.2000 r. programu polityki zdrowotnej państwa pt. „Opracowanie zadań i zasad funkcjonowania systemu nadzoru merytoryczno-organizacyjnego w opiece zdrowotnej nad matką i dzieckiem i jego wdrożenie”.

Nadzór przyjął strukturę dwustopniową – stopień krajowy i wojewódzki. Na szczeblu krajowym usytuowany został w Instytucie Matki i Dziecka, w Zakładzie Zdrowia Publicznego i Medycyny Szkolnej IMiDz, zaś na szczeblu wojewódzkim w strukturze administracji rządowej w wojewódzkich centrach zdrowia publicznego lub ich odpowiednikach.

Na organizację i funkcjonowanie nadzoru minister finansów na wniosek ministra zdrowia wyasygnował 65 etatów wraz ze środkami finansowymi na ich pokrycie. Etaty i środki zostały przekazane przez Ministerstwo Zdrowia do dyspozycji wojewodów.

Minister zdrowia poprzez udzielenie specjalnych pełnomocnictw powierzyła zorganizowanie nadzoru i jego kierowanie kierownikowi Zakładu Zdrowia Publicznego i Medycyny Szkolnej, prof. Januszowi Szymborskiemu, ówczesnemu dyrektorowi Instytutu.

W Instytucie zagwarantowano warunki do organizowania różnych form kształcenia (konferencje, seminaria, kursy, szkolenia indywidualne) dla pracowników nadzoru stopnia wojewódzkiego. Uruchomiono telefoniczny oraz e-mailowy punkt konsultacyjno-informacyjny udzielający wyjaśnień i umożliwiający konsultacje. Zapewniono warunki do wizytacji województw (fachowa kadra oraz transport). Nawiązano ścisłą współpracę z instytucjami i organizacjami na szczeblu krajowym i wojewódzkim uczestniczącymi bezpośrednio lub mającymi znaczący wpływ na sytuację w opiece zdrowotnej nad matką i dzieckiem. Dotyczyło to zwłaszcza: Ministerstwa Zdrowia (Departament Zdrowia Publicznego), Ministerstwa Edukacji Narodowej (Departament Opieki i Profilaktyki Społecznej), Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji (Departament Wdrożeń i Monitorowania Reformy Administracji Publicznej), Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, Głównego Urzędu Statystycznego, Rządowej Rady Ludnościowej, Głównego Inspektora Sanitarnego, Państwowego Zakładu Higieny, Krajowego Związku Kas Chorych, Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, Krajowego Nadzoru Specjalistycznego w dziedzinie ginekologii i położnictwa, pediatrii, neonatologii, Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, Polskiego Towarzystwa Higienicznego.

Podstawą do organizacji nadzoru merytoryczno-organizacyjnego na szczeblu województwa stały się:

- pismo ministra zdrowia do wojewodów, zalecające ustanowienie nadzoru;
- wytyczenie przez Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Szkolnej IMiD zadań nadzoru i określenie metod działania oraz form organizacji nadzoru;
- przekazanie wojewodom przez Ministerstwo Zdrowia 65 etatów wraz ze środkami finansowymi na płace dla pracowników nadzoru;
- zaopatrzenie ośrodków wojewódzkich w sprzęt elektroniczny (komputery) wraz z oprogramowaniem;
- powołanie przez wojewodów pełnomocników ds. nadzoru;
- zapewnienie przez dyrektorów Wojewódzkich Centrów Zdrowia Publicznego warunków do funkcjonowania nadzoru.



W znacznej części województw poza zorganizowaniem nadzoru na stopniu województwa powołano oddziały terenowe, z reguły zlokalizowane w byłych miastach wojewódzkich. Terenowe placówki nadzoru nad matką i dzieckiem powstały m.in. w województwach mazowieckim, podkarpackim, dolnośląskim, wielkopolskim, podlaskim, kujawsko-pomorskim i śląskim.

W poszczególnych województwach zwiększono liczbę pracowników w stosunku do etatów przyznanych przez Ministra Zdrowia, wielu pracowników innych działów Centrów Zdrowia Publicznego, a zwłaszcza działów statystyki i informatyki oraz zajmujących się szkoleniem zostało zaangażowanych w prace nadzoru w opiece nad matką i dzieckiem. Stworzono także właściwe warunki lokalowe i techniczne do sprawowania nadzoru (komputery, łączność, transport).

We wszystkich województwach nadzorem merytoryczno-organizacyjnym kierowali pełnomocnicy wojewodów, przy czym w 13 województwach funkcje tę objęli lekarze legitymujący się specjalnością z zakresu pediatrii (7), ginekologii (4) i medycyny szkolnej (2) mający długoletnie doświadczenie i specjalizujący się w organizacji ochrony zdrowia. W pozostałych trzech województwach funkcję tę powierzono położnym i pielęgniarkom z tytułem magistra.

## 2.2. Funkcjonowanie nadzoru

Zadania nadzoru merytoryczno-organizacyjnego ukierunkowane zostały na główne problemy w opiece nad matką i dzieckiem.

W zakresie opieki zdrowotnej nad kobietą i noworodkiem ocenie podlegała organizacja opieki, jej dostępność, efektywność, a także zgodność z przyjętymi procedurami oraz standardami postępowania profilaktycznego i leczniczego. Nadzór dotyczył w szczególności programowania, monitorowania, koordynowania i nadzorowania realizacji: promocji zdrowia kobiet i zapobiegania zagrożeniom dla zdrowia potomstwa; opieki profilaktyczno-leczniczej nad kobietą okresie prekoncepcyjnym, w ciąży, w okresie porodu, położu oraz nad noworodkiem, ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń realizowanych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej; realizacji programów profilaktyki raka szyjki macicy i piersi oraz programów profilaktyki zagrożeń związanych z okresem menopauzy; współdziałania ze specjalistycznym nadzorem w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz neonatologii w zakresie analizy jakości świadczeń, a także analizy umieralności okołoporodowej oraz zgonów matek.

W zakresie opieki zdrowotnej nad dzieckiem oceniano organizację opieki w miejscu zamieszkania (podstawowa opieka zdrowotna), a także ambulatoryjnej i stacjonarnej specjalistycznej opieki medycznej, dostępność świadczeń zdrowotnych, ich zgodność z przyjętymi procedurami i standardami postępowania profilaktycznego i leczniczego. Merytoryczny nadzór dotyczył w szczególności: opieki zdrowotnej nad uczniami w środowisku nauczania i wychowania; profilaktycznej i leczniczej nad niemowlęciem i małym dzieckiem; współdziałania z inspekcją sanitarną w monitorowaniu i koordynacji wykonywania szczepień ochronnych; współdziałania ze specjalistycznym nadzorem wojewódzkim w dziedzinie pediatrii, neonatologii w zakresie analizy jakości świadczeń oraz analizy umieralności niemowląt oraz stanu zdrowia dzieci.

W zakresie koordynacji i monitorowania realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych do zadań nadzoru należało określenie priorytetów w ochronie zdrowia kobiet i dzieci, opracowywanie planów realizacji programów polityki zdrowotnej o charakterze ogólnokrajowym, a na poziomie województwa opracowywanie i wdrażanie programów zdrowotnych o zasięgu lokalnym (wojewódzkim) oraz przedstawianie projektów działań wojewodzie do zatwierdzenia oraz nadzór nad ich realizacją. Dotyczyło to zwłaszcza „Narodowego Programu Zdrowia” na lata 1996–2005 w zakresie celów operacyjnych związanych z populacją kobiet i dzieci.

Realizację zadań w zakresie nadzoru merytoryczno-organizacyjnego w większości województw rozpoczęto od rozeznania sytuacji zdrowotnej populacji kobiet, dzieci i młodzieży oraz stopnia zaspokajania potrzeb zdrowotnych. W wyniku tej diagnozy zostały przygotowane własne programy działania nadzoru oraz programy opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem. Określono priorytety i nawiązano współpracę z instytucjami mającymi wpływ na opiekę zdrowotną.

W celu właściwego ukierunkowania nadzoru, wdrożenia skutecznych metod działania oraz ujednoczenia w skali kraju zakresu opieki profilaktycznej nad dziećmi i kobietami w ciąży, pracownicy nadzoru w województwach zostali wyposażeni w odpowiednie wytyczne, zalecenia i rekomendacje opracowane przez Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka.

Ważnym elementem organizacji systemu nadzoru merytoryczno-organizacyjnego w ochronie zdrowia matki i dziecka było stworzenie ogólnokrajowego informacyjnego systemu telematycznego. Jego zakres tematyczny objął analizę okołoporodową wg rekomendowanego przez Światową Organizację Zdrowia standardu OBSQID (wypełnianie kart analiz perinatalnych na poziomie szpitali i przesyłanie do Wojewódzkich Centrów Zdrowia Publicznego, ich transmisję do IMiDz, a następnie przetwarzanie i analizowanie danych). Ogólnokrajowy telematyczny system zakładał również prowadzenie analizy sytuacji zdrowotnej wg karty statystycznej MZSz-11 dla oddziałów położniczych i noworodkowych, zbieranie i analizowanie danych o wadach rozwojowych, a także wprowadzenie rejestru noworodków na podstawie badań przesiewowych. Ponadto zbierano i przetwarzano dane o opiece zdrowotnej z placówek oświatowo-wychowawczych na podstawie kart sprawozdawczych MZ-06.

Jedną z podstawowych form sprawowania nadzoru merytoryczno-organizacyjnego były wizytacje Pełnomocnika Ministra Zdrowia w województwach. Miały one, zależnie od celu ich podejmowania, trojką form: kompleksowe, instruktażowe i interwencyjne.

Najważniejsza rola przypadała wizytacjom kompleksowym. W 2000 roku wizytacje kompleksowe zostały przeprowadzone we wszystkich 16 województwach, a w 2001 r. w 8 województwach. Po zakończeniu wizytacji zgodnie odbywały się konferencje wojewódzkie, w których uczestniczyli pełnomocnicy wojewodów wraz ze współpracownikami, specjaliści wojewódzcy z ginekologii, pediatrii i neonatologii, dyrektor Wojewódzkiej Stacji Sanitarно-Epidemiologicznej, dyrektor Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego, przedstawiciele Regionalnej Kasy Chorych, Kuratorium Oświaty, Okręgowych Izb – Lekarskiej oraz Pielęgniarek i Położnych. Niewątpliwym osiągnięciem tych debat było wypracowywanie sposobów rozwiązywania problemów w opiece nad matką i dzieckiem oraz skoordynowanie i usprawnienie współpracy pomiędzy instytucjami odgrywającymi decydującą rolę w opiece zdrowotnej nad matką i dzieckiem w skali województwa.

Poza merytorycznymi efektami wizytacje miały duże znaczenie dla konsolidacji instytucji działających w obszarze matka-dziecko. Dotyczyło to zwłaszcza samorządu wojewódzkiego, Regionalnej Kasy Chorych i Centrum Zdrowia Publicznego. Wizytacje wzmocniły pozycję nadzoru nad matką i dzieckiem w województwie – w wielu przypadkach pomogły w usprawnieniu organizacji i poprawie warunków działania nadzoru.

Jednym z głównych kierunków działania nadzoru merytoryczno-organizacyjnego w latach 2000–2001 było skoordynowanie w skali województwa realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych o charakterze zarówno ogólnokrajowym, jak i zasięgu lokalnym. Podejmowane przedsięwzięcia w tym zakresie doprowadziły w większości województw do harmonizacji działań we wdrażaniu programów, powierzenia jednemu z pracowników funkcji koordynatora, a w niektórych województwach przejęcie jej przez pełnomocnika wojewody ds. nadzoru. Koordynatorzy ci nawiązali ścisłą współpracę z liderami programów profilaktycznych w województwie, dokonali oceny realizacji programów, przysyłając je ze stosownymi wnioskami we wrześniu 2000 r. bezpośrednio do Ministerstwa Zdrowia. Sposób monitorowania programów, trudności i efekty wdrażania były omawiane w czasie wizytacji w województwach oraz w trakcie kompleksowych wojewódzkich konferencji. Szczególną uwagę poświęcono: „Narodowemu Programowi Zdrowia” w zakresie celów operacyjnych dotyczących problemów zdrowotnych populacji kobiet i dzieci, „Programowi optymalizacji opieki okołoporodowej”, „Programowi badań przesiewowych noworodków”, „Programowi upowszechniania karmienia piersią”, „Programowi profilaktyki pierwotnej wad cewy nerwowej w Polsce”, „Programowi szkoły promującej zdrowie”, „Programowi zapobiegania i zwalczania palenia tytoniu wśród dzieci i młodzieży”.

Na szczeblu krajowym zorganizowano 6 konferencji szkoleniowo-naukowych związanych tematycznie z opieką nad matką i dzieckiem. W roku 2000 zainicjowano nową serię wydawniczą „Zdrowie naszych dzieci” obejmującą kompleksowo różne aspekty opieki nad matką i dzieckiem. W ramach tej serii ukazały się następujące tomy: „Zróżnicowanie szans - ubóstwo dzieci w krajach bogatych – raport Innocenti UNICEF”; „Narodowy Program Zdrowia – działalność Instytutu Matki i Dziecka”; „Wypadki, urazy i zatrucia u dzieci i młodzieży w Polsce – wypadki u dzieci w krajach bogatych – raport Innocenti UNICEF”; „Dzieciństwo wolne od tytoniu”; „Bezpieczeństwo zdrowotne dziecka jako konsumenta”; „Zdrowie naszych dzieci: uwarunkowania, zagrożenia, problemy – kierunki rozwiązań systemowych”.

### 2.3. Podsumowanie wyników działalności nadzoru

W wyniku dwuletniej działalności nadzoru uzyskano następujące efekty:

- zorganizowano struktury nadzoru merytoryczno-organizacyjnego na szczeblu krajowym i wojewódzkim oraz stworzono warunki do jego funkcjonowania;
- dokonano rozeznania stanu opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem w kraju z uwzględnieniem sytuacji w poszczególnych województwach;
- zastopowano destrukcję opieki nad matką i dzieckiem w ogóle, a w zakresie opieki zdrowotnej nad uczniami w szczególności;
- przywrócono w opiece zdrowotnej nad matką i dzieckiem znaczenie profilaktyki;
- zintegrowano w województwach działania na rzecz opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem, m.in. przez skoordynowanie i zaktywizowanie współpracy w tym zakresie instytucji decydujących o funkcjonowaniu opieki, tj. regionalnych kas chorych, samorządu wojewódzkiego, wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych, wojewódzkich centrów zdrowia publicznego oraz specjalistycznego nadzoru wojewódzkiego;
- skoordynowano w skali województwa realizację profilaktycznych programów zdrowotnych dotyczących matki i dziecka, zarówno centralnie sterowanych, jak i lokalnych;
- stworzono podstawy telematycznego systemu informatycznego, umożliwiającego w przyszłości monitorowanie stanu opieki zdrowotnej i stanu zdrowia poprzez ciągłą analizę danych.

Działania naprawcze systemu opieki nad matką i dzieckiem podjęte w latach 2000–2001 miały wpływ na poprawę wskaźników stanu zdrowia (umieralność niemowląt, umieralność okołoporodowa) oraz wykonawstwa świadczeń zdrowotnych, a zwłaszcza szczepień ochronnych. Program nie był kontynuowany w latach następnych.

### 3. Problemy w funkcjonowaniu systemu opieki nad dzieckiem w latach 2002–2008

W latach 2002–2008 na forum parlamentu RP i rządu RP formułowane były liczne deklaracje, opinie i decyzje odnoszące się do naprawy systemu opieki nad matką i dzieckiem, m.in.:

- „Powrócimy do zarzuconych przez poprzedników programów zdrowotnych i kwestii promocji zdrowia, a w szczególności opieki nad matką i małym dzieckiem oraz medycyny szkolnej” (expose premiera RP, październik 2001);
- „Konieczne jest nadanie priorytetu opiece okołoporodowej. Ministerstwo Zdrowia dokona w związku z tym stosownych przewartościowań w realizacji 'Narodowego Programu Zdrowia'” (Uchwała Rady Ministrów, 14 stycznia 2003 roku);
- „Konieczne jest reaktywowanie przez Ministerstwo Zdrowia medycyny szkolnej we wszystkich jej funkcjach: promocji zdrowia i profilaktyki oraz leczenia i rehabilitacji” (Uchwała Rady Ministrów, 14 stycznia 2003 roku);
- Deklaracja powołania zespołu międzyresortowego do spraw przygotowania powrotu opieki zdrowotnej do szkół oraz przedstawienia odpowiednich zmian prawnych do realizacji tego projektu (Komunikat ze spotkania w dniu 15 maja 2006 r. prezesa Rady Ministrów, wicepremiera i ministra edukacji narodowej oraz ministra zdrowia);
- „Obowiązujący w Polsce system opieki zdrowotnej w pełni respektuje postanowienie artykułu 24 pkt. 1 Konwencji o prawach dziecka. Realizację tego zapisu zapewniają przepisy Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz aktów wykonawczych do wymienionej ustawy. Zgodnie z przepisami, dzieci i młodzież, bez względu na status materialny i bez względu na uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego ich rodziców/opiekunów, mają zapewnioną bezpłatną opiekę zdrowotną obejmującą zapobieganie chorobom, wykrywanie chorób, leczenie oraz zapobieganie niepełnosprawności” (Ministerstwo Zdrowia, marzec 2008 r.);
- „Ustalono, że wśród lekarzy rodzinnych około 40% stanowią pediatry, więc nie brak kwalifikacji jest przyczyną obecnych problemów z leczeniem dzieci. Zgłaszany przez środowisko pediatryczne

postulat odbudowy systemu opieki nad dzieckiem w kształcie sprzed reformy systemu wydaje się być niezgodny z obowiązującymi w Europie standardami dotyczącymi praw dziecka. Zgodnie z nimi dziecko może być badane i leczone jedynie w obecności rodziców lub opiekunów, w przyjaznych i bezpiecznych dla niego warunkach” (notatka z posiedzenia Komisji Zdrowia Senatu RP w dniu 6 maja 2008 r.).

Opracowania zamieszczone w Biuletynie RPO „Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce” pozwalają na weryfikację tych deklaracji w odniesieniu do kluczowych obszarów opieki nad dzieckiem.

### 3.1. Opieka Okoloporodowa

Trudno się doszukać informacji, które potwierdzałyby priorytetowe traktowanie opieki okołoporodowej w polityce zdrowotnej państwa. Konkretnych zadań realizacyjnych nie zawierają ani ogłoszony komunikatem ministra zdrowia z kwietnia 2004 roku „Narodowy Plan Zdrowotny” na lata 2004–2013, ani uchwalony przez Radę Ministrów w dniu 15 maja 2007 r. „Narodowy Program Zdrowia” na lata 2007–2015. Nie został wdrożony zapowiadany przez Radę Ministrów program usprawniania informacji dotyczących zachorowalności i zgonów w opiece nad matką i dzieckiem. Jest to tym bardziej niepokojące, iż bez odpowiedniego systemu informacji nie można dokonać wiarygodnej oceny sytuacji w opiece okołoporodowej, określić priorytetów, opracować planów i konkretnych rozwiązań realizacyjnych.

Z opinii towarzystw naukowych (Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, Polskie Towarzystwo Pediatryczne), organizacji pozarządowych (Fundacja Rodzic po Ludzku) można wnioskować, że w ostatnich latach w wielu rejonach kraju pogorszyła się dostępność dla kobiet ciężarnych i rodzących oraz noworodków do adekwatnej do potrzeb opieki profilaktyczno-leczniczej.

Przygotowany przez Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Funduszem Ludnościowym Narodów Zjednoczonych (UNFPA) w Polsce raport pt. „Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15-49 lat. Polska 2006” także przynosi szereg informacji o niedostatkach w zakresie zdrowia prokreacyjnego w Polsce na tle innych krajów Unii Europejskiej.

Opieka profilaktyczna nad kobietą ciężarną, szczególnie w pierwszym trymestrze ciąży, jest w wielu rejonach kraju niezadowalająca. Niedostateczne są wyniki dotyczące wczesnych zgłoszeń kobiet do lekarza, a dostępność badań specjalistycznych jest często utrudniona.

Na duże trudności napotyka realizacja w pionie położniczym zasad wypracowanego w latach 90. trójstopniowego systemu opieki perinatalnej. Duża liczba noworodków z niską i skrajnie niską masą ciała rodzi się na I i II poziomie opieki perinatalnej. Większość z nich wymaga intensywnej terapii, dlatego przekazywane są do oddziałów intensywnej terapii dziecięcej lub neonatologicznej. Tymczasem z badań wynika, że to nie transport karetką, ale transport płodu w łonie matki jest najlepszą, zarówno z ekonomicznego, jak i klinicznego punktu widzenia (znacznie zwiększa się szansa na przeżycie dziecka), formą przekazywania kobiet ciężarnych między współpracującymi ze sobą ośrodkami.

Zagrożeniem dla realizacji programu opieki perinatalnej jest brak znajomości jego zasad przez NFZ – wbrew przyjętym standardom opieki stwarzane są trudności w finansowaniu transportu noworodka.

W całym kraju oddziały neonatologii wykazują duże braki sprzętu pod względem jakościowym – inkubatory, pompy infuzyjne czy kardiomonitory wskutek długoletniej intensywnej eksploatacji wymagają wymiany, natomiast na oddziałach III stopnia opieki perinatalnej brakuje respiratorów i monitorów. Ujawnił się z całą ostrością problem braku miejsc na oddziałach położniczych i noworodkowych, pogarszają się standardy udzielanych świadczeń. Brakuje miejsc dla ciężarnych z ciążą patologiczną oraz miejsc intensywnej terapii noworodka.

Według GUS w 2006 roku w szpitalach ogólnych przyjęto 369,3 tys. porodów, tj. o 2,7% więcej niż w roku poprzednim. Wykonano 106,3 tys. cięć cesarskich – w porównaniu do 2005 roku ich liczba wzrosła o 8%. Liczba noworodków żywo urodzonych wyniosła 371,8 tys. (362,2 tys. w 2005 roku).

Od 2000 roku liczba miejsc dla noworodków zmniejszała się systematycznie z 11,7 tys. do 8,9 tys. w 2004 roku. Lata 2005–2006 przerwały tę tendencję spadkową. W 2005 roku liczba miejsc przeznaczonych dla noworodków wzrosła o 30% w stosunku do roku poprzedniego. Na koniec 2006 roku szpitale dysponowały 11,7 tys. miejsc dla noworodków (o 120 miejsc więcej niż w 2005 roku), w tym inkubatory stanowiły 26,4%.

Trudna sytuacja panuje w województwie mazowieckim, zwłaszcza w Warszawie („Ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem w województwie mazowieckim”, Mazowieckie Centrum Zdrowia Publicznego, grudzień 2007, Warszawa). W roku 2006 w porównaniu do roku 2005 zmniejszono o 7,22% liczbę oddziałów położniczo-ginekologicznych i o 2,01% liczbę łóżek. Liczba oddziałów patologii ciąży spadła aż o 16,67%, łóżek natomiast o 12,31%. Działo się tak, mimo że w 2006 r. zwiększyła się o ok. 4% liczba porodów. Przy wzroście liczby porodów należy się spodziewać, że w Warszawie, w skali roku, dla ok. 1500 pacjentek zabraknie miejsc do porodu. W tym samym czasie aż o jedną czwartą (o 24,53%) zmniejszono liczbę oddziałów noworodkowych, przy czym liczba łóżek, w tym stanowisk inkubatorów, wzrosła o 13,6%, co może świadczyć o pogorszeniu warunków leczenia.

W wielu regionach kraju kierownicy zakładów opieki zdrowotnej wprowadzają niedopuszczalne, poza-prawne opłaty za świadczenia zdrowotne związane z opieką okołoporodową. Zastrzeżenia budzi praktyka NFZ odstepowania od finansowania procedur leczniczych rekomendowanych przez krajowych konsultantów.

Od 2003 roku Narodowy Fundusz Zdrowia zaprzestał finansowania świadczeń udzielanych w ramach szkół rodzenia, a także ograniczył do 7 dni od porodu bezpłatną hospitalizację matek karmiących piersią. Tymczasem karmienie piersią jest wysoce skuteczną i wysoce opłacalną metodą służącą utrzymaniu/poprawie stanu zdrowia niemowląt. Paradoksalnie, najczęściej pokarmu matki pozbawione są właśnie te niemowlęta, dla których karmienie piersią byłoby najkorzystniejsze. W Polsce istnieje potrzeba efektywnej promocji karmienia piersią niemowląt i usuwania barier na tej drodze, w tym problemów z finansowaniem poradni laktacyjnych.

W 2006 liczba zgonów niemowląt wyniosła 2200, a wskaźnik zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych wyniósł 6. Najniższy wskaźnik (5 na 1000 urodzeń żywych) odnotowano w województwach: mazowieckim, świętokrzyskim oraz warmińsko-mazurskim, podczas gdy w województwie podkarpackim oraz śląskim odnotowano najwięcej zgonów niemowląt (odpowiednio 7 i 7,3 na tysiąc urodzeń żywych).

W 2005 roku najczęstszą przyczyną zgonów niemowląt były choroby rozpoczynające się w okresie okołoporodowym, które stanowiły 50% wszystkich zgonów niemowląt. Wśród nich najczęściej były to zaburzenia związane z czasem trwania ciąży i rozwojem płodu (22,2% ogółu zgonów niemowląt) oraz niedotlenienie wewnątrzmaciczne i zamartwica (6% ogółu zgonów niemowląt). Drugą pod względem częstości występowania przyczyną zgonów niemowląt były wady rozwojowe wrodzone (34,2%), w tym wady wrodzone serca (10,9% ogółu zgonów niemowląt).

### 3.2. Medycyna szkolna

Zdrowie młodzieży w Polsce jest najbardziej zaniedbywanym, marginalizowanym i ignorowanym obszarem medycyny i polityki zdrowotnej, mimo że ten okres życia decyduje o kapitale, z jakim młodzi ludzie wejdą w dorosłe życie, czy zyskają zasoby korzystne dla zdrowia, czy też ujawnią się u nich problemy będące przyczyną rozwoju wielu chorób. Podawane przez GUS informacje dotyczące pomiarów ciśnienia tętniczego dowodzą istotnych zaniedbań w zakresie profilaktyki wśród młodzieży, rzutujących na występowanie problemów zdrowotnych w późniejszym wieku – ciśnienie zmierzono zaledwie u 65,8% wśród młodzieży w wieku 15-19 lat, przy czym u 5,1% było ono podwyższone. Można szacować, że ok. 75 tys. osób wchodzi corocznie w dorosłość z niezdiagnozowanym nadciśnieniem tętniczym.

Jak wykazano na podstawie badań nad zachowaniami zdrowotnymi HBSC z 2006 roku, w okresie dojrzewania znacznemu pogorszeniu ulega samoocena zdrowia fizycznego i psychospołecznego, młodzież coraz częściej podejmuje ryzykowne zachowania oraz nasilają się nierówności w zdrowiu zależne od płci. Występowanie zaburzeń zależy od wieku biologicznego, a chłopcy i dziewczęta dojrzewający w innym tempie niż większość rówieśników mają większe problemy ze zdrowiem. Stwierdzono, że przy wzroście zamożności rodzin obserwuje się negatywne zmiany w zakresie ich funkcjonowania, co może rzutować na ograniczenie poczucia bezpieczeństwa i dalsze pogorszenie kondycji psychicznej młodego pokolenia. Warunkiem poprawy stanu zdrowia nastolatków jest stworzenie odpowiadającego ich potrzebom systemu świadczenia usług medycznych oraz poradnictwa psychologicznego, intensyfikacja działań z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej oraz szkolenie pracowników służby zdrowia w zakresie potrzeb młodzieży w okresie dorastania.

Mimo przyjętego przez Radę Ministrów w dniu 14 stycznia 2003 r. zalecenia nr 9 Rządowej Rady Ludnościowej, Ministerstwo Zdrowia pozostaje w przekonaniu, że dla udokumentowania realizacji treści uchwały RM wystarczające jest wskazanie obowiązujących przepisów prawnych i realizowanych programów polityki zdrowotnej odnoszących się tylko do działań profilaktycznych.

Ministerstwo Zdrowia, oceniając realizację przyjętą w dniu 2 listopada 2004 r. Uchwałą Rady Ministrów Rządowego Programu „Profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania”, wskazuje na systematyczną poprawę jakości i dostępności tej opieki. Tymczasem opublikowane raporty Instytutu Matki i Dziecka: „Ocena stanu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami w szkole po dwóch latach funkcjonowania programu rządowego 2004-2006” (z roku 2006) i „Nierówności w dostępie uczniów do profilaktycznej opieki zdrowotnej w Polsce w ostatnim roku wdrażania programu rządowego” (z roku 2007) zawierają głównie wybrane zestawienia statystyczne z wykonania badań przesiewowych i bilansowych i są raczej formą sprawozdania z działalności pielęgniarek i lekarzy ale nie przynoszą żadnych informacji na temat jakości tej opieki i nie odnoszą się do podmiotu tej opieki – uczniów. Nie zostały bowiem wprowadzone, postulowane przed rozpoczęciem realizacji programu, takie zmiany narzędzi statystycznych, które by umożliwiały rzetelną ocenę dostępności i jakości opieki profilaktycznej nad uczniami. Brak oceny stopnia spełniania standardów wymagań w zakresie kwalifikacji i zatrudnienia pielęgniarek szkolnych i lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, brak oceny wypełniania standardów postępowania medycznego w zakresie tej opieki, brak danych o odsetku uczniów z wykrytym i zdiagnozowanymi problemami zdrowotnymi uniemożliwia dokonanie rzeczyciejszej oceny spodziewanych efektów wdrożenia programu. Realizacja programu została zakończona i brak jest informacji o podjęciu prac nad jego kontynuacją.

Okazało się także, że zapowiedź powołania międzyresortowego zespołu do spraw przygotowania protokołu opieki zdrowotnej do szkół, nie została zrealizowana.

### **3.2.1. Problemy z zapewnieniem żywienia i aktywności fizycznej w szkole**

Racjonalne żywienie jest podstawą prawidłowego rozwoju wszystkich dzieci. Nieprawidłowe żywienie prowadzi do zaburzeń zdrowia, niedożywienia oraz nadwagi i otyłości. W wielu krajach UE kwestia żywienia dzieci w szkołach została dawno rozwiązana, wobec czego dyskusje dotyczą jakości pożywienia i jego zawartości energetycznej.

Zapewnienie wszystkim uczniom we wszystkich polskich szkołach możliwości spożywania posiłków jest najpewniejszą metodą wyrównania szans dzieci pochodzących ze środowisk upośledzonych społecznie. Tymczasem wg raportów Głównego Inspektora Sanitarnego, choć stopniowo zwiększa się odsetek szkół wydających obiady, to od lat nie zwiększa się odsetek dzieci korzystających z tych posiłków i w roku 2006, podobnie jak w roku 2000, nie przekraczał on 16. Odsłania to zawstydzający dla naszego kraju fakt, iż zaledwie co 6 uczeń spędzający w szkole zazwyczaj 5 do 8 godzin, spożywa w niej ciepły posiłek. Jeżeli uświadomimy sobie ponadto, że w 2006 roku jedynie 19,6% szkół organizowało śniadania, z których skorzystało tylko 158 204 dzieci, podczas gdy w roku szkolnym 1999/2000 w podobnym odsetku – 18,3% – szkół zorganizowano śniadania dla 435 094 uczniów, to uwidoczni się zarówno rzeczywista skala problemu, jak i nieskuteczność w jego rozwiązywaniu.

Badania HBSC wskaźnika masy ciała BMI wykazały, że niedobór masy ciała występuje u 4,4% ankietowanych 15-latków, a nadwaga lub otyłość u 10,7%, co oznacza, że w normie masy ciała znalazło się 84,9% ankietowanych. Natomiast odsetek dzieci uważających, że ważą tyle, ile trzeba, spada gwałtownie w tej grupie wieku – do 37,2%. Niezadowolenie z wyglądu jest większym problemem u dorastających dziewcząt, może być przyczyną podejmowania szkodliwych dla zdrowia restrykcyjnych diet odchudzających. W badaniu stwierdzono, że prawie połowa 15-latek z prawidłową masą ciała albo jest na diecie, albo uważa, że powinna być. Niezadowolenie ze swojego wyglądu współwystępuje z gorszym stanem zdrowia, szczególnie z nasileniem dolegliwości subiektywnych.

Z kolei niezmiernie ważną funkcją kultury fizycznej, na wszystkich szczeblach edukacji, jest promocja zdrowia oraz rozwijanie sprawności fizycznej. Nie mniej istotną rolę spełnia kultura fizyczna w zakresie zapobiegania czynnikom ryzyka, zagrożeniom i problemom zdrowotnym. Tymczasem według Głównego Inspektora Sanitarnego w 2006 roku odnotowano aż 19,3% szkół nieposiadających ani sali gimnastycznej,

ani rekreacyjnej (2000 r. – 23,4%, 2005 r. – 18,8%). Ponadto w skontrolowanych w 2004 r. szkołach podstawowych i gimnazjach Najwyższa Izba Kontroli w większości placówek stwierdziła niewystarczający nadzór pedagogiczny nad pracą nauczycieli wychowania fizycznego, zastrzeżenia budził stopień zapewnienia bezpieczeństwa i higieny na zajęciach wychowania fizycznego oraz organizacja i jakość opieki medycznej. Właściwa diagnoza stanu zdrowia uczniów jest nieodzownym warunkiem dopuszczenia ich do zajęć sportowych oraz właściwego doboru ćwiczeń i gier zespołowych.

Zapewnienie zdrowego żywienia oraz możliwości bezpiecznego uprawiania aktywności fizycznej w szkole stanowią realizację należnych wszystkim obywatelom praw, które powinny być wspólnym zadaniem szkoły, rodziców, samorządu lokalnego. Powinny podlegać też programowemu nadzorowi i wsparciu w ramach zdrowotnej, edukacyjnej i socjalnej polityki państwa.

### **3.2.2. Utrudnienia w dostępie do edukacji i opieki zdrowotnej dzieci przewlekle chorych**

Dzieci przewlekle chore, w zdecydowanej większości, powinny uczyć się w szkole razem ze zdrowymi rówieśnikami, ponieważ jest to warunkiem prawidłowego ich rozwoju. Tym niemniej choroba przewlekła może zaburzać rozwój dziecka, a także utrudniać realizację zadań edukacyjnych. Niezależnie od rodzaju i ciężkości zaburzeń u uczniów przewlekle chorych mogą istnieć inne czynniki ujemnie wpływające na funkcjonowanie dziecka w szkole, w tym utrudniona dostępność i niska jakość specjalistycznej opieki medycznej nad dzieckiem przewlekle chorym oraz niska jakość lub brak opieki pielęgniarki szkolnej; warunki i organizacja nauczania; nieprzygotowanie nauczycieli do pracy z uczniem przewlekle chorym. Należy przy tym mieć na uwadze fakt, że każda choroba przewlekła ma swoją specyfikę – odmienny przebieg, skutki, rokowanie w różny sposób może wpływać na potrzeby dziecka, jego przystosowanie do szkoły, jej wymagań dydaktycznych i środowiska społecznego.

Na podstawie badań GUS można oszacować, iż co piąty uczeń wymaga opieki z powodu chorób przewlekłych. Są to najczęściej alergie – 577,8 tys. dzieci, astma – 279,3 tys., choroby kręgosłupa – 149,1 tys., przewlekle stany lękowe, depresja lub zaburzenia zachowania – 114,2 tys., choroby serca i układu krążenia – 109,5 tys., choroby nerek i układu moczowego – 85,2 tys., padaczka – 40,9 tys., cukrzyca – 8,1 tys.

Dotychczas w wielu ogólnodostępnych szkołach w Polsce zapewniano dzieciom przewlekle chorym, np. na hemofilię, możliwość dobrego funkcjonowania. W przypadku niektórych schorzeń dostępne są poradniki przeznaczone dla nauczycieli i wychowawców dzieci chorych, a także dla pracowników kuratorium oświaty.

Wprowadzane od kilku lat zmiany organizacji opieki zdrowotnej nad uczniami mogą sytuację tych dzieci znacznie pogorszyć, bowiem zmienia się też sposób podejścia władz oświatowych, wyrażony m.in. w komunikacie MEN z dnia 26 września 2007 w sprawie wykazywania w Systemie Informacji Oświatowej, uczniów i wychowanków z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego, w tym niepełnosprawnością sprzężoną – „Przepisy prawa oświatowego nie przewidują organizowania dzieciom przewlekle chorym kształcenia specjalnego”.

Obawy takie są uzasadnione w kontekście konkretnego wypadku odmowy przyjęcia do gimnazjum ucznia chorego na hemofilię. W toczonej w tej sprawie dyskusji przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia poinformował, że „w aktualnym stanie prawnym pracownicy resortu oświaty nie posiadają stosownych uprawnień do realizacji zadań z zakresu wykonywania świadczeń zdrowotnych u dzieci i młodzieży, zwłaszcza do wykonywania na terenie szkoły takich specjalistycznych zabiegów, jak podanie we wlewie dożylnym koncentratu czynnika krzepnięcia krwi czy tamponada przednia nos”. Takie stanowisko resortu zdrowia pomija fakt, iż powyższe czynności znajdowały się dotąd w kompetencjach pielęgniarki, a nie personelu pedagogicznego.

Nie została dotąd rozwiązana sprawa zapobiegania i ograniczania ujemnych następstw zdrowotnych wad postawy.

Zaburzenia statyki ciała wśród dzieci i młodzieży, ze względu na rozpowszechnienie i długotrwałe ujemne następstwa, stanowią ważny problem zdrowia publicznego i problem społeczny. Tymczasem brak jest danych dotyczących oceny stanu opieki nad dziećmi we wszystkich fazach postępowania zapobiegawczo-leczniczego: prowadzenia promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej w zakresie aktywności fizycznej oraz zajęć wychowania fizycznego w szkole przy użyciu metod sprzyjających profilaktyce zaburzeń statyki ciała; wykrywania zaburzeń statyki ciała drogą badań przesiewowych wykonywanych przez pielęgniark-

ki szkolne oraz badań bilansowych wykonywanych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej; specjalistycznej diagnostyki i kompleksowej opieki obejmującej prowadzenie korektywy w szkole, leczenie rehabilitacyjne i leczenie operacyjne.

Na początku 2007 roku wystąpiły kontrowersje pomiędzy obu Ministerstwami: Edukacji Narodowej i Zdrowia, w sprawie rekomendowania dla szkół jednej z metod profilaktyki wad postawy opracowanej przez Klinikę Ortopedii i Rehabilitacji Dziecięcej Akademii Medycznej w Lublinie, czego rezultatem było wycofanie tych rekomendacji. Dopiero w styczniu 2008 r. Minister zdrowia powołał międzyresortową grupę roboczą ekspertów do opracowania zaleceń dla nauczycieli wychowania fizycznego w zakresie profilaktyki wad postawy u dzieci i młodzieży. Oznacza to, iż uczniowie w naszych szkołach nie korzystają obecnie z właściwej profilaktyki w tym zakresie.

Opinie pediatrów i ortopedów jednoznacznie wskazują, że noszenie plecaków ważących nawet 6 czy 7 kg może powodować wady postawy, w tym skrzywienie kręgosłupa. Tymczasem nie został dotąd prawnie uregulowany dopuszczalny ciężar noszonych przez dzieci plecaków/tornistrów, np. poprzez uznanie, w drodze nowelizacji rozporządzenia ministra edukacji narodowej z dnia 31 grudnia 2002 roku w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach, ustalonej przez Państwową Inspekcję Sanitarną, masy 3 kg za dopuszczalny ciężar dla tornistrów/plecaków noszonych przez uczniów klas I-III szkół podstawowych. Nie zostały upowszechnione sprawdzone w niektórych szkołach sposoby skutecznego obniżania ciężaru plecaków/tornistrów.

Wnikliwa analiza informacji medycznych, informacji docierających od rodziców i z mediów, może prowadzić do wniosku, że w Polsce zagrożone są prawa uczniów przewlekle chorych do równych szans edukacyjnych oraz do adekwatnej do potrzeb opieki medycznej.

Brakuje, o czym świadczą problemy niektórych uczniów chorych na hemofilię i cukrzycę, a także uczniów z wadami postawy, zarówno międzyresortowej koordynacji, która stwarzałaby równe szanse edukacyjne dzieciom przewlekle chorym, jak i zrozumienia istoty problemów, z jakimi się boryka dziecko przewlekle chore w szkole.

### **3.2.3 Problemy w zakresie profilaktyki próchnicy**

Według GUS-u prawie co trzecie dziecko w wieku 10-14 lat (65,4%) odwiedziło stomatologa w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie, rzadziej pacjentami gabinetów dentystycznych były dzieci w wieku 5-9 lat (56,7%). Wśród powodów wizyt najczęściej podawano leczenie (ok. połowa dzieci), następnie przegląd, kontrola, nagły ból lub dolegliwość (najczęściej u dzieci w wieku 5-9 lat) oraz ortodoncja (143/1000). Wraz z wiekiem zmniejszał się odsetek wizyt, których powodem był przegląd i kontrola w gabinecie dentystycznym, a wzrastała częstotliwość wizyt mających na celu leczenie

Okolo 70% wizyt dzieci w wieku 2-14 lat u lekarzy dentystów były wizytami całkowicie bezpłatnymi, w przypadku 5,8% dzieci zrezygnowano z wizyt u dentysty, najczęściej dotyczyło to dzieci w wieku 10-14 lat - 7,5%. Za najważniejszą przyczynę rezygnacji z wizyt swoich dzieci u dentysty rodzice podawali brak pieniędzy - 44,1%.

Z usług lekarzy dentystów lat korzystało 54,4% młodzieży w wieku 15-19, ogólnie na jedną osobę przypadają prawie 3 wizyty. Z wizyt stomatologicznych zrezygnowała prawie co dziesiąta osoba w wieku 15-19 lat, a najczęstszą przyczyną takiej decyzji był brak pieniędzy (39,1%).

Wyniki badań epidemiologicznych wskazują na istnienie poważnych niedostatków w opiece stomatologicznej nad uczniami.

Opublikowane w 2004 roku wyniki monitoringu stanu zdrowia jamy ustnej ujawniły, że grupie wiekowej 7-latków oznaki próchnicy ma 90,9% dzieci, a współczynnik zapadalności na próchnicę wśród dzieci w wieku 7 lat w roku 2003 okazał się wyższy od obserwowanego w latach poprzednich. Nasilenie próchnicy w uzębieniu stałym wzrosło w latach 1995-2003 o 15%. Mimo to, tylko 16,6% dzieci zostało objętych programem zapobiegania próchnicy. Programy profilaktyczne, których celem jest m.in. hamowanie przyrostu i postępu próchnicy nie były dostępne dla dzieci w wieku 7 lat uczęszczających do szkół w większości regionów w kraju, tj. w woj. dolnośląskim, lubuskim, mazowieckim, opolskim, podkarpackim, pomorskim, śląskim, świętokrzyskim i wielkopolskim a w części pozostałych województw odsetek dzieci korzystających z systematycznej opieki prewencyjnej był znikomy i wynosił np. 0,6 w woj. kujawsko-pomorskim.



W populacji wiekowej dzieci 12-letnich odsetek próchnicy wyniósł w kraju 87,1 ale np. wśród mieszkańców miast w woj. mazowieckim próchnicę odnotowano aż u 95,9% dzieci. U dzieci wiejskich stwierdzono więcej zębów z nie leczonymi ubytkami próchnicowymi niż u mieszkańców miast. Łącznie potrzebę leczenia próchnicy stwierdzono u 63,5% badanych dzieci, z tego 16,6% wymagało leczenia 1 zęba, 13,5% dwóch zębów, 8,3% trzech zębów a 24,1% czterech i więcej zębów. W badanej populacji obserwowano przypadki braku pojedynczych zębów stałych, usuniętych z powodu następstw próchnicy a odsetek dzieci z usuniętym co najmniej jednym zębem stałym wyniósł w Polsce 7,2.

Tak dramatyczne wyniki badań wskazują na konieczność położenia większego nacisku na profilaktykę i wprowadzenie odpowiednich dla tej grupy programów, w tym na kontynuację szkolnych programów edukacji prozdrowotnej. Jednak w Polsce odstąpiono od realizacji krajowego programu zapobiegania próchnicy dla grupy wysokiego narażenia na czynniki ryzyka tej choroby. Pomijane są problemy dzieci z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim i umiarkowanym z zapewnieniem odpowiednich świadczeń stomatologicznych. Utrzymywane są nierówności w dostępie dzieci do odpowiedniego poziomu świadczeń ortodontycznych ze względu na zablokowanie dostępu do aparatów stałych i ograniczenie bezpłatnych wizyt kontrolnych wyłącznie do dzieci posiadających aparaty wykonane w ramach świadczeń gwarantowanych.

Niekorzystne porównania międzynarodowe i znaczny dystans w stosunku do większości krajów UE uzasadniają włączenie problematyki zdrowia jamy ustnej do priorytetowych obszarów działań na rzecz dzieci w Polsce.

### **3.2.4. Niewłaściwe warunki techniczne i sanitarne w szkołach**

Wiele szkół w Polsce nie zapewnia bezpiecznych warunków nauki. Według danych Centralnego Instytutu Ochrony Pracy w roku szkolnym 2003/2004 w szkołach i placówkach oświatowych zarejestrowano 149 494 wypadki – zginęło 88 uczniów a 1 248 doznało bardzo ciężkich urazów. Na 1000 uczniów odnotowano 21 wypadków. Dla porównania na 1000 osób zatrudnionych w górnictwie zarejestrowano 17, a na 1000 osób zatrudnionych w przemyśle transportowym 8 zdarzeń wypadkowych.

Najnowszy raport Najwyższej Izby Kontroli wskazał, że w zdecydowanej większości szkół istnieją problemy z zapewnieniem bezpiecznych i higienicznych warunków pobytu i nauki uczniów oraz wychowanków - stwierdzono szereg nieprawidłowości utrudniających proces dydaktyczny i wychowawczy, a niekiedy stwarzających realne zagrożenie dla uczniów, wychowanków i personelu.

W większości szkół odnotowano nieprawidłowości w wykonywaniu obowiązków związanych z postępowaniem w razie wypadków, którym ulegli uczniowie lub wychowankowie, a także ograniczenia możliwości pobierania nauki przez uczniów niepełnosprawnych, ze względu na bariery architektoniczne w obiektach oświatowych.

Ustalenia kontroli NIK znajdują potwierdzenie w corocznych raportach Głównego Inspektora Sanitarnego o stanie sanitarnym kraju.

## **3.3. Lecznictwo pediatryczne**

### **3.3.1. Problemy zdrowotne i świadczenia opieki zdrowotnej**

Wyniki badania GUS wskazują, że długotrwałe problemy zdrowotne zaobserwowano u co 6 dziecka w wieku 0-14 lat, przy czym częstość występowania problemów zdrowotnych u dzieci rosła wraz z ich wiekiem, od 12,7% w wieku 0-4 lata, do 18,3% u dzieci w wieku 10-14 lat i była bardziej nasiloną wód dzieci mieszkających w mieście niż na wsi (odpowiednio 18,7% i 13% ).

Poważne kłopoty i trudności, które ograniczały aktywność dziecka w porównaniu z rówieśnikami i/lub wymagały korzystania z dodatkowych pomocy (np. aparatu słuchowego, kuli) dotykały 27,8% dzieci z długotrwałymi problemami zdrowotnymi. Na 1000 takich dzieci ponad połowa miała kłopoty ze wzrokiem, a u 285 dzieci wystąpiły kłopoty i trudności w mówieniu.

Rodzice zasygnalizowali występowanie co najmniej jednej choroby przewlekłej u prawie 23% dzieci w wieku 0-14 lat. Częściej na choroby przewlekłe zapadali chłopcy niż dziewczynki (odpowiednio 24%

i prawie 21%). Odsetek dzieci chorujących przewlekłe był znacznie wyższy dla dzieci mieszkających w mieście (około 26%) niż na terenach wiejskich (około 18%). Najczęściej odnotowywana była alergia (9%), choroby narządu wzroku (3,7%) oraz astma alergiczna (3,1%). Zachorowalność na astmę alergiczną była dwukrotnie wyższa wśród chłopców niż dziewczynek (odpowiednio 4,1% i 2,1%). Prawie 27% dzieci w wieku 0-14 lat chorujących przewlekłe miało kłopoty i trudności zdrowotne, głównie ze wzrokiem oraz w mówieniu.

Wśród prawie 6% populacji dzieci w wieku 0-14 lat występowały wrodzone wady rozwojowe. Wady układu krążenia stwierdzono u 27,2% dzieci z wrodzoną wadą rozwojową, w tym u 33,8% dziewczynek i wśród 21,1% chłopców. Wady układu mięśniowo-kostnego i powłok wystąpiły u ponad 15% dzieci.

Ponad 3,3% dzieci w wieku 0-14 lat było niepełnosprawnych, z najwyższą częstością w grupie wiekowej 10–14 lat – 4,2%. Dzieci niepełnosprawne prawnie i biologicznie stanowiły 1,3% populacji dzieci w wieku 0–14 lat, niepełnosprawne tylko prawnie – 1,4%, a niepełnosprawne tylko biologicznie – 0,6%. Niepełnosprawni stanowili 3,6% populacji dzieci mieszkających w mieście i 2,9% na wsi. Częściej niepełnosprawność wystąpiła wśród chłopców w wieku 0-14 lat (3,7%) niż u dziewczynek (2,8%).

Długotrwałe problemy zdrowotne odnotowano u 14,8%, a występowanie choroby przewlekłej u 20,6% młodzieży w wieku 15-19 lat – najczęściej były to: alergia (bez astmy alergiczej) – u 5,3% osób, migrena i częste bóle głowy (odpowiednio 3% i prawie 5%), zaburzenia natury psychicznej takie jak nerwica, depresja, stany lękowe i zaburzenia nastroju - u 2,2% młodzieży.

Wystąpiła zależność pomiędzy płcią a rodzajem choroby przewlekłej: około 10 razy więcej dziewcząt w grupie wiekowej 15–19 lat niż chłopców chorowało na tarczycę, ponad dwa razy więcej dziewcząt niż chłopców w tym wieku chorowało na migrenę i częste bóle głowy. Na astmę o podłożu alergicznym chorowało prawie dwa razy więcej chłopców w wieku 15–19 lat niż dziewcząt.

Odsetek niepełnosprawnej młodzieży w wieku 15–19 lat wyniósł 4%,

Wg GUS w 2006 roku lekarze podstawowej opieki zdrowotnej i lekarze rodzinni w ramach podstawowej opieki zdrowotnej udzielili dzieciom i młodzieży w wieku do 18 lat ponad 36,6 mln porad (bez porad z zakresu medycyny pracy), z czego 27,8 mln w miastach i 8,8 mln na wsi. 74% porad udzielonych dzieciom w miastach była zrealizowana przez niepubliczne zakłady ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, 22% przez zakłady publiczne, a 4% w ramach praktyk lekarskich. Udzielono 1011,6 tys. specjalistycznych porad pediatrycznych.

Z badań GUS z 2004 r. wynika, że z porady lekarskiej skorzystało ponad 80% dzieci w wieku 0–14 lat. Średnia liczba porad lekarskich na 1 dziecko wynosiła 3,46. Najczęściej z porady lekarskiej korzystały dzieci w wieku 0–4 lat (91,4% tej grupy wieku). W kolejnych grupach wiekowych częstość wizyt u lekarza malała – 82% dzieci w wieku 5–9 lat i 72,1% dzieci w wieku 10-14 lat skorzystało z pomocy lekarskiej w warunkach ambulatoryjnych.

Spośród dzieci w wieku 0–14 lat mieszkających na obszarach wiejskich około 75% skorzystało z porady lekarskiej, podczas gdy około 85% dzieci z obszarów miejskich odwiedziło lekarza.

Do najczęstszych przyczyn wizyt dzieci u lekarza należały choroby inne niż przewlekłe (69,1% ogólnej liczby wizyt u lekarza), a w dalszej kolejności kontrola, szczepienia i badania okresowe (odpowiednio 26,3%, 17,6% i 16,4%). Częstość wizyt u lekarzy dzieci w wieku 0-14 lat z powodu urazów i wypadków rosła wraz z wiekiem (na 1000 leczonych 19 dzieci w wieku 0–4 lata, 41 w wieku 5-9 lat i 79 w wieku 10–14 lat z tego powodu odwiedziła lekarza). W przypadku chorób przewlekłych dzieci, najrzadziej z tego korzystały z porady lekarskiej dzieci w wieku 0–4 lata (3 na 1000 leczonych), najczęściej dzieci w wieku 10–14 lat (21 na 1000 leczonych). Choroby inne niż przewlekłe były najczęstszym powodem wizyty u lekarza dla dzieci w wieku 5–9 lat (758 na 1000 leczonych), a najrzadziej z pomocy lekarskiej z tej przyczyny skorzystały dzieci w wieku 0–4 lat (612 na 1000 leczonych). Badania okresowe najczęściej podawane były jako powód wizyty u lekarza w grupie dzieci w wieku 0–4 lata (253 na 1000), a najrzadziej w grupie dzieci w wieku 10–14 lat (105 na 1000).

Do najczęściej odwiedzanych przez dzieci w wieku 0–14 lat lekarzy należeli pediatrzy (927 na 1000 leczonych), następnie alergolodzy, okuliści, laryngolodzy i chirurdzy ortopedzi (odpowiednio 48, 45, 33, 33 na 1000 leczonych). W grupie najmłodszych dzieci w wieku 0-4 lata zdecydowanie najczęściej korzystano z porad lekarzy pediatrów (968 na 1000 leczonych), w kolejnych grupach wieku oprócz pediatrów

często korzystano z porad alergologów i okulistów – wśród dzieci w wieku 5–9 lat odpowiednio 61 i 49 na 1000 leczonych oraz okulistów i ortopedów; – wśród dzieci w wieku 10–14 lat odpowiednio 71 i 52 na 1000 leczonych.

Większość wizyt była całkowicie bezpłatna (na 1000 leczonych dzieci było ich 958), całkowicie płatnych było 68, a częściowo płatnych 19. Z pomocy lekarskiej zrezygnowali rodzice 3,9% dzieci w wieku 0–14 lat.

Prawie połowa młodzieży w wieku 15–19 lat mieszkającej na obszarach wiejskich odwiedziła lekarza, częściej z porady lekarskiej korzystała młodzież z obszarów miejskich - około 64% w wieku 15–19 lat.

Odsetek kobiet w grupie wieku 15–19 lat, które odwiedziły lekarza, był o 8,2% wyższy niż mężczyzn.

Niemal co 2 osoba w wieku 15–19 lat za powód swojej wizyty u lekarza wskazała chorobę inną niż przewlekłą, co 4 informowała, że była to wizyta kontrolna, a co 8 określiła, że wizyta była związana z jej chorobą przewlekłą. Młodzież w wieku 15–19 lat skorzystała z pomocy lekarskiej w warunkach ambulatoryjnych z powodów takich, jak uraz, wypadek (80 na 1000 leczonych w tym wieku), choroba inna niż przewlekła (539 na 1000 leczonych), sprawy urzędowe (61 na 1000 leczonych) i inne (46 na 1000 leczonych).

Lekarzami, najczęściej odwiedzanymi przez osoby w wieku 15–19 lat byli interniści (799 na 1000 osób leczonych), w następnej kolejności okuliści (71/1000), chirurdzy ortopedzi i dermatolodzy (52/1000) oraz chirurdzy ogólni i ginekolodzy (44/1000).

Wśród osób w wieku 15–19 lat większość wizyt była całkowicie bezpłatna (na 1000 leczonych było ich 950 w grupie 15–19 lat). Z całkowicie płatnych wizyt skorzystały 62 osoby na 1000 leczonych w wieku 15–19 lat, a z częściowo płatnych – 14/1000. Zrezygnowało z wizyt u lekarza prawie 9% młodzieży w wieku 15–19 lat.

Liczba łóżek na oddziałach pediatrycznych w 1991r. wynosiła 21394, w 1995 r. – 19034, w 1999 r. – 13737, w 2003 r. – 10714, a w 2006r. – 11137.

W 2006 r. we wszystkich szpitalach i ich oddziałach znajdowało się 24,6 tys. łóżek przeznaczonych dla dzieci do lat 18 (o 2,9% mniej w stosunku do 2005 roku i o 6,4% mniej niż w 2004 roku). W ciągu roku we wszystkich szpitalach w trybie stacjonarnym leczonych było 1063,6 tys. osób w wieku do 18 lat (łącznie z ruchem międzyoddziałowym), tj. o 2,6% więcej niż w 2005 roku. Najwięcej z nich (41,8%) przebywało na oddziale pediatrycznym, następnie na chirurgicznym dla dzieci (12,3%), otolaryngologicznym (7,2%), chirurgicznym ogólnym (4,3%) i chirurgii urazowo-ortopedycznej (3,5%).

Według badań GUS z 2004 r. w populacji dzieci w wieku 0-14 lat ponad 8% było pacjentami szpitali z noclegiem w tym czasie. Najczęściej w szpitalach przebywały najmłodsze dzieci – w wieku 0–4 lata, spośród których co ósme było pacjentem szpitala z noclegiem. W kolejnych grupach wiekowych odsetek hospitalizowanych wynosił: dla dzieci w wieku 5–9 lat – 8%, a wśród dzieci w wieku 10–14 lat – 6%.

Najczęstszą przyczyną hospitalizacji dzieci było leczenie choroby innej niż przewlekła (zarówno wśród dziewczynek, jak i chłopców – 386/1000 leczonych), na kolejnych miejscach pod względem częstości lokowały się pobyty mające na celu badania, obserwację (233/1000) oraz spowodowane chorobą przewlekłą (232/1000). Wśród przyczyn hospitalizacji wymieniano także urazy i wypadki, które stanowiły powód leczenia dla około 125 przypadków na 1000 leczonych oraz inne przyczyny – 81 na 1000 leczonych.

W populacji dzieci w wieku 0–14 lat prawie 2% było pacjentami tzw. szpitali dziennych, z tego prawie dwie trzecie przebywały w tego typu ośrodkach w ciągu roku tylko jeden raz, prawie 25% dwa lub trzy razy, natomiast ponad 6% pacjentów było leczonych w takiej formie sześć i więcej razy.

Prawie 6% młodzieży w wieku 15–19 przebywało w ostatnich dwunastu miesiącach poprzedzających badanie w szpitalu z noclegiem. Najczęstszym powodem pobytu kobiet w wieku 15–19 lat w szpitalach były badania i obserwacje (310 na 1000 leczonych), w dalszej kolejności do przyczyn ich hospitalizacji należały: leczenie chorób innych niż przewlekłe (250/1000), uraz bądź wypadek (183/1000), choroby przewlekłe (159/1000) oraz ciąża, poród (131/1000).

Wśród mężczyzn w wieku 15–19 lat najczęściej pobyty w szpitalu spowodowane były leczeniem choroby innej niż przewlekła (359 na 1000 leczonych), a następnie urazem i wypadkiem (238/1000), leczeniem choroby przewlekłej (227/1000), w mniejszym stopniu badaniami i obserwacją (180/1000).

### 3.3.2. Zakłócenia w funkcjonowaniu lecznictwa pediatrycznego.

Problemy lecznictwa pediatrycznego związane są nie tylko z wieloletnim niedofinansowaniem, ale także z brakiem spójnej polityki zdrowotnej na rzecz dzieci.

Obowiązek posiadania skierowania do specjalistów medycyny wieku rozwojowego, ogranicza dostępność i jakość świadczeń zdrowotnych dla dzieci oraz może przyczynić się do wzmoczonego napływu do szpitalnych izb przyjęć pacjentów wymagających udzielenia specjalistycznej porady pediatrycznej.

Nie w pełni kontrolowana likwidacja łóżek pediatrycznych, bez uwzględniania potrzeb zdrowotnych populacji, bez uwzględniania specyfiki chorób dzieci (sezonowość), bez odniesienia aktualnego stanu bazy łóżkowej do podstawowych wymogów jakościowych (zagęszczenie sal, sale wielołożkowe, umieszczanie małych dzieci z pacjentami w wieku dorastania, brak warunków do pobytu rodziców, brak oddziałów i pododdziałów młodzieżowych, oddziałów i pododdziałów jednego dnia, hospitalizacja dzieci na oddziałach dla dorosłych) może zagrażać bezpieczeństwu chorych dzieci, ograniczać dostęp do diagnostyki i leczenia szpitalnego, narażać dziecko na zakażenia szpitalne.

Przedsięwzięcia zaradcze podejmowane są z opóźnieniem, w trybie doraźnym, przy braku koordynacji oraz niezbędnej współpracy poszczególnych partnerów odpowiedzialnych za funkcjonowanie lecznictwa pediatrycznego na danym terenie.

Specjaliści wskazują na coraz częstsza praktykę hospitalizowania dzieci na oddziałach internistycznych dla dorosłych, chirurgii dorosłych, urologii, ortopedii, neurochirurgii i kardiologii dla dorosłych, co może sprzyjać występowaniu zakażeń szpitalnych u dzieci. Zjawisko to znajduje potwierdzenie w danych GUS. Zwraca uwagę fakt, iż mimo posiadania 2444 łóżek na oddziałach chirurgii dziecięcej, gdzie w 2005 roku leczono 133 551 dzieci, równocześnie utrzymywano 773 łóżka dziecięce na oddziałach chirurgicznych ogólnych, gdzie leczono aż 50 085 dzieci. Pod tym względem najbardziej wyróżniają się województwa: dolnośląskie, lubelskie, małopolskie i zachodniopomorskie, gdzie liczba łóżek dla dzieci utrzymywanych na oddziałach chirurgii ogólnej i liczba leczonych dzieci w stosunku do sprofilowanych oddziałów chirurgii dziecięcej jest szczególnie wysoka. Z kolei na oddziałach chorób wewnętrznych utrzymywano 644 łóżka dla dzieci, gdzie leczono 22 311 pacjentów do 18. roku życia. Szczególnie wysoki wskaźnik łóżek dziecięcych na internie i pacjentów do 18. roku życia tam leczonych jest w województwie dolnośląskim, małopolskim, mazowieckim i śląskim. Zastanawia fakt, iż w 13 województwach w szpitalach ogólnych, na oddziałach niewykazujących w ogóle łóżek dla dzieci (oddziały internistyczne, chirurgii szcękowo-twarzowej, neurologii, neurochirurgii, gastroenterologii, urologii, psychiatrii, transplantologii, gruźlicy i chorób płuc, hematologii, onkologii, reumatologii, dermatologii, chorób zakaźnych) leczono łącznie ponad 3000 dzieci. Tolerowanie takiej sytuacji może sprzyjać występowaniu zakażeń szpitalnych u dzieci.

Niepokój budzi sytuacja epidemiologiczna zakażeń szpitalnych, kiły kobiet ciężarnych i kiły wrodzonej noworodków, a także biegunek u małych dzieci.

O systemowych niedostatkach w zakresie prewencji chorób zakaźnych i nadzoru epidemiologicznego w Polsce świadczą znaczne różnice w zapadalności na poszczególne choroby w różnych regionach kraju, niepełna zgłaszalność zachorowań, niski odsetek zachorowań z potwierdzonym rozpoznaniem, bagatelizowanie opinii ekspertów wskazujących na pilną potrzebę weryfikacji polityki zdrowotnej w tym zakresie. Niski wskaźnik wykrywalności ostrych porażek wiotkich wskazuje na konieczność wzmocnienia współpracy pomiędzy ośrodkami hospitalizującymi dzieci z ostrymi porażeniami wiotkimi i Państwową Inspekcją Sanitarną, mimo że wysoki poziom zaszczepienia populacji ma znaczenie ochronne przed skutkami zawleczenia do Polski dzikich szczepów wirusa polio.

Wprawdzie współczynnik zgonów dzieci i młodzieży z powodu nowotworów obniżył się we wszystkich kategoriach wiekowych, co świadczy o istotnej poprawie wyników leczenia, to jednak opinia publiczna reaguje poważnym zaniepokojeniem na przypadki zakłócenia funkcjonowania oddziałów onkologii dziecięcej wskutek zajęcia środków finansowych przez komornika, a także na skutki braku systemowych rozwiązań w domowej opiece hospicyjnej nad dziećmi śmiertelnie chorymi.

Lecznictwo psychiatryczne dla dzieci i młodzieży w Polsce boryka się z rosnącym zapotrzebowaniem na świadczenia i zmniejszającą się liczbą specjalistów w tej dziedzinie medycyny. Według danych Instytutu Psychiatrii i Neurologii liczba dzieci w wieku 0–18 lat leczonych ambulatoryjnie z powodu zaburzeń psychicznych była w 2005 roku o ok. 60% wyższa niż liczba takich pacjentów w populacji 0–19 lat w roku 2000.

Raport Rzecznika Praw Obywatelskich wskazał na uchybienia w stosowaniu obowiązujących procedur w kierowaniu wychowanków placówek opiekuńczo-wychowawczych do szpitali psychiatrycznych, w tym niedopuszczalne posługiwanie się blankietową zgodą rodzica na wszelkiego rodzaju świadczenia medyczne, wydaną w momencie przyjmowania dziecka do placówki czy brak wiedzy personelu na temat praw wychowanków, którzy ukończyli 16 lat. Badania potwierdziły istnienie praktyk naruszających ustawę o ochronie zdrowia psychicznego, niemających pełnego uzasadnienia terapeutycznego, prowadzących do stygmatyzacji pacjentów.

### 3.4. Urazy niezamierzone i przemoc wobec dzieci

U podstaw zalecanego przez Światową Organizację Zdrowia łącznego podejścia do problematyki urazów i przemocy wobec dzieci leży szereg racjonalnych przesłanek:

- podobieństwo uwarunkowań społecznych, ekonomicznych i środowiskowych oraz czynników ryzyka ( np. alkohol ) urazów niezamierzonych i zamierzonych;
- w oby przypadkach szczególnie narażone są te same, najbardziej upośledzone socjalnie, grupy dzieci i młodzieży;
- istnieje analogiczny wymóg podejścia wielosektorowego w celu ograniczenia negatywnego wpływu środowiska i usunięcia czynników ryzyka;
- istnieje potrzeba tworzenia synergistycznego systemu nadzoru publicznego;
- oczywisty jest także wymóg stosowania podobnego postępowania ratowniczego, medycznego, rehabilitacyjnego, psychologicznego;
- niezależnie od przyczyny wyrządzonej dziecku szkody niezbędne jest uruchomienie zbliżonych procedur dochodzeniowych i prawnych.

W Polsce notuje się wysoki udział urazów i zatruc w umieralności i chorobowości dzieci i młodzieży, a porównania międzynarodowe są niekorzystne dla naszego kraju. W tej sytuacji szczególnie groźne są wszelkie zaniedbania w zakresie prewencji urazów u dzieci. W 2001 roku z powodu urazów zmarło 1640 dzieci i młodzieży. Jeśli współczynnik zgonów z powodu urazów w Polsce zostałby przez wdrożenie znanych procedur prewencyjnych zredukowany do poziomu współczynnika w Szwecji, to można byłoby uratować życie 855 polskich dzieci.

Raport opracowany w ramach programu zdrowia publicznego Komisji Europejskiej „Planowanie działań na rzecz bezpieczeństwa dzieci z inicjatywy europejskiego sojuszu na rzecz bezpieczeństwa” zawiera ocenę dziewięciu najważniejszych obszarów prewencji urazów dzieci: bezpieczeństwo pieszego, bezpieczeństwo pasażera, bezpieczeństwo rowerzysty, bezpieczeństwo na skuterze i motorowerze, bezpieczeństwo w wodzie, prewencja upadków, prewencja oparzeń, prewencja zatruc, prewencja uduszeń i zadławień. W raporcie przeprowadzono również ocenę przywództwa krajowego, nadzoru nad urazami dzieci oraz potencjalnych możliwości rozwijania zdolności w zakresie bezpieczeństwa dzieci.

Z oceny wynika, że w Polsce istnieje potrzeba zaplanowania i realizowania skutecznej polityki i programów w obszarze prewencji upadków, oparzeń, zatruc, uduszeń i zadławień, a także w zakresie bezpieczeństwa dziecka jako rowerzysty, bezpieczeństwa w wodzie i prewencji utonięć. Ważne jest zwrócenie uwagi na działania w zakresie prewencji urazów małych dzieci występujących wewnątrz i wokół domu. Aby zapewnić skuteczność podejmowanych działań wskazane jest wspieranie i finansowanie takich programów, których skuteczność została udowodniona, tzw. dobrych praktyk. Polska posiada wprawdzie podstawową infrastrukturę nadzoru nad urazami dzieci, lecz zasoby kadrowe i finansowe oraz poziom tworzenia zdolności rozwojowych w zakresie bezpieczeństwa dzieci, a zwłaszcza przywództwa krajowego (leadership) ze strony rządu zostały ocenione jako słabe lub niedostateczne. Polityka państwa powinna koordynować i wspierać działania wdrażające dobre praktyki oparte na dowodach w zakresie ochrony życia i zdrowia dzieci.

Częstość przypadków maltretowania dzieci w Polsce wydaje się stale wzrastać. Niestety wykrywalność zjawiska jest dalece niewystarczająca i dotyczy zazwyczaj przypadków niezwykle drastycznych, szokujących opinię publiczną, już po fakcie wyrządzenia dziecku krzywdy. Przemoc wobec dzieci należy uznać za istotny problem bezpieczeństwa publicznego wymagający rozwiązań systemowych. Zwracają uwagę dane o najcięższych postaciach urazów zamierzonych wśród dzieci do 14 roku życia. W Polsce zabójstwa stanowią 11,1% ogółu zgonów niemowląt z powodu przyczyn zewnętrznych, wśród dzieci w wieku 1–4 lat – 4,6%, a u dzieci w wieku 5–14 lat – 1,8%. Tak więc najmłodsze dzieci obciążone

są największym ryzykiem przemocy. Według ŚÓZ zabójstwa dzieci w wieku 0–4 lat są dwukrotnie częstsze niż dzieci w wieku 5–14 lat (odpowiednio 5,2 i 2,1 na 100 000 populacji). Najczęściej bezpośrednią przyczyną zgonu jest uraz głowy, jamy brzusznej i zamierzone uduszenie.

Wyniki większości badań wskazują na związek przemocy w rodzinie z takimi dysfunkcjami rodzinnymi jak rozwój emocjonalny pomiędzy małżonkami, częstość kar fizycznych, brak ciepła w procesie wychowywania, a także choroba psychiczna lub alkoholizm jednego z partnerów.

W przypadku szkół, zmiany systemowe, a przede wszystkim, skądinąd konieczne reformy systemu oświaty, naruszyły poczucie bezpieczeństwa i stabilności uczniów. Także grupa rówieśnicza, która stanowi dla młodzieży źródło siły i oparcia, zwłaszcza w procesie separacji od rodziców, może stać się źródłem zagrożeń dla zdrowia psychicznego. W sytuacji względnie małej dostępności rodziców, to właśnie grupa rówieśnicza zaczyna odgrywać coraz bardziej istotną rolę w życiu młodzieży.

Wyniki ostatniej edycji badań HBSC wykazują, że odsetek uczniów, którzy 2–3 razy w miesiącu lub częściej dokuczali innym uczniom w szkole zwiększa się u chłopców od 14,7% w wieku 11 lat do 18,4% w wieku 15 lat. U dziewcząt między 11 a 15 rokiem życia zauważa się jedynie tendencję do wzrastającej częstości bycia sprawcą. Wyniki poprzedniego badania HBSC wykazały, że 30,3% uczniów w wieku 11–15 lat w Polsce było ofiarami dręczenia przez innych uczniów w szkole, w tym 10,3% często, to znaczy co najmniej 2–3 razy w miesiącu. Dzieci młodsze i chłopcy były częściej ofiarami dręczenia niż starsi i dziewczęta.

Wykorzystywanie seksualne dzieci przez osoby dorosłe jest poważnym problemem społecznym, wobec którego nie można pozostać obojętnym. Szacuje się, że w Polsce, podobnie jak w innych krajach Unii Europejskiej, zjawisko to dotyczy 10–20% dzieci. Od 20% do 40% dorosłych kobiet i 10% mężczyzn w Polsce przyznawało się do bycia wykorzystywanymi seksualnie w dzieciństwie. Podkreśla się także, że ojcowie posługujący się przemocą wobec dziecka lub wykorzystujący je seksualnie sami byli w dzieciństwie ofiarami takich samych zachowań.

Ujawnianie w ostatnich latach przez media przypadki krzywdzenia seksualnego dzieci wywołują głębokie poruszenie opinii publicznej, która domaga się podjęcia skutecznych środków zaradczych. Uraz związany z doznaniem cierpieniem – często przeżywanym w milczeniu – wywiera głęboki, negatywny wpływ na zdrowie i rozwój dziecka w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym. Skutki krzywdzenia seksualnego w dzieciństwie rozciągają się na całe dorosłe życie ofiary. Dramat seksualnego wykorzystywania i molestowania dzieci pogłębiany jest nie tylko w wyniku przedostających się do opinii publicznej informacji o rozległości i brutalności urazów (śmierć dziecka, kazirodztwo, prostytutka, handel żywym towarem, pornografia), lecz także przez fakt, iż sprawcami są na ogół osoby dorosłe z bliskiego otoczenia dziecka – z rodziny, spośród znajomych, opiekunów, a także spośród osób, które wykonują swój zawód w kontakcie z dziećmi. Wspólną cechą krzywdzenia seksualnego w takich okolicznościach jest wielokrotność i długotrwałość doznawanego przez dziecko urazu.

#### 4. Założenia narodowej strategii na rzecz zdrowia, rozwoju i bezpieczeństwa dzieci

**Głównym celem narodowej strategii** powinno być umożliwienie dzieciom i młodzieży w naszym kraju realizowania pełnego ich potencjału życiowego dla zdrowia i rozwoju a także zmniejszenie chorobowości i umieralności z przyczyn poddających się zapobieganiu zwłaszcza z powodu urazów i przemocy.

Wymienione poniżej, w liczbie ośmiu, **zasady kierunkowe** pozwalają na lepsze zrozumienie koncepcji budowania strategii.

- **Podejście** uwzględniające etapy rozwoju dziecka. Poczynania polityczne i programowe powinny uwzględniać specyfikę wyzwań w sferze zdrowia i bezpieczeństwa dla każdego etapu rozwojowego począwszy od życia wewnątrzłonowego aż po okres pokwitania.
- **Sprawiedliwość**. Szczególnie powinny być uwzględniane potrzeby dzieci z rodzin najbardziej upośledzonych socjalnie, zwłaszcza kiedy oceniana jest sytuacja zdrowotna i stan bezpieczeństwa młodego pokolenia oraz budowana jest polityka i planowane są świadczenia dla dzieci w tym zakresie.
- **Działania międzysektorowe**. Podczas wypracowywania polityki i planów poprawy sytuacji zdrowotnej i stanu bezpieczeństwa dzieci należy kierować się podejściem międzysektorowym, co jest nieodzowne w celu uwzględnienia zasadniczych uwarunkowań zdrowia, rozwoju i bezpieczeństwa oraz w celu wyboru najefektywniejszych działań zaradczych.

- Współczesność. W proces planowania, funkcjonowania i monitorowania polityki i działań na rzecz zdrowia, rozwoju i bezpieczeństwa młodego pokolenia powinni być włączeni przedstawiciele społeczeństwa i samej młodzieży oraz organizacje i instytucje pozarządowe, sektor prywatny i media.
- Równorzędność działań prewencyjnych i naprawczych. Podczas opracowywania i wdrażania polityki i programów na rzecz poprawy zdrowia, rozwoju i bezpieczeństwa dzieci należy w równym stopniu przykładać wagę do prewencji, jak i interwencji naprawczych. Budowaniu polityki zdrowotnej i polityki bezpieczeństwa nakierowanych na młode pokolenie powinna towarzyszyć promocja zdrowia i bezpieczeństwa adresowana do ogółu obywateli.
- Podejście siedliskowe. Strategia powinna być nakierowana na te siedliska, w których, na poszczególnych etapach życia najczęściej dochodzi do zaburzeń zdrowia i rozwoju oraz zagrożeń bezpieczeństwa dzieci: dom i okolica, szkoła i placówka oświatowo-wychowawcza, jezdnia, miejsce spędzania czasu wolnego i uprawiania aktywności fizycznej.
- Wykorzystanie dotychczasowych doświadczeń krajowych i europejskich. Z zasady należy uwzględniać wyniki dotychczas realizowanych w Polsce i w innych krajach UE programów zdrowotnych i programów na rzecz bezpieczeństwa młodego pokolenia. Źródeł finansowania i efektywności zadań realizacyjnych należy poszukiwać w racjonalnym wykorzystaniu już istniejących w poszczególnych sektorach sił i środków.
- Łączne podejście do urazów i przemocy. W planowaniu działań prewencyjnych i naprawczych w sferze szeroko rozumianego bezpieczeństwa młodego pokolenia istnieje konieczność uwzględnienia podobieństw uwarunkowań obu rodzajów urazów, podobnych czynników ryzyka, a także wymogu stosowania analogicznych procedur ratowniczych, medyczno-psychologicznych i prawnych.

Do **priorytetowych obszarów warunkujących zdrowie i rozwój dzieci** zaliczono: zdrowie matki i noworodka; żywienie i aktywność fizyczną; choroby zakaźne; urazy i przemoc; środowisko naturalne; zdrowie dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, zdrowie psychiczne; zdrowie jamy ustnej. Struktura priorytetów odzwierciedla główne uwarunkowania, problemy i zagrożenia dla zdrowia i rozwoju młodego pokolenia w Polsce, ocenione na podstawie dowodów naukowych.

Do **priorytetowych zagadnień z zakresu bezpieczeństwa dzieci** zaliczono istniejące od dawna w Polsce oraz pojawiające się nowe problemy wywierające wpływ na bezpieczeństwo dzieci na wszystkich etapach życia: zaniedbanie i przemoc; samobójstwa; demoralizację i przestępczość; zagrożenia ze strony środowiska fizycznego i masowe katastrofy; urazy niezamierzone, w tym tzw. konsumenckie. Priorytety obejmują te obszary bezpieczeństwa, w których zaniechania opieki i obowiązujących procedur prewencyjnych oraz zamierzone lub niezamierzone działania powodują takie zagrożenia bezpieczeństwa dzieci, że dla wyjaśnienia przyczyn, podjęcia działań naprawczych i prewencyjnych, niezbędne staje się zaangażowanie administracji państwowej, aparatu dochodzeniowego i wymiaru sprawiedliwości.

## IV.5. OPIEKA ZDROWOTNA NAD LUDŹMI W STARSZYM WIEKU. STAN A POTRZEBY W PERSPEKTYWIE STARZENIA SIĘ LUDNOŚCI POLSKI

### Wprowadzenie

Opieka zdrowotna nad ludźmi w starszym wieku należy do szczególnych wyzwań współczesnych czasów. Zaczęło się o niej mówić i pisać nie tylko z racji dożywania do późnej starości coraz większej części populacji – **efekt ilościowy**, ale przede wszystkim z powodu specyfiki i skutków tzw. chorób zależnych od wieku, a zatem również specyficznych potrzeb opiekuńczych tej grupy wiekowej – **efekt jakościowy**.

Mówiąc o opiece zdrowotnej nad ludźmi starszymi, należałoby na wstępie określić, jaką część populacji stanowi ta grupa wiekowa dziś i jaką stanowić będzie w przyszłości?; czym jest starość i starzenie w kontekście zdrowia publicznego i medycyny?; kto jest pacjentem geriatrycznym i dlaczego wymaga on szczególnie podejścia diagnostycznego i opiekuńczego?; jaki jest stan zdrowia i jaka jest sprawność ludzi starszych w Polsce jako argument do optymalizacji opieki zdrowotnej nad seniorami wobec prognozowanego przyspieszenia starzenia demograficznego?; czy funkcjonujące w Polsce rozwiązania organizacyjne opieki zdrowotnej są wystarczające?; jakie wyzwania stoją przed organizatorami ochrony zdrowia w Polsce?

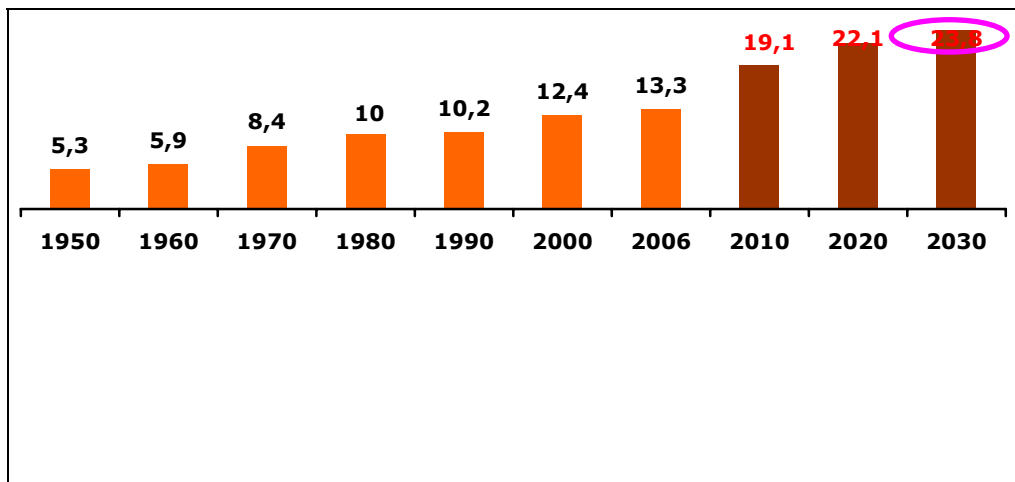
### Ludzie starzy w populacji: stan aktualny i perspektywy

Zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne dla ludzi starszych można szacować na podstawie parametrów demograficznych. Polska już od lat sześćdziesiątych ubiegłego stulecia należy do krajów starych demograficznie, a obecnie można ją zaliczyć do krajów o zaawansowanym stopniu starzenia. W roku 2006 odsetek osób w wieku 60 lat i starszych wyniósł **17,6% (6,7 mln)**, a 65 lat i starszych – **13,3% (5,1 mln)**.

Prognozy GUS przewidują gwałtowne przyspieszenie starzenia się polskiej populacji w okresie najbliższych lat. Do 2030 r. odsetek populacji w wieku 65 lat lub starszych ma osiągnąć **23,8%**, co w liczbach bezwzględnych wyrazi się liczbą **8,5 mln** obywateli<sup>1</sup>.

Rycina 1 prezentuje procentowy udział ludności starszej w wieku 65 lat i starszej na przestrzeni przeszłych 56 lat i prognozowanych na przyszłe 24 lata.

Rycina 1. Odsetkowy udział populacji 65+ w Polsce w latach 1950–2006 i wg prognozy GUS do 2030 r. (w %)



<sup>1</sup> GUS. Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej, Warszawa 2007.

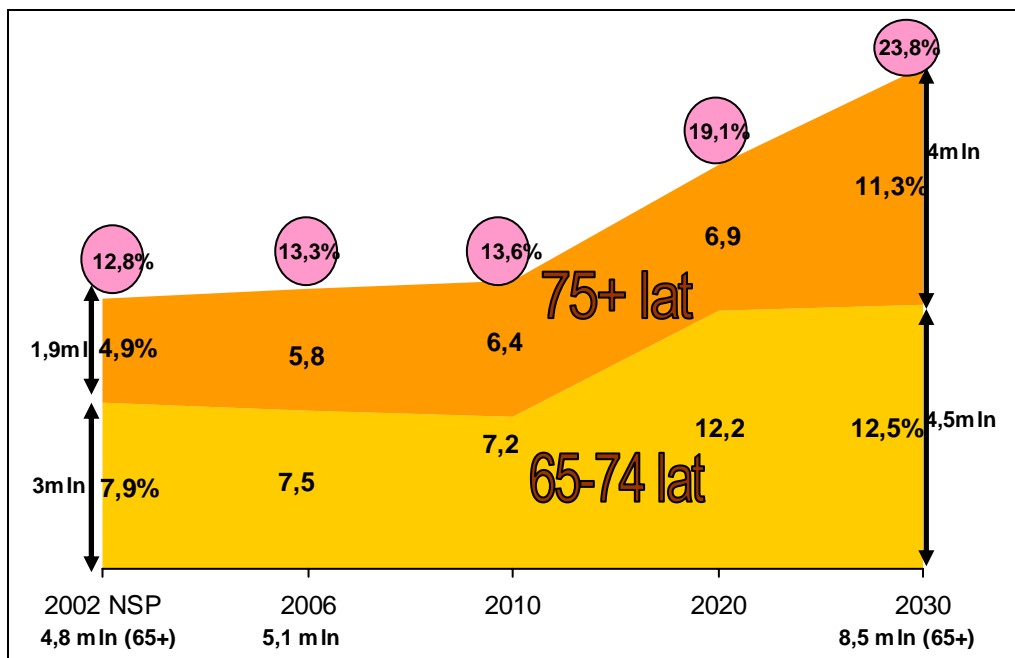


O ogromnym przyspieszeniu starzenia populacji niech świadczy porównanie przyrostu odsetka osób 65+ w ostatnich 25 latach – około 3,3%, do prognozowanego przyrostu w przyszłych 25 latach – o około 10,5%. To trzykrotne przyspieszenie starzenia demograficznego względem porównywalnych okresów będzie efektem wchodzenia w starość powojennego wyżu młodości z lat pięćdziesiątych, który niebawem zaistnieje jako „wyż starości”.

Między 2002 a 2030 rokiem przewiduje się blisko 40% spadek liczności kategorii osób w wieku 0–19 i 39% spadek liczności osób w wieku 20–34 lat, przy 74% wzroście osób w wieku 65 lat i starszych, co pośrednio wyjaśnia ujemny przyrost naturalny w nadchodzących latach. Dodatkowym zjawiskiem będzie wzrost udziału ludzi w późnej starości (75+) kosztem spadku osób we wczesnej starości (65–74). Odsetek „starych starych” w populacji 65+ wzrośnie z 38,5% w 2002 do 47,6% w 2030 r. (rycyna 2).

W liczbach bezwzględnych wygląda to bardziej dramatycznie – ta najstarsza kategoria wiekowa, najbardziej zagrożona wielochorobowością i niepełnosprawnością, ulegnie podwojeniu: **z 1,9 mln do 4 mln**. Rodzi to szczególne implikacje i wyzwania powstające przed polityką społeczną i zdrowotną w naszym kraju, zwłaszcza w odniesieniu zapewnienia standardów opieki nad osobami najstarszymi i niesprawnymi, a także ich opiekunami.

Rycyna 2. „Podwójne starzenie” polskiej populacji do 2030 r. (w %)



Wzrost udziału ludzi starych w całej populacji oraz „bardzo starych” wśród ludzi starszych określa się mianem podwójnego starzenia.

Większość ludzi starych w Polsce to kobiety i osoby zamieszkujące obszary zurbanizowane. Pozostała, nieco mniejsza część populacji zamieszkuje tereny wiejskie, jednak w odniesieniu tego obszaru starość jest bardziej zaawansowana (zamieszkuje tam więcej osób najstarszych), co w efekcie uśrednienia wieku daje wyższe parametry starości demograficznej na obszarach wiejskich w porównaniu z miejskimi.

Obciążenie demograficzne rozumiane jako liczba osób w wieku poprodukcyjnym przypadająca na 1 osobę w wieku produkcyjnym stanowi pośrednio o zasobach opiekuńczych społeczeństwa, abstrahując od obciążenia opieką nad dziećmi i młodzieżą. Biorąc pod uwagę prognozowany w Polsce spadek liczebności ludności w wieku produkcyjnym z 24,5 mln w 2006 r. do 20,7 mln w 2030 r. oraz jednoczesny

wzrost liczebności osób w wieku poprodukcyjnym z 6 mln do 9,6 mln, można w uproszczeniu skonstatować, że w analizowanym okresie przeciętna liczba osób „pracujących” na przeciętnego emeryta (a razem stanowiących wobec niego potencjał opiekuńczy) spadnie z 4,1 do 2,2, czyli niemal dwukrotnie.

Przedstawiona charakterystyka starzenia demograficznego w Polsce w perspektywie do 2030 r. – w oparciu o dostępne prognozy GUS – jest niepokojąca, wręcz dramatyczna, zwłaszcza w kontekście zadań stojących przed organizatorami opieki zdrowotnej i społecznej nad ludźmi starszymi.

Wobec zarysowanych przez demografów prognoz, można zaryzykować twierdzenie, że grozi Polsce demograficzna „bomba starości”, która ma niestety szanse załamać już nie w pełni wydolny system usług zdrowotnych i opiekuńczych.

## Starzenie się w perspektywie zdrowia publicznego i medycyny

W coraz większej liczbie krajów, w tym w Polsce, jesteśmy świadkami dokonującej się transformacji demograficzno-epidemiologicznej<sup>2</sup>. Polega ona na zmianie zachodzącej od stanu wysokiej rozrodzności z wysoką umieralnością do stanu niskiej rozrodzności z niską umieralnością. Skutkuje to wydłużeniem oczekiwanego trwania życia i wzrostem udziału ludzi starszych w populacjach. Wzorcowi temu towarzyszy transformacja epidemiologiczna ze stanu dominacji chorób zakaźnych z wysoką umieralnością okołoporodową matek i niemowląt do stanu dominacji chorób przewlekłych, typowych dla wieku starszego. Sprzyjają temu zmiany cywilizacyjne i światowa rewolucja technologiczna, postępy w promocii zdrowia, profilaktyce, wczesniej diagnostyce i leczeniu chorób, w tym rehabilitacji, które procentują wydłużeniem życia, ale najczęściej kosztem generowania chorób przewlekłych i niepełnosprawności.

Wspomniana transformacja epidemiologiczna towarzyszy wszystkim starzejącym się populacjom, ponieważ ryzyko chorób zależnych od wieku wzrasta wraz z przyrostem wieku chronologicznego, a faktycznie wieku biologicznego, który usposabia do patologii.

Od wczesniej dorosłości ludzie narażeni są na skrycie postępujące i coraz liczniejsze schorzenia przewlekłe, które narastają i kumulują się w starości. Należą do nich m.in. takie schorzenia, jak miażdżyca, choroba zwyrodnieniowa stawów, osteoporoza, cukrzyca, otyłość. Potocznie mówi się o nich jako o chorobach „ze starzenia” w odróżnieniu od chorób występujących w każdym wieku, jak choćby zapalenie płuc, które, o ile występuje w wieku starszym, określa się chorobami „w starości”. Tego typu patologia, nakładając się na zmiany zależne od naturalnego starzenia, prowadzi do postępującego, najczęściej skokowego (heterochronia starzenia) umniejszania się nieodnawialnych zasobów tkankowo-narządowych organizmu w różnych umiejscowieniach i w różnym stopniu (heterotopia starzenia), co w efekcie prowadzi do utajonych lub jawnych ograniczeń czynności narządów. Deficyty funkcjonalne manifestują się nie tylko w określonych organach dotkniętych chorobą, ale przekładają się na dysfunkcje całego organizmu w sferze fizycznej, psychicznej i społecznej. Z powodu niesprawności, a w następstwie współistnienia wielu chorób w starości, stan zdrowia tej grupy wiekowej częściej określa się w wymiarze funkcjonalnym niż rejestru chorobowości czy umieralności. Czyni się to ze względów pragmatycznych, ponieważ określony poziom i rodzaj niesprawności determinuje rodzaj i zakres interwencji terapeutycznej, pielęgnacyjnej, rehabilitacyjnej, protezowania czy dostosowania środowiska do określonej dysfunkcji.

Do oceny sprawności funkcjonalnej, a zatem pośrednio wielu wymiarów zdrowia ludzi starych, stosuje się powszechnie standaryzowane skale, każda do nieco innego celu<sup>3</sup>. Do najczęściej stosowanych należą: skala funkcjonowania codziennego w zakresie czynności podstawowych (P-ADL, od ang. Personal Activities of Daily Living) wg Katza<sup>4</sup> lub wg Barthela<sup>5</sup>, w zakresie czynności złożonych (instrumentalnych) skala I-ADL wg Lawtona<sup>6</sup>, skala oceny równowagi i chodu<sup>7</sup>, kwestionariusz oceny stopnia odżywienia<sup>8</sup>, krótka

<sup>2</sup> Harwood R.H., Sayer A.A., Hirschsweld M., Current and future worldwide prevalence of dependency, its relationship to total population, and dependency ratios. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004,82, 4, 251–257.

<sup>3</sup> Bień B., Specyfika geriatrii – odrębności i zasady postępowania, [w:] K. Galus (red.) *Geriatry: wybrane zagadnienia*. Urban & Partner, Wrocław 2007, 29–38.

<sup>4</sup> Katz S., Ford A.B., Moskowitz R.W., Jackson B.A. Jaffe M.W., Studies of illness in aged: The index of ADL, a standardized measure of biological and psychological function. *Journal of the American Medical Association* 1963; 185, 914–919.

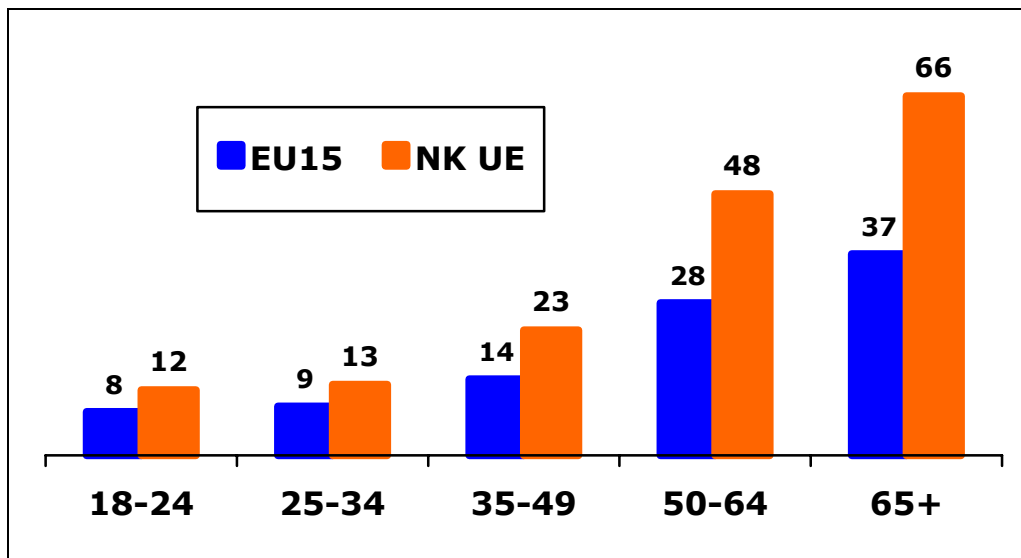
<sup>5</sup> Mahoney FI, Barthel D., Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal* 1965;14:56–61.

<sup>6</sup> Lawton M.P., Brody E.M., Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969, 9, 179–186.

<sup>7</sup> Tinetti M., Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1988; 34, 119–126.

skala oceny stanu psychicznego (MMSE, Mini-Mental State Examination)<sup>9</sup>, geriatryczna skala oceny depresji<sup>10</sup>. Składają się one na baterię testów używanych do całościowej oceny geriatrycznej (Comprehensive Geriatric Assessment)<sup>11</sup>, które to podejście uzupełniają i usprawniają, a w pewnej mierze zastępują proces tradycyjnego procesu diagnostyki medycznej. Dzięki skalom można mierzyć, monitorować i/lub porównywać wyniki między określonymi kohortami w jednym punkcie czasu (różnice w starzeniu) lub jednej kohorty z biegiem czasu (zmiany w starzeniu). Całościowa ocena geriatryczna stanowi standardowy instrument podejścia geriatrycznego w codziennej praktyce zespołu geriatrycznego, dzięki czemu możliwe staje się wykrywanie, analizowanie i planowe rozwiązywanie złożonych medycznych, psychicznych i społecznych problemów człowieka starszego.

**Rycina 3. Choroby przewlekłe lub niesprawność w grupach wieku w krajach „starej” Unii [EU15] i Nowych Krajach UE [NK UE] (w %)**



Celem i wyzwaniem zdrowia publicznego i innych nauk medycznych jest tzw. kompresja chorobowości i niepełnosprawności, czyli opóźnienie wejścia ludzi w niesprawność, a zatem wydłużenia fazy autonomicznego i niezależnego życia w zdrowiu niemal do czasu nieuniknionej śmierci<sup>12,13,14</sup>. Porównanie udziału osób przewlekłe chorych i/lub niesprawnych w kolejnych, 10-letnich kohortach wieku między krajami tzw. „starej Unii” (EU15) i nowymi krajami członkowskimi (NK EU) wskazuje na pewien sukces w kompresji chorób przewlekłych i niesprawności w krajach wyżej rozwiniętych (rycyna 3)<sup>15</sup>.

<sup>8</sup> Guigoz Y., Vellas B., Garry P.J., Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool or grading the nutritional state of elderly patients. *Facts and Research in Gerontology* 1994, 2, 15–59.

<sup>9</sup> Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R., Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patient for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975, 12, 189–198.

<sup>10</sup> Yesavage J.A., Brink T., Lom O., Development and validation of geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1983, 17, 37–49.

<sup>11</sup> Rubenstein L.Z., An overview of comprehensive geriatric assessment: rationale, history, program models, basic components. In: Rubenstein L.Z., Wieland D., Bernabei R., eds. *Geriatric Assessment Technology: The State of the Art*. New York, NY: Springer 1995.

<sup>12</sup> Fries J.F., Aging, natural death, and the compression of morbidity. *The New England Journal of Medicine* 1980, 303, 3, 245–250.

<sup>13</sup> Kalache A., Aboderin I., Hoskins I., Compression of morbidity and active ageing: key priorities for public Health Policy In 21st century. *Bulletin of the World Health Organization* 2002, 80 (3), 243–244.

<sup>14</sup> Terry D.F., Sebastiani P., Anderson S.L., Perls T.T., Disentangling the role of disability and morbidity In survival to exceptional old age. *Arch. Internal Med.* 2008, 168 (3), 277–283.

<sup>15</sup> Alber J., Kohler U., Health and care in an enlarged Europe. European Foundation for the improvement of living conditions and working. Luxembourg. Office for Official Publications of the European Communities 2004 <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2003/107/en/1/ef03107en.pdf>

W krajach starszych demograficznie, ale bardziej rozwiniętych, odnotowuje się niższy aż o 29% udział osób przewlekle chorych i/lub niesprawnych w grupie ludzi starszych (65+) w porównaniu z analogiczną grupą wiekową nowych krajów członkowskich, w tym Polski, ale także we wszystkich młodszych przedziałach wieku. Świadczy to prawdopodobnie nie tylko o wyższym poziomie edukacji zdrowotnej społeczeństw „starej Unii”, czyli realizacji w praktyce zasad promocji i profilaktyki zdrowotnej, ale i o bardziej efektywnej opiece zdrowotnej.

Maksymalne wydłużenie aktywnej fazy życia w starości – bez chorób i niesprawności – jest możliwe dzięki pozytywnym zmianom w zachowaniach prozdrowotnych od początku trwania życia jednostki.

## **Ludzie starzy jako podmiot opieki zdrowotnej**

Wiadomo powszechnie, że starość jest fizjologicznym i ostatnim okresem rozwoju osobniczego jednostki. Rozpoczyna się ona w umownym 60 lub 65 roku życia, czyli jej próg jest pojęciem przyjętym arbitralnie przez gremia opiniotwórcze, jak WHO czy ONZ.

W jej naturalnym przebiegu w ogóle nie wymaga interwencji medycznej. Każdy człowiek podąża własną trajektorią starzenia determinowaną jego programem genetycznym, czynnikami zewnętrznymi (środowisko) i wewnętrznymi (choroby). W każdym momencie życia może ona ulec załamaniu pod wpływem negatywnych zdarzeń, jak kolejny uraz, wypadek, choroba lub zwyczajnie w następstwie korzystnych interwencji profilaktycznych i terapeutycznych, jak aktywność fizyczna, zdrowa dieta, rzucenie palenia, wczesne wykrywanie i leczenie chorób.

W każdym przedziale wieku starszego fenotypowy obraz starości jest niezwykle zróżnicowany – od stanów niewiele różniących się od okresu dorosłości pod względem sprawności funkcjonalnej (starzenie pomyślnie) do stanów wielochorobowych, krytycznego zniedołężnienia i uzależnienia od pomocy opiekunów (starzenie patologiczne). W tym ostatnim przypadku zawodzi tradycyjne podejście medyczne, ponieważ dominuje pomieszanie rozmaitych patologii przyspieszających biologiczne starzenie i z pomocą przychodzi tzw. podejście geriatryczne.

Biorąc pod uwagę rosnące z wiekiem chronologicznym rozpowszechnienie wielu chorób przewlekłych, zwłaszcza w końcowej fazie starości, dominujący w Polsce tradycyjny model opieki zdrowotnej, tj. wielu wąskich specjalności, z których każda ukierunkowana jest na inne rodzaje chorób (disease-oriented approach) – zawodzi. Trudno bowiem sobie wyobrazić, by pacjent, np. 80-letni, z nadciśnieniem tętniczym, zawrotami głowy, chorobą zwyrodnieniową stawów, cukrzycą i otępieniem, był w stanie zażywać wszystkie leki przepisane zgodnie z obowiązującymi standardami przez pięciu specjalistów – kardiologa, neurologa, reumatologa, diabetologa i psychiatry, zwłaszcza, że żaden z nich nie koordynuje terapii. Lekarz rodzinny natomiast nie czuje się kompetentny, by ingerować w zalecenia specjalistów – i chyba słusznie, ponieważ w dzisiejszym programie przed- i podyplomowego kształcenia lekarzy brakuje „geriatrii”. Podejście to nie tylko zagraża polipragmatzją i polekowym zespołem jatrogennym, ale generuje koszty powielanej diagnostyki czy leczenia, przyczynia się do wydłużania list oczekujących na porady specjalistyczne, angażuje czas opiekuna towarzyszącego osobie starszej, a w efekcie zmniejsza satysfakcję pacjenta i jakość jego życia.

Ponadto istniejący w Polsce system opieki zdrowotnej nie jest w stanie zapewnić specjalistycznych świadczeń zdrowotnych (np. stomatologa, psychiatry, rehabilitanta itp.) potrzebnymi starszym osobom, niezdolnym do samodzielnego opuszczania mieszkania.

## **Geriatryka jako specjalizacja i forma opieki nad ludźmi starszymi**

Problemy wielochorobowe osób w starszym wieku są domeną geriatryki – specjalizacji wywodzącej się z interny, poszerzonej o choroby typowe dla wieku starszego z zakresu innych specjalności medycznych oraz o zagadnienia pozamedyczne. Standardem podejścia geriatrycznego jest całościowe rozpoznawanie i rozwiązywanie złożonych problemów zdrowotnych i środowiskowych w interdyscyplinarnej współpracy lekarza, pielęgniarki fizjoterapeuty, pracownika socjalnego i innych praktyków (problem-oriented approach). Jej celem jest poprawa stanu funkcjonowania starszego chorego i jakości jego życia

Cele geriatry można sformułować następująco:

- Utrzymywanie zdrowia osób w starszym wieku poprzez poprawę aktywności i zapobieganie chorobom;
- Wczesne wykrywanie chorób i właściwie dostosowane leczenie;
- Utrzymywanie i zwiększanie funkcji i autonomii życiowej, mimo współistniejących chorób i niepełnosprawności;
- Zapewnienie opieki i systemu wsparcia (rodziny, opieki zdrowotnej, społecznej, wolontarnej) w chorobie

Istotą geriatry jest ustalanie hierarchii problemów i potrzeb zdrowotnych i pozazdrowotnych starszego pacjenta, by planowo i etapowo rozwiązywać je we współpracy z osobą starszą i jego opiekunem przy wykorzystaniu istniejących zasobów systemu.

Problemy zdrowotne zależne od wieku wykraczają poza zakres tradycyjnej „interny”, czego przykładem są wybrane i typowe dla wieku podeszłego choroby neurologiczne (udar, parkinsonizm), psychiatryczne (otępienie, depresja), urologiczne (nietrzymanie moczu, przerost prostaty), okulistyczne, problemy rehabilitacyjne i wiele innych. Stanowi to ilustrację interdyscyplinarnego charakteru geriatry w zakresie medycyny.

Typowym „pacjentem geriatrycznym” jest chory, najczęściej w późnej starości, z wieloma procesami chorobowymi (i interakcjami między nimi), z których przynajmniej jedna ulega zaostrzeniu.

Zasadami opieki geriatrycznej są:

- o powszechność opieki – dostęp wszystkich ludzi starszych do świadczeń ochrony zdrowia na równych prawach;
- o dostępność opieki – bliskość placówek ochrony zdrowia od miejsca zamieszkania i nieodpłatność świadczeń;
- o długotrwałość opieki – ciągłość wynikająca z długofalowości starzenia i chorób towarzyszących;
- o jakość opieki – stosowanie fachowej wiedzy gerontologicznej, ze szczególnym uwzględnieniem zasad etyki;
- o kompleksowość opieki – całościowe rozwiązywanie problemów w interdyscyplinarnej współpracy lekarza, pielęgniarki, pracownika socjalnego i innych praktyków.

W obecnym systemie opieki zdrowotnej jedynie lekarz rodzinny ma szansę stosować wymienione zasady, niestety tylko teoretycznie. Edukacja obecnych i przyszłych lekarzy rodzinnych z zakresu geriatry jest zatem zadaniem najpilniejszym.

Specjalistyczna opieka geriatryczna jest brakującym, ale niezbędnym ogniwiem w systemie opieki zdrowotnej w Polsce. Powinna służyć nie tylko jako baza szkoleniowa dla praktyków podstawowej opieki zdrowotnej, ale także jako specjalistyczna usługa dla najbardziej schorowanych, skomplikowanych i zniechędzalnych osób starszych.

Świadczenia geriatryczne – w wersji **optymalnej** – winny być dostępne **dla około 42% populacji ludzi starszych w Polsce (tj. dla ok. 2 mln osób)**, na co wskazują dane z Narodowego Spisu Powszechnego z 2002 r., opisującego tę kategorię osób jako osoby niesprawne prawnie i/lub biologicznie<sup>16</sup>. Osoby takie, skoro są niesprawne, są uzależnione, przynajmniej w pewnym stopniu, od pomocy opiekuna.

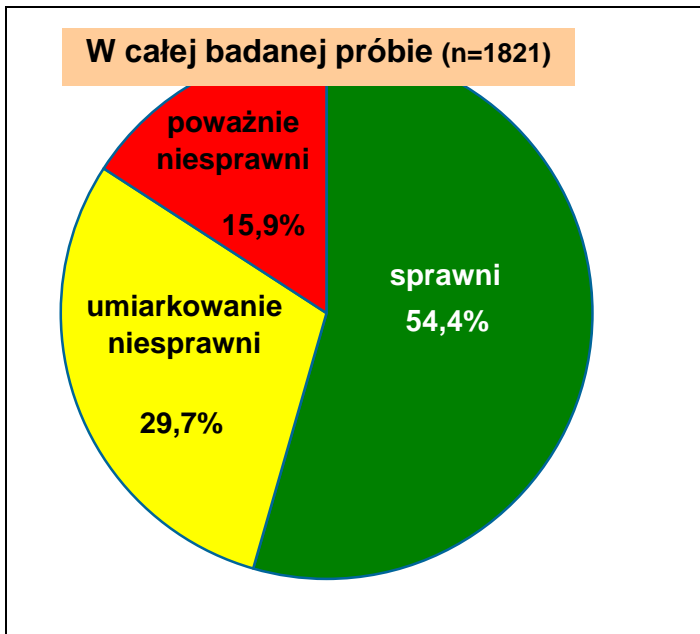
Bardzo zbieżne z danymi NSP z 2002 r. są wyniki ogólnopolskiego badania ludzi starszych (65+) prowadzone w roku 2000<sup>17</sup> pod kierunkiem Synaka – zaplanowano je tak, by porównać wyniki z pionierskimi badaniami Jerzego Piotrowskiego z 1967 r.<sup>18</sup>.

<sup>16</sup> Skrętowicz B., Gorczyca R., Niepełnosprawność osób starszych w świetle wyników NSP 2002. W: J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.) Nasze starzejące się społeczeństwo. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2004, 87–97.

<sup>17</sup> Synak B. (red.), Polska Starość. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002.

<sup>18</sup> Piotrowski J., Miejsce człowieka starego w rodzinie i w społeczeństwie. PWN, Warszawa 1973.

**Rycina 4. Uzależnienie od pomocy opiekuna w zakresie czynności ADL osób starszych (65+) w Polsce w badaniu Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego 1999–2001**



Wynika z nich, że w 2000 r. **46% ludzi starszych (65+)** nie było w pełni sprawnych, bo wymagali pomocy opiekuna przy wykonywaniu przynajmniej jednej czynności życia codziennego (rycina 4). Blisko dwie trzecie z nich (30%) korzystało z pomocy opiekuna w zakresie jednej do trzech czynności ADL („nieznacznie lub umiarkowanie niesprawni”), zaś 16% osób starszych korzystało a pomocy opiekuna w przynajmniej czterech z dwunastu ocenianych czynności ADL („poważnie niesprawni”).

Kategoria tych najpoważniej niesprawnych osób (16% ogółem) stanowi jedynie 7% wśród „młodych starych” (65–74 lat), ale aż 29% wśród „starych starych” (75+). Szacując zatem zapotrzebowanie na opiekę geriatryczną (tj. świadczoną przez wyspecjalizowanych w tym kierunku lekarzy) na poziomie przynajmniej tych 16% najbardziej schorowanych i niesprawnych ludzi starszych w Polsce, w liczbach bezwzględnych oznaczałoby to **0,8 mln** potencjalnych beneficjentów opieki geriatrycznej w roku 2006, **1,1 mln** w roku 2020, a **1,4 mln** w 2030 r.

### Miejsce geriatrrii w polskim systemie opieki zdrowotnej

Potencjalnie wysokie zapotrzebowanie na opiekę geriatryczną w Polsce nie może być zaspokojone z powodu deficytu bazy i kadry geriatrycznej na poziomie akademickim (edukacja przed- i podyplomowa) i usługowym (świadczenie usług geriatrycznych).

Polski system opieki geriatrycznej dysponuje obecnie 492 łózkami geriatrycznymi zlokalizowanymi głównie w aglomeracji śląskiej (218) i 68 poradniami geriatrycznymi.

Spośród 11 uczelni medycznych jedynie w Białymstoku, Krakowie, Bydgoszczy, Gdańsku i Katowicach istnieją kliniki geriatrrii i prowadzona jest edukacja przed- i podyplomowa na bazie łózkowej, w mniejszym lub większym zakresie. W Warszawie, Łodzi i Wrocławiu znajdziemy za to kliniki geriatrrii bez bazy łózkowej, w Poznaniu „geriatria” wykładana jest na bazie obcej lub teoretycznie, a w Lublinie i Szczecinie w ogóle nie istnieje.

W celu opracowania strategii rozwoju opieki geriatrycznej, w lipcu 2007 r. został powołany przy Ministerstwie Zdrowia zespół ds. geriatрії. W efekcie intensywnych prac przygotował on projekt rozporządzenia odnośnie do standardów opieki geriatrycznej oraz zaproponował plan rozwoju opieki geriatrycznej na ogólnopolskiej konferencji w Ministerstwie Zdrowia adresowanej do organizatorów opieki zdrowotnej, w tym konsultanta krajowego ds. medycyny rodzinnej Rady Głównej Szkolnictwa Wyższego, przedstawicieli rządu, parlamentu, rektorów uczelni medycznych i innych gremiów opiniotwórczych.

Efektem konferencji „Rozwój geriatрії w Polsce: Dlaczego? Jak? Kiedy?” było przyjęcie wspólnego stanowiska:

1. Uczestnicy konferencji, biorąc pod uwagę zaawansowanie procesu demograficznego, starzenia się społeczeństwa Polski oraz związaną z tym konieczność zwiększania wydatków na ochronę zdrowia, uważają za niezbędne zwiększenie potencjału i rozszerzenie zakresu opieki geriatrycznej.
2. Rozwój geriatрії jest pożądany zarówno ze względów ekonomicznych, jak i etycznych. Ułatwienie dostępu do ambulatoryjnych i stacjonarnych placówek geriatrycznych oraz stosowanie kompleksowej opieki geriatrycznej pozwolą na zapewnienie starszym pacjentom lepszej opieki zdrowotnej i na bardziej racjonalne wykorzystanie środków finansowych, pozostających w dyspozycji podmiotów działających w ochronie zdrowia.
3. Dostępne wyniki badań z zakresu ekonomiki ochrony zdrowia i farmakoekonomiki wskazują, że specjalistyczna opieka medyczna nad osobami starszymi przynosi wydłużenie okresu względnie dobrego stanu ich zdrowia przy racjonalizacji wydatków na świadczenia zdrowotne i kuracje farmakologiczne. Uznając celowość stosowania przez specjalistów kompleksowej opieki geriatrycznej uważamy za niezbędną poprawę dostępności świadczeń z zakresu opieki geriatrycznej zarówno przez rozbudowę bazy materialnej (zwłaszcza zwiększenie liczby łóżek geriatrycznych), jak i wzrost zatrudnienia fachowego personelu medycznego.
4. Za absolutnie konieczne i bardzo pilne należy uznać zmiany w organizacji procesu kształcenia pracowników ochrony zdrowia. Postulujemy wprowadzenie w uczelniach medycznych gerontologii i geriatрії jako przedmiotów powszechnie obowiązujących dla studentów wszystkich kierunków medycznych, a w szczególności wydziałów lekarskich oraz rozszerzenie możliwości kształcenia podyplomowego i specjalistycznego w zakresie geriatрії z ewentualnością „krótkiej ścieżki” dla lekarzy specjalistów chorób wewnętrznych.

Wobec dokumentu Światowej Organizacji Zdrowia pt. „Toward Age-friendly Primary Health Care” (2004) priorytetem zespołu ds. geriatрії jest edukacja lekarzy rodzinnych z zakresu geriatрії. Powinna być prowadzona na poszerzanej bazie łóżkowej klinik geriatрії, które mają również służyć kształceniu studentów na kierunku lekarskim oraz specjalizowaniu lekarzy geriatrów.

Włączenie geriatрії do obligatoryjnego minimum programowego na kierunku lekarskim (obecnie jest fakultetem) jest niezbędnym warunkiem do poprawy opieki geriatrycznej w naszym kraju.

## **Stan zdrowia i sprawność ludzi starszych w Polsce jako argument do optymalizacji opieki zdrowotnej nad seniorami**

### **Trudności w ocenie zdrowia populacji ludzi starszych**

Heterogeniczność starzenia, polegająca na rozróżnieniu indywidualnych trajektorii starzenia, pozwala na wyodrębnianie kilku typów starzenia – od tzw. starzenia pomyślnego (bez istotnych deficytów funkcjonalnych), poprzez zwiyczajne (z niewielkimi deficytami, ale bez widocznej patologii) do patologicznych (z dominującą patologią). Wszelkie uśrednianie ocenianych w populacji parametrów prowadzi do dużych uogólnień, a przez to do zafalszowania prawdziwego obrazu stanu zdrowia populacji. Szacuje się, że jedynie około 10-20% osób starych prezentuje cechy pomyślnego starzenia, pozostała zaś część – dolegliwości lub choroby, które u blisko połowy z nich powodują trwałe upośledzenie funkcjonowania w życiu codziennym.

Z uwagi na zacieranie się z wiekiem granic między chorobami a naturalnym starzeniem, które to procesy dodatkowo wzajemnie się wzmacniają, niezwykle trudno jest opisywać stan zdrowia ludzi starych, posługując się tradycyjnymi wskaźnikami epidemiologicznymi w odniesieniu do chorobowości. W wieku

starszym dominują zespoły polietiologiczne manifestujące się zaburzeniami funkcji życiowych. Opisywane są jako problemy geriatryczne, takie jak niestabilność chodu, zaburzenia równowagi, upadki, nietrzymanie moczu, stolca, zaburzenia poznawcze i zespoły otepienne, depresje, upośledzenie funkcji widzenia, słyszenia i tym podobne.

Specyficzny, złożony i wielowymiarowy zakres uwarunkowań zdrowotnych człowieka starego skłania do przewartościowania definicji zdrowia w starości<sup>19</sup>. Zaleca się je określać w trzech płaszczyznach:

1. jako brak widocznej choroby;
2. mimo choroby, utrzymanie optymalnej funkcji;
3. przy obecnej dysfunkcji, obecność adekwatnego systemu wsparcia (rodzinnego, zdrowotnego, środowiskowego, socjalnego).

Osoby starsze obciążone chorobami mogą być rozważane jako „zdrowe”, gdy patologia nie powoduje istotnego ograniczenia ich funkcjonowania (np. dobrze kontrolowany przebieg cukrzycy) lub gdy wydolność czynnościowa jest zapewniona przez sprawny system rehabilitacji i opieki środowiskowej.

Opis stanu zdrowia populacji ludzi starszych nie należy do łatwego zadania również ze względów metodologicznych. Opublikowane przez GUS badania stanu zdrowia ludności Polski (w 1996 i 2004 r.) przedstawiły wyniki w 10-letnich kategoriach wiekowych, w tym dla ludzi starszych jedynie w kategoriach 60–69 i 70+, co nie przystaje do badań populacyjnych prowadzonych przez gerontologów (65+ z podziałem na 65–74 i 75+). Z tego powodu trudno porównywać je ze sobą, zwłaszcza w skali czasu. Ponadto stosowane w badaniu kwestionariuszowym GUS mierniki stanu zdrowia populacji (np. chorobowość w odniesieniu do nadciśnienia, choroby wieńcowej, choroby kręgosłupa lub dyskopatii, zapalnych i zwyrodnieniowych chorób stawów) są odpowiednie dla osób młodszych, świadomych swoich chorób, ale nie w pełni wiarygodne dla wielonarządowych patologii wieku podeszłego. Z tego powodu podstawą niniejszego raportu będą przede wszystkim wyniki ogólnopolskiego badania ludzi starych (65+) z 2000 r., które uwzględniają metodologię badań gerontologicznych, mimo że upłynęło od nich już osiem lat. Należy mieć nadzieję, że rozpoczynający się obecnie obszerny, ogólnopolski projekt „Pol Senior” dostarczy bardziej aktualnych danych na temat sytuacji i opieki zdrowotnej nad ludźmi starszymi w Polsce.

## Stan zdrowia i sprawność ludzi starszych w Polsce

Wyniki badań przeprowadzonych pod kierunkiem Synaka<sup>17</sup>, w porównaniu do analogicznych badań Jerzego Piotrowskiego<sup>18</sup> sprzed ponad trzydziestu lat, sugerują obok pozytywnych również negatywne znamiona zmian sytuacji zdrowotnej ludzi starszych w Polsce. Te ostatnie odnoszą się zwłaszcza do pogorszenia się kondycji zdrowotnej osób starych, zwłaszcza na obszarze wsi<sup>20</sup>.

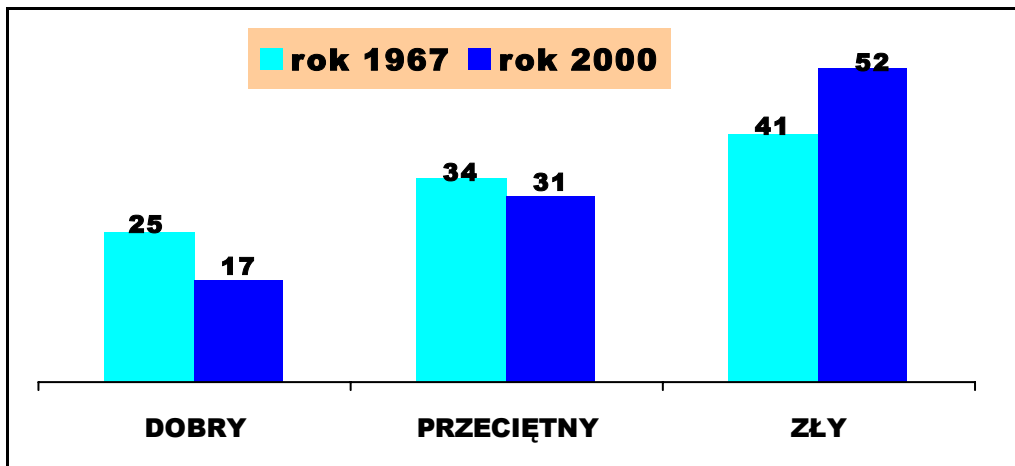
Samoocena stanu zdrowia jest powszechnie uznana za relatywnie dobry wykładnik stanu zdrowia. W roku 2000 odsetek osób w wieku 65 lat i starszych, którzy pozytywnie oceniali stan swego zdrowia, obniżył się o 8% w porównaniu do roku 1967, zaś oceniających negatywnie – wzrósł aż o 11% (rycina 5). Zjawisko to dotyczyło zwłaszcza ludzi starych na wsi, którzy niemal dwukrotnie rzadziej niż w mieście oceniali stan swego zdrowia pozytywnie (11,7% versus 21,3%) oraz znacznie częściej negatywnie (59,5% versus 46,8%).

<sup>19</sup> Kennie DC., Health maintenance of the elderly. *Clin Geriatr Med* 1986; 2:53–83.

<sup>20</sup> Bień B., Stan zdrowia i sprawność ludzi starszych. W: B. Synak (red.) Polska Starość. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002, 35–77



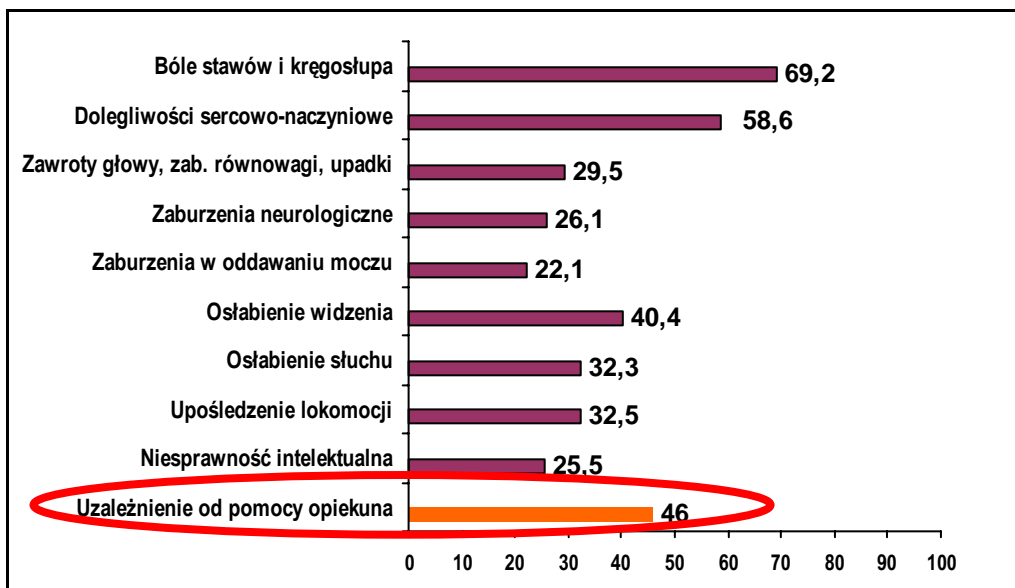
Rycina 5. Samoocena zdrowia ludzi starszych (65+) w Polsce między 1967 a 2000 r.



### Dolegliwości osób starszych

Niska samoocena stanu zdrowia – zasadniczy wykładnik jakości życia zależnej od zdrowia – w dużym stopniu może być objaśniana złym samopoczuciem osób badanych. Przekonują o tym liczne dolegliwości zgłaszane przez osoby starsze. Rycina 6 przedstawia rozpowszechnienie dolegliwości osób starszych pogrupowanych w określone problemy zdrowotne.

Rycina 6. Problemy zdrowotne ludzi starszych w Polsce w badaniu PTG w 2000 r. (w %)



Wysokie odsetki wymienianych dolegliwości wskazują na współwystępowanie wielu z nich, co pośrednio świadczy o wielochorobowości i wielonarządowym charakterze patologii w wieku starszym. Jedynie co dziesiąta osoba nie wyrażała żadnych skarg.

Charakter przedstawionych dolegliwości i ich współwystępowanie wskazuje na obecność typowej dla wieku podeszłego patologii i wielochorobowości. Aż 63% badanych ludzi starych uskarża się na trzy lub więcej dolegliwości i to właśnie ta grupa ilustruje kategorię osób o najgorszym stanie zdrowia. Należą do niej głównie mieszkańcy wsi (71%), kobiety (70%) i osoby po 75 roku życia (69%). Charakter i częstota zgłaszanych skarg wskazuje na wysokie rozpowszechnienie przede wszystkim chorób układu kostno-stawowego i układu krążenia oraz typowych zespołów geriatrycznych, takich jak zaburzenia równowagi z upadkami, nietrzymanie moczu czy zaburzenia pamięci. Stałe lub częste występowanie wielu uciążliwych dolegliwości uzasadnia niską samoocenę zdrowia i jakość życia ludzi starszych. Pośrednio wskazuje to na niewydolność systemu podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej w diagnozowaniu i eliminowaniu geriatrycznych problemów zdrowotnych.

**Tabela 1. Sprawność funkcjonalna ludzi starych, ogółem i w zależności od miejsca zamieszkania<sup>20</sup> (w %)**

Rodzaj funkcji		Częstość występowania w %		
		Ogółem N=1821	Miasto N=1079	Wieś N=742
Lokomocja wg skali Piotrowskiego	W pełni ruchliwi	<b>67,5</b>	70,2	63,6
	Nie w pełni ruchliwi	<b>22,3</b>	21,3	23,7
	Unieruchomieni w domu	<b>8,1</b>	6,9	9,7
	Unieruchomieni w łóżku	<b>2,1</b>	1,6	3,0
Wykonywanie ciężkich prac domowych, np. sprząatanie	Bez trudności	<b>33,3</b>	38,4	25,9
	Z trudnością, ale bez pomocy	<b>26,3</b>	27,1	25,1
	Z pomocą lub wcale	<b>40,5</b>	34,5	49,0
Codzienne zakupy	Bez trudności	<b>62,1</b>	68,2	53,4
	Z trudnością, ale bez pomocy	<b>14,9</b>	14,0	16,2
	Z pomocą lub wcale	<b>23,0</b>	17,8	30,4
Mycie się i kąpiel	Bez trudności	<b>70,7</b>	76,0	62,9
	Z trudnością, ale bez pomocy	<b>19,7</b>	18,0	22,1
	Z pomocą lub wcale	<b>9,6</b>	6,0	15,0
Rozporządzanie własnymi pieniędzmi	Bez trudności	<b>79,7</b>	82,7	75,3
	Z trudnością, ale bez pomocy	<b>9,8</b>	8,5	11,7
	Z pomocą lub wcale	<b>10,5</b>	8,8	13,0
Sprawność intelektualna	Sprawni	<b>74,5</b>	79,4	67,2
	Łagodne zaburzenia pamięci	<b>14,8</b>	12,8	17,8
	Prawdopodobne otępienie	<b>10,7</b>	7,8	15,0
Widzenie	Dobre	<b>59,6</b>	66,6	49,3
	Oslabione, w tym niewidomi	<b>40,4</b>	33,4	50,7
Słyszenie	Dobre	<b>67,7</b>	72,9	60,2
	Oslabione	<b>32,3</b>	27,1	39,8

Tabela 1 przedstawia wykładniki sprawności funkcjonalnej ludzi starszych w Polsce w 2000 r. Upośledzenie sprawności ruchowej ludzi starszych zwiększa się w kolejnych przedziałach wieku starszego. Tym samym wraz z wiekiem wzrasta zapotrzebowanie na środki pomocnicze do lokomocji. W wieku zaawansowanej starości już prawie co druga osoba wymaga posługiwania się laską, dwukrotnie częściej niż młodsza potrzebuje kuli, trzykrotnie częściej balkonika lub wózka inwalidzkiego. Na wsi co czwarta osoba, a w mieście rzadziej niż co piąta posługuje się takim sprzętem. Dostęp do środków pomocniczych jest ograniczony, zwłaszcza na wsi. Mieszkańcy tego obszaru częściej postulują potrzebę posiadania laski, kuli, balkonika lub wózka inwalidzkiego w porównaniu z bardziej sprawnymi i lepiej zaopatrzonymi mieszkańcami miast. Generalnie, w największym stopniu zaspokojone jest zapotrzebowanie na laskę (69%), w mniejszym na kulę (54%), zaś w najniższym stopniu na balkonik (30%) i wózek inwalidzki (23%).

Ocena widzenia i słyszenia, przy uwzględnieniu korzystania odpowiednio z okularów lub aparatu słuchowego, dowodzi wysokiego udziału osób z deficytem funkcji narządu wzroku i słuchu oraz stosunkowo niskiej efektywności protezowania tych narządów, częściej na wsi. O ile w mieście prawie dwie trzecie osób używających szkieł korekcyjnych widzi dobrze, to na wsi odpowiednio tylko co druga taka osoba. 12% osób na wsi w ogóle nie posiada okularów, mimo że ich potrzebuje, podczas gdy w mieście analogiczny odsetek wynosi tylko 4%. Aparat słuchowy jest stosunkowo rzadko używany. Korzysta z niego tylko 10% osób z niedosłuchem i to przede wszystkim w mieście.

Protez zębowych używają dwie trzecie badanych osób starszych, z których co druga ma nadal problemy z żuciem pokarmów. Porównanie sprawności narządu żucia między środowiskiem miejskim i wiejskim (przy uwzględnieniu oprotezowania) wykazuje ogromne zaniedbania w tym ostatnim. Świadczy o tym mniejsze rozpowszechnienie używania protez przez osoby na wsi (60%) w porównaniu z miastem (73%) oraz wyższy odsetek osób postulujących taką potrzebę (odpowiednio 26% i 14%).

Zaburzenia funkcji poznawczych stanowią kolejny problem geriatryczny zaniedbany pod względem diagnostycznym, terapeutycznym i opiekuńczym. Osoby z prawdopodobnym zespołem otępiennym stanowią około 10% wszystkich osób po 65 roku życia, przy czym ich udział zwiększa się w starszych grupach wieku (7% wśród „młodych starych” i 18% wśród „starych starych”). Stan zdrowia i sprawność osób z otępieniem są znacznie gorsze niż osób sprawnych intelektualnie (odczuwają trzykrotnie większą liczbę dolegliwości, pięciokrotnie częściej niezdolne są do wychodzenia z domu, sześć na dziesięć takich osób wymaga pomocy przy samoobsłudze). Wprawdzie trzykrotnie częściej niż sprawni intelektualnie są w domu wizytowani przez lekarza i przez pielęgniarkę, to liczba takich wizyt w roku nie jest satysfakcjonująca (przeciętnie 2,8 razy przez lekarza i 5 razy przez pielęgniarkę), zaś dostępność do świadczeń stomatologicznych lub rehabilitacyjnych dla tej grupy chorych jest znikoma.

## **Opieka zdrowotna nad ludźmi starszymi w Polsce – korzystanie z usług**

Wraz ze starzeniem się i wzrostem rozpowszechnienia chorób rośnie zapotrzebowanie na usługi zdrowotne i opiekuńcze. W konsekwencji obserwuje się „geriatryzację opieki zdrowotnej”, czyli niewspółmiernie wyższy odsetek osób starszych jako pacjentów placówek ochrony zdrowia od ich udziału w populacji. Należy przy tym zaznaczyć, że użyte określenie – „geriatryzacja” – nie oznacza fachowej opieki geriatrów, a jedynie wskazuje na potrzebę takiej opieki. Według Roszkowskiej i Goryńskiego<sup>21</sup>, przyrost odsetka ludzi starych w Polsce o 1,3% powoduje aż 10% wzrost pacjentów wśród ogółu hospitalizowanych.

W polskim systemie ochrony zdrowia udział specjalistycznych świadczeń geriatrycznych, tj. świadczonych przez geriatrów w placówkach geriatrycznych jest marginalny – zgodnie ze specjalizacją pracuje jedynie około 100–120 geriatrów na około 270 lekarzy ją posiadających. Mimo wieloletnich wysiłków Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego mających na celu rozwój geriatry i wprowadzenie przedmiotu „geriatria” do obowiązkowego programu szkolenia studentów medycyny, lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i szerszej specjalizacji z geriatry, niewiele się zmieniło – brakuje bazy szkoleniowej i kadry w jednostkach akademickich, a te, które ją posiadają, nie zapewniają geriatrycznej bazy łóżkowej niezbędnej do rozwijania nauki, usług i edukacji. Nadal brakuje wyobraźni, a może przekonania, jak również woli politycznej rządu oraz innych gremiów decydenckich, by tę specjalność uczynić priorytetem.

W efekcie ludzie starsi nie mają w Polsce dostępu do wykwalifikowanych świadczeń geriatrycznych. Pozostają pod opieką systemu zdrowia niedostrzegającego specyfiki potrzeb starszego pacjenta, a ukierunkowanego na leczenie pojedynczych chorób.

Przedstawione w tej części dane obrazują opiekę zdrowotną nad ludźmi starszymi korzystającymi ze świadczeń powszechnej ochrony zdrowia, mogą zatem czuć się dyskryminowanymi, konkurując o miejsca z osobami młodszymi.

<sup>21</sup> Roszkowska H., Goryński P., Hospitalizacja starszych mieszkańców miast w Si w Polsce w latach 1979–1996. Gerontologia Polska 2002, 9, 2

Tabela 2 przedstawia sposób korzystania przez osoby starsze z placówek ochrony zdrowia w 2000 r. w sektorze usług publicznych i prywatnych w okresie ostatnich 12 miesięcy<sup>22</sup>.

**Tabela 2. Korzystanie z usług medycznych a wiek i miejsce zamieszkania (w %)**

	Ogółem	WIEK		Miejsce zamieszkania	
		65–74	75+	Miasto	Wieś
Ambulatoryjne i domowe porady lekarskie	<b>86,1</b>	86,2	85,9	87,9	83,5
Ambulatoryjne porady lekarskie	<b>81,1</b>	84,2	75,4	84,3	76,4
Domowe wizyty lekarskie	<b>27,4</b>	22,3	37,5	25,6	30,6
Ambulatoryjne i domowe wizyty pielęgniarские	<b>31,6</b>	28,7	36,9	27,3	37,7
Ambulatoryjne porady pielęgniarские	<b>22,2</b>	22,6	21,4	20,1	25,2
Domowe wizyty pielęgniarki	<b>16,8</b>	12,9	24,0	13,5	21,6
Otrzymywanie świadczeń z pomocy społecznej	<b>2,7</b>	2,2	3,6	3,0	2,3
Wizyty u stomatologa	<b>27,0</b>	30,9	19,6	31,5	20,3
Zabiegi rehabilitacyjne	<b>12,9</b>	14,0	10,8	15,8	8,8
Badania RTG	<b>41,2</b>	41,0	41,4	43,7	38,0
Badania EKG	<b>56,7</b>	58,4	53,5	60,4	51,2
Badania analityczne	<b>59,6</b>	60,5	57,9	63,4	54,0
Pobyty w szpitalu	<b>22,5</b>	20,6	25,7	22,6	22,1
Korzystanie z pogotowia ratunkowego	<b>17,2</b>	15,0	21,2	17,5	16,7

### Opieka lekarska w środowisku zamieszkania

Większość osób starszych (86%) korzysta z opieki lekarskiej (łącznie, podstawowej specjalistycznej i/lub prywatnie opłacanej). Na jedną osobę przypada przeciętnie niemal 9 wizyt w roku. Większość pacjentów odwiedza lekarza w poradni lub gabinecie, a co czwarty przyjmował jego wizytę w domu. Co piąta osoba starsza korzystała również z prywatnie opłacanych porad. Jednak wśród osób niekontaktujących się z lekarzem w okresie ostatniego roku aż 20% poruszało się z trudnością poza domem lub nie było w stanie go opuścić, a 42% odczuwało trzy lub więcej dolegliwości. Świadczy to o niepełnym rozpoznaniu potrzeb zdrowotnych i dostępności usług lekarskich. Pośrednio wskazuje też na potrzebę prowadzenia profilaktycznych badań okresowych na poziomie opieki podstawowej, zwłaszcza osób w późnej starości.

### Opieka pielęgniarская w środowisku zamieszkania

Opieką pielęgniarскую w okresie ostatnich 12 miesięcy (przynajmniej jedna wizyta) objętych było 32% osób starszych, tj. około jedna trzecia osób kontaktujących się z lekarzem. Świadczy to o niskim zasięgu, a tym samym dostępności usług pielęgniarских oraz o braku aktywności pielęgniarerek środowiskowych w zakresie działań profilaktycznych, oświatowych, rozpoznawania i oceny potrzeb. Podkreślenia wymaga niska samodzielność praktyki pielęgniarской – udział usług pielęgniarских, bez jednoczesnego udziału lekarza, ograniczony był tylko do 1% osób starszych. Z drugiej strony należy podkreślić wyższą intensywność usług pielęgnacyjnych. Osoba starsza objęta opieką pielęgniarскую otrzymywała przeciętnie 15,4 usług w roku (od 1 aż do 730). Grupa osób często kontaktujących się z pielęgniarką (przynajmniej 13 wizyt w roku) stanowi tylko 10% badanych, podczas gdy z lekarzem ponad dwukrotnie więcej (22%).

Ta wysoce niekorzystna proporcja wizyt lekarskich do pielęgniarских, na niekorzyść tych ostatnich, świadczy o małej samodzielności pielęgniarki w zakresie jej kompetencji i o niewłaściwej współpracy z lekarzem.

Biorąc pod uwagę dużą intensywność usług pielęgniarских przy niezaspokojonym i potencjalnie wysokim popycie na takie usługi, powstają uzasadnione przesłanki do zwiększania zatrudnienia pielęgniarerek lub opiekunek do opieki nad osobami niesprawnymi w środowisku domowym.

<sup>22</sup> Bień B., Opieka zdrowotna i pomoc w chorobie. W: B. Synak (red.) Polska Starość. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002, 78–100.

## **Zespołowa opieka nad osobą starszą w środowisku**

Dużą słabością systemu opieki zdrowotnej i pomocy społecznej nad ludźmi starszymi w Polsce jest brak możliwości kompleksowego zaspokajania złożonych potrzeb zdrowotnych, środowiskowych i społecznych. Współpraca między lekarzem, fizjoterapeutą, pielęgniarką i pracownikiem socjalnym, pomijając innych praktyków geriatrycznych (terapeuta zajęciowy, psycholog), jest żenująco niska.

Pośrednio świadczy o tym struktura usług udzielanych przez głównych świadczeniodawców. Dominują w niej usługi lekarza świadczone pojedynczo, bez udziału innych praktyków, a w drugiej kolejności – usługi zespołu „lekarz+pielęgniarka”. Natomiast najbardziej uzasadnione z punktu widzenia potrzeb społecznych, czyli współdziałanie pielęgniarki z pracownikiem socjalnym lub/i lekarzem, jest najrzadziej obecne. Dezintegracja usług nie służy podopiecznemu ani wzajemnemu zrozumieniu priorytetów opiekuńczych przez poszczególnych praktyków geriatrycznych.

Zasadniczą barierą w zapewnieniu interdyscyplinarnej współpracy i kompleksowego zaspokajania złożonych potrzeb pacjentów geriatrycznych stało się rozdzielenie resortu zdrowia od resortu pomocy społecznej, do którego doszło w 1991 r. wydzielenie w ostatnich latach pielęgniarskich zespołów opieki zdrowotnej. Z jednej strony wpłynęło to na usamodzielnienie opieki pielęgniarskiej, ale z drugiej – osłabiło współpracę z lekarzem i innymi praktykami podstawowej opieki w środowisku. Trudno sobie wyobrazić kompleksową i efektywną opiekę nad człowiekiem starszym bez wspólnego pochylenia się nad każdą sytuacją opiekuńczą, w celu oceny, a następnie rozdzielenia zadań interwencyjnych między lekarza, pielęgniarkę i pracownika socjalnego.

## **Opieka stomatologiczna**

W 2000 r. opieką stomatologiczną w okresie 12 miesięcy objętych było jedynie 27% osób starych, więcej w mieście (32%) niż na wsi (20%). Większość z nich korzystała z usług refundowanych przez ówczesne kasy chorych, chociaż 12% osób starych (co druga odwiedzająca gabinet stomatologiczny) opłacała usługi prywatnie. Prawdopodobnie ten czynnik ograniczył w istotnym stopniu dostępność do takich świadczeń.

Wobec ogromnego zapotrzebowania na usługi stomatologiczne (43% osób ma trudności z żuciem pokarmów) świadczenia stomatologiczne należy uznać za priorytetowe.

## **Rehabilitacja**

Kolejną słabością systemu opieki nad osobami starszymi jest ogromny deficyt usług rehabilitacyjnych – w ciągu roku korzystało z nich jedynie 13% osób. Zabiegi rehabilitacyjne były bardziej dostępne osobom we wczesnej starości (15%) niż w późnej (11%), częściej w mieście (16%) niż na wsi (9%). Jedynie 17% osób uskarżających się na bóle stawów lub kręgosłupa poddanych zostało zabiegom rehabilitacyjnym. Świadczy to o niedostępności tego typu terapii dla osób nieopuszczających domu lub pozostających z dala od ośrodków rehabilitacyjnych, co w efekcie pozbawia możliwości rehabilitacji osób najbardziej jej potrzebujących – najstarszych i najbardziej nieodolnych.

Istnieje uzasadniona potrzeba rozwijania zaplecza rehabilitacyjnego w ofercie służby zdrowia dla ludzi starszych. Ta dyscyplina medyczna winna stać się nieodłącznym ogniwem leczenia we wszystkich płacówkach leczenia osób starszych.

## **Badania dodatkowe**

W roku 2000 osoby starsze często korzystały z badań dodatkowych. Obecnie natomiast działające niepubliczne jednostki lekarza rodzinnego oraz poradnictwo specjalistyczne starają się oszczędzać na tego typu kosztach.

W 2000 r. przynajmniej jednemu badaniu analitycznemu krwi poddało się 60% osób starszych, badaniom EKG – 57%, a badaniom RTG – 41% badanych. Na podstawie danych ankietowych nie można wypowiadać się na temat zasadności zlecenia badań, a o ile założy się że taka istnieje, można potwierdzić wysoką chorobowość osób starszych, która pośrednio uzasadniałaby niską samoocenę zdrowia. Innym wyjaśnieniem częstego korzystania z badań dodatkowych mógłby być fakt leczenia się u różnych specjalistów równolegle, z których każdy niezależnie zlecał badania mu potrzebne.

## **Korzystanie z pogotowia ratunkowego**

W 2000 r. stwierdzano stosunkowo wysoki odsetek osób starszych korzystających z pogotowia ratunkowego (17% w ciągu ostatnich 12 miesięcy), zwłaszcza osób w późnej starości (21%) w porównaniu z młodszymi (15%). Stanowi to kolejną przesłankę o niewydolności systemu opieki podstawowej wobec ludzi starych. Pogotowie ratunkowe zawsze miało wysokie uznanie społeczne i stanowiło pewny sposób na otrzymanie pilnej interwencji w sytuacji braku dostępu do regularnych usług placówek opieki podstawowej. Umożliwiało również szybką konsultację specjalistyczną w szpitalu w przypadku zaistnienia takiej potrzeby. Omawiana forma usługi medycznej wydaje się nadal stanowić ważny element kompensowania usług lekarskich, zwłaszcza w obszarze wiejskim.

## **Leczenie szpitalne**

Starzenie się społeczeństwa sprzyja wzrostowi korzystania z lecznictwa zamkniętego, o czym wcześniej wspomniano. Dla większości osób starszych przewlekle chorych i niesprawnych stanowi ono najwygodniejszą, bo szybką i kompleksową, formę diagnostyki i terapii w porównaniu do uciążliwości związanych z błądzeniem po wielu placówkach specjalistycznych w systemie ambulatoryjnym, mimo iż jest najdroższą formą opieki z perspektywy płatnika. Bezpłatne leczenie szpitalne ma dla starszego człowieka również wartość ekonomiczną i opiekuńczą, co skutkuje przedłużonymi pobytami z tzw. wskazań socjalnych.

W 2000 r., wskaźnik procentowy osób hospitalizowanych, w okresie ostatnich 12 miesięcy był wysoki, bo osiągnął 23%. Był znacząco wyższy wśród osób w późnej starości, nie różnił się między miejskim i wiejskim środowiskiem zamieszkania. Dostępność leczenia szpitalnego od czasu badań Piotrowskiego uległa bardzo istotnemu zwiększeniu – odsetek takich osób wzrósł ponad trzykrotnie. Być może napór na leczenie w szpitalach stanowił wyraz braku zaufania do ówczesnej reformy ochrony zdrowia, a zwłaszcza lekarzy pierwszego kontaktu, od których woli i decyzji zaczęło zależeć leczenie u specjalistów.

Derejczyk i współpracownicy prezentowali niedawno wyniki pracy złożonej do druku w Gerontologii Polskiej, która udowodniała roczne oszczędności dla płatnika, tj. NFZ, przeciętnie 1747 zł na osobę w wieku 65 lat lub starszą, za całokształt finansowania świadczeń zdrowotnych w okresie roku po wypisaniu ich z oddziału geriatrycznego w porównaniu z kosztami analogicznych osób wypisanych z oddziałów chorób wewnętrznych. W badaniu porównywano dwie równoliczne 2000-osobowe kohorty pacjentów, zaś koszty liczone w oparciu o PESEL w systemie Rejestru Usług Medycznych Śląskiego Oddziału NFZ.

Dowodzi to nie tylko wyższej efektywności klinicznej, ale i ekonomicznej standardów geriatryi w porównaniu z tradycyjnym podejściem medycyny zorientowanej na chorobę. Zakładając podobny odsetek hospitalizowanych osób starszych w 2006 r. jak w 2000 r., czyli 23%, bezwzględna liczba ich hospitalizacji w roku 2006 wynosiłaby 1,2 mln. Gdyby tylko co druga z tych osób starszych miała szansę być hospitalizowaną na oddziale geriatryi zamiast interny, to Narodowy Fundusz Zdrowia zaoszczędziłby 1048,2 mln (!) złotych rocznie.

## **Konsumpcja leków**

W 2000 r. aż 88% osób starszych przyznawało, że przyjmuje przynajmniej jeden lek w sposób przewlekły. Przeważająca część konsumentów leków kontaktowała się z lekarzem, a im częściej to czyniła, tym deklarowała przyjmowanie większej liczby leków. W grupie osób niekontaktujących się z lekarzem prawie co druga osoba przyznawała, że przyjmuje jakieś lekarstwa (w grupie kontaktujących się z lekarzem 90%). Może to oznaczać, że duża część ludzi starszych przyjmuje leki z własnej inicjatywy, w czym pomaga szeroka reklama leków i parafarmaceutyków w mediach. Aż co trzecia osoba przyjmowała 5 lub więcej leków w sposób przewlekły.

Zaskakującym zjawiskiem była podobna częstość przyjmowania leków na wsi i w mieście, mimo rzadszych kontaktów z lekarzem na wsi w porównaniu z miastem. Może to oznaczać, że leczenie na wsi jest gorzej kontrolowane przez lekarzy i grozi ujawnieniem niepożądanego działania leków i zespołów jatrogennych. Zjawisko nadużywania leków może wynikać z braku autorytetu lekarza opieki podstawowej jako

koordynatora leczenia, ale również z równoległego stosowania się do zaleceń kilku specjalistów, którzy nie zawsze wiedzą o lekach przepisywanych przez kolegów. Jest to kolejny argument uzasadniający potrzebę prowadzenia edukacji przeddyplomowej i podyplomowej wszystkich lekarzy z zakresu geriatricii.

## Opieka społeczna

W badaniu ogólnopolskim z 2000 r. jedynie 2,7% ludzi starszych otrzymywało jakąkolwiek pomoc społeczną (tabela 2). Były to usługi opiekuńcze, pomoc pielęgnacyjna oraz zasiłki finansowe. Tak marginalny udział pomocy socjalnej graniczy z błędem statystycznym, a na pewno nie daje istotnego wsparcia dla osób tego wymagających.

## Opieka długoterminowa w środowisku

Z uwagi na przyspieszone starzenie się polskiego społeczeństwa opieka długoterminowa staje się priorytetowym wyzwaniem polityki zdrowotnej i społecznej w Polsce.

Pojęcie „opieka długoterminowa” (long-term care) jednoznacznie kojarzy się z chorobą o charakterze przewlekłym, jak również trwałym upośledzeniem sprawności fizycznej i/lub psychicznej. Oznacza ono nieokreślone w czasie świadczenie usług, pomocy i wsparcia dla przewlekle chorych lub niepełnosprawnych, w tym niedołączonych osób starszych<sup>23</sup>.

Opieka długoterminowa stanowi antynomię opieki „ostrej”, która specjalizuje się w ratowaniu życia lub leczeniu nagłego pogorszenia zdrowia. Obie formy opieki wzajemnie się uzupełniają, jednak udział opieki długoterminowej nabiera szczególnego znaczenia w populacji osób starszych, w której choroby przewlekle przeważają.

We wszystkich krajach Europy, za świadczenie i finansowanie opieki długoterminowej współodpowiedzialne są cztery sektory, jako „brylant opieki społecznej” (welfare diamond)<sup>24</sup>, a mianowicie:

- Rodzina wraz z siecią wsparcia nieformalnego;
- Sektor opieki publicznej/państwowej;
- Organizacje pozarządowe i wolontariat;
- Sektor prywatny lub wolny rynek.

W efekcie opieka długoterminowa prowadzona jest w różnych scenariach – obok dominującej rodzinnej opieki w domu pacjenta/opiekuna, również w ramach różnych przedsięwzięć i programów, na bazie domów dziennego pobytu lub okresowych czy regularnych świadczeń instytucji opiekuńczych, również w środowisku zamieszkania.

Szczególnie w sytuacji braku rodziny lub jej niewydolności opiekuńczej, do udzielania pomocy zobowiązane są w pierwszym rzędzie formalne organizacje lub instytucje opiekuńcze.

Przyjmując, że odsetek osób starszych zależnych od pomocy opiekuna przynajmniej w jednej czynności życia codziennego jest miarą zapotrzebowania na opiekę długoterminową i wsparcie rodziny (46% osób w wieku 65 lat i starszych w Polsce wymaga pomocy opiekuna)<sup>20</sup>, można z łatwością oszacować, że szeroko pojętej opieki długoterminowej wymagało **2,4 mln osób starszych w 2006 r.**, a do 2030 r. ta liczba zwiększy się do niemal 4 mln. Należy przy tym podkreślić, że przynajmniej drugie tyle opiekunów rodzinnych (przy założeniu, że tylko jeden opiekun rodziny będzie sprawował opiekę) będzie bezpośrednio zaangażowanych w proces świadczenia opieki długoterminowej na rzecz seniorów.

Pogarszający się współczynnik obciążenia demograficznego i gwałtownie spadający wskaźnik potencjału opiekuńczego rodzin w naszym kraju zagraża pogorszeniem się potencjału opiekuńczego największej „instytucji opiekuńczej”, jaką jest rodzina.

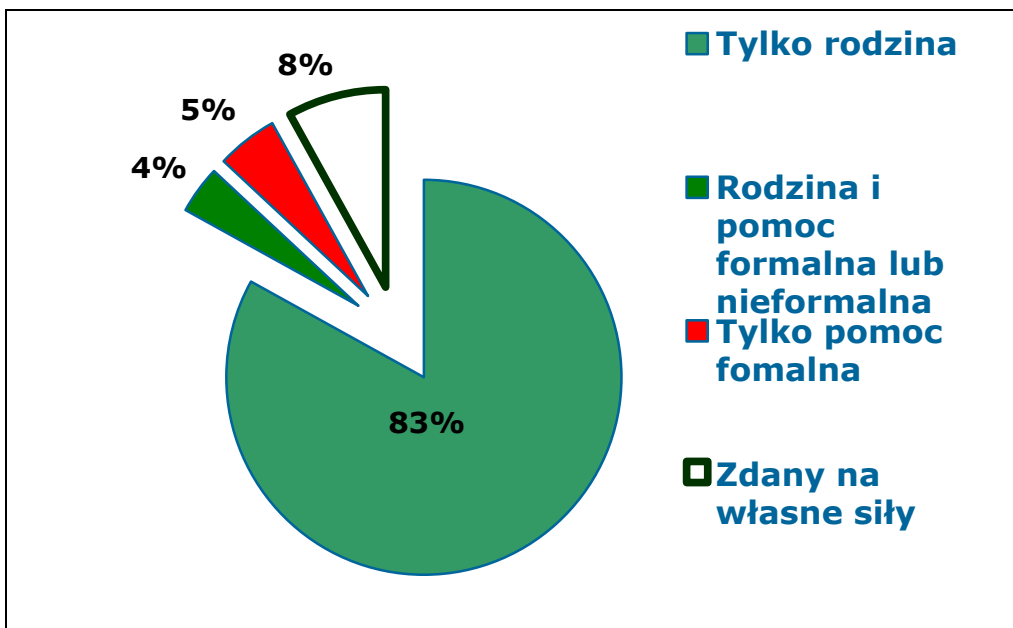
<sup>23</sup> Eustis N., Greenberg J., Patten S., Long-term Care for the Older Persons: A Policy Perspective. Brooks/Cole Publishing Company, Monterey, California 1984.

<sup>24</sup> Pijl M., When private care goes public: an analysis of concepts and principles concerning payments for care. [w:] Payments for Care: A Comparative Overview. European Centre Vienna, Avebury 1994.

Na pytanie, kto faktycznie sprawuje długoterminową opiekę nad niesprawnymi seniorami w Polsce odpowiadają zainteresowani, czyli osoby niesamodzielni w zakresie czynności życia codziennego, w ogólnopolskim badaniu PTG z 2000 r. (rycina 7)

Jak widać, to rodzina jest największą instytucją opiekunczą. Jedyne w 4% jest ona wspomagana usługami pomocy formalnej i nieformalnej. 5% ludzi starszych wskazuje na pomoc socjalną lub pielęgniarke środowiskową, zaś 8% jest zdanych na własne siły. Nawiązując do wspomnianego „brylantu opieki społecznej”, można żartować, że jest on w Polsce bardzo niesymetrycznie oszlifowany.

**Rycina 7. Podmioty świadczące opiekę nad niesprawnymi osobami starymi w Polsce (Bień; Polska Starość 2002)**



W Polsce nie prowadzi się rejestru opiekunów rodzinnych, nie można zatem ustalić szczegółowych danych na temat ich sytuacji demograficznej czy socjoekonomicznej. Wiadomo natomiast, że ponad 80% niesprawnych osób starych pozostaje pod opieką członków rodzin, którzy codziennie, często przez wiele miesięcy i lat, świadczą usługi w zakresie czynności gospodarskich, osobistych, higienicznych, terapeutycznych, pielęgnacyjnych, transportowych, a końcu zaspokajają potrzeby emocjonalne, towarzyskie udzielając im wsparcia psychicznego, czasami również finansowego<sup>17</sup>.

Zapotrzebowanie niesprawnych ludzi starych na różne formy pomocy w badaniu opiekunów rodzinnych w Polsce przeprowadzonym w latach 2003–2005 w ramach europejskiego projektu Eurofarmcare<sup>25</sup>,<sup>26</sup> okazało się bardzo wysokie. Projekt obejmował reprezentatywną dla kraju 1000-osobową próbę opiekunów rodzinnych, tj. osób, które deklarowały świadczenie pomocy lub wsparcia (poza finansowym jako jedyną formą pomocy) członkowi rodziny w wieku 65 lat lub starszemu przez przynajmniej 4 godziny w tygodniu.

<sup>25</sup> Projekt Eurofarmcare (*Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage*) realizowany był w latach 2003–2006 w ramach 5. Programu Ramowego Unii Europejskiej. Nr Kontraktu QLK6-CT-2002-02647 pod kierunkiem Hanneli Döhner (Niemcy) w 6 krajach Europy ([WWW.uke.uni-hamburg.de/eurofarmcare](http://WWW.uke.uni-hamburg.de/eurofarmcare)).

<sup>26</sup> Bień B. (ed.), *Family caregiving for the elderly in Poland*. Wydawnictwo Trans Humana, Białystok 2006.



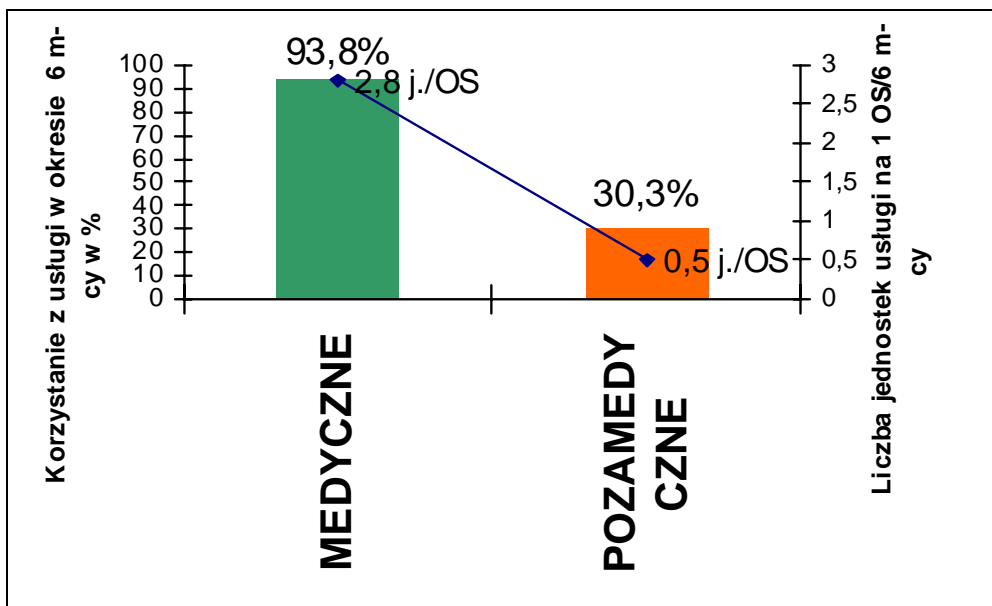
Opiekun rodzinny niemal w całości zaspokaja te potrzeby (od 96% do 82% w zależności od obszaru potrzeb), głównie przy pomocy innych członków rodziny, sąsiadów i pomocy osób wynajętych do opieki (od 57% do 27%), przy marginalnym, bo kilkuprocentowym współudziale instytucjonalnych form pomocy (od 10% w odniesieniu do potrzeb zdrowotnych do 3% w zakresie prac domowych, usług transportowych, wsparcia psychicznego) (tabela 3). W większości obszarów częściej niż co trzeci opiekun widzi potrzebę dodatkowego wsparcia dla swego podopiecznego – można wnioskować, że istniejąca sieć wsparcia wielosektorowego jest niewystarczająca.

**Tabela 3. Wybrane obszary potrzeb osób starszych a udział opiekunów rodzinnych i innych podmiotów w ich zaspokajaniu (opinie opiekunów); w %**

Obszar potrzeb	Tak, OS wymaga takiej pomocy	Kto pomaga zaspokoić te potrzeby?			Potrzebna większa pomoc niż obecnie otrzymuje
		Opiekun rodzinny	Inni nieformalni opiekunowie (rodzina, pomoc sąsiedzka, nieformalna)	Organizacje świadczące pomoc (publiczne, prywatne, wolontarne)	
Prace domowe	93,0	96,3	56,7	3,4	38,4
Emocjonalne/ psychiczne	88,3	96,3	56,7	3,4	39,3
Transportowe/ lokomocyjne	80,3	89,8	44,7	3,0	39,6
Zdrowie: leki, leczenie, rehabilitacja	72,3	94,3	36,2	10,2	41,5
Osobiste (ubieranie, mycie itp.)	46,2	95,9	35,1	6,7	34,2
Wsparcie finansowe	37,7	82,2	26,6	X	17,0

Wobec stosunkowo wysokiego poziomu niezaspokojenia potrzeb opiekuńczych należy odpowiedzieć na pytanie, z jakiego typu usług korzystają podopieczni badanych opiekunów rodzinnych w zależności od poziomu ich niesprawności w okresie ostatnich 6 miesięcy (rycina 8).

**Rycina 8. Nierównowaga między medycznymi i pozamedycznymi usługami otrzymywanymi przez osobę starszą w okresie ostatnich 6 miesięcy (projekt Eurofamcare)**



Jako usługi medyczne potraktowane wszystkie typy usług, które są finansowane lub dofinansowane z NFZ, a jako pozamedyczne – pozostałe, tj. zarówno z pomocy społecznej, woluntarnej i prywatnie opłacane. Jak widać, istnieje ogromna dysproporcja między oboma typami usług, zarówno pod względem rozpowszechnienia, jak i intensywności korzystania (liczna jednostek usługi na osobę). Zachodzi wobec tego pytanie, czy w Polsce w ogóle można mówić o pomocy pozamedycznej jako realnej alternatywie wspierania osób starszych w potrzebie, zwłaszcza w kontekście zapotrzebowania na taką pomoc (tabela 3)?

Spośród czternastu danych do wyboru rodzajów wsparcia jako trzy najważniejsze dla siebie jako opiekuna wymieniano: „informacja o chorobie, na którą cierpi osoba starsza” (26,5% wskazań), „informacja i rady o rodzajach pomocy/wsparciu, które są dostępne, oraz o tym, jak je uzyskać” (14,2% wskazań) oraz „więcej pieniędzy, które pomogą zaopatrzyć się w rzeczy potrzebne do sprawowania dobrej opieki” (13,9% wskazań). Poza pierwszym życzeniem opiekuna, dwa kolejne adresowane są do świadczeniodawców opieki długoterminowej.

W Polsce nie ma żadnego formalnego systemu wspomagania opiekunów rodzinnych. Opiekunowie rodzinni nie otrzymują korzyści materialnych za świadczoną opiekę. Nie ma żadnych przepisów uprawniających opiekunów rodzinnych do świadczeń za wykonywane usługi, nie mają też dodatków do emerytur, ulg komunikacyjnych itp. Opiekunowie rodzinni są w praktyce pozostawieni sami sobie przez administrację socjalną i nie są podmiotem polityki społecznej. W podejmowanych dyskusjach nad kierunkami polityki społecznej wobec ludzi starych, nie wymienia się dotychczas postulatu wprowadzenia regulacji prawnych, które dawałyby możliwość określonego prawem wspierania opiekunów rodzinnych<sup>27</sup>.

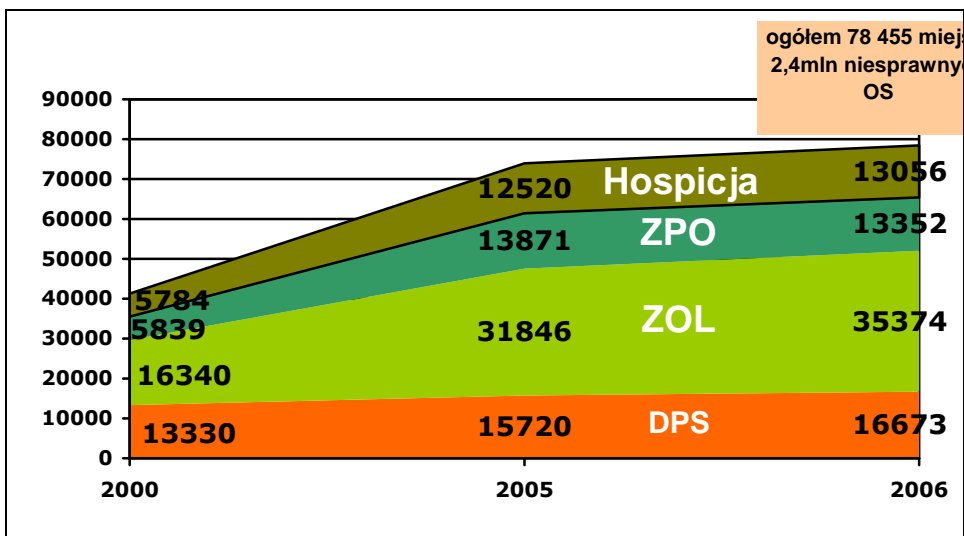
### Opieka instytucjonalna

Bardzo trudno jest oszacować realne zapotrzebowanie na pomoc instytucjonalną, jak również korzystanie z takiej pomocy. Oba badania, których wyniki przytoczono, nie obejmowały populacji osób uwzględnionych w tego typu opiece długoterminowej.

Pośrednio dane na ten temat można czerpać ze statystyk, chociaż nie są one pełne wobec braku danych o coraz częściej organizowanych prywatnych domach opieki w ramach działalności gospodarczej, tj. poza systemem opieki zdrowotnej i społecznej.

Rycina 9 prezentuje dane odnoszące się do liczby pensjonariuszy czterech instytucji opieki długoterminowej.

Rycina 9. Opieka instytucjonalna w Polsce – liczba leczonych wg GUS 2007



<sup>27</sup> Błędowski P., Pędich W., Bień B., Wojszel Z.B., Czekanowski P., Supporting Family Carers of Older People In Europe – The National Background Report for Poland. LIT Verlag Hamburg 2006.

Z tych danych wynika, że pod opieką czterech podstawowych form opieki instytucjonalnej pozostaje 3% osób niesprawnych prawnie i/lub biologicznie, a 1,2% wszystkich osób starszych. Pomimo obserwowanego w ostatnich latach wzrostu miejsc w tego typu placówkach, nadal zasoby tej formy opieki są wysoce niewystarczające.

## Podsumowanie

Odpowiadając na postawione na wstępie pytanie, czy funkcjonujące w Polsce rozwiązania organizacyjne opieki zdrowotnej nad osobami starszymi są wystarczające, należałoby jednoznacznie i kategorycznie odpowiedzieć – NIE.

- Prognozowany wzrost starości demograficznej spowoduje zwielokrotnienie zapotrzebowania na usługi medyczne i zagrazi zapaścią już nie w pełni wydolnemu systemowi;
- Stan zdrowia i sprawność ludzi starszych w Polsce są niezadowalające. Świadczą o tym subiektywne i zobiektywizowane wykładniki stanu zdrowia, jak i porównania z innymi krajami europejskimi;
- Opieka zdrowotna nad osobami starymi w Polsce jest niewydolna, niespójna, zdeintegrowana i nie zapewnia równego dostępu do świadczeń w zakresie usług geriatrycznych i rehabilitacyjnych. Nie spełnia standardów podejścia geriatrycznego w zakresie powszechności, jakości, dostępności i kompleksowości zaspokajania złożonych potrzeb. Ignoruje uznane w świecie zasady i standardy opieki geriatrycznej. Istniejący model opieki zdrowotnej nie przystosował się do zmieniających się potrzeb starzejącego się społeczeństwa.
- Udział sektora pomocy społecznej w systemie opiekuńczym państwa wobec ludzi starych niesprawnych w środowisku jest marginalny, a na wsi praktycznie nieobecny. Rozdzielenie resortu zdrowia od resortu pomocy społecznej pogorszyło współdziałanie praktyków opieki geriatrycznej i utrudniło kompleksowe rozpoznawanie i zaspokajanie potrzeb zdrowotnych, środowiskowych i społecznych.
- System opieki zdrowotnej winien być pilnie przystosowywany do potrzeb ludzi starszych i integrowany z systemem pomocy społecznej. Wobec prognozowanego zwiększenia zapotrzebowania na opiekę w środowisku zamieszkania, wprowadzenie ubezpieczeń pielęgnacyjnych wraz z siecią usług pielęgnacyjno-opiekuńczych i rehabilitacyjnych jest pożądanym kierunkiem zmian.
- System opieki nad niedołącznymi i poważnie chorymi osobami starymi w Polsce opiera się na rodzinie. Sytuacja opiekunów rodzinnych wymaga rozpoznawania i oceny w celu udzielania właściwie adresowanego wsparcia ze strony podmiotów profesjonalnie przygotowanych do wypełniania funkcji opiekuńczych.
- Warunkiem poprawy opieki zdrowotnej nad ludźmi starszymi jest rozwój edukacji geriatrycznej przed- i podyplomowej lekarzy rodzinnych i specjalistów geriatry. W tym celu należy pilnie organizować i rozszerzać akademicką bazę kliniczną, głównie do celów szkoleniowych oraz pozaakademickiej głównie dla celów usługowych.

Z tych danych wynika, że pod opieką czterech podstawowych form opieki instytucjonalnej pozostaje 3% osób niesprawnych prawnie i/lub biologicznie, a 1,2% wszystkich osób starszych. Pomimo obserwowanego w ostatnich latach wzrostu miejsc w tego typu placówkach, nadal zasoby tej formy opieki są wysoce niewystarczające.

## Podsumowanie

Odpowiadając na postawione na wstępie pytanie, czy funkcjonujące w Polsce rozwiązania organizacyjne opieki zdrowotnej nad osobami starszymi są wystarczające, należałoby jednoznacznie i kategorycznie odpowiedzieć – NIE.

- Prognozowany wzrost starości demograficznej spowoduje zwielokrotnienie zapotrzebowania na usługi medyczne i zagrazi zapaścią już nie w pełni wydolnemu systemowi;

- Stan zdrowia i sprawność ludzi starszych w Polsce są niezadowolające. Świadczą o tym subiektywne i zobiektywizowane wykładniki stanu zdrowia, jak i porównania z innymi krajami europejskimi;
- Opieka zdrowotna nad osobami starymi w Polsce jest niewydolna, niespójna, zdeintegrowana i nie zapewnia równego dostępu do świadczeń w zakresie usług geriatrycznych i rehabilitacyjnych. Nie spełnia standardów podejścia geriatrycznego w zakresie powszechności, jakości, dostępności i kompleksowości zaspokajania złożonych potrzeb. Ignoruje uznane w świecie zasady i standardy opieki geriatrycznej. Istniejący model opieki zdrowotnej nie przystosował się do zmieniających się potrzeb starzejącego się społeczeństwa.
- Udział sektora pomocy społecznej w systemie opiekuńczym państwa wobec ludzi starych niesprawnych w środowisku jest marginalny, a na wsi praktycznie nieobecny. Rozdzielenie resortu zdrowia od resortu pomocy społecznej pogorszyło współdziałanie praktyków opieki geriatrycznej i utrudniło kompleksowe rozpoznawanie i zaspokajanie potrzeb zdrowotnych, środowiskowych i społecznych.
- System opieki zdrowotnej winien być pilnie przystosowywany do potrzeb ludzi starszych i integrowany z systemem pomocy społecznej. Wobec prognozowanego zwiększenia zapotrzebowania na opiekę w środowisku zamieszkania, wprowadzenie ubezpieczeń pielęgnacyjnych wraz z siecią usług pielęgnacyjno-opiekuńczych i rehabilitacyjnych jest pożądanym kierunkiem zmian.
- System opieki nad niedołącznymi i poważnie chorymi osobami starymi w Polsce opiera się na rodzinie. Sytuacja opiekunów rodzinnych wymaga rozpoznawania i oceny w celu udzielania właściwie adresowanego wsparcia ze strony podmiotów profesjonalnie przygotowanych do wypełniania funkcji opiekuńczych.
- Warunkiem poprawy opieki zdrowotnej nad ludźmi starszymi jest rozwój edukacji geriatrycznej przed- i podyplomowej lekarzy rodzinnych i specjalistów geriatrici. W tym celu należy pilnie organizować i rozszerzać akademicką bazę kliniczną, głównie do celów szkoleniowych oraz pozaakademickiej głównie dla celów usługowych.

**V. DOKUMNTACJA Z 41. SESJI ONZ KOMISJI DO SPRAW  
LUDNOŚCI I ROZWOJU „ROZMIESZCZENIE LUDNOŚCI,  
URBANIZACJA, MIGRACJE WEWNĘTRZNE I ROZWÓJ”  
(NOWY JORK 7–11 KWIETNIA 2008 R.)**

# **V. SPRAWOZDANIE Z WYJAZDU DELEGACJI RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ NA 41. SESJĘ KOMISJI LUDNOŚCI I ROZWOJU ONZ, nt „ROZMIESZCZENIE LUDNOŚCI, URBANIZACJA, MIGRACJE WEWNĘTRZNE I ROZWÓJ”, NOWY JORK, 7–11 KWIETNIA 2008 r.**

## **I. CEL WYJAZDU**

Celem wyjazdu delegacji RP do Nowego Jorku było wzięcie czynnego udziału w 41. Sesji Komisji Ludności i Rozwoju ONZ, której temat został określony jako: Rozmieszczenie ludności, Urbanizacja, Migracje wewnętrzne i Rozwój (Population Distribution Urbanization, Internal Migration and Development).

## **II. SKŁAD DELEGACJI**

Skład delegacji polskiej był następujący:

Przewodniczący – Andrzej Towpik, Ambasador, Stałe Przedstawicielstwo RP przy ONZ.

Zastępca Przewodniczącego – Alina Potrykowska, Sekretarz Generalny Rządowej Rady Ludnościowej

Członkowie, eksperci:

1. Aneta Piątkowska, Vice-Dyrektor w Departamencie Analiz i Prognoz, Ministerstwo Gospodarki
2. Katarzyna Kukier, Pierwszy Sekretarz, Stałe Przedstawicielstwo RP przy ONZ, Nowy Jork:

## **III. ZADANIA DELEGACJI**

Podczas 41 sesji Komisji Ludności i Rozwoju ONZ delegacja polska przedłożyła krótką informację prezentującą sytuację demograficzną w Polsce. Alina Potrykowska, Sekretarz Generalny Rządowej Rady Ludnościowej, zastępca przewodniczącego delegacji polskiej, przedstawiła stanowisko RP na temat „Rozmieszczenie ludności, Urbanizacja, Migracje wewnętrzne i Rozwój. Stanowisko zawiera ogólną informację o sytuacji demograficznej Polski, zmianach zaludnienia i przestrzennej redystrybucji ludności, tendencjach urbanizacyjnych, zagadnieniach mobilności przestrzennej ludności, w tym intensywności i kierunkach migracji wewnętrznych, sytuacji społeczno-gospodarczej kraju oraz zagadnieniach polityki ludnościowej.

Pozostali przedstawiciele delegacji brali aktywny udział w generalnej debacie oraz dyskusjach na posiedzeniach zespołów roboczych i komisji organizowanych w ramach programu 41. Sesji Komisji ONZ Ludność i Rozwój.

Delegacja ściśle współpracowała z UE w wypracowaniu tekstów rezolucji, jakie zostały przyjęte przez Komisję, a także konsultowała się z UE w pozostałych kwestiach będących przedmiotem obrad Komisji.

## **IV. PROGRAM 41. SESJI**

Agendę 41. Sesji Komisji ONZ Ludność i Rozwój stanowiły następujące tematy<sup>1</sup>:

1. Wybór członków Biura 41. Sesji,
2. Przyjęcie programu i zasad organizacji pracy 41. Sesji,
3. Dalszy ciąg działań w zakresie rekomendacji Światowej Konferencji „Ludność i Rozwój”, Kair 1994,
4. Debata generalna – doświadczenia krajowe w temacie: „Rozmieszczenie ludności, Urbanizacja, Migracje wewnętrzne i Rozwój”
5. Realizacja programu i przyszły program pracy Sekretariatu w obszarze zagadnień ludnościowych,
6. Program na 42. Sesję Komisji,
7. Przyjęcie Raportu Komisji z prac 41. Sesji.

<sup>1</sup> Program szczegółowy 41. Sesji zamieszcza załącznik 1. Pełna dokumentacja materiałów z 41. Sesji Komisji Ludność i Rozwój ONZ znajduje się na stronie internetowej Departamentu Ludności DESA ONZ w Nowym Jorku: <http://www.unpopulation.org>

## V. KOMISJA LUDNOŚCI I ROZWOJU

Komisja Ludności i Rozwoju jest jedną z dziewięciu komisji Rady Gospodarczej i Społecznej (ECOSOC). Została powołana do życia w 1946 r. pod nazwą Komisji ds. Ludności przez Radę Społeczno-Ekonomiczną (ECOSOC). Następnie nazwa Komisji uległa zmianie na Komisję Ludności i Rozwoju (CPD), zgodnie z nazwą konferencji kairskiej w 1994 r. Od 1996 r. Komisja co roku zbiera się w celu dokonania przeglądu i wprowadzania w życie Programu Działania konferencji kairskiej. Prace Komisji koncentrują się obecnie na przygotowywaniu opracowań dotyczących kwestii ludnościowych i trendów w tej dziedzinie, głównie dynamiki przyrostu naturalnego, integrowaniu strategii ludnościowych i rozwojowych oraz udzielaniu pomocy i rekomendacji w sprawach ludnościowych ONZ państwom członkowskim oraz organizacjom wyspecjalizowanym Narodów Zjednoczonych (Fundusz Ludnościowy Organizacji Narodów Zjednoczonych). Komisja, która początkowo liczyła 12 członków, obecnie skupia 47 państw członkowskich, wybieranych przez ECOSOC na 4 lata według następującego klucza geograficznego: Afryka – 12 członków, Azja – 11, Ameryka Łacińska – 9, Europa Wschodnia – 5, Europa Zachodnia i inne kraje – 10 (J. Rydzkowski, Słownik Organizacji Narodów Zjednoczonych, Wiedza Powszechna, Warszawa 2000, s. 76–77).

W roku 2008 w skład Komisji wchodziły następujące państwa (por zestawienie poniżej):

### MEMBERSHIP OF THE COMMISSION ON POPULATION AND DEVELOPMENT 41st Session in 2008

#### PAŃSTWA AFRYKAŃSKIE

(12 członków)

	<b>Rok zakończenia</b>
Benin	2011
Gambia	2010
Gwinea Równikowa	2011
Kamerun	2009
Kenia	2008
Komory	2009
Libia	2010
Madagaskar	2008
Maroko	2009
Republika Południowej Afryki	2010
Sierra Leone	2010
Zambia	2010

#### PAŃSTWA AZJI

(11 członków)

	<b>Rok zakończenia</b>
Bangladesz	2009
Chiny	2010
Indie	2010
Indonezja	2009
Iran	2011
Japonia	2008
Liban	2010
Malezja	2009
Oman	2010
Pakistan	2008
Sri Lanka	2011

## **PAŃSTWA EUROPY ŚRODKOWEJ I WSCHODNIEJ**

**(5 członków)**

	<b>Rok zakończenia</b>
Armenia	2008
Bułgaria	2009
Polska	2011
Rosja	2010
Ukraina	2010

## **PAŃSTWA AMERYKI ŁACIŃSKIEJ I WYSP KARAIBSKICH**

**(9 członków)**

	<b>Rok zakończenia</b>
Brazylia	2009
Grenada	2011
Gujana	2009
Haiti	2008
Honduras	2011
Jamajka	2010
Meksyk	2010
Peru	2009
Urugwaj	2010

## **PAŃSTWA EUROPY ZACHODNIEJ I INNE**

**(10 członków)**

	<b>Rok zakończenia</b>
Belgia	2009
Kanada	2009
Francja	2008
Niemcy	2009
Holandia	2008
Hiszpania	2011
Szwecja	2010
Szwajcaria	2009
Wielka Brytania i Irlandia Płn.	2010
USA	2010

Należy podkreślić, że Polska rozpoczęła swoją kadencję członka Komisji Ludności i Rozwoju w roku 2008. Członkostwo Polski w Komisji w latach 2008–2011 jest trzecim w historii Komisji.



## VI. OBRADY 41. SESJI KOMISJI LUDNOŚCI I ROZWOJU ONZ „ROZMIESZCZENIE LUDNOŚCI, URBANIZACJA, MIGRACJE WEWNĘTRZNE I ROZWÓJ”

*Pierwszy dzień obrad (sesja 2 i 3) – 7.04.08*

Obrady 41. Sesji otworzył Przewodniczący Biura 41. Sesji Komisji Ludność i Rozwój ONZ – **Ivan Piperkov**, Ambasador Bułgarii przy ONZ. Pierwszym punktem obrad zgodnie z dokumentem E/CN.9/2008/1 „Election of officers” był wybór członków Biura. Jednocześnie Przewodniczący poinformował Komisję, że na jej pierwszym posiedzeniu, które miało miejsce w dniu 3 kwietnia 2008 roku, następujące osoby zostały wybrane do składu Biura 41. Sesji jako wiceprzewodniczący: Alicja Melgar (Urugwaj), Hossein Gharibi (Iran), Frederick Matwang’a (Kenia), Pauline Eizema (Holandia) oraz powierzył dodatkowo H. Gharibi funkcję sprawozdawcy, zaś F. Matwang’a funkcje prowadzącego nieformalne konsultacje. Propozycje te zostały jednogłośnie zaakceptowane.

Po wyborze składu Biura Przewodniczący przeszedł do przyjęcia kolejnych dwóch dokumentów: *Provisional Agenda* (dokument: E/CN.9/2008/1) oraz *Organization of work* (dokument E/CN.9/2008/L.1) – załącznik nr 1.

Przewodniczący Komisji **Ivan Piperkov**, który dokonał otwarcia 41 sesji podkreślił ważne znaczenie tematu, ponieważ dotyczy on zmian w rozmieszczeniu ludności świata, urbanizacji i migracji wewnętrznych. Tradycyjnie wielkie miasta ucierpiały przeludnienie, zanieczyszczenie środowiska oraz występowanie slumsów, jednakże istnieją szanse na poprawę warunków życia w przyszłości za pomocą optymalnych strategii. W czasie sesji zostały zaprezentowane strategie rozwoju miast.

**Sha Zukang** – Z-ca Sekretarza Generalnego d/s Społeczno-Ekonomicznych (Under Secretary General for Economic and Social Affairs) podkreślił, że po raz pierwszy w historii połowa ludności świata żyje obecnie w miastach (stan ten osiągnie w końcu br.). Wzrost ludności świata w przyszłości wystąpi głównie w ośrodkach miejskich w krajach rozwijających się. W następnej dekadzie ludność wiejska na świecie osiągnie liczbę 3,5 mld., po czym zacznie wolno zmniejszać się. Do 2050r. liczba ludności miejskiej na świecie będzie stale wzrastać, od 3,3 mld. obecnie do ponad 6 mld. w 2050 r. Główne czynniki sprawcze wzrostu miejskiego to przyrost naturalny, migracje ze wsi do miast oraz zmiany administracyjne i przekształcenia statusu obszarów wiejskich przez nadanie im praw miejskich. Poznanie komponentów wzrostu ludności miejskiej jest ważne dla analizy dystrybucji przestrzennej ludności.

Główną powszechną praktyką była redukcja migracji ze wsi do miast, jako ważnego komponentu urbanizacji w krajach rozwiniętych – jest ona kontynuowana, ponieważ miasta oferują więcej możliwości i wyższego standardu życia. To sugeruje, że kraje rozwijające się chcą spowolnić wzrost ludności miejskiej, ponieważ są skoncentrowane na redukcji przyrostu naturalnego w miastach.

**Hania Zlotnik** (Director of the Population Division, Department of Economic and Social Affairs) rozpoczynając swoje wystąpienie opisała miasta jako złożone systemy określone przez intensywną konkurencję w przestrzeni, dodając, że w hierarchii miejskiej dostęp do usług prowadził do wzrostu wielkości miasta, szczególnie w krajach rozwijających się. Przez dekady, jakkolwiek wzrost miast był opóźniany przez złożoność problemów. Miasta jako ośrodki rozwoju innowacji, handlu, finansów, technologii, kultury i ogólnej prosperity ekonomicznej przez skomplikowane wymiany i sieci łączące je z obszarami wiejskimi, tworzą współzależny rozwój miejski i wiejski.

Obecnie na świecie istnieje 49 największych aglomeracji miejskich, których liczba ludności przekroczyła 5 mln, w tym 19 określonych jako „mega-cities”- metropolii liczących ponad 10 mln. mieszkańców. Każde z mega-miast ma więcej mieszkańców niż jeden ze 118 krajów i generuje znaczący udział w PKB swego kraju. Każda z największych metropolii świata obejmuje wiele wyróżnionych ośrodków miejskich, które są z nią funkcjonalnie związane. Miasta średniej wielkości, których ludność liczy od pół miliona do 5 mln. osób występują w liczbie ok. 800, zaś wiele z nich są największymi miastami w swoich krajach. Miasta małe z ludnością wahającą się od 2 500 do 500 000 osób obejmują około połowy ludności miejskiej świata.

Obszary wiejskie, gdzie obecnie żyje połowa ludności ziemi, często są pozbawione elektryczności, np. w Afryce 92%, a w Azji 52%. Z 12 osób żyjących na ziemi, sześć mieszkało na wsi, trzy w małych miastach, dwie w miastach średniej wielkości, zaś jedna w wielkich aglomeracjach miejskich. W okresie 2005–2025, pięć z każdych 10 nowo urodzonych osób, będzie żyło w małych miastach, trzy w miastach średniej wielkości i dwie w wielkich aglomeracjach miejskich, podczas gdy na obszarach wiejskich nie

będzie dodatkowych mieszkańców. W przyszłości wiele dużych miast przyciągnie ludność, ale nowe miasta będą w dalszym ciągu powstawać na obszarach wiejskich.

Statystyki wskazują, że ludność wiejska ma ograniczony dostęp do najważniejszych usług w porównaniu do mieszkańców małych miast, gdzie z kolei było mniej usług niż w dużych miastach. W konsekwencji poziom zaopatrzenia w żywność, usługi zdrowotne i edukację były na niższym poziomie na obszarach wiejskich niż w małych miastach, a w tych na gorszym poziomie niż w miastach większych. Ubóstwo było głównie skoncentrowane na obszarach wiejskich, jakkolwiek zmniejszyło się na początku lat 1990., szczególnie w Azji Wschodniej. W Ameryce Łacińskiej ubóstwo głównie występowało w miastach, gdzie w dalszym ciągu wzrastało, podczas gdy na wsi zmniejszyło się. Liczba biedoty miejskiej w Afryce i Azji (gdzie ubóstwo szerzy się głównie na wsi) przekroczyła poziom nędzy w Ameryce Łacińskiej.

Władze lokalne w małych miastach w krajach rozwijających się często nie mogą ściągnąć lokalnych podatków z dochodów potrzebnych do podniesienia poziomu usług lokalnych. Dlatego strategię mającą na celu zredukowanie ubóstwa, podniesienie poziomu edukacji i opieki zdrowotnej muszą ułatwić pomoc władzom lokalnym w zabezpieczeniu środków i możliwości rozwoju podstawowych usług. Współzależności między ludnością miast i wsi mogłyby ułatwić dostęp do usług, ale władze lokalne muszą określić konieczność mobilności i migracji wewnętrznych w celu rozwoju. Wiejsko-miejskie sieci społeczne były częścią strategii wsparcia biednych mieszkańców w wielu krajach, gdzie migranci ze wsi do miast przyczynili się do redukcji ubóstwa na wsi.

**Thoraya Obaid** – (Executive Director of the United Nations Population Fund, UNFPA), podkreśliła, że prawdziwym problemem było nie to, że miasta rosną za szybko, lecz, że rządy nie były przygotowane by opanować wzrost miejski. Wyzwanie – jak wykorzystać możliwości zapewnione w miastach bogatszych, jest jednym z najważniejszych elementów w tym względzie.

Stwierdzenie, że obecnie należy zająć się urbanizacją jako zjawiskiem pozytywnym dla rozwoju i ludności jest głównym przesłaniem raportu UNFPA 2007 „Stan ludności świata „Unleashing the Potential of Urban Growth”.

**Ann Pawliczko** – (Senior Project Adviser, Population and Development Branch, UNFPA) przedstawiła główne zagadnienia zamieszczone w raporcie “Flow of financial resources for assisting in the implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development. Report of Secretary General” (dokument E/CN.9/2008/5). Raport zamieszcza informacje o darczyńcach i wydatkach na działania w zakresie programów ludnościowych w krajach rozwijających się i krajach transformacji ekonomicznej w 2006 r., szacunki za rok 2007 i 2008 oraz prognozy na rok 2010. Fundusze pochodzące od darczyńców i krajowe wydatki, które do 2005r. wynosiły rocznie 18,5 mld USD, wyniosły 20,5 mld w 2010r. Zarówno wydatki od darczyńców jak i wydatki krajowe na programy ludnościowe wzrosły. Wydatki pochodzące od darczyńców oszacowano na poziomie 8mld USD, zaś krajowe wydatki (to jest wydatki poszczególnych państw na programy ludnościowe) zostały oszacowane na poziomie 23 mld USD w roku 2006. Według szacunków sumy te wzrosną w 2007 i 2008 r.

Z kolei Przewodniczący Komisji **Ivan Piperkov** dokonał prezentacji raportu z trzech posiedzeń Biura Komisji (interessional meetings-dokument E/CN.9/2008/2), z których jedno odbyło się w styczniu 2008 roku w Sofii, zorganizowane na zaproszenie rządu Bułgarii. Tradycją pracy Komisji stało się, że pierwsze posiedzenie Biura ma miejsce w kraju, z którego pochodzi Przewodniczący Biura. Raport z posiedzenia Biura i pierwszy dokument zostały przyjęte przez Komisję.

Następnie Raporty Sekretarza Generalnego omówili kolejno:

**Thomas Buettner** – (Assistant Director, Population Division, Department of Economic and Social Affairs) przedstawił raport Sekretarza Generalnego ONZ “World population monitoring” akcentując rozmieszczenie ludności, urbanizację, migracje wewnętrzne i rozwój.

**Jose Miguel Guzman** – (Technical Support Division, UNFPA) przedstawił raport Sekretarza Generalnego ONZ “Monitoring of the Population Programmes, Focusing on Population, Distribution, Urbanization, Internal Migration and Development” (document E/CN.9/2008/4), który dotyczył migracji ze wsi do miast, przyrostu naturalnego ludności miejskiej i klasyfikacji osiedli wiejskich.

Kolejno w czasie obrad drugiej sesji rozpoczął się wystąpienia przedstawicieli poszczególnych krajów, grup krajów i organizacji międzynarodowych. W dyskusji generalnej, która odbyła się przed południem, delegaci zgodnie podkreślali, że gwałtowna urbanizacja wymaga wprowadzenia niełatwych rozwiązań.

Przedstawiciel USA uważał, iż jest to wyjątkowo trudne zadanie dla biurokracji, ponieważ dotyczy wielosektorowych obszarów jak: mieszkania, woda, urządzenia sanitarne, energia, zdrowie, zatrudnienie,

zanieczyszczenie środowiska, przestępczość, edukacja, polityka, transport, ubytek ziemi rolniczej i in. Lokalne i narodowe rządy w krajach rozwijających się muszą być lepiej przygotowane do planowania i stawiania wyzwań w kontekście szybkiego rozwoju urbanizacji.

**Hao Linna** – (Director-General for International Cooperation, National Population and Family Planning Commission of China) oznajmiła, że szybki rozwój wielkich miast może generować szerzenie się ubóstwa, zanieczyszczenie środowiska i społeczny chaos, zaś wielka migracja ze wsi do miast może być łagodzona przez rozwój małych i średnich miast. Należy zapewnić skoordynowany rozwój obszarów miejskich i wiejskich stwarzając uporządkowany rynek pracy i rozwiązując problemy opieki medycznej, mieszkań, ubezpieczeń społecznych, edukacji i zaopatrzenia w wodę pitną i in.

Przewodniczący Komisji, **Ivan Piperkov** przekazał przewodniczenie sesji **Hani Zlotnik**, która rozpoczęła kolejną część obrad związaną z prezentacją wykładców i ich tematów wystąpień. Po każdym wykładzie miała miejsce dyskusja, zadawano pytania, na które wykładowcy (keynote speakers) udzielali odpowiedzi.

Podczas sesji trzeciej wykładcą był **Dawid Satterthwaite** - (Senior Fellow, International Institute for Environment and Development, London) który wygłosił wykład pt. "Urbanization and internal migration: Their relevance for sustainable development", poświęcony urbanizacji i migracjom wewnętrznym oraz ich relacji do zrównoważonego rozwoju w miastach. Urbanizacja postępowała w ślad za rozwojem ekonomicznym i w wielu przypadkach była odbiciem ekonomicznego sukcesu. Wszystkie bogate kraje były silnie zurbanizowane, podczas gdy najbiedniejsze kraje były w przeważającej większości wiejskie. Urbanizacja przyniosła bardzo mocne korzyści rozwoju, np. w obniżeniu kosztu jednostkowego wyposażenia w wodociąg, oczyszczalnię ścieków i kanalizację, ochronę zdrowia, edukację i usługi związane z bezpieczeństwem. Ma ona również mocne zalety środowiskowe w zakresie korzystania z energii, segregacji śmieci, kontrolowania zanieczyszczenia i redukcji emisji „gazów cieplarnianych”.

Miasta, których ludność wzrastała bardzo raptownie z powodu napływu uchodźców wojennych, uciekinierów powstań i wojen domowych, z powodu głodu i katastrof były wyjątkiem. Było też kilka przykładów urbanizacji bez wzrostu ekonomicznego. Ale urbanizacja nie podążała w ślad za wzrostem ekonomicznym – ona także służyła mu aby go podtrzymać. Wzrost największych miast był zbyt drogi dla wielu przedsiębiorstw, które inwestowały w mniejszych miastach. W ten sposób decentralizacja rozwoju miejskiego w dużym stopniu pomogła w przypadku, gdy małe miasta były dobrze zarządzane i korzystały z dobrego transportu inter-city i komunikacji. Dlatego, jeśli narodowe rządy obawiały się szybkiego rozwoju w ich największych miastach, najlepszą drogą do jego redukcji było podtrzymanie dobrego zarządzania w małych miastach.

W kwestii problemów zdrowia, mówca powiedział, że połowa ludności największych miast w krajach rozwijających się mieszka w slumsach i nielegalnych osiedlach, gdzie warunki zdrowotne są okropne, natomiast im bardziej zurbanizowane państwo tym wyższa długość trwania życia. Przytoczył przykłady największych miast z najdłuższą oczekiwaną długością życia w świecie i najniższymi wskaźnikami umieralności niemowląt i dzieci. Na przykład mieszkańcy Tunisu mieli oczekiwaną długość życia wyższą o 30 lat niż w innych miastach Afryki. Przejawem dobrego zarządzania tym miastem jest mała różnica między długością życia bogatych i biednych grup ludności. W miastach z wysoką średnią oczekiwaną długością życia, mieszkańcy o najwyższych dochodach mają dostęp do bezpiecznej wody, sanitariatów i dobrych usług.

Oдноśnie udziału urbanizacji w globalnym ociepleniu, należy podkreślić, że miasta były odpowiedzialne za 80% emisji gazów cieplarnianych, jednak wiele dobrze zarządzanych miast może mieć bardzo niską emisję/osobę, proporcjonalną do ich jakości/standardu życia.

Moderatorem sesji była **p.Hania Zlotnik**, zaś uczestnicy dyskusji pytali o optymalną wielkość miasta, definicję urbanizacji, zarządzanie miastem i strukturami administracji, wewnętrzną migrację w relacji do struktury według wieku i płci oraz wpływ tych przemieszczeń na usługi i infrastrukturę społeczną.

W odpowiedzi Dawid Satterthwaite stwierdził m.in., że definicje „miejskości” bardzo często są zmieniane z powodów politycznych. Urbanizacja dotyczy koncentracji ludzi zatrudnionych w zawodach pozarolniczych, natomiast bardzo często jest trudno wyprowadzić linię podziału pomiędzy ludnością miejską i wiejską. Stąd urbanizacja nie powinna być postrzegana w opozycji do rozwoju wiejskiego. Oдноśnie definicji optymalnej wielkości miasta trudno jednoznacznie odpowiedzieć, gdyż optymalność jest definiowana w kontekście lokalnym. Na przykładzie Kapsztadu stwierdził, że rozwój slumsów nastąpił tam z powodu wewnętrznej migracji z przyczyn ekonomicznych, co w efekcie spotęgowało trudności w zarządzaniu tak szybkim rozwojem miasta.

Po wykładzie rozpoczęła się ponownie debata, podczas której prezentowano doświadczenia krajowe, grup krajów lub organizacji międzynarodowych.

W kolejności wystąpili przedstawiciele: Antigua i Barbuda (w imieniu grupy G77 krajów rozwijających się i Chin), Słowenii (w imieniu Unii Europejskiej), Kazachstanu, Brazylii, Bangladeszu, Indonezji, Kenii i Iranu.

Ponadto wystąpili: Dyrektor Ekonomicznej Komisji ds. Ameryki Łacińskiej i Karaibów (ECLAC), Szef Komisji Społecznej i Ekonomicznej ds. Azji i Pacyfiku (ESCAP) oraz Lider Grupy ds. Ludności i Polityki Społecznej Komisji Ekonomicznej i Społecznej dla Zachodniej Azji (ESCWA). Wystąpienie przedstawiciela ESCWA było ostatnim zamykającym trzecią sesję. W czasie obrad sesji trzeciej i czwartej równoległe toczyły się negocjacje i konsultacje grup roboczych

### *Drugi dzień obrad (sesja 4 i 5) – 8.04.08*

W drugim dniu obrad Komisji delegaci przedstawiali narodowe doświadczenia, przedstawiając i podkreślając rozwijającą się bez precedensu światową urbanizację i jej implikacje dla rozwoju, wobec faktu, że pierwszy raz w historii liczba ludności miejskiej w końcu tego roku spodziewana jest na 3,3 mld osób. Mówcy przedstawiali trendy w rozwoju ludności i rozważali różne typy migracji wewnętrznych, opisując ich wpływ na rozmieszczenie ludności. Uznając, że urbanizacja posiada wiele możliwości, uczestnicy debaty także akcentowali poważne wyzwania, w tym nadmierne rozrastanie się i nagły wzrost slumsów, degradację środowiska i ekstremalne ubóstwo.

Obrady sesji czwartej i piątej poświęcone były w całości punktowi czwartemu programu, tj. doświadczeniom krajowym w zakresie rozmieszczenia ludności, urbanizacji migracji wewnętrznych i rozwoju.

**Muhammad Sharif** - Sekretarz Departamentu Ludności w Pakistanie, szóstym kraju na świecie pod względem liczby ludności ostrzegł, że pomimo interwencji bardzo rygorystycznej polityki, pozytywna rola urbanizacji może być zmniejszona przez zdegradowanie środowiska naturalnego, co może pogłębić jeszcze relacje między popytem a podażą na wyspecjalizowane usługi. W Pakistanie ludność miejska wywiera presję na sytuację w zatrudnieniu, odpowiednim mieszkalnictwie, zaopatrzeniu w żywność i czystą wodę oraz urządzenia sanitarne.

**Evgenia Koldanova** – Wiceminister Spraw Zagranicznych Bułgarii – w nawiązaniu do poprzedniego wystąpienia stwierdziła, iż władze lokalne powinny być odpowiedzialne za przygotowanie planów zagospodarowania, inwestycje mieszkaniowe, infrastrukturę miejską i usługi.

Wielu mówców zgodnie podkreślało, że urbanizacja winna być sterowana w taki sposób, aby maksymalizować potencjalne korzyści i stworzyć w miastach lepsze warunki życia.

**Hao Linna** – (Director-General for International Cooperation, National Population and Family Planning Commission of China) powiedziała, że aczkolwiek w jej kraju współczynnik dzietności obniżył się z 5,8 w latach 1970. do 1.8 obecnie, jednak wzrost ludności pozostał silny. Jako najludniejszy kraj świata (1,5 mld ludzi w 2030 r.) Chiny doświadczyły migracji ludności i mobilności na największą skalę w historii ludzkości. Według szacunków w następnych 20-30 latach będzie ponad 300 mln. ludzi migrujących ze wsi do miast, co spowoduje wzrost stopy urbanizacji do 53% w 2020r.

W dalszej kolejności wystąpili przedstawiciele: RPA, Szwajcarii, Federacji Rosyjskiej, Austrii, Kenii, Belgii, Brazylii, Indonezji, Malezji, Armenii, Jamajki i Ghany.

Następnie przewodniczenie sesji objęła p. Hania Zlotnik, która rozpoczęła kolejną część obrad związaną z prezentacją wykładowców i tematów ich wystąpień.

Podczas sesji czwartej wykładowcą był Prof. **Mark Montgomery** – (Senior Associate, Policy Research Division of the Population Council, New York, Profesor, Economics Department of the State University of New York at Stony Brook) w wykładzie pt. „Wzrost miejski a ubóstwo” (Urban Growth and Poverty) mówił o zdrowiu ludności miejskiej w biednych i średnio-zamożnych krajach, podkreślając problemy absolutnego ubóstwa zarówno na obszarach wiejskich jak w miastach, konieczność poprawy życia mieszkańców slumsów, niezaspokojone podstawowe potrzeby w zaopatrzeniu w wodę, urządzenia sanitarne i mieszkania, długość trwania życia dzieci, zdrowie matek, gruźlicę i HIV/AIDS w kontekście Milenijnych Celów Rozwoju ONZ. Powiedział, że rozwój małych i średnich miast był nie tylko rezultatem migracji, ale także zależał od czynników zdrowotnych (np. programy zdrowia prokreacyjnego, które powinny być

dopasowane do programów płodności). Istnieje potrzeba zróżnicowania analiz według różnej wielkości miast ponieważ mieszkańcy miast w krajach rozwijających się nie żyją głównie w dużych aglomeracjach, lecz w ośrodkach małych i średnich.

W wielu krajach transformacja była tak głęboka jak urbanizacja, np. transformacja polityczna gospodarki, czy decentralizacja. Decentralizacja, która jest bardzo trudna do przeprowadzenia i zarządzania doprowadziła do utworzenia – tam gdzie dotyczyło to urbanizacji- miejskich i gminnych poziomów władzy. Jeśli polityki zdrowotne były kiedyś domeną rządów państwa, dziś są one w gestii władz lokalnych i miejskich. Mówca powiedział, iż w dzisiejszej erze urbanizacji i decentralizacji nie można mówić o ludności miejskiej i wiejskiej w kategoriach średnich. Zróżnicowanie między dużymi miastami i małymi, w układzie dzielnic i w gminach wiejskich musi być uwzględnione. W dużych miastach enklawy biedy wydatnie przypominają te z obszarów wiejskich. W miejskich slumsach ryzyko utraty zdrowia było często o wiele większe niż na obszarach wiejskich. Ponad 15 lat mówiono o progresywnym łagodzeniu skutków ubóstwa, zauważając, że korzyści w zwalczaniu skrajnej biedy występowały na obszarach wiejskich, gdzie liczba osób najbiedniejszych zmniejszyła się o ok.150 mln., podczas gdy biedna ludność miejska wzrosła o ok. 50 mln. W udziale procentowym był to skromny, lecz realny spadek liczby ludzi biednych na obszarach wiejskich i ledwie zauważalna poprawa sytuacji w ośrodkach miejskich. Sugerując, że miejski system zdrowia powinien być rozpatrywany ogólnie, włączając w to powiązania z ubóstwem, najważniejszym elementem była koncentracja przestrzenna dużych grup ludności miejskiej, narażonej przy tym na ryzyko zdrowotne, lecz chronionej przez publiczną służbę zdrowia. W największych miastach występuje często brak zaspokojenia podstawowych potrzeb jak np. zaopatrzenie w wodę i urządzenia sanitarne. Inne czynniki miejskiego systemu zdrowia określają jego prywatyzację i samofinansowanie. Jakość opieki zdrowotnej, z założenia adekwatna do potrzeb, nie jest dobrze zbadana zwłaszcza w małych i średnich miastach.

Podczas dyskusji, przedstawiciel Norwegii zapytał o ogólne efekty ekonomiczne i o decentralizację w służbie zdrowia. Delegat Meksyku oznajmił, że obecnie przepływy migracyjne w jego kraju kierują się głównie do miast średniej wielkości, gdzie migranci, zwłaszcza młodzi, często nie znajdowali tam usług w zakresie zdrowia prokreacyjnego. Zapytał gdzie mogą je znaleźć?

M. Montgomery mówiąc o skutkach netto decentralizacji (np. w Indonezji i Filipinach), odpowiedział, że decentralizacja jest trudna do oceny ponieważ ma wiele form i jest względnie nowym zjawiskiem, zapoczątkowanym we wczesnych latach 1990. System decentralizacji był wspierany przez nowy system międzyrządowych transferów z centralnego lub regionalnego do miejskiego poziomu zarządzania, zaś gestie były często przekazywane bez odpowiednich alokacji środków budżetowych. W sektorze zdrowia trudne kwestie dotyczyły technologii i aspektów społeczno-ekonomicznych. Odnośnie sytuacji w Meksyku, Autor oświadczył, że usługi zdrowia prokreacyjnego w miastach powinny być wykonywane w ramach funkcjonowania służby zdrowia, jakkolwiek kobiety i dziewczyny w miastach nie były zdolne do kontroli płodności lub zabezpieczenia przed chorobami, zaś wskaźnik aborcji był nadspodziewanie wysoki.

Przedstawiciel Belgii, odnośnie zdrowia biednych mieszkańców slumsów, zapytał czy to było związane z izolacją ich od rodzin i wspólnoty, w takim razie jak pozbawieni informacji, przewodnika i wsparcia, znaleźli się w większych miastach?

M. Montgomery odpowiedział na podstawie literatury dotyczącej migracji, iż okres takiego „rozdarcia” trwał do 3 lat, kiedy migranci wchodzili w nieznane środowisko miejskie, zaś trudności zdrowotne także odnoszą się do rezydentów miejskich długookresowych. To sugeruje brak dokładnych informacji o stałych mieszkańcach miast i ich dostępie do usług.

W drugim dniu obrad po południu, sesję 5 rozpoczął wykład Pani **Helen Zille**, Burmistrz Kapsztadu, RPA, b. Minister Edukacji Prowincji Zachodniego Przylądka (Mayor of the city of Cape Town, former Minister of Education of the Western Cape Province of South Africa) która w prezentacji pt.„Zarządzanie miejskie, doświadczenia i wyzwania na przykładzie Kapsztadu” (Urban governance, lessons learned and challenges ahead: the example of Cape Town) zauważyła, że od początku lat 1990. w RPA więcej ludzi żyje w miastach niż na obszarach wiejskich. Urbanizacja może zredukować biedę i promować rozwój w specyficznych warunkach i okolicznościach.

Miasta w nowoczesnym świecie stanowią obszar powiązań ludności z gospodarką narodową oraz gospodarki narodowej z gospodarką światową. Byłoby bardzo trudne promować poprawę zrównoważonej jakości życia rosnącej wciąż liczby ludności miejskiej bez dostosowania do realiów globalnej gospodarki. Aby stworzyć więcej możliwości dla rozwoju urbanizacji, władze miejskie muszą odwołać się do wszyst-

kich mieszkańców. W szczególności muszą one rozbudować miejskie usługi i infrastrukturę dla wszystkich w celu zatrudnienia, przyciągnięcia i rozwoju kapitału i umiejętności oraz rozwoju możliwości dla wszystkich mieszkańców.

Organizacje kryminalne najszybciej dostosowały się do rzeczywistości gospodarki globalnej tak, że syndrom narkotykowego państwa „narco-state syndrome” umocnił się na znaczną skalę w wielu rozwijających się miastach, m.in. w Kapsztadzie. Globalna gospodarka narkotykowa miała bardziej destrukcyjny wpływ na biedne wspólnoty miejskie aniżeli HIV/AIDS, z towarzyszącymi problemami eskalacji przestępstw kryminalnych (80% przestępstw kryminalnych w Kapsztadzie było związanych z nadużywaniem narkotyków).

Po dekadzie optymizmu i wzrostu, wiele miast w RPA podejmuje nowe wyzwania włączając świadomość o niestabilności i niepewności, narastającej biedzie w miastach, rosnącej przestępczości, konfliktach i korupcji. Lokalne władze miały główną rolę do odegrania w zatrzymaniu tego trendu podobnie, jak zrobiło to państwo i prywatny sektor. Model znany jako „państwo rozwoju” wymagał wysoko wykształconych kadr w rządzie i władzach oraz promował współpracę z sektorem prywatnym by pobudził rozwój gospodarczy jako najważniejszy priorytet.

Autorka podkreśliła, iż było możliwe, aby miasto Kapsztad zapobiegło upadkowi przez wprowadzenie polityki w celu zatrudnienia i przyciągania kapitału i kadr, niezbędnych do podniesienia poziomu usług oraz możliwości dla rosnącej liczby biedoty miejskiej. W Kapsztadzie liczącym 3,3mln mieszkańców i o 2,5% rocznym wzroście ludności, co najmniej połowa tej ludności pochodzi z migracji. W 3\$ mld budżecie Kapsztadu, infrastruktura była preferowana, dlatego 5-letni plan rozwoju miasta największy akcent kładł na infrastrukturę i rozwój ekonomiczny.

Miasto prowadziło bezpłatne podstawowe usługi dla biednych, finansowane przez subsydia. Obejmowały one dystrybucję energii, wody, odprowadzanie ścieków, kanalizację, systemy magazynowania wody, wywóz śmieci, usługi zapewniające bezpieczeństwo, usługi w sektorze zagospodarowania ziemi i nieruchomości dla rozwoju mieszkalnictwa, podstawową opiekę zdrowotną i kliniki miejskie, planowanie miejskie, planowanie transportu miejskiego i dróg, bezpieczeństwo ruchu i wzmocnienie prawa. Kapsztad przeszedł 10-letni cykl jako pozytywny rezultat wprowadzenia w RPA polityk makroekonomicznych, funkcjonowania prywatnego systemu zdrowia, zarządzania efektywnego środowiskiem naturalnym dla celów turystyki i znaczącego rozwoju w przemyśle i w branży bezpieczeństwa. Miejskie instytucje akademickie służyły wykształceniu kadr. Z drugiej strony wyzwania dla Kapsztadu dotyczyły wzmocnienia jego roli jako politycznego i gospodarczego ośrodka (problemy: uchodźców, braku i rotacji kadr, 25% bezrobocia, długiej listy oczekujących na legalne mieszkanie i 222 nielegalnych osiedli dookoła miasta, i in.).

Wśród strategii miejskich, które mogłyby traktować urbanizację jako siłę do redukcji ubóstwa, była potrzeba otwarcia wszystkich systemów w celu publicznego sprawdzenia, aby zapobiec korupcji. To było konieczne, aby zachęcić rozwój konkurencyjnych i efektywnych rynków, aby zaopatrzyć w usługi, zidentyfikować i usunąć przeszkody do inwestowania, np. w rozwój elektryczności, zaś subsydia były konieczne w celu zapewnienia usług dla biednych.

Pani Hania Zlotnik była moderatorem dyskusji - pytania odnosiły się do Kapsztadu – mieszkalnictwa i praktyki, działań władz miejskich, związków między obszarami miejskimi i wiejskimi w RPA oraz interakcji między władzami centralnymi miasta i innymi dzielnicami.

W odpowiedzi na pytania, Pani Zille stwierdziła, że RPA ma krajową sieć miast i stowarzyszenie lokalnych władz. Związki między obszarami miejskimi i wiejskimi były bardzo ważne na przykładzie relacji między poszczególnymi wsiami i miastami. Miasto jest podzielone na 23 jednostki, w których wiele ludzi żyje w skrajnym ubóstwie zaś inni w luksusie – z enklawami skrajnego ubóstwa z jednej strony oraz luksusu z drugiej. Ważne wyzwanie było jak wykorzystać środki płacone za przywileje życia w mieście, gdy władze miasta inwestowały najwięcej z tych środków w programy dla biednych. Największy priorytet dotyczył podstawowych usług dla wszystkich ludzi w mieście.

Na temat mieszkalnictwa powiedziała, że problem przygotowano w taki sposób by zasoby dostępne mogły być użyte w celu zrobienia „wiele dla niewielu lub mało dla wielu”. Robiąc „dużo dla niewielu” znaczyło inwestować w mieszkania dla „nie takt biednych”, co oznaczało wyrzucenie biednych i kreowanie konfliktu interesów. Tymczasem najważniejszy był dostęp do podstawowych usług dla wszystkich mieszkańców miasta, włączając tych w slumsach.

Po wykładzie rozpoczęła się ponownie debata, podczas której prezentowano doświadczenia krajowe w zakresie rozmieszczenia ludności, urbanizacji migracji wewnętrznych i rozwoju. Jako pierwsza wystąpiła:

**Alina Potrykowska** - Sekretarz Generalny Rządowej Rady Ludnościowej, zastępca przewodniczącego delegacji polskiej, przedstawiła stanowisko RP na temat „Rozmieszczenie ludności, Urbanizacja, Migracje wewnętrzne i Rozwój. Stanowisko zawiera ogólną informację o sytuacji demograficznej Polski, zmianach zaludnienia i przestrzennej redystrybucji ludności, tendencjach urbanizacyjnych, zagadnieniach mobilności przestrzennej ludności, w tym intensywności i kierunkach migracji wewnętrznych, sytuacji społeczno-gospodarczej kraju. oraz zagadnieniach polityki ludnościowej.

Zasoby ludzkie będą w najbliższym trzydziestoleciu największym atutem rozwojowym Polski, a ich rozmieszczenie będzie miało decydujący wpływ na regionalną strukturę transformacji, a w konsekwencji – na zmiany przestrzennego zagospodarowania kraju (załącznik 2).

W dalszej kolejności wystąpili przedstawiciele: Urugwaju, Kanady, Portugalii, Botswany, Maroka, Hiszpanii, Filipin, Kuby, Meksyku, Indii, USA, Włoch, Kataru i Sri Lanki.

### **Trzeci dzień obrad (sesja 6) – 9.04.08**

W trzecim dniu obrad poranną sesję 6 rozpoczął **Eduardo Moreno** - ( Chief of the Global Urban Observatory, Monitoring System Branch of the United Nations Human Settlements Programme (UN HABITAT), Nairobi), który w wykładzie na temat poprawy warunków życia mieszkańców slumsów w miastach (Improving the Lives of Urban Slum-Dwellers), podkreślił potrzebę zgodności między polityką państwa i jej wprowadzenia w miastach w celu osiągnięcia korzyści z urbanizacji. Istnieje wysoka korelacja między nimi, zaś korzyści ludności wymagają dobrego zarządzania zarówno po stronie centralnych jak i lokalnych władz. Według szacunków na świecie liczba mieszkańców slumsów w miastach, zgodnie z definicją urbanizacji osiągnęła 800 mln., przy czym 37% ludności miejskiej w krajach rozwijających się żyje w slumsach, których jest najwięcej w Afryce, gdzie proporcja osiągnęła 57% (np. 9 z 10-ciu mieszkańców miast w Sudanie mieszka w slumsach). Także ogromna liczba mieszkańców slumsów żyje w Afryce subsaharyjskiej, podczas gdy w Azji wynosi 39%. W Ameryce Łacińskiej 1/3 ludności miejskiej mieszka w slumsach. Aby rozwiązać problem biedy w miastach, należy zrobić pierwszy krok tzn. rozpoznać ją. Jest też bardzo ważne, by na nowo przemyśleć zasady decentralizacji miejskich władz i samorządów w celu wzmocnienia władzy lokalnej, ponieważ miejskie rozwiązania były słabe w wielu przypadkach. Poszukiwanie rozwiązań powinno polegać w pierwszym rzędzie na policzeniu mieszkańców slumsów i poznaniu poziomu ich ubóstwa. Następnie władze centralne winny ustalić porządek i skalę działań we współpracy z regionalnymi i lokalnymi samorządami i z udziałem sektora prywatnego.

Długofalowe polityczne ustalenia są konieczne, jak również właściwe reformy instytucjonalne, określenie polityk i aktorów odpowiedzialnych za ich wdrożenie oraz mobilizację zasobów lokalnych, monitorowanie wdrożenia i oszacowanie wysiłków. Działania powinny być przedsięwzięte przez rządy centralne w kooperacji z regionalnymi i lokalnymi władzami i z udziałem sektora prywatnego. Równie ważne było ustalenie punktów działania dla polityków miejskich, np. przygotowania planów redukcji liczby mieszkańców slumsów o 5% do pewnej daty. Zrównoważona urbanizacja wymaga mierników redukcji biedy, zaś redukcja slumsów jest podstawowym aspektem tych wysiłków.

W dyskusji jeden z delegatów powiedział, że opisanie slumsów i ich mieszkańców wskazuje jak trwałe są nierówności i podziały między bogatymi i biednymi. Strategie i prognozy jak zintegrować biednych muszą być rozpatrywane poważnie, podobnie jak rozwijać polityki zarówno na poziomach lokalnych (władz gminnych) i centralnych.

Inny mówca powiedział, że wydaje się być ogólną zaletą, że odsetek ludności w miastach wzrósł, ale ważną kwestią z tym związaną jest „, ale w jakich warunkach”? Niektóre dane jasno wskazywały, że jakkolwiek przemieszczenia ze wsi do miast odbywały się we właściwych warunkach, to i tak bieda po prostu przenosi się ze wsi do miasta.

W odpowiedzi i podsumowaniu dyskusji Dr Moreno wskazał na przykład Afryki Południowej mówiąc o podejściu do redukcji biedy. W kraju zastosowano szeroki zakres mierników, włączając decentralizację polityki i tworzenie sieci miast. Ważne reformy narodowe dotyczące mieszkalnictwa i zaopatrzenia w usługi zostały wprowadzone i ważne zasoby zostały alokowane. Rewizja struktur zarządzania była konieczna, aby wprowadzić wszystkich aktorów tych zmian.

Po wykładzie rozpoczęła się ponownie debata, która podsumowała doświadczenia krajowe w temacie rozmieszczenia ludności, urbanizacji migracji wewnętrznych i rozwoju. Dalsza część sesji dotyczyła wdrożenia programu i przyszłego programu pracy Sekretariatu w tematyce ludności (dokumenty E/CN.9/2008/6 i E/CN.9/2008/7) oraz w zakresie rekomendacji Międzynarodowej Konferencji „Ludność i Rozwój (ICPD)”, Kair 1994.

**Keiko Osaki** – Szef Komisji Społecznej i Ekonomicznej ds. Azji i Pacyfiku (ESCAP), powiedział, iż w ubiegłym roku działalność ESCAP dotyczyła procesu starzenia się ludności i konsekwencji społeczno-gospodarczych dla regionu.

**Batool Shakoori** – Lider Grupy ds. Ludności i Polityki Społecznej Komisji Ekonomicznej i Społecznej dla Zachodniej Azji (ESCWA) przedstawiła działania w kierunku integracji zmian demograficznych z narodowymi i regionalnymi politykami rozwoju. ESCWA zorganizowało regionalne seminarium na temat starzenia się ludności i opublikowało biuletyn poświęcony procesowi starzenia się populacji w regionie.

**Armando Miranda** – (Senior Population Affairs Officer in the Population Division, UN) przedstawił notę Sekretarza Generalnego o propozycji ramowej strategii działalności Departamentu Ludności ONZ w latach 2010–2011 (dokument E/CN.9/2008/7) i raport opisujący tę działalność w 2007 r. (dokument E/CN.9/2008/6) w zakresie płodności i studiów planowania rodziny, umieralności i zdrowia, migracji międzynarodowych, szacunków i projekcji ludności, polityki ludnościowej, ludności i rozwoju.

W debacie generalnej podsumowującej doświadczenia krajowe w temacie ludności wzięli udział przedstawiciele: Japonii, Szwecji, Peru i Stały Przedstawiciel Stolicy Apostolskiej.

Dodatkowo wystąpili przedstawiciele organizacji międzynarodowych: Międzynarodowej Organizacji ds. Migracji (IOM), AARP i Światowe Stowarzyszenie Młodzieży (the World Youth Alliance).

Odnosnie wdrożenia programu i przyszłego programu pracy Sekretariatu w tematyce ludności wypowiedzieli się przedstawiciele: USA, Norwegii, Kuby, Jamajki, Maroka i Chin, a także reprezentanci ECLAC i Międzynarodowej Federacji Planowania Rodziny (International Planned Parenthood Federation.).

#### *Czwarty dzień obrad (sesja 7) – 10.04.08*

W czwartym dniu obrad odbyła się sesja poświęcona współpracy Komisji z Radą Społeczno-Ekonomiczną ONZ. Przewodniczący **Leo Merores** (Haiti) oświadczył, że Rada stała się „strażnikiem” Milenijnych Celów Rozwoju, zaś możliwości współpracy z Komisją „Ludność a Rozwój” są wszechstronne jak nigdy dotąd. Rozmieszczenie ludności i urbanizacja są w centrum współczesnego rozwoju jako przykład jego społecznych, ekonomicznych i środowiskowych aspektów. Rozwój miast był głównym zjawiskiem nieuniknionym w ewolucji ludzkości i dlatego debaty i dyskusje Komisji wyznaczają długofalową perspektywę planowania rozwoju.

W dyskusji głos zabrali przedstawiciele USA i Hiszpanii.

W dniu 10.04.2008 trwały konsultacje i negocjacje nad projektem rezolucji tematycznej.

Delegacja ściśle współpracowała z UE w wypracowaniu tekstów rezolucji, jakie zostały przyjęte przez Komisję, a także konsultowała się z UE w pozostałych kwestiach będących przedmiotem obrad Komisji<sup>2</sup>.

Stałe Przedstawicielstwo RP przy ONZ brało aktywne udział w pracach UE w negocjacji projektu rezolucji, jak również monitorowało i wspierało prezydentę w procesie negocjacji na forum ONZ, biorąc pod uwagę krajowe stanowisko w tej tematyce.

W agendzie prac 41. sesji znalazły się dwa projekty rezolucji – jeden poświęcony tematowi sesji, drugi dot. programu prac Komisji. Jednak już w czasie trwania sesji, Grupa G-77 poinformowała, że nie jest gotowa zaangażować się w negocjacje rezolucji dot. programu prac Komisji. Tym samym, biorąc również pod uwagę brak możliwości czasowych na negocjacje tego projektu, państwa podjęły decyzję, że projekt nie będzie przedmiotem prac 41. sesji Komisji.

<sup>2</sup> Tekst dotyczący negocjacji nad projektem rezolucji tematycznej opracowała Katarzyna Kukier, Pierwszy Sekretarz, Stałe Przedstawicielstwo RP przy NZ, Nowy Jork:



Negocjacje projektu należały do najtrudniejszych i najdłuższych w historii Komisji - zakończyły się w godzinach porannych 11 kwietnia (po trwających non-stop pracach, rozpoczętych 10 kwietnia). Do najtrudniejszych kwestii w ramach prac nad projektem rezolucji należały:

- **zapisy dot. finansowania działań związanych z realizacją agendy ICPD** (pomimo trudności oraz roszczeniowego stanowiska G-77, końcowy kompromis oceniamy pozytywnie – nie wychodzi poza wcześniejsze uzgodnienia oraz jest spójny ze stanowiskiem UE);
- **zapisy dot. ogólnej problematyki rozwoju oraz finansowania rozwoju** (G-77 dążyła do umieszczenia tych politycznych kwestii, nie należących do tematyki sesji w rezolucji Komisji. UE – wraz z innymi partnerami – udało się wyeliminować te proponowane zapisy).
- **zapisy dot. problematyki zdrowia prokreacyjnego w ramach agendy ICPD** – podobnie jak na innych forach, w ramach tej tematyki utrzymuje się zdecydowana różnica stanowisk między, z jednej strony USA i G-77 a z drugiej, podejściem Norwegii, Kanady i Szwajcarii. Jednak w kontekście stanowisk USA i G-77, ogólnie wiadomym jest, że po wstępnej fazie prezentacji stanowisk przez poszczególnych partnerów, nie jest możliwe uzgodnienie innego konsensusowego stanowiska niż te, które brałoby pod uwagę zastrzeżenia USA i G-77. Podobnie było również w tym przypadku. Jednocześnie należy podkreślić i wysoko ocenić, że stosunkowo szybko udało się znaleźć kompromisowe rozwiązanie w tej sprawie i została ona uzgodniona jako jedna z pierwszych w czasie ostatniego dnia negocjacji.
- **zapisy dot. zmian klimatycznych w kontekście tematu tegorocznej sesji Komisji** – zapisy proponowane przez UE spotkały się z krytyczną oceną zarówno ze strony G-77, USA, jak i Rosji. W tym kontekście bardzo trudne było doprowadzenie do umieszczenia w tekście proponowanych przez UE elementów. Zapisy dot. tej problematyki zostały uzgodnione jako ostatnie, w godzinach porannych 11 kwietnia br. Biorąc pod uwagę te trudności, ostateczny kompromis (włączenie problematyki zmian klimatu zarówno w części preambularnej jak i operacyjnej) jest dużym osiągnięciem UE.

#### *Piąty dzień obrad (sesja 8) – 11.04.08*

11 kwietnia zakończyła się 41. sesja Komisji Ludności i Rozwoju poświęcona problematyce urbanizacji, wewnętrznej migracji i rozwoju. Pomimo trudności i przedłużających się negocjacji projektu rezolucji tematycznej, udało się doprowadzić do terminowego zakończenia sesji i konsensusowego przyjęcia rezolucji – załącznik nr 3.

Podczas ostatniej debaty nad rezolucją tematyczną odbyła się dyskusja, w której udział wzięli przedstawiciele: Kuby, USA, Francji, Słowenii (w imieniu UE), Federacji Rosyjskiej i Antigua i Barbuda.

Głos zabrali także **Thomas Stelzer** (Assistant Secretary-General for Policy Coordination and Inter-Agency Affairs) i **Rogelio Fernandez-Castilla** (Director of the Technical Division, UNFPA), który mówił w imieniu Pani Thorayi Ahmed Obaid (Executive Director UNFPA).

**Hania Zlotnik** (Director of the Population Division, Department of Economic and Social Affairs) powiedziała, że urbanizacja miała główny wpływ na wiele aspektów życia ludzkiego zarówno pozytywnych jak negatywnych. Uczestnicy sesji byli zgodni, że ważną akcją jest potrzeba zwalczania ubóstwa zarówno na obszarach wiejskich jak miejskich, tak, iż bieda towarzysząca urbanizacji może być zminimalizowana.

Przewodniczący Ivan Piperkov (Bułgaria) określił sesję jako pożyteczną i owocną, mówiąc, że Komisja po raz kolejny udowodniła, iż może przysparzać pożytecznych wskazówek dla przyszłych działań. Sesja rozpatrywała wszystkie aspekty urbanizacji i wzrostu miejskiego, zwłaszcza te negatywne w kontekście ubóstwa.

Komisja zaakceptowała decyzję, iż tematem 43. Sesji w 2010 r. będzie „Zdrowie, zachorowalność, umieralność i rozwój” (Health, morbidity, mortality and development) oraz przyjęła raport 41. Sesji (dokument E/CN 9/2008/L.3) i zaakceptowała wstępny program 42. Sesji (dokument E/CN 9/2008/L.2).

Tematem przyszłej 42. Sesji Komisji Ludności i Rozwoju ONZ, która odbędzie się w 2009 r. będzie „Udział Programu Działania Międzynarodowej Konferencji ONZ „Ludność i Rozwój” Kair 1994 (ICPD) w międzynarodowych celach rozwoju, uwzględniających Milenijne Cele Rozwoju ONZ (The contribution of the Programme of Action of ICPD to the internationally agreed development goals, including the Millennium Development Goals).

Bezpośrednio po zakończeniu 41. Sesji, Komisji, odbyło się pierwsze posiedzenie 42. Sesji, podczas którego wybrano przez aklamację nowe Biuro, którego przewodniczącą została Eleanor Zuniga, Sekretarz Generalny Rządowej Rady Ludnościowej Meksyku, zaś jako wiceprzewodniczący zostali wybrani: Ivanka Tasheva (Bułgaria) Raja Nishirwan Zainal Abidin (Malezja) Yeva Ortiz de Urbina (Hiszpania) i Irene B.M.Tembo (Zambia).

Opracowała Alina Potrykowska, Sekretarz Generalny Rządowej Rady Ludnościowej



## Economic and Social Council

Distr.: General  
9 January 2008

Original: English

---

### Commission on Population and Development

Forty-first session

7-11 April 2008

Item 2 of the provisional agenda

**Adoption of the agenda and other organizational matters**

#### Provisional agenda

1. Election of officers.
2. Adoption of the agenda and other organizational matters.
3. Follow-up actions to the recommendations of the International Conference on Population and Development.
4. General debate on national experience in population matters: population distribution, urbanization, internal migration and development.
5. Programme implementation and future programme of work of the Secretariat in the field of population.
6. Provisional agenda for the forty-second session of the Commission.
7. Adoption of the report of the Commission on its forty-first session.

#### Annotations

##### 1. Election of officers

Rule 15 of the rules of procedure of the functional commissions of the Economic and Social Council stipulates that the Commission shall elect, from among the representatives of its members, a Chairman, one or more Vice-Chairmen and such other officers as may be required.

In accordance with its decision 2004/2, the Commission, immediately following the closure of its fortieth session, held the first meeting of its forty-first session for the sole purpose of electing the new Chairman and other officers of the Commission. The following officers were elected by acclamation: Chairman: Ivan Piperkov (Bulgaria); Vice-Chairpersons: Hossein Gharibi (Iran); Alicia Melgar (Uruguay); and Fredrick Lusambili Matwang'a (Kenya). The election of the Vice-Chairperson from the Western European and Other Group was deferred.

07-66456 (E) 210108



## 2. Adoption of the agenda and other organizational matters

Rule 7 of the rules of procedure of the functional commissions of the Economic and Social Council requires that the Commission shall, at the beginning of each session, adopt the agenda for that session on the basis of the provisional agenda.

On the recommendation of the Commission at its fortieth session, the Council, in its decision 2007/237, approved the provisional agenda and documentation for the forty-first session of the Commission.

At its thirtieth session, the Commission decided to authorize its Bureau to hold intersessional meetings in preparation for its sessions on a yearly basis. At its thirty-ninth session, in its resolution 2006/1, the Commission requested its Bureau to meet as frequently as necessary in preparation of its annual sessions. The Commission has before it the report of the Bureau on its intersessional meetings.

### Documentation

Provisional agenda (E/CN.9/2008/1)

Report of the Bureau of the Commission on Population and Development on its intersessional meetings (E/CN.9/2008/2)

Note by the Secretariat on the organization of work of the session (E/CN.9/2008/L.1)

## 3. Follow-up actions to the recommendations of the International Conference on Population and Development

In its resolution 49/128, in which it endorsed the recommendations of the International Conference on Population and Development, the General Assembly decided that the Commission, as a functional commission assisting the Economic and Social Council, would monitor, review and assess the implementation of the Programme of Action of the Conference at the national, regional and international levels and advise the Council thereon.

In the terms of reference of the Commission,<sup>1</sup> which were endorsed by the Council in its resolution 1995/55, the Commission was called upon to adopt a topic-oriented and prioritized multi-year programme. That work programme, inter alia, would provide a framework for assessing the progress achieved in the implementation of the Programme of Action. In its report on its twenty-eighth session, of which the Council took note in its decision 1995/236, the Commission called for the preparation of annual reports on a selected topic of the Programme of Action and a report on the review and appraisal of the Programme of Action to be prepared quinquennially.<sup>2</sup>

At its twenty-first special session, the General Assembly, in its resolution S-21/2, adopted the key actions for the further implementation of the Programme of Action.

In its decision 2006/101, the Commission reaffirmed that the special theme for the forty-first session in 2008 shall be "Population distribution, urbanization, internal migration and development".

---

<sup>1</sup> See *Official Records of the Economic and Social Council, 1995, Supplement No. 7 (E/1995/27)*, annex I, sect. I.A.

<sup>2</sup> *Ibid.*, sect. III.

## Documentation

Report of the Secretary-General on world population monitoring, focusing on population distribution, urbanization, internal migration and development (E/CN.9/2008/3)

Report of the Secretary-General on the monitoring of population programmes, focusing on population distribution, urbanization, internal migration and development (E/CN.9/2008/4)

Report of the Secretary-General on the flow of financial resources for assisting in the implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development (E/CN.9/2007/5)

### 4. General debate on national experience in population matters: population distribution, urbanization, internal migration and development

The Commission has concluded that it would be useful to make provision in its agenda for a general debate on population matters relating to the topic of the Commission's focus, during which views and national experiences could be exchanged.

### 5. Programme implementation and future programme of work of the Secretariat in the field of population

At its twenty-eighth session, the Commission suggested that the work programme, *inter alia*, continue to give high priority to the monitoring of population trends and policies; undertake the biennial preparation of estimates and projections of global, national, urban, rural and city populations; conduct studies on population and related development policies; prepare studies on interactions of population change; carry out analyses of mortality; contribute to and coordinate in-depth studies on fertility, nuptiality and reproductive rights and health, including family planning; undertake studies to improve the understanding of the causes and consequences of internal migration and international migration; increase public awareness of and information exchange on population and development issues; make the necessary arrangements for coordinating the review and appraisal of the Programme of Action; and provide technical cooperation support to developing countries, particularly the least developed countries, and, on a temporary basis, to countries with economies in transition in the light of the economic and social problems that those countries faced at that time.<sup>3</sup>

The Commission reaffirmed the content of the work programme at its twenty-ninth session (Commission resolution 1996/1).

At its thirtieth session, the Commission stressed the importance of continuing the basic work of the Population Division of the Secretariat on the crucial underpinnings of population estimates and projections; basic population trends and issues, including fertility, mortality, migration and patterns of rural and urban population change; the evolution of population policies; and understanding of the links between population and development (Commission resolution 1997/3).

<sup>3</sup> *Report of the Second World Assembly on Ageing, Madrid, 8-12 April 2002* (United Nations publication, Sales No. E.02.IV.4), chap. I, resolution 1, annex II.

At its thirty-seventh session, the Commission reaffirmed the importance of the work of the Population Division in providing the United Nations system and the international community with comprehensive and scientifically sound inputs for the analysis of progress made in achieving the goals and objectives on population and development set in the outcomes of major United Nations summits and conferences, especially the Programme of Action of the International Conference on Population and Development, the key actions for its further implementation and the Declaration of Commitment on HIV/AIDS (Commission resolution 2004/1).

The Commission further emphasized that the Population Division should continue basic work on population estimates and projections; patterns of rural and urban population change; the analysis of international migration; the implications of the changing age structure of the population for development; the increasing diversity of fertility and mortality levels and trends; the interrelations among population, resources, the environment and development; and the evolution of population policies, applying a gender perspective in this regard (Commission resolution 2004/1).

As indicated in the biennial programme plan and priorities for the period 2006-2007,<sup>4</sup> the objective of the subprogramme in population is to promote policy debate on current and foreseeable population issues at the national and international levels with a view to enabling Member States to effectively address population and development issues. Paragraph 7.12 of the biennial programme plan designated the Population Division as the body responsible for the subprogramme and mandated the Division to achieve this objective by (a) providing substantive servicing to United Nations bodies, especially to the Commission on Population and Development, and assessing progress made in the implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development; (b) facilitating the discussion of key or emerging population issues by convening meetings of experts or Government representatives; (c) preparing comprehensive studies on population issues and population trends relating to fertility, mortality, international and internal migration, HIV/AIDS, urbanization, population growth, population ageing, population prospects, population policy and population in relation to development; (d) disseminating population information and policy-relevant findings in the area of population, particularly through the Population Division website; and (e) building capacity to address population issues at the national level through workshops or the dissemination of technical material, such as manuals and software.

The Commission has before it for consideration a note by the Secretary-General on the biennial programme plan of the draft strategic framework for the period 2010-2011 for subprogramme 6, Population, of programme 7, Economic and Social Affairs.<sup>5</sup> The Commission is invited to review the proposed strategic framework and provide its comments. The proposed biennial programme plan, modified as appropriate, will be submitted to the Committee for Programme and Coordination at its forty-eighth session. Its recommendations thereon will be transmitted to the General Assembly as its sixty-third session, when it will consider the proposed strategic framework for the period 2010-2011.

---

<sup>4</sup> A/59/6/Rev.1.

<sup>5</sup> E/CN.9/2008/7.

## Documentation

Report of the Secretary-General on programme implementation and progress of work in the field of population, 2007 (E/CN.9/2008/6)

Note by the Secretary-General on the proposed strategic framework for the period 2010-2011: subprogramme 6, Population, of programme 7, Economic and Social Affairs (E/CN.9/2008/7)

### 6. Provisional agenda for the forty-second session of the Commission

In accordance with rule 9 of the rules of procedure of the functional commissions of the Economic and Social Council, the Commission will have before it the draft provisional agenda for its forty-second session, together with an indication of the documents to be submitted under each item and the legislative authority for their preparation, in order to enable the Commission to consider those documents from the point of view of their contribution to the work of the Commission and of their urgency and relevance in the light of the current situation.

The attention of the Commission is drawn to Council resolutions 1979/41 and 1981/83 on the control and limitation of documentation. In addition, the Commission is reminded that the Council, in paragraph 1 (j) of resolution 1982/50 on the revitalization of the Council, urged all its subsidiary bodies to exercise the utmost restraint in making requests of the Secretary-General for new reports and studies and to implement fully the provisions of the decisions of the Council and of the General Assembly with respect to the control and limitation of documentation.

The attention of the Commission is also drawn to paragraph 4 of the annex to Council resolution 1982/50, in which the Secretary-General recommended that (a) the documentation and programme of work of the subsidiary bodies of the Council and the Assembly be streamlined in order to enable the subsidiary bodies to perform effectively the functions entrusted to them; (b) the Council and the Assembly continue to review the provisional agendas for their subsidiary bodies, together with the list of requested documentation, in order, *inter alia*, to establish greater consistency in the overall request for documentation and its orderly consideration at the intergovernmental level, taking fully into account the medium-term plan and the programme budget; and (c) in doing so, the Council and the Assembly also take into account the need for the consolidation of items and documentation for their subsidiary machinery.

Furthermore, in its resolution 1981/83, the Council instructed its subsidiary bodies to take urgent measures to streamline their agendas and programmes of work and to bring about a substantial reduction in their requests for documents, bearing in mind the duration and the cycles of their meetings, and to report to the Council on measures adopted, taking strictly into account the guidelines set forth in the pertinent resolutions and decisions of the Council and the Assembly.

In decision 1983/163, the Council requested the Secretary-General (a) to bring to the attention of intergovernmental and expert bodies, before decisions were adopted, any request for documentation that exceeded the ability of the Secretariat to prepare and process on time and within its approved resources; and (b) to draw the attention of intergovernmental bodies to areas where duplication of documentation was likely to occur and/or where opportunities for integrating or consolidating documents that

dealt with related or similar themes might exist, with a view to rationalizing documentation.

**Documentation**

Note by the Secretariat containing the draft provisional agenda for the forty-second session of the Commission (E/CN.9/2008/L.2)

**7. Adoption of the report of the Commission on its forty-first session**

In accordance with rule 37 of the rules of procedure of the functional commissions of the Economic and Social Council, the Commission shall submit a report to the Council on the work of each session.

---





## Economic and Social Council

Distr.: Limited  
19 March 2008

Original: English

---

### Commission on Population and Development

Forty-first session

7-11 April 2008

Item 2 of the provisional agenda\*\*

Adoption of the agenda and other organizational matters

### Organization of work of the session

#### Note by the Secretariat

1. The draft organization of work of the forty-first session of the Commission on Population and Development, which is contained in the annex to the present note, has been prepared in order to facilitate the Commission's consideration of the items in the agenda for the session in accordance with the time and conference services allocated to it. The annotated provisional agenda for the session has been circulated as document E/CN.9/2008/1.

2. Meeting facilities will be available for two meetings of the Commission each day. Meetings are held from 10 a.m. to 1 p.m. and from 3 to 6 p.m.

---

\* Reissued for technical reasons.

\*\* E/CN.9/2008/1.



## Annex

## Draft organization of work, 7-11 April 2008

<i>Date/time</i>	<i>Agenda item/programme/documentation</i>
<b>Monday, 7 April</b>	
10 a.m.-1 p.m.	2. Adoption of the agenda and other organizational matters  Provisional agenda and organization of work (E/CN.9/2008/1; E/CN.9/2008/L.1)  Report of the Bureau of the Commission on its intersessional meetings (E/CN.9/2008/2)
	3. Follow-up actions to the recommendations of the International Conference on Population and Development  Report of the Secretary-General on world population monitoring, focusing on population distribution, urbanization, internal migration and development (E/CN.9/2008/3)  Report of the Secretary-General on the monitoring of population programmes, focusing on population distribution, urbanization, internal migration and development (E/CN.9/2008/4)  Report of the Secretary-General on the flow of financial resources for assisting in the implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development (E/CN.9/2008/5)
3-4 p.m.	Keynote statement by David Satterthwaite on "Urbanization and internal migration: their relevance for sustainable development"
4-6 p.m.	3. <i>(Continued)</i>  Simultaneous with plenary: informal consultations on draft resolutions
<b>Tuesday, 8 April</b>	
10 a.m.-noon	3. <i>(Continued)</i>  4. General debate on national experience in population matters: population distribution, urbanization, internal migration and development  Simultaneous with plenary: informal consultations on draft resolutions
Noon-1 p.m.	Keynote statement by Mark Montgomery on "Urban growth and poverty"

<i>Date/time</i>	<i>Agenda item/programme/documentation</i>
3-4 p.m.	Keynote statement by Helen Zille on "Urban governance, lessons learned and challenges ahead: the example of Cape Town"
4-6 p.m.	4. <i>(Continued)</i> Simultaneous with plenary: informal consultations on draft resolutions
<b>Wednesday, 9 April</b>	
10 a.m.-noon	5. Programme implementation and future programme of work of the Secretariat in the field of population  Report of the Secretary-General on programme implementation and progress of work in the field of population, 2007 (E/CN.9/2008/6)  Note by the Secretary-General on the proposed strategic framework for the period 2010-2011: subprogramme 6, Population, of programme 7, Economic and social affairs (E/CN.9/2008/7)  Simultaneous with plenary: informal consultations to discuss draft resolutions
Noon-1 p.m.	Keynote statement by Eduardo Moreno on "Improving the lives of urban slum-dwellers"
3-6 p.m.	5. <i>(Continued)</i> Simultaneous with plenary: informal consultations on draft resolutions  <i>Deadline for submission of draft proposals under items 3, 5 and 6</i>
<b>Thursday, 10 April</b>	
10 a.m.-1 p.m.	6. Provisional agenda for the forty-second session of the Commission  Note by the Secretariat containing the draft provisional agenda for the forty-second session of the Commission (E/CN.9/2008/L.2)
3-6 p.m.	<i>Informal consultations</i>
<b>Friday, 11 April</b>	
10 a.m.-1 p.m.	<i>Informal consultations</i>
3-6 p.m.	<i>Action on draft proposals</i>  7. Adoption of the report of the Commission on its forty-first session  <i>Closure of the session<sup>a</sup></i>

<sup>a</sup> In accordance with **Economic and Social Council decision 2005/213 of 31 March 2005**, the Commission, immediately following the closure of the forty-first session, will hold the first meeting of its forty-second session for the sole purpose of electing a new Chairman and other members of the Bureau, in accordance with rule 15 of the rules of procedure of the functional commissions of the Council.

**REPUBLIC OF POLAND**  
**PERMANENT MISSION TO THE UNITED NATIONS**

9 EAST 66th STREET, NEW YORK, N.Y. 10021

TEL. (212) 744-2506



Commission on Population and Development  
Forty first session  
Agenda Item 4: General Debate on national  
experience in population matters:  
population distribution, urbanization,  
internal migration and development.

*Check against delivery*

**S T A T E M E N T**

by

**Ms Alina POTRYKOWSKA**

**Secretary General  
Governmental Population Council**

**Poland**

New York, 8 April, 2008

Mr. Chairman, Distinguished Delegates, Ladies and Gentlemen!

I would like to congratulate you on organizing the 41<sup>th</sup> Session of the Commission on Population and Development devoted to the population distribution, urbanization, internal migration, and development. Mr Chairman I would like to join other delegations in congratulating you on your election to the Chair of this session.

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

— As regards the demographic transformation, experienced by Poland, the following phenomena deserve special attention:

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

Demographic processes are of fundamental importance for outlining the long-term strategy of development of our country.

Mr Chairman,

As regards the number of population, Poland occupies the thirtieth position among the countries of the world and the ninth position in Europe.

The process of intensive demographic changes in Poland is being monitored. These changes were initiated at the beginning of the socio-economic transformation. Since then Poland has become an attractive country to settle in. Over the past decade we experienced a significantly increased inflow of population from other countries. However, the tendency to emigrate is still strong. The permanent emigration level increased almost twofold in 2006 in comparison to the previous year, exceeding the level of 46 900 persons. It led to an increase of the negative balance due to emigration, reaching the level of 36 100 persons in 2006. The scale of temporary emigration is of much higher importance in this respect. It is estimated by the CSO at almost 2 million persons. It has many consequences not only demographic, but also economic and social ones. The necessity to analyse the international migration in Poland ensues from both Poland's accession to the European Union as well as the process of globalization. Also a stagnant trend of internal migration volumes was observed but still the number of people changing place of residence amounted almost 480 000 people.

Since the beginning of the decade a negative net-migration for rural areas has reversed completely into a positive balance and it also grew considerably to disfavour urban areas.

An analysis of absolute and relative volumes of internal and international migrations is of great importance for an assessment of the changes of demographic situation, both on the national level and for the regions, in particular in a period of social and economic transformation. In Poland in 1990-2006 such transformation was additionally enhanced by the program of economy restructuring and modernization. The processes that occurred as a result of Poland's accession to the European Union, especially due to opening of labour markets for Poles in most the EU countries, are concurrent with these phenomena.

Distinguished Delegates,

Regional differentiation of demographic processes in Poland is still a factor shaping different dynamics of population and changes in rural areas, in urban agglomerations and in regional cross-section. A significant dispersion is characteristic for a settlement network in Poland: there are as many as 884 towns and almost 43 thousand villages. In 2061, 61.3% of country's population lived in urban areas, and 38.7% - in rural areas. Territorial distribution of the increase or decrease in population was not even. One can observe three major types of the changes in population density: 1) concentration of population in metropolitan

areas and in urban agglomerations, 2) de-concentration within metropolitan areas and urban agglomerations, 3) depopulation of peripheral rural areas. A considerable decrease in population was observed in rural areas with the old demographic structure of population. The phenomenon of urban sprawl should also be included among these features.

Mr Chairman,

Urbanization is one of the most characteristic social and economic processes in Poland. After World War II, the most significant process was industrialization which had a very important role in the process of urbanization and gave the Polish cities a specific character. The social and spatial structure of the cities was changed to a considerable extent and the settlement system of the country was modified significantly as well.

The structure of the urban system in Poland is characterized by a high degree of polycentrism with a full hierarchical structure and a relatively regular spatial distribution. Another characteristic feature for polycentrism of the urban Polish system is a low degree of the capital city primacy (Warsaw) – i.e. its domination in terms of size over other large cities. Polycentric structure of the urban system is an advantage of Poland's spatial organization. Metropolitan areas, large cities and their multi-functional urban agglomerations quite efficiently adapt to the rules of the open market economy. The processes of metropolitanization of space, with suburbanization as one of their aspects, mean a progressing polarization within the settlement system.

The contemporary transformations of urban areas in Poland are related to the social and economic transformation, transformation to a market economy and to the effect of the processes associated with the European integration and globalization.

Mr Chairman,

A significant factor of economic development in Poland was the integration with the European Union in May 2004. On the one hand the expected positive influence of the integration with the European Union on the Polish economy caused a rapid increase in entrepreneurial activities at the Polish market, on the other hand, adjustment of Polish law and liberalization of the foreign trade made Poland more attractive to foreign investors. The economic revival, which has been maintained for a few years, contributed to a continued high economic growth. The high internal demand and increase in individual consumption had the most significant influence on GDP growth rate. According to provisional CSO estimates, in 2007, GDP growth reached a level of 6.5% and increase in consumption resulted mainly from improvement of situation in the labour market. In 2008, the economic growth should reach the level of 5.5%.

Poland is becoming more and more attractive to the foreign investors. This is proved by an increasing value of foreign direct investments. In 2006 Poland achieved position of the leader among the new members of European Union regarding foreign investments. Value of the investments in Poland in 2006 amounted to 15,2 billion EUR and in 2007, according to preliminary estimated data – 13.7 billion EUR.

High unemployment rate still creates problems in the Polish economy although the situation at the labour market has been improving significantly for 2 years. Taking into account the character of the Polish labour market – structure of the unemployment as well as a mismatch between demand and supply, the problem can though deepen.

Human resources will be the greatest advantage in the development of Poland in the next thirty years, and their distribution will be playing a decisive role in the regional structure of transformation, and as a consequence – in the changes of the spatial organization of the country.

Finally, let me add that a more detailed “*National Report: population distribution, urbanization, internal migration and development in Poland*” has been made available in the room.

Thank you for your attention

# **Commission on Population and Development**

**Forty-first session  
(13 April 2007 and 7-11 April 2008)**

**Resolutions and Decisions Adopted by the Commission**



United Nations • New York, 2008

---

## Resolution 2008/1 Population distribution, urbanization, internal migration and development

*The Commission on Population and Development,*

*Recalling* the Programme of Action of the International Conference on Population and Development,<sup>1</sup> in particular chapter IX, on population distribution, urbanization and internal migration, and the key actions for further implementation of the Programme of Action,<sup>2</sup> in particular section II.D, on internal migration, population distribution and urban agglomerations,

*Recalling also* the United Nations Millennium Declaration<sup>3</sup> and the 2005 World Summit Outcome,<sup>4</sup> as well as General Assembly resolution 60/265 of 30 June 2006 on the follow-up to the development outcome of the 2005 World Summit, including the Millennium Development Goals and other internationally agreed development goals,

*Recalling further* the relevant provisions on population distribution, urbanization and internal migration and development contained, inter alia, in the Rio Declaration on Environment and Development,<sup>5</sup> Agenda 21,<sup>6</sup> the Programme for the Further Implementation of Agenda 21,<sup>7</sup> the Johannesburg Declaration on Sustainable Development<sup>8</sup> and the Plan of Implementation of the World Summit on Sustainable Development (“Johannesburg Plan of Implementation”),<sup>9</sup> the Copenhagen Declaration on Social Development and its Programme of Action,<sup>10</sup> the Habitat Agenda<sup>11</sup> and the Declaration on Cities and Other Human Settlements in the New Millennium,<sup>12</sup> as well as the Political Declaration on HIV/AIDS of 2 June 2006,<sup>13</sup> the Monterrey Consensus of the International Conference on Financing for

---

<sup>1</sup> *Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994* (United Nations publication, Sales No. E.95.XIII.18), chap. I, resolution 1, annex.

<sup>2</sup> See General Assembly resolution S-21/2, annex; *Official Records of the General Assembly, Twenty-first special session, Supplement No. 3 (A/S-21/5/Rev.1)*; and A/S-21/PV.9.

<sup>3</sup> See General Assembly resolution 55/2.

<sup>4</sup> See General Assembly resolution 60/1.

<sup>5</sup> *Report of the United Nations Conference on Environment and Development, Rio de Janeiro, 3-14 June 1992*, vol. I: *Resolutions adopted by the Conference* (United Nations publication, Sales No. E.93.I.8 and corrigenda), resolution 1, annex I.

<sup>6</sup> *Ibid.*, annex II.

<sup>7</sup> General Assembly resolution S-19/2, annex.

<sup>8</sup> *Report of the World Summit on Sustainable Development, Johannesburg, South Africa, 26 August-4 September 2002* (United Nations publication, Sales No. E.03.II.A.1 and corrigendum), chap. I, resolution 1, annex.

<sup>9</sup> *Ibid.*, chap. I, resolution 2, annex.

<sup>10</sup> *Report of the World Summit for Social Development, Copenhagen, 6-12 March 1995* (United Nations publication, Sales No. E.96.IV.8), chap. I, resolution 1, annexes I and II.

<sup>11</sup> *Report of the United Nations Conference on Human Settlements (Habitat II), Istanbul, 3-14 June 1996* (United Nations publication, Sales No. E.97.IV.6), chap. I, resolution 1, annex II.

<sup>12</sup> General Assembly resolution S-25/2, annex.

<sup>13</sup> See General Assembly resolution 60/262, annex.



---

Development,<sup>14</sup> the Beijing Declaration and Platform for Action<sup>15</sup> and the Barbados Programme of Action,<sup>16</sup>

*Recognizing* that the implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development and the key actions for its further implementation are integrally linked to global efforts to eradicate poverty and achieve sustainable development and that the achievement of the goals of the Programme of Action is consistent with and makes an essential contribution to the achievement of the internationally agreed development goals, including the Millennium Development Goals,

*Recognizing also* that the world population is undergoing a historic and unprecedented transformation from being mostly rural to being predominantly urban, but that major disparities in the level of urbanization remain among regions and countries, with Africa and Asia still being mostly rural and other regions being highly urbanized, and therefore that this transformation requires integrated and participatory approaches to spatial management, including through coordinated action between national Governments and local authorities, with the support of the international community,

*Recognizing further* the negative impact of environmental degradation, including climate change, on population distribution, internal migration, urbanization and development, as well as the challenges that rural and urban transformations carry for environmental sustainability,

*Noting* that the number of urban dwellers in developing countries is growing significantly and that future population growth will be concentrated primarily in the urban areas of developing countries, particularly in small and medium-sized cities,

*Recognizing* that natural increase, internal migration and the reclassification of rural areas as urban contribute to urban population growth,

*Recognizing also* that the levels of poverty are highest in rural areas, that poverty levels are increasing in the urban areas of some developing countries and that the urban poor are especially vulnerable and often have no other option but to live in slums, which are characterized by overcrowded conditions, unsafe housing, crime and other social problems, and lack of access to improved water sources, sanitation and health services,

*Recognizing further* that in developing countries, there are differences among urban settings regarding access to social services,

*Recalling* the commitment to achieve universal access to reproductive health by 2015, as set out at the International Conference on Population and Development, integrating this goal in strategies to attain the internationally agreed development goals, including those contained in the Millennium Declaration, aimed at reducing

---

<sup>14</sup> *Report of the International Conference on Financing for Development, Monterrey, Mexico, 18-22 March 2002* (United Nations publication, Sales No. E.02.II.A.7), chap. I, resolution 1, annex.

<sup>15</sup> *Report of the Fourth World Conference on Women, Beijing, 4-15 September 1995* (United Nations publication, Sales No. E.96.IV.13), chap. I, resolution 1, annexes I and II.

<sup>16</sup> *Report of the Global Conference on the Sustainable Development of Small Island Developing States, Bridgetown, Barbados, 25 April-6 May 1994* (United Nations publication, Sales No. E.94.I.18 and corrigenda), chap. I, resolution 1, annex II.

---

maternal mortality, improving maternal health, reducing child mortality, promoting gender equality, combating HIV/AIDS and eradicating poverty,

*Taking note* of the reports of the Secretary-General on world population monitoring<sup>17</sup> and on the monitoring of population programmes,<sup>18</sup> both of which focus on population distribution, urbanization, internal migration and development, and taking note also of the report of the Secretary-General on the flow of financial resources for assisting in the implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development,<sup>19</sup>

*Acknowledging* that for developing countries that cannot generate sufficient resources, the lack of adequate funding remains the chief constraint to the full implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development, and urging the international community, including Governments of both donors and developing countries, to continue to mobilize the required resources for the full implementation of the Programme of Action, taking into consideration current needs,

*Recognizing* that poverty, unemployment, hunger and malnutrition are some of the major causes of migration from rural to urban areas in many developing countries,

*Affirming* that all States and all people should cooperate to eradicate poverty and attain sustainable development in order to decrease disparities in standards of living and better meet the needs of the majority of the people of the world,

1. *Reaffirms* the Programme of Action of the International Conference on Population and Development<sup>5</sup> and the key actions for its further implementation;<sup>4</sup>

2. *Calls upon* Governments, in formulating population distribution policies, to ensure that their objectives and goals are consistent with internationally agreed development goals, including the Millennium Development Goals, all human rights and fundamental freedoms, the eradication of poverty in both urban and rural areas, the promotion of gender equality, equity and empowerment of women and environmental sustainability;

3. *Reaffirms* the commitments to, and emphasizes the need to fully implement, the global partnership for development set out in the United Nations Millennium Declaration,<sup>5</sup> the Monterrey Consensus of the International Conference on Financing for Development<sup>16</sup> and the Plan of Implementation of the World Summit for Sustainable Development (“Johannesburg Plan of Implementation”),<sup>11</sup> and to enhance the momentum generated by the 2005 World Summit in order to operationalize and implement, at all levels, the commitments set out in the outcomes of the major United Nations conferences and summits, including the 2005 World Summit, in the economic, social and related fields;

4. *Calls upon* Governments to address the challenges and opportunities of urban growth and internal migration by taking prompt, forward-looking and sustained action to ensure that those phenomena have a positive impact on economic growth, poverty eradication and environmental sustainability and, in doing so, to enable the participation and representation of all relevant stakeholders in planning

---

<sup>17</sup> E/CN.9/2008/3 and Corr.1.

<sup>18</sup> E/CN.9/2008/4.

<sup>19</sup> E/CN.9/2008/5.

---

for an urban future, and calls upon the international community to support the efforts of developing countries in this regard, including through building capacities to respond to these challenges and opportunities;

5. *Urges* Governments to promote development that would encourage linkages between urban and rural areas in recognition of their economic, social and environmental interdependence;

6. *Emphasizes* the need to eradicate poverty in rural areas, including through strategies that, integrating a gender perspective, are aimed at promoting interactions between cities and rural localities, particularly by generating employment for rural residents, creating opportunities to market agricultural products in urban areas and facilitating access to credit, education, vocational training and health services for rural residents and rural-urban migrants;

7. *Also emphasizes*, in the context of population distribution, urbanization, internal migration and development, and bearing in mind national priorities, the importance of establishing and funding active labour market policies devoted to the promotion of full and productive employment and decent work for all, including the full participation of women in all international and national development and poverty eradication strategies, the creation of more and better jobs for women, both urban and rural, and their inclusion in social protection and social dialogue;

8. *Urges* Governments to improve the plight of the urban poor, many of whom work in the informal sector of the economy, and to promote the integration of internal migrants from rural areas into urban areas by developing and improving their income-earning capability, with special attention to women, in particular female workers and female heads of households;

9. *Calls upon* Governments to take into account the impacts of population distribution, urbanization, internal migration and development in the formulation of family-sensitive policies in the field of housing, work, health, social security and education;

10. *Also calls upon* Governments to increase the capacity and competence of city and municipal authorities to manage urban development to safeguard the environment, to respond to the need of all citizens, including young people and urban squatters, for personal safety, basic infrastructure and services, to eliminate health and social problems, including problems of drugs and criminality, and problems resulting from overcrowding and disasters, and to provide people with alternatives to living in areas prone to natural and man-made disasters;

11. *Urges* Governments to promote healthy living in both rural and urban areas in all spheres of health, including sexual and reproductive health, in particular the improvement of maternal, child and adolescent health, and efforts to reduce maternal and child mortality, in the light of the challenges and opportunities presented by population distribution, urbanization, internal migration and development;

12. *Calls upon* Governments to develop and implement policies aimed at ensuring that all persons, irrespective of where they live, have adequate economic and social protection during old age;

13. *Recognizes* that the effective implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development requires an

---

increased commitment of financial resources, both domestically and externally, and in this context calls upon developed countries to complement the national financial efforts of developing countries related to population and development and to intensify their efforts to transfer new and additional resources to the developing countries, in accordance with the relevant provisions of the Programme of Action, in order to ensure that population and development objectives and goals are met;

14. *Notes* that recent increases in the flow of financial resources for assisting in the implementation of the Programme of Action have been primarily a result of the increased funding for HIV/AIDS activities, and expresses concern that funding for family planning is far below the suggested targets;

15. *Encourages* Governments, in formulating and implementing policies, strategies and programmes on HIV/AIDS prevention, treatment, care and support and on other communicable diseases, to focus on the diverse and special needs of urban and rural populations and of migrant populations, including temporary migrants, and emphasizes the need to address the overall expansion and feminization of the HIV/AIDS pandemic;

16. *Also encourages* Governments to promote the principles and practice of sustainable urbanization in order to address environmental issues, including climate change, thereby reducing the vulnerability of the low-income sectors of society to the risks posed by environmental impacts in a rapidly urbanizing world, and invites the international donor community to support the efforts of developing countries in this regard;

17. *Urges* Governments to set up or, where they already exist, to strengthen relevant institutions and mechanisms for spatially disaggregated data collection, demographic estimates and projections by age, sex and household composition linked to environmental, economic and social issues at the national and local levels in order to inform policy formulation, regional, urban and rural planning, the planning of service provision, investment decisions or advocacy in favour of vulnerable and marginalized groups, bearing in mind the gender perspective;

18. *Stresses* the need for technical and financial support for the activities associated with the preparation and conduct of the 2010 round of population censuses, which will provide important data on urban and rural development;

19. *Acknowledges* that the United Nations regional commissions play an important role in adapting the international population and development agenda to the regional contexts, and encourages the Secretary-General to continue relying on the regional commissions for the implementation of the regional population and development agendas;

20. *Requests* the Secretary-General to continue, in the framework of the implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development, his substantive work on population distribution, urbanization and internal migration, including integrating a gender perspective into its analyses and recommendations, in collaboration and coordination with relevant United Nations agencies, funds and programmes and other relevant international organizations, and to continue assessing the progress made in achieving the goals and objectives on population distribution, urbanization, internal migration and development set out in the outcomes of the major United Nations conferences and summits, giving due consideration to their implications for development.

**Decision 2008/101**  
**Special theme for the Commission on Population and Development**  
**in 2010**

The Commission on Population and Development decides that the special theme for the forty-third session of the Commission in 2010 shall be "Health, morbidity, mortality and development".

**Decision 2008/102**  
**Documents considered by the Commission on Population and**  
**Development at its forty-first session**

The Commission on Population and Development takes note of the following documents:

- (a) Report of the Secretary-General on programme implementation and progress of work in the field of population in 2007: Population Division, Department of Economic and Social Affairs;<sup>22</sup>
- (b) Note by the Secretary-General on the proposed strategic framework for the period 2010-2011: Subprogramme 6, Population, of programme 7, Economic and Social Affairs.<sup>23</sup>

---

<sup>22</sup> E/CN.9/2008/6.

<sup>23</sup> E/CN.9/2008/7.



## VI.

# SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI RZĄDOWEJ RADY LUDNOŚCIOWEJ W 2007 R.

## SPIS TREŚCI:

Wprowadzenie

- I. Posiedzenia plenarne RRL
- II. Raport rządowej rady ludnościowej pt. „sytuacja demograficzna Polski. raport 2005–2006”
- III. Komisja onz ds. ludności i rozwoju
- IV. Udział w konferencjach krajowych i międzynarodowych
- V. Posiedzenia prezydium rrl oraz prace sekretariatu RRL

Załączniki:

1. Protokół z posiedzenia plenarnego Rządowej Rady Ludnościowej z dnia 19 kwietnia 2007 r.
2. Protokół z posiedzenia plenarnego Rządowej Rady Ludnościowej z dnia 15 października 2007 r.
3. Dokumentacja z 40. Sesji Komisji ONZ do spraw Ludności i Rozwoju pt. „Wpływ zmian struktury wiekowej społeczeństwa na rozwój” (Nowy York 9-13 kwietnia 2007 r.)

## Wprowadzenie

Rządowa Rada Ludnościowa działa pod przewodnictwem dr hab. *prof. SGH* Zbigniewa Strzeleckiego, a jej obsługę zapewnia Główny Urząd Statystyczny. Rada funkcjonuje na podstawie Zarządzenia Nr 85 Prezesa Rady Ministrów z dnia 29 maja 2006 r. w sprawie utworzenia Rady do spraw koordynacji działań międzyresortowych w zakresie polityki ludnościowej z póź. zm. – Zarz. nr 165 Prezesa RM z dn. 7 listopada 2006 r., Zarz. nr 29 Prezesa RM z dn. 23 marca 2007 r. Szczegółowy tryb działania Rządowej Rady Ludnościowej oraz zakres działania Przewodniczącego, Prezydium i Sekretarza Generalnego Rady określa regulamin uchwalany przez Rządową Radę Ludnościową - Uchwała Nr 1/2006 Rządowej Rady Ludnościowej z dnia 14 grudnia 2006 r. Od marca 2005 r. RRL posiada stronę internetową [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl), na której zamieszczone są publikacje oraz informacja o działalności, strukturze i składzie RRL.

Zgodnie z Zarządzeniem nr 85 Prezesa Rady Ministrów z dnia 29 maja 2006 r. w sprawie Rady do Spraw Koordynacji działań międzyresortowych w zakresie polityki ludnościowej oraz Zarz. nr 29 Prezesa RM z dn. 23 marca 2007 r. w **skład Rządowej Rady Ludnościowej wchodzi:**

- 1) Przewodniczący – dr hab. Zbigniew Strzelecki prof. Szkoły Głównej Handlowej,
- 2) Zastępcy przewodniczącego:
  - a) prof. dr hab. Józefina Hrynkiewicz – Uniwersytet Warszawski,
  - b) prof. dr hab. Janusz Witkowski – Wiceprezes Głównego Urzędu Statystycznego,
- 3) Sekretarz Generalny Rady – dr Alina Potrykowska - Instytut Geografii i Przestrzennego Zagospodarowania PAN,
- 4) Członkowie powoływani imiennie:
  - a) dr hab. Bożena Balcerzak-Paradowska – Instytut Pracy i Spraw Socjalnych,
  - b) ks. prof. dr hab. Janusz Balicki – Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego,
  - c) prof. dr hab. Bogdan Chazan – Dyrektor Szpitala Położniczo-Ginekologicznego im. Św. Rodziny w Warszawie,
  - d) prof. dr hab. Lucyna Frąckiewicz – Akademia Ekonomiczna w Katowicach,
  - e) dr hab. Irena E. Kotowska – prof. SGH, Szkoła Główna Handlowa
  - f) prof. dr hab. Jerzy T. Kowaleski – Uniwersytet Łódzki,
  - g) dr hab. Ireneusz Kuropka - prof. AE, Akademia Ekonomiczna we Wrocławiu,
  - h) prof. dr hab. Adam Kurzynowski – Szkoła Główna Handlowa,
  - i) prof. dr hab. Antoni Rajkiewicz – Uniwersytet Warszawski,
  - j) prof. dr hab. Robert Rauziński – Instytut Śląski w Opolu,
  - k) dr hab. Andrzej Rączaszek - prof. AE, Akademia Ekonomiczna w Katowicach
  - l) prof. dr hab. Iwona Roeske-Słomka – Akademia Ekonomiczna w Poznaniu,
  - m) prof. dr hab. Izydor Sobczak – Gdańska Wyższa Szkoła Humanistyczna, Uniwersytet Gdański
  - n) prof. dr hab. med. Janusz Szymborski – Biuro Rzecznika Praw Dziecka,
  - o) prof. dr hab. Eugeniusz Z. Zdrojewski – Wyższa Szkoła Ekonomiczna w Warszawie,
- 5) członkowie pełniący określone funkcje:
  - a) przedstawiciel kancelarii Prezesa Rady Ministrów,
  - b) przedstawiciel Komitetu Nauk Demograficznych Polskiej Akademii Nauk,
  - c) przedstawiciel Polskiego Towarzystwa Demograficznego,
  - d) przedstawiciel organizacji pozarządowych,
  - e) przedstawiciel Konwentu Marszałków,
  - f) przedstawiciel Instytutu Kardiologii,
  - g) przedstawiciel Instytutu Matki i Dziecka,
  - h) przedstawiciel Centrum Onkologii - Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie,
  - i) przedstawiciel Instytutu Żywności i Żywienia
- 6) członkowie delegowani przez:
  - a) Ministra Edukacji Narodowej,
  - b) Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego,
  - c) Ministra Obrony Narodowej,
  - d) Ministra Pracy i Polityki Społecznej,
  - e) Ministra Sportu,
  - f) Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji,

- g) Ministra Spraw Zagranicznych,
- h) Ministra Zdrowia,
- i) Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych,
- j) Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego,
- k) Prezesa Urzędu do Spraw Repatriacji i Cudzoziemców

## I. Posiedzenia plenarne RRL

W 2007 r. odbyły się dwa posiedzenia plenarne Rządowej Rady Ludnościowej (w dniu 19 kwietnia i 19 października 2007 r.)

### Przedmiotem posiedzenia plenarnego w dniu 19 kwietnia 2007 r. było:

1. Debata nad projektem polityki rodzinnej rządu.
  - Prezentacja programu przez Panią Joannę Kluzik-Rostkowską, wiceminister pracy i polityki socjalnej
  - Opinie członków Rządowej Rady Ludnościowej:
    - prof. dr hab. J. Hrynkiewicz,
    - prof. dr hab. B. Balcerzak-Paradowska,
    - prof. dr hab. A. Kurzynowski.
2. Projekt stanowiska RRL w sprawie projektu polityki rodzinnej.
3. Projekt raportu 2006–2007 „Sytuacja demograficzna Polski”.
4. Sprawy różne:
  - protokół z posiedzenia RRL w dniu 14.12.2006 r.,
  - plan pracy Rady,
  - „Sytuacja demograficzna Polski”. Raport 2005–2006,
  - sprawozdanie z działalności RRL za rok 2006.

Szczegółowe omówienie przebiegu posiedzenia zawiera *Protokół z posiedzenia plenarnego Rządowej Rady Ludnościowej z dnia 19 kwietnia 2007 r.* – załącznik nr 1.

### Przedmiotem posiedzenia plenarnego w dniu 15 października 2007 r. było:

1. Perspektywy starzenia się ludności Polski a zabezpieczenie społeczne – referaty:
  - a) Prof. dr hab. Józefina Hrynkiewicz – „Starzenie się ludności polskiej a system ubezpieczeń społecznych”
  - b) Prof. dr hab. Lucyna Frąckiewicz – „Potrzeby społeczne starzejącego się społeczeństwa w Polsce”
  - c) Dr hab. Gertruda Uścińska – „Zasady ubezpieczenia społecznego w UE a reformy polskiego systemu ubezpieczeń społecznych”
  - d) Dyskusja
2. Dyskusja nad projektem raportu 2006-2007 „Sytuacja demograficzna Polski”
3. Informacja: Biuletyn RRL nr 52
4. Przyjęcie protokołu z posiedzenia RRL w dniu 19. 04. 2007 r

II. Podstawowym statutowym obowiązkiem Rządowej Rady Ludnościowej jest opracowywanie corocznych raportów o sytuacji demograficznej Polski. RRL opracowała i przyjęła Raport 2005–2006 „Sytuacja demograficzna Polski”.

W dniu 26 kwietnia 2007 r. XXXI roczny raport o sytuacji demograficznej kraju przedstawiono do wiadomości członkom Rady Ministrów.

Najważniejsze ustalenia i wnioski Raportu są następujące:

#### *Tendencje ogólne*

Szacuje się, że na koniec 2006 r. liczba ludności Polski wynosiła 38 122 tys. osób, co oznacza, że rok 2006 był ósmym z kolei rokiem rzeczywistego ubytku liczby mieszkańców Polski.

Wyniósł on jak się ocenia 35 tys. osób głównie w wyniku ubytku w związku z migracjami zagranicznymi (saldo wyniosło ok. minus 40 tys. osób). Na stałe wyjechało za granicę, jak się ocenia, ok. 51 tys.



osób, tj. dwukrotnie więcej niż średnio w latach poprzednich, a zamieszkało na stałe w Polsce ok. 11 tys. przybywających z zagranicy. Skalę ubytku migracyjnego tylko w niewielkim stopniu zmniejszył, pierwszy po czterech latach, niewielki przyrost naturalny (prawie 6 tys.). Pamiętać jednocześnie należy, że w Narodowym Spisie Powszechnym 2002 ustalono liczbę mieszkańców Polski na 38.230 tys. osób, co oznaczało liczbę mniejszą o ponad 402 tys. od szacunku bilansowego. Świadczy to o głębszym ubytku rzeczowym liczbę ludności, aniżeli do niedawna wynikało z szacunków bieżących, dla których podstawą były wyniki NSP 1988 r. i bieżąca statystyka. Do końca 2002 r. liczba mieszkańców zmniejszyła się o dalsze 11 tys. osób. Rok 2003 przyniósł dalszy spadek zaludnienia Polski o 28 tys. mieszkańców, a 2004 r. o kolejne 16,8 tysięcy, 2005 r. – o identyczną liczbę (16,8 tys.). Z informacji za rok 2006 wynika więc, że zaczyna przybierać na sile zmniejszanie się liczebności mieszkańców Polski związane z wyjazdami Polaków za granicę, których skali dotychczas nie udało się oszacować i częściowo znajduje to odzwierciedlenie w statystyce wyjazdów na stałe.

Z analizy prezentowanej w raporcie wynikają zarówno pozytywne jak i negatywne tendencje w składnikach decydujących o kierunku rozwoju demograficznego Polski. Tendencje te mają długi i krótki okres trwania.

Do **pozytywnych** tendencji należy zaliczyć:

- stały wzrost poziomu wykształcenia ludności; w 2002 r. 9,9% ludności w wieku 13 lat i więcej posiadało wyższe wykształcenie i cały czas wskaźnik ten wzrasta. W 2005 r. wzrósł on do 14,2%;
- dwa lata z rzędu wzrasta liczba zawieranych małżeństw. W 2005 r. było to o 15,1 tys. więcej niż w roku 2004 (wzrost o 7,9%), a w 2006 r. o 19,1 tys. więcej niż w roku 2005 (tj. o 9,2% więcej). Należy oczekiwać, że być może tendencja ta utrzyma się przez kilka lat i przełoży się w pewnym stopniu na wzrost urodzeń w najbliższych latach. Podkreślić również trzeba, że nie jest zagrożona, jak na razie, instytucja małżeństwa w Polsce. Wynika to z faktu, że zdecydowana większość zawieranych małżeństw to związki wyznaniowe, oraz z tego, że w dalszym ciągu wzrasta jednorodność cech partnerów zawierających małżeństwa. Powinno to być przesłanką silniejszych więzi w tych związkach i ich trwałości;
- ustabilizowanie się odsetka małżeństw pierwszych (ok. 87%);
- utrzymujący się w dalszym ciągu istotny spadek skłonności do zawierania związków małżeńskich przez nastolatki oraz zmniejszanie się ich udziału wśród nowożeńców;
- przesuwanie się rozpadu małżeństw na coraz późniejszy wiek i coraz dłuższy okres pożycia małżeńskiego, co oznacza zmniejszenie skali konsekwencji dla dzieci najmłodszych i w wieku przedszkolnym. Rok 2005 przyniósł też dalsze zmniejszenie udziału dzieci tym wieku wśród ogółu dzieci z rozwodzących się małżeństw;
- kontynuacja spadkowego trendu umieralności w większości roczników ludności. W ostatnich 15 latach ogólny standaryzowany (strukturą ludności z 2000 r.) współczynnik zgonów zmniejszył o ponad 23%. Przyczyniło się do tego przede wszystkim obniżenie natężenia zgonów wywołanych najgroźniejszymi chorobami, czyli chorobami układu krążenia oraz działaniem przyczyn zewnętrznych. W latach 1990–2005 standaryzowane współczynniki zgonów z powodu tych przyczyn zmniejszyły się, odpowiednio, z 604,3 zgonów na 100 tys. ludności do 392,5 oraz z 83,6 do 63,2 zgonów na 100 tys. ludności. Skutkiem tego jest wydłużanie się przeciętnego trwania życia mieszkańców Polski oraz zmniejszanie dystansu, jaki dzieli Polskę w tym zakresie od pozostałych krajów Unii Europejskiej. Wyniosło ono w 2005 r. dla noworodka, chłopca 70,81 lat, a dziewczynki 79,4 lat. Jednakże, to trwanie życia jest przeciętnie o 7–8 lat dla mężczyzn i o 3–4 lata dla kobiet krótsze w porównaniu z mieszkańcami najlepszych pod tym względem krajów. Polska wyróżnia się pod tym względem pozytywnie w grupie krajów naszego regionu, które ostatnio cechuje rosnąca umieralność;
- 60. rok obniżania się umieralności niemowląt, choć jej poziom (6 ‰ w 2006 r.) jest jeszcze około dwukrotnie wyższy niż w większości krajów zachodnich. Polska jest drugim po Czechach krajem naszego regionu, który ma najważniejsze osiągnięcia w walce z tym rodzajem umieralności;
- subiektywny stan zdrowia Polaków wyraźnie się poprawił. Poprawa dotyczyła wszystkich grup wieku, zarówno kobiet jak i mężczyzn oraz wszystkich regionów kraju;
- nastąpiły pozytywne zmiany w zachowaniach prozdrowotnych osób dorosłych. Dotyczyło to zwłaszcza ograniczenia palenia tytoniu przez mężczyzn i większej dbałości kobiet o utrzymanie prawidłowej wagi ciała (bez nadwagi);

- sytuację epidemiologiczną chorób zakaźnych w Polsce ogólnie można ocenić jako korzystną. Udział umieralności z powodu tych chorób utrzymuje się w ostatnich latach w granicach 0,6–0,7 procenta;
  - od 2000 r., pomimo dynamicznego wzrostu liczby pojazdów, o 20% zmniejszyła się liczba wypadków drogowych i w podobnej skali liczba zabitych i rannych w tych wypadkach;
  - następują stopniowo, pozytywne zmiany w stanie bezpieczeństwa pracy w polskich przedsiębiorstwach oraz w rolnictwie indywidualnym;
  - pojawianie się symptomów nadziei na odwrócenie malejącej przez poprzednie kilkadziesiąt lat mobilności przestrzennej ludności. Jej poziom jest bardzo niski i ściśle związany z sytuacją społeczno-gospodarczą kraju. Tak niski poziom przemieszczeń ludności nie cechuje społeczeństw zachodnich.
- Do tendencji *negatywnych* w rozwoju demograficznym Polski należy zaliczyć:
- pogłębiającą się już ósmy rok depopulację w rozwoju Polski. Zapoczątkowany w 1998 r. ubytek liczby mieszkańców trwa, a jego tempo się nasila. Dzieje się tak w wyniku wciąż wyższej emigracji ludności nad jej imigracją do Polski, co w 2006 r. przybrało na sile. Nie niweluje tego ubytku wielkość przyrostu naturalnego, który w latach 2002-2005 był nawet ujemny, a 2006 r. przyniósł przyrost w wysokości 6,0 tys. osób;
  - od 1989 r. utrwalający się w Polsce proces zawężonej zastępowalności pokoleń. Przy czym w miastach rozpoczął się on już w 1963 r., a na wsi, z opóźnieniem jednego pokolenia, ale już w latach transformacji (1995 r.). W 2005 r. zastępowalność pokoleń była niższa o ponad 40% od niezbędnej, aby pokolenie rodziców było równo licznie zastąpione pokoleniem dzieci (współczynnik zastępowalności pokoleń wyniósł w 2005 r. 0,599 i obniżył się w porównaniu z 2000 r. o 8,3%). Wskaźniki w tym zakresie kształtują się w Polsce na najniższym poziomie wśród krajów UE. Oznacza to poważne zmiany w kierunku przyspieszenia starzenia się ludności i nasilenie się konsekwencji społeczno-ekonomicznych wynikających z dużego przyrostu liczby ludzi w starszym wieku;
  - kontynuowanie fazy odwracania tendencji urbanizacyjnych, gdyż dalej ubywa mieszkańców w miastach, a wzrasta ich liczba na wsi;
  - przyspieszenie procesu starzenia się ludności oraz zasobów pracy. Liczba osób w wieku emerytalnym wzrosła w 2006 r. w porównaniu do 1988 r. o ok. 1,3 mln i stanowi 15,8% ogółu populacji (12,4% w 1988 r.). Jednocześnie ponad milionowa jest liczebność seniorów (osoby 80-letnie i starsze), co już jest zjawiskiem znaczącym dla systemu opieki zdrowotnej, społecznej oraz struktury usług i zaopatrzenia;
  - kolejny rok potwierdzają się zaobserwowane w 2002 r. symptomy do zmiany stabilizującej się od ponad 20 lat proporcji w liczbie kobiet i mężczyzn w skali kraju. Może to oznaczać, że prawdopodobnie może to być początek fazy powrotu do wzrostu skali feminizacji społeczeństwa (szczególnie w miastach);
  - w dalszym ciągu trwa proces „starzenia się” partnerów zawierających małżeństwa, co jest związane z odkładaniem zakładania rodziny na nieco późniejszy okres życia nowożeńców, w związku m.in. z wydłużaniem nauki, ograniczeniami i trudnościami na rynku pracy dla ludzi młodych, ograniczonymi możliwościami nabycia przez nich mieszkań itp. Jednak pozytywnym tego przejawem jest mniejsze zawańsowanie tego procesu niż w pozostałych krajach Unii Europejskiej;
  - odwrócenie w 1993 r. spadkowej tendencji natężenia rozwodów z pierwszego okresu transformacji i jego nasilenie się od 1994 r.. Od 2002 r. tempo wzrostu liczby rozwodów zdecydowanie wzrasta i w 2006 r. rozwiodło się 73,0 tys. małżeństw, co oznacza przyrost o 5,1 tys. w porównaniu z rokiem poprzednim. Skalę problemu charakteryzuje następująca relacja z 2005 r.: na 1000 nowo zawartych małżeństw 327 rozwiodło się. Jeszcze w 1993 r. relacja ta wyniosła 134, a w 2000 r. 202,5. Wysoką dynamikę rozwodów w ostatnich kilku latach należy wiązać bez wątpienia z nową ustawą o zasadach przyznawania zasiłków rodzinnych obowiązującą od 1 maja 2004 r., różnicującą znacznie wysokość zasiłków na korzyść rodzin z jednym z rodziców. Wzrasta jednocześnie skala problemu nieletnich dzieci w rozwodzących się małżeństwach. Już 89 dzieci na 10 tys. w wieku poniżej 18 lat jest dotkniętych rozwodem rodziców (w 1989 r., – 44 co oznacza wzrost ponad dwukrotny);
  - utrwalający się już od wielu lat niski poziom rozrodczości, związany do 1990 r. głównie z niekorzystnymi zmianami w strukturze wieku rozrodczego kobiet, a w kolejnych latach ze znaczącym spadkiem poziomu płodności kobiet. Sytuację w tym zakresie należy już uznać za krytyczną;
  - dalsze „starzenie się” matek rodzących pierwsze dziecko, co w konsekwencji pogłębia spadek dzietności kobiet;

- rosnący udział urodzeń pozamałżeńskich, który w 2005 r. wyniósł 18,5% ogółu urodzeń żywych. Udział ten w stosunku do 1989 r. zwiększył się o 21,9% (w miastach o 19,5%, a na wsi o 25,4%);
- brak istotnego postępu w obniżaniu poziomu umieralności ludności dorosłej, której przyczyną tkwią w czynnikach pozademograficznych; systematyczny wzrost udziału zgonów spowodowanych chorobami nowotworowymi (stanowią one już przyczynę co czwartego zgonu);
- dalszy ubytek (ostatnio nasilający się), tak jak niemal przez cały okres powojenny, liczby mieszkańców w wyniku przewagi emigracji nad imigracją.

Ze względu na szeroko zaprezentowaną w raporcie problematykę stanu zdrowia ludności zwraca uwagę kilka niepokojących ocen:

1. Stan zdrowia populacji polskiej charakteryzuje się bardzo niekorzystnym profilem czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego i ich niedostateczną kontrolą. Dotyczy to zwłaszcza klasycznych czynników ryzyka: palenia, nadciśnienia tętniczego, hiperlipidemii. Wyżej wymienione czynniki ryzyka występują u 30-60% populacji polskiej, co rzutuje na wysoką chorobowość i umieralność spowodowaną chorobami układu krążenia w naszym kraju.
2. Na początku XXI wieku zachorowania i zgonu z powodu nowotworów złośliwych są jednym z najważniejszych problemów zdrowia publicznego w Polsce – ponad 20% zgonów jest następstwem choroby nowotworowej.
3. W lecznictwie ambulatoryjnym nastąpił wzrost wskaźników wszystkich kategorii zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania.
4. Problem niepłodności dotyczy około 15% par, a czynnik żeński odpowiada za około 50-60% przypadków niepłodności.
5. Zachorowalność na raka szyjki macicy i częstość zgonów z tego powodu są w Polsce bardzo wysokie w porównaniu z innymi krajami UE. Nie ma programów pierwotnej profilaktyki raka szyjki macicy ukierunkowanych na eliminację czynników ryzyka: wczesnego rozpoczynania współżycia seksualnego, liczby partnerów, chorób przenoszonych drogą płciową.
6. Około 50% zarodków i 15% rozpoznanych ciąży ulega poronieniu. Duża część tych strat jest uwarunkowana genetycznie, części prawdopodobnie można zapobiec.
7. Wzrasta zapotrzebowanie społeczne na opiekę profilaktyczno-leczniczą w grupie pacjentek w wieku pomenopauzalnym. Procedury medyczne dotyczące tej opieki nie są kontraktowane przez NFZ.
8. Urazy i przemoc stanowią główną przyczynę zgonów dzieci niekorzystnie wyróżniając nasz kraj wśród innych państw Unii Europejskiej.
9. Wzrasta skala niepełnosprawności w Polsce oraz pogarsza się stan zdrowia osób niepełnosprawnych w porównaniu do osób pełnosprawnych.

**W świetle powyższych tendencji brak jest podstaw do odrzucenia twierdzenia, iż jeśli utrwać się będą te niekorzystne tendencje rozwoju demograficznego Polski, to przez kolejne lata postępować będzie ubytek liczby mieszkańców Polski do 35,7 mln w 2030 r., co potwierdzają także eksperci ONZ i UE. Pogarszać się również będzie jej struktura ilościowa i jakościowa. Wiązać się to będzie z potrzebą zasadniczych przewartościowań w polityce ekonomicznej i społecznej.**

### *Bilans ludności*

Ludność Polski liczyła w dniu 31 XII 2006 r. 38 122 tys. osób, a w analogicznym momencie 2005 r. 38 157,1 tys. osób, co oznacza, że stan zaludnienia w tym czasie zmniejszył się o ok. 35 tys. osób. Z kolei spadek ten w 2005 r. wyniósł o połowę mniej (w stosunku do tego samego momentu 2004 r. liczba ludności zmniejszyła się o 16,8 tys. osób).

Zapoczątkowany w 1999 r. ubytek stanu liczebnego ludności trwa nadal. Rok 2005 jest zatem siódmym, a rok 2006 – ósmym kolejnym rokiem, w którym zaludnienie naszego kraju się zmniejszyło.

Na ubytek rzeczywistej ludności w 2005 r.łożył się ubytek naturalny ludności w liczbie 3,9 tys. i ujemne saldo migracji zagranicznych na pobyt stały wynoszące 12,9 tys. osób. W roku 2006 wielkości te ukształtowały się następująco: po czterech latach odnotowano przyrost naturalny w wysokości 6 tys. osób i ujemne saldo stałych migracji zagranicznych w wysokości ok. 40 tys. osób, które podwoiło się w stosunku do średniego z lat poprzednich.

Przedstawione składniki ubytku rzeczywistego ludności w Polsce inaczej się kształtowały w mieście i na wsi. W miastach zmniejszenie się w 2005 r. liczby mieszkańców było wynikiem zarówno ubytku

migracyjnego – wewnętrznego i zagranicznego – jak i ubytku naturalnego ludności. Na wsi, odwrotnie, nie notowano ubytku ludności, lecz jej wzrost. Na przyrost ten złożyły się: znaczące, dodatnie saldo migracji wewnętrznych i niezbyt wysoki przyrost naturalny ludności, których wartości pomniejszyło ujemne saldo migracji zagranicznych.

Relacje liczbowe mężczyzn i kobiet mierzone współczynnikiem feminizacji pozostawały w połowie 2006 r. prawie na tym samym poziomie, co i w 2004 r.. Na 100 mężczyzn przypadało tu 106,7 i 106,8 kobiet, przy czym w miastach występowała zdecydowana przewaga liczebna kobiet, na wsi zaś można mówić o równowadze liczebnej płci.

W 2005 r. i 2006 r. wystąpiły także zmiany w strukturze ludności według wieku. W stosunku do 2004 r. zanotowano bowiem dalszy spadek liczby ludności w wieku przedprodukcyjnym i wzrostu populacji w wieku produkcyjnym i poprodukcyjnym, co świadczy o kontynuacji procesu starzenia demograficznego ludności w naszym kraju. Należy nadmienić, że w ścisłym związku z procesem starzenia się ogółu ludności pozostaje starzenie się ludności w wieku produkcyjnym. Proces ten oznacza, że wśród ludności w wieku produkcyjnym zwiększa się udział względny roczników w starszym wieku, czyli w wieku niemobilnym, maleje zaś udział populacji w młodszym wieku, czyli w wieku mobilnym. Zjawisko starzenia się ludności w wieku produkcyjnym występuje w Polsce od kilkunastu już lat.

### *Małżeństwa i rozwody*

Z niepokojem oczekiwano wzrostu liczby zawieranych związków małżeńskich. Przyniósł go rok 2003 do poziomu 195,4 tys. Związane z tym nadzieje na odwrócenie negatywnych trendów małżeństw nie okazały się chwilowym zdarzeniem demograficznym. Chociaż w 2004 r. zawarto w kraju tylko 191,8 tys. związków, tj. o 3,6 tys. mniej niż w roku 2003 (w tym o 2,3 tys. mniej w miastach oraz o 1,3 tys. mniej na wsi); w wyrażeniu względnym oznaczało to redukcję liczby zawartych związków o 1,85% w kraju ogółem, w tym o 1,94% w miastach i o 1,73% na wsi. Jednakże już kolejny 2005 r. przyniósł zauważalny wzrost liczby nowych par małżeńskich do 206,9 tys. w kraju ogółem (w tym do 125,6 tys. w miastach i 81,3 tys. na wsi). W wyrażeniu względnym jest to równoznaczne ze wzrostem o 7,9% w stosunku do roku poprzedniego; dynamika ta w miastach i na wsi nie różniła się. Rok 2006 przyniósł kolejny wzrost liczby zawartych małżeństw o ok. 19 tys. w stosunku do roku poprzedniego. Należy przypuszczać, że ta faza wzrostu zawieranych małżeństw ma związek z zawieraniem małżeństw, które były odkładane przez młodych na nieco późniejszy okres.

Zdecydowaną większość zawieranych w Polsce małżeństw stanowią związki wyznaniowe. W 2005 r. ich udział wśród ogółu zawartych małżeństw w skali całego kraju wynosił 71,2%, w tym 66,4% w miastach i 78,5% na wsi. Do 2004 r. poziom analizowanego odsetka systematycznie rósł; w 2005 r. zanotowano natomiast minimalny spadek jego wielkości. Rok 2006 przyniósł dalsze obniżenie tego wskaźnika do poziomu ok. 70%.

Trendy w liczbie zawieranych małżeństw oraz zmiany postaw i zachowań matrymonialnych w Polsce są zbieżne ze zmianami notowanymi od kilkudziesięciu lat w krajach Europy Zachodniej i Północnej. Zawierają one w sobie oznaki przeobrażeń określanych mianem drugiego przejścia demograficznego. W sferze ewolucji we wzorcu zawierania małżeństw widocznymi oznakami transformacji są – obok wspomnianego spadku liczby zawieranych związków formalnych – wzrost wieku nowożeńców w momencie zawierania pierwszego małżeństwa, wzrost liczby przed i pozamałżeńskich konkubinatów, wzrost liczby rozwodów i ich przyspieszenie oraz spadek udziału małżeństw powtórnych w ogólnej liczbie związków. Większość z wymienionych oznak transformacji występuje również w Polsce; do nich należy m.in. spadek liczby zawieranych związków na skutek znaczącego zmniejszania skłonności do przechodzenia ze stanu „wolny” do stanu „zamężna” czy „żonaty” oraz odkładanie w czasie decyzji o takim przejściu. Tym, co różni polskie społeczeństwo od społeczeństw Europy Zachodniej i Północnej, jest fakt, że o ile w krajach rozwiniętych systematycznie zmniejszanie się liczby zawieranych małżeństw było powodowane głównie wzrostem liczby przedmałżeńskich związków nieformalnych wśród osób w wieku 20-29 lat lub rezygnacją z małżeństwa w ogóle, o tyle w Polsce brakuje wystarczających przesłanek do stwierdzenia podobnego zjawiska. W odróżnieniu od innych krajów, w naszym społeczeństwie od lat nie notuje się wzrostu udziału związków powtórnych w ogólnej liczbie zawieranych małżeństw; są również przesłanki do twierdzenia, że dynamika wzrostu liczby związków nieformalnych jest znacznie słabsza niż w innych krajach.

Z danych Narodowego Spisu Ludności z 2002 r. wynika jednoznacznie, że model związków bez ślubu w polskiej rzeczywistości występuje nieporównywalnie rzadziej niż w innych częściach Europy. W ostatnim spisie powszechnym zanotowano 197,4 tys. związków nieformalnych, co w stosunku do ogółu istniejących małżeństw stanowiło zaledwie 1,9%, w tym 2,4% w miastach oraz 1,3% na wsi. Struktura wieku osób tworzących związki partnerskie daje podstawę do hipotezy, że związki te w naszym kraju są w równej mierze traktowane jako forma współżycia przez ludzi młodych, jak i – uznawane za stosowną formę pozostawania z partnerem lub też z partnerem i dziećmi po okresie nieudanego wcześniejszego związku – przez pokolenie średnie i starsze. Zatem można sądzić, że – jak dotąd – związki konkubenckie w Polsce nie stanowią alternatywy dla małżeństw formalnych.

Dane liczbowe i trendy potwierdzają jednoznacznie fakt istotnej ewolucji we wzorcu zawierania małżeństw przez osoby w wieku 20-29 lat. Biorąc pod uwagę, że jest to okres w życiu młodych, w którym podejmuje się najczęściej decyzje rodzicielskie, można bez trudu przewidzieć wpływ notowanych zmian na przyszłą liczbę urodzeń.

Notowane trendy w sferze tworzenia i rozpadu małżeństw pobudzają do refleksji nad przyczynami i skutkami przemian zachodzących w procesie formowania rodzin, w szczególności, jeśli uwzględnić fakt, że na przełomie stuleci w wieku matrymonialnym, którego charakterystyczną cechą była dotychczas najwyższa skłonność do zawierania małżeństw, były i pozostają liczne roczniki osób urodzonych w drugiej połowie lat siedemdziesiątych oraz na początku lat osiemdziesiątych.

Wśród czynników demograficznych, coraz wyraźniej warunkujących notowane zmiany w liczbie zawieranych małżeństw, na pierwszym planie znajduje się istotne obniżanie intensywności zawierania związków przez osoby w grupie wieku 20-29 lat, w której przez lata natężenie to było najwyższe. Notowane zjawisko wynika po części z opóźniania decyzji o zawarciu małżeństwa m.in. z powodu rosnącej skłonności młodych do pozostawania w związkach nieformalnych, a po części – z faktu rezygnacji z życia w małżeństwie w ogóle. Wskazują na to m.in. zmiany struktury ludności według wieku i stanu cywilnego, zanotowane w okresie międzypisowym 1988-2002. Przy niemal niezmiennym udziale osób rozwiedzionych oraz owdowiałych wśród ogółu ludności w obu latach spisowych istotne różnice występują w odsetkach kawalerów i panien oraz osób pozostających w związkach małżeńskich i partnerskich. Wyraźny wzrost udziału osób w stanie wolnym idzie w parze ze znaczącym spadkiem odsetka małżonków i partnerów.

Obok czynników demograficznych znaczący wpływ na notowane zmiany wywierają różnorodne czynniki społeczno-demograficzne, kulturowe i inne. Od kilku lat szczególne znaczenie ma wśród nich wydłużający się okres nauki szkolnej i brak miejsc pracy, adekwatnych do umiejętności i potrzeb licznej rzeszy absolwentów szkół średnich i wyższych uczelni, poszukujących pracy. Wiele osób z młodego pokolenia, stając przed koniecznością pełnienia różnorodnych ról życiowych, wstrzymuje się z decyzją o zawarciu małżeństwa, zanim nie podejmie pracy. Wymagania dyspozycyjności w miejscu pracy oraz wydłużony czas pracy zarobkowej, stające w kolizji z życiem rodzinnym, zniechęcają do zakładania wspólnoty małżeńskiej. Brak własnego mieszkania i wystarczających środków materialnych zapewniających rodzinie godziwe warunki rozwoju, prowadzi do przekonania, że nie warto jej zakładać. Znacząca część dorastającego społeczeństwa, koncentrując się na nieustannym zdobywaniu środków materialnych, dostrzega w rodzinie i dziecku zagrożenie dla osobistego rozwoju oraz osiągnięcia życiowego sukcesu, coraz częściej wyrażającego się w postawie „mieć”, a nie „być”.

W rozważaniach na temat przyczyn negatywnych trendów liczby zawieranych małżeństw nie sposób pominąć istotnego czynnika warunkującego notowane zmiany, jakim jest emigracja młodego pokolenia za granicę. Trudno określić dokładną liczbę osób opuszczających kraj, ale jest wśród nich liczna grupa młodych, którzy poza Polską poszukują szans na lepsze życie. W ich mniemaniu rodzimy kraj nie jest w stanie zapewnić im oczekiwanych warunków życia.

Ważnym elementem zmian we wzorcu funkcjonowania małżeństw jest liczba rozwodów i separacji.

Bardzo niepokojący jest nienotowany do tej pory gwałtowny wzrost liczby rozwodów i separacji. O ile w latach 2000-2003 liczba orzekanych rozwodów rosła z roku na rok średnio o 7,1%, o tyle w trzech ostatnich latach (2003-2005) średnioroczny wzrost wyniósł 17,9%. A już w 2006 r. rozwiodło się ok. 73 tys. małżeństw, co oznacza wzrost o 5,1 tys. w porównaniu z 2005 rokiem. Podobny kierunek i tempo zmian jest notowane w odniesieniu do separacji. Przy jej ustanawianiu w znowelizowanym *Kodeksie rodzinnym i opiekuńczym* w grudniu 1999 r. przyjęto założenie, że separacja będzie stanowić alternatywą dla rozwodu formę rozwiązywania wszystkich cywilnoprawnych więzi między małżonkami, jaką niesie za

sobą rozwód. Wobec powyższego założenia, można byłoby oczekiwać, że wzrost liczby separacji będzie szedł w parze ze spadkiem liczby rozwodów.

Tymczasem, rosnącej liczbie separacji towarzyszy wyraźny wzrost liczby rozwodów. Tempo notowanego wzrostu separacji jest wprawdzie nieco słabsze niż dynamika wzrostu liczby rozwodów, ale obie liczby rosną jednocześnie. Wobec 5891 separacji orzeczonych w 2004 r., w rok później ich liczba zwiększyła się do 11600; w wyrażeniu względnym oznaczało to wzrost o 96,7% w stosunku do 2004 r. oraz wzrost ponad 7 i półkrotny w relacji do roku 2000, w którym ustanowiono separacje. W latach 2000-2003 z roku na rok liczba separacji rosła średnio o 31,2%, natomiast w okresie trzech ostatnich lat (2003-2005) zanotowano ponad trzykrotne zwiększenie rocznego tempa wzrostu do 95,8%. Rok 2006 przyniósł znaczne ograniczenie tego zjawiska – do ok. 8 tysięcy.

Systematyczne zmniejszanie się do 2004 r. liczby nowo zawieranych związków, idące w parze ze wzrostem liczby małżeństw rozpadających się, prowadzi w konsekwencji do postępującego ubytku istniejących par małżeńskich. W roku 2005 liczba związków rozwiązanych przekroczyła o 24,5 tys. liczbę związków nowo zawartych. Ujemne saldo było wypadkową ubytku par małżeńskich w miastach o 35,6 tys. oraz przyrostu na wsi o 11,2 tys.

Bilans związków nowo zawartych i rozwiązanych nie pozostaje bez wpływu na prawidłowy rozwój demograficzny kraju, zwłaszcza w sytuacji, gdy 81,5% ogółu dzieci rodzi się w małżeństwach. Systematyczny spadek liczby nowych związków w kolejnych latach i ubytek małżeństw istniejących wpływają na zmniejszanie się liczby rodzin z dziećmi i obojgiem rodziców w ich składzie, przy jednoczesnym wzroście liczby rodzin niepełnych. Świadczą o tym dobitnie zarówno dane spisów powszechnych z lat 1988 i 2002, jak i liczbowe dane o żywo urodzonych dzieciach przez panny oraz kobiety owdowiałe i rozwiedzione. W okresie międzyspisowym liczba rodzin pełnych i niepełnych z dziećmi zmniejszyła się o 2,1%; spadek ten był spowodowany redukcją o 6,7% liczby rodzin z dziećmi i obojgiem rodziców oraz wzrostem rodzin niepełnych z dziećmi o 25%.

Przegląd literatury przedmiotu wskazuje na poważne konsekwencje rozpadu rodzin dla małych dzieci. Niedojrzali rodzice „walczą” o dziecko w sądach, uniemożliwiają kontakty z dzieckiem rozwiedzionemu rodzicowi mimo przyznania mu przez sąd prawa do takich kontaktów, zniechęcają dziecko do spotkań. W walce o dziecko zwykle przegrywa ojciec, choćby z tego względu, że w 64% sąd powierza władzę rodzicielską matce, tylko w 3% – ojcu, a w 31% – obojgu rodzicom.

Reasumując, sytuacja w sferze tworzenia i rozwoju rodzin w ostatnich latach nie daje podstaw do optymizmu. Notowane trendy będą skutkować w niekorzystnych zmianach struktury ludności według wieku, stanu cywilnego i stanu rodzinnego. Warto o tym nie tylko myśleć, ale również próbować formułować i wdrażać odpowiednie działania w sferze polityki ludnościowej, mające na celu minimalizowanie negatywnych skutków obecnych przemian demograficznych w kolejnych dziesięcioleciach.

## *Urodzenia i płodność*

Istotną cechą charakterystyczną przemian demograficznych w Polsce w okresie transformacji jest spadek płodności i dzietności kobiet. W roku 2005 nadal obserwujemy w Polsce utrwalanie się tych zmian, chociaż wystąpiły minimalne oznaki związane ze wzrostem natężenia urodzeń w starszych grupach wieku, szczególnie w grupie 30-34 lata. Konsekwencją utrwalających się zmian wzorca płodności jest stabilizacja wartości współczynnika dzietności jako syntetycznej miary zastępowalności pokoleń na poziomie około 1,2 dziecka na kobietę.

W latach 1989-2005 współczynnik dzietności obniżył się dla Polski z poziomu 2,1 do 1,2, w miastach z poziomu 1,8 do 1,1, a na wsi – z 2,5 do 1,4. W okresie transformacji obserwuje się powolny, ale systematyczny wzrost przeciętnego wieku kobiet rodzących dzieci. W roku 2005 przeciętny wiek kobiet, które urodziły dziecko (dowolnej kolejności) wynosił 27,7 lat, zaś kobiet, które rodziły pierwsze dziecko – 25 lat. Zmiany w poziomie płodności i rodności kobiet w Polsce w latach 1989–2005 charakteryzowały się:

- obniżaniem się płodności kobiet, wynikającym głównie z dość radykalnych i głębokich zmian wzorca płodności przejawiających się w:
  - a. spadku natężenia urodzeń we wszystkich grupach wieku rozrodczego kobiet;
  - b. zróżnicowanej dynamice spadku płodności w różnych grupach wieku rozrodczego kobiet;

- c. przesunięciu maksimum płodności kobiet z wieku 20-24 lata na wiek 25-29 lat, co może świadczyć o odkładaniu urodzeń w czasie<sup>1</sup>. Opóźnienia te dotyczą przede wszystkim urodzeń pierwszej i drugiej kolejności;
- d. wzroście udziału grup wieku 25-29 lat i 30-34 lata w wartości współczynnika dzietności ogólnej;
- e. spadku natężenia urodzeń (płodności) we wszystkich kolejnościach urodzeń dzieci przez kobiety poniżej 25-tego roku życia;

- systematycznym wzrostem przeciętnego wieku kobiet rodzących dzieci;
  - zmniejszeniem różnic w rozkładach cząstkowych współczynników między miastem a wsią;
  - stałym systematycznym wzrostem urodzeń pozamałżeńskich (w latach 2000-2005 udział ten wzrastał prawie we wszystkich grupach wieku matek). Najwyższy udział urodzeń pozamałżeńskich występował wśród kobiet bardzo młodych;
  - silnym związkiem płodności z małżeñoscią;
  - zmianami płodności kohortowej, wskazującymi na postępujący, ewolucyjny proces obniżania się płodności i spadku kohortowego współczynnika dzietności.
- Należy podkreślić, że rok 2005 był drugim od 1989 r., w którym liczba urodzeń była wyższa od roku poprzedniego.

Syntetyzując charakterystykę zachowań prokreacyjnych z uwzględnieniem kolejności urodzeń, poziomu wykształcenia kobiet oraz urodzeń pozamałżeńskich w Polsce w latach 2000-2005 należy podkreślić następujące istotne cechy:

1. Przemiany wzorca płodności wskazują na odkładanie urodzeń, o czym świadczy przesuwanie się maksimum płodności z klasy wieku 20-24 lata do klasy 25-29 lat.
2. Wzrost poziomu płodności kobiet po przekroczeniu 25 roku życia oznacza realizowanie odłożonych wcześniej urodzeń. Opóźnienia dotyczyły przede wszystkim urodzeń pierwszej i drugiej kolejności. Zjawisko to nie występowało w środowisku wiejskim.
3. Opóźnianie urodzeń miało znacznie większy zakres niż realizacja odroczeń.
4. Spadek płodności występował w przypadku wszystkich kolejności urodzeń dzieci przez matki poniżej 25 roku życia.
5. Zmniejszała się wielkość rodziny w wyniku ograniczania urodzeń wyższych kolejności.
6. Począwszy od 2004 r. obserwujemy wzrost poziomu dzietności związanej z niższymi kolejnościami urodzeń (pierwsze i drugie), co w konsekwencji pozwala oczekiwać spadku częstości definitywnej bezdzietności. Obniża się dzietność ujmująca poziom płodności związanej z wyższymi kolejnościami urodzeń.
7. Najwyższy poziom płodności występował wśród matek o niższym poziomie wykształcenia (zasadnicze zawodowe, podstawowe). Wzorec płodności tych kobiet charakteryzowała najwyższa płodność w wieku 20–24 lata.
8. W populacji kobiet z wykształceniem wyższym, policealnym i średnim maksimum płodności przypada na wiek 25–29 lat, co jest w znacznej mierze związane z okresem niezbędnym dla uzyskania odpowiedniego poziomu edukacji.
9. Charakterystyczną cechą wzorca płodności kobiet z wyższym wykształceniem jest dość wysoka płodność w wieku 30-34 lata. Występuje zatem rekompensata urodzeń odłożonych w związku ze zdobywaniem wykształcenia.
10. Bardzo niskim poziomem płodności charakteryzowały się matki z wykształceniem policealnym. Można przypuszczać, że kobiety te planują kontynuację edukacji w wyższej uczelni. Jest to zatem kolejny przykład konkurencji kariery edukacyjnej i rodzinnej.
11. Matki o wyższych poziomach wykształcenia (wyższe, policealne, średnie) charakteryzowały się późniejszym macierzyństwem. Dla wszystkich rozpatrywanych tu poziomów wykształcenia zarówno średni jak i modalny wiek matek zamieszkałych w miastach był wyższy niż wśród mieszkanek wsi.
12. W przypadku niższych poziomów wykształcenia (zasadnicze zawodowe, podstawowe, niepełne podstawowe) na zwrócenie uwagi zasługuje wyższy średni wiek matek zamieszkałych na wsi niż w mie-

---

<sup>1</sup> Dokładne informacje o zmianach wzorca płodności w Polsce w latach 1989-2001 wraz z oceną pomiaru efektu „tempa”, to jest odłożenia urodzeń w czasie, zamieszcza *Raport 2001 Rządowej Rady Ludnościowej*, Warszawa 2003, w rozdziale III. *Urodzenia i płodność*, ss. 48-71.

ście. Niższa od średniego wieku była modalna wieku kobiet z wykształceniem niepełnym podstawowym. Płodność kobiet z wykształceniem zasadniczym zawodowym była najwyższa, a kobiety o tym poziomie wykształcenia były najmłodszymi matkami w chwili wydawania dzieci na świat.

13. Wzorce płodności według wykształcenia syntetycznie ujęte przez średnią kolejność urodzenia dziecka wskazują na ujemne skorelowanie kolejności urodzeń z wykształceniem kobiet. Niższej płodności matek o wyższych poziomach wykształcenia (wyższe, policealne, średnie) odpowiadały niższe średnie kolejności, co mogło być symptomem odkładania urodzeń na późniejsze lata życia.
14. Wyższa średnia kolejność urodzonego dziecka współwystępowała z wyższą płodnością kobiet o wykształceniu zasadniczym zawodowym i podstawowym.
15. Można przypuszczać, że kobiety z wykształceniem niepełnym podstawowym stanowią zbiorowość niejednorodną ze względu na zachowania prokreacyjne. Na wzorzec płodności tej populacji składa się płodność kobiet młodych, które kształtują wiek najczęstszy (modalny) oraz płodność kobiet starszych, które wydawały na świat dzieci wyższych kolejności. W rezultacie średni wiek był znacznie wyższy od modalnego.
16. W latach 2000-2005 kontynuowany był wzrost udziału urodzeń pozamażeńskich w ogólnej liczbie urodzeń żywych. Wzrastał on we wszystkich grupach wieku matek. Najwyższy udział urodzeń pozamażeńskich występował wśród kobiet bardzo młodych. Odsetki te były znacznie wyższe w miastach niż na wsi.
17. Udział urodzeń pozamażeńskich zmniejszał się przy przechodzeniu do klas wieku 20-24 i 25-29 lat, a następnie odsetek ich wzrastał.

Osiągnięty poziom współczynnika dzietności sytuuje Polskę w grupie krajów o bardzo niskiej płodności (za granicę tę uważa się wartość współczynnika dzietności równą 1,3). Jest to stan i sytuacja, którą należy uznać za niekorzystną, wręcz krytyczną. Utrzymywanie się tak niskiego współczynnika dzietności przez dłuższy okres doprowadzi (i już doprowadza) do niekorzystnych zmian i deformacji w strukturze wieku ludności Polski, co znajduje i będzie znajdować przełożenie na relacje międzypokoleniowe (międzypokoleniowe). Warto podkreślić, że zmiany w poziomie płodności w Polsce nie rozpoczęły się wraz z początkiem transformacji; jest to długotrwały proces trwający od połowy lat 50. XX wieku lub wcześniejszych. Okres transformacji radykalnie nasilił i przyspieszył te zmiany. Zmiany płodności i dzietności wpłynęły na zmianę modelu rodziny nuklearnej w Polsce w okresie ostatnich piętnastu lat. Na początku okresu transformacji była to rodzina z dominującą liczbą dzieci równą 2. Obecnie jest to model z liczbą dzieci równą 1. Należy przy tym podkreślić, iż wzrasta udział rodzin bezdzietnych.

Według raportu Eurostatu (*Population in Europe 2005: First Results*. "Statistics in Focus. Population and Social Conditions" 16/2006, Eurostat, European Communities, 2006 Table 1, s. 3, Table 2, s. 4, Table 3, s. 5), Polska w 2005 r. znajduje się w grupie dziewięciu krajów z ubytkiem naturalnym i w grupie trzech krajów Unii z ubytkiem migracyjnym. Niepokojącym zjawiskiem dla Polski jest ciągle niski poziom dzietności. Wartość współczynnika dzietności dla Polski na poziomie 1,24 plasuje Polskę na ostatnim 25. miejscu, co oznacza, że Polska posiadała najniższy współczynnik dzietności wśród krajów Unii w 2005 r.. Bardzo zbliżoną do Polski dzietność posiadają kraje: Republika Czech (1,28), Słowacja (1,25), Słowenia (1,26). Najwyższą dzietność wśród krajów Unii w roku 2005 odnotowano we: Francji (1,94), Irlandii (1,88), Danii, Finlandii i Wielkiej Brytanii (1,8). Oznacza to, że w Polsce przeciętna dzietność jest niższa o około 0,3 dziecka na kobietę w porównaniu do poziomu 25 krajów Unii (gdzie współczynnik wynosi 1,52) i niższa o około 0,7 w porównaniu do Francji.

Z obrazu Polski na tle krajów Unii Europejskiej jednoznacznie wynikają wskazania do działań w zakresie polityki ludnościowej. Obszarami tymi są m.in. wyjątkowo niska płodność i dzietność.

Mechanizm wyjaśniania przemian płodności i rodziny w Polsce, szczególnie w okresie transformacji społeczno-gospodarczej, wymaga pogłębionych specjalistycznych studiów i badań w tym obszarze.

### **Umieralność i trwanie życia**

Dekada lat 90. dwudziestego wieku oraz pierwsze lata nowego stulecia to czas korzystnych zmian w umieralności w Polsce. W porównaniu do lat wcześniejszych nastąpiło znaczne obniżenie natężenia zgonów. Ogólny standaryzowany (strukturą ludności z 2000 r.) współczynnik zgonów zmniejszył się w latach 1990-2005 z 1137,6 zgonów na 100 tys. ludności do 873,2, tj. o ponad 23%. Przyczyniło się do tego przede wszystkim obniżenie natężenia zgonów wywołanych najgroźniejszymi chorobami, czyli chorobami



układu krążenia oraz działaniem przyczyn zewnętrznych. W latach 1990-2005 standaryzowane współczynniki zgonów z powodu tych przyczyn zmniejszyły się, odpowiednio z 604,3 zgonów na 100 tys. ludności do 392,5 oraz z 83,6 do 63,2 zgonów na 100 tys. ludności.

Polska jest krajem gdzie ciągle utrzymuje się nieznacznie wyższa umieralność mieszkańców wsi niż miast. Ogólny standaryzowany strukturą ludności z 2005 r. współczynnik zgonów dla wsi przekraczał w 1990 r. o ponad 13% współczynnik dla miast. Pięć lat później dystans zmniejszył się niemal do 1%, ale z upływem czasu ponownie wzrósł i w 2005 r. współczynnik dla wsi o prawie 6% przekraczał wartość dla miast.

Efektom spadku natężenia zgonów w latach 1990–2005 jest znaczny wzrost długości życia mieszkańców Polski. Przeciętne dalsze trwanie życia noworodka płci męskiej zwiększyło się o ponad 4 lata, z 66,51 do 70,81 roku, a noworodka płci żeńskiej o prawie 4 lata, z 75,49 do 79,40 roku. Największe przyrosty nastąpiły na początku tego okresu, a z upływem czasu były one coraz mniejsze. Korzystne zmiany w długości życia mieszkańców Polski w latach 1990-2005 były przede wszystkim efektem spadku natężenia zgonów wśród niemowląt. Wpływ zmian wśród osób z innych grup wieku był mniejszy. Szczególnie w porównaniu ze zmianami wśród dzieci i młodzieży. Widoczne jest także większe znaczenie obniżenia natężenia zgonów osób w wieku produkcyjnym na zmiany długości życia w zbiorowości mężczyzn niż kobiet. Dla zmiany długości życia kobiet większe znaczenie miał spadek umieralności tych, które miały 60 lat i więcej niż kobiet w wieku produkcyjnym.

Mimo obserwowanego w ostatnich latach znacznego postępu w obniżaniu umieralności, sytuacja w Polsce w tej dziedzinie ciągle jest znacznie gorsza niż w wielu innych krajach. Przeciętny Polak ma bowiem przed sobą życie nawet o 7-8 lat krótsze niż mieszkańcy najlepszych pod tym względem krajów. W porównaniu do mężczyzn lepsza jest sytuacja statystycznej Polki, która ma przed sobą tylko o 3-4 lata krótsze życie niż mieszkanki krajów najlepszych.

### *Migracje zagraniczne*

Od początku okresu transformacji obserwujemy nową jakość migracji zagranicznych, co jest związane z liberalizacją przepisów paszportowych oraz rozwojem ruchu bezwizowego jako m.in. efekt akcesji Polski do Unii.

W 2005 r. odnotowano prawie najwyższą od 1960 r. imigrację do Polski oraz jedną z niższych emigrację z Polski. Tym samym, saldo migracji (co prawda nadal ujemne) osiągnęło jeden z niższych poziomów. W 2005 r. wyjechało z Polski na stałe 22,2 tys. osób, co stanowi wzrost w stosunku do 2004 r. oraz 2003 r. odpowiednio o 18,0% i 7%. Przyjechało natomiast na stałe w 2005 r. – 9,4 tys. osób (spadek w stosunku do 2004 r. o 1%). Rok 2006 przyniósł dość istotny wzrost emigracji na stałe Polaków za granicę do ok. 51 tys. osób, co jest liczbą dwukrotnie wyższą niż średnio w latach poprzednich, a przybyło na stałe do Polski z zagranicy tylko nieco więcej (11 tys.) niż w latach poprzednich.

Bardzo nieznacznie, zarówno przy wyjazdach jak i przyjazdach na stałe przeważają mężczyźni. Jest to odwrotne od tendencji obserwowanej w latach 80., kiedy to zdecydowanie więcej było emigrujących na stałe kobiet. Inna charakterystyczną cechą emigracji na stałe jest zmiana struktury wieku osób. Obecnie w wyjazdach dominują osoby młode w wieku 20–24 lata, a w przyjazdach w wieku 25–29 lat.

Emigranci na stałe najczęściej wyjeżdżali do Niemiec. Ich udział w latach 2001-2003 stanowił ponad 70% oraz 67% dla 2004 r. i 55% dla 2005 r.. Na drugim miejscu, po raz pierwszy w historii emigracji, znalazła się Wielka Brytania, gdzie udział wyjazdów do tego kraju wyniósł 13,8%. Wzrost absolutny był blisko sześciokrotny. Żaden inny kraj w ostatnim dziesięcioleciu nie odnotował wzrostu wyjazdów na stałe o takiej skali. Na trzecim miejscu uplasowały się Stany Zjednoczone, które, co prawda, odnotowały absolutny wzrost wyjazdów, za to udział w wyjazdach do tego kraju zmalał od 12,7% w 2004 r. do 11,8% w 2005 r..

Imigrację do Polski podejmowali, tak jak w latach poprzednich, głównie obywatele Niemiec, Stanów Zjednoczonych, Kanady oraz państwa byłego Związku Radzieckiego. Rola dominująca przypada obywatelom przyjeżdżającym z Niemiec oraz Stanów Zjednoczonych, ponadto imigracja na stałe z Ukrainy drugi rok z rzędu utrzymuje się na stosunkowo wysokim poziomie. Wśród w/w krajów jedynie dla obywateli Kanady zanotowano spadek o 5%.

W ostatnich latach wzrastała liczba wniosków (a zarazem osób ubiegających się) o nadanie statutu uchodźcy. Miniony rok był pierwszym od 9 lat, kiedy to liczba ta zmniejszyła się, co jest tendencją po-

dobną do obserwowanej w innych krajach Unii Europejskiej. Największą grupę wnioskodawców stanowił w 2005 r. obywatele Federacji Rosyjskiej (tj. 91% ogółu), z czego zdecydowana większość deklarowała narodowość czeczeńską.

Innym rodzajem napływu na terytorium Polski jest imigracja zarobkowa. Legalna – jeżeli pracownik posiada wizę upoważniającą do podjęcia pracy, nielegalna – jeżeli takiej nie posiada. Jak podają statystyki, 2005 r. charakteryzuje się najniższą liczbą wydanych pozwoleń od 1997 r. (zgodę otrzymało 10,3 tys. pracowników, co stanowi spadek w stosunku do roku poprzedniego o 17%). Jest to m.in. spowodowane nowymi regulacjami prawnymi wprowadzonymi po wstąpieniu Polski do UE. Blisko 50% pozwoleń na pracę wydane jest tylko w województwie mazowieckim i w przeważającej większości dotyczą mężczyzn.

Pracownicy z Ukrainy dominują pod względem liczby udzielanych pozwoleń. Ponadto pracownicy pochodzili z Niemiec, Wietnamu oraz Rosji. Łącznie obywatele z tych krajów (wraz z Ukrainą) w 2005 r. uzyskali ponad 50% wszystkich pozwoleń.

Wśród wszystkich cudzoziemców, którzy znajdują zatrudnienie w Polsce, pracownicy legalni stanowią znikomą część. O wiele trudniej jest poddać analizie skalę nielegalnego zatrudnienia cudzoziemców, gdyż brak jest wiarygodnych danych. Szacunki wahają się od 50 do nawet 500 tys. osób. Zdecydowana większość z nich pozostaje w Polsce przez 3 miesiące, a następnie wraca do swojego kraju.

Powszechna globalizacja wpływa na procesy migracyjne. Utrzymanie podziału na migracje stałe i czasowe nie wydaje się już tak znaczące jak wcześniej. Historia pokazuje, że Polacy na trwałe są uczestnikami tych ruchów. Akcesja do UE włączyła Polskę w jeszcze większym stopniu w światowy, ale przede wszystkim europejski system migracyjny. Możliwość swobodnego zatrudnienia obywateli nowej Unii napawała obawą wielu mieszkańców starej „Piętnastki”. Byli oni przekonani, że nastąpi masowy napływ obcokrajowców, co stanie się zagrożeniem i dużą konkurencją dla rodzimych pracowników.

Jednakże zarówno skala migracji zarobkowych do „starych” państw członkowskich UE po wejściu Polski do Unii nie zmieniła się drastycznie, jak i podstawowe kierunki wyjazdów pozostały podobne aczkolwiek pojawiły się nowe, wcześniej nie tak istotne.

### *Przestrzenne różnicowanie procesów demograficznych oraz migracje wewnętrzne ludności*

Przeprowadzona analiza przestrzennych różnicowań wybranych elementów sytuacji demograficznej w Polsce w latach 2002–2005 (ze szczególnym uwzględnieniem 2005 r.) w zasadzie pozwala na stwierdzenie, iż zaobserwowane zjawiska i procesy są w przeważającej mierze wynikiem przemian ustrojowych, społecznych i gospodarczych dokonujących się w kraju w okresie transformacji. U podłoża tych zmian znajdują się:

- Restrukturyzacja i modernizacja potencjału gospodarczego kraju. W wyniku ww. procesów następuje w znacznym stopniu relokacja wewnętrzna głównych ośrodków wzrostu gospodarczego Polski. Najdynamiczniej rozwijają się duże centra o znaczeniu regionalnym i subregionalnym. Zmniejszają swoją rolę peryferyjnie położone obszary (w tym zwłaszcza te o dominującej funkcji rolniczej) oraz „stare” okręgi przemysłowe.
- Polaryzacja warunków bytowych ludności, w tym możliwości uzyskania i utrzymania zatrudnienia, możliwości awansu zawodowego i społecznego, prowadzi do przemieszczeń ludności (zwłaszcza grupy w wieku mobilnym) w poszukiwaniu miejsca pracy, a z czasem także i mieszkania dla pobytu stałego. Zjawisko to osiągnęło współcześnie taką skalę, że ujawnia się obecnie już nawet w formie przemieszczeń ludności w ramach migracji rejestrowanych. Napływ ludności głównie skupia się w otoczeniu regionalnych i subregionalnych ośrodków wzrostu. Dzieje się tak ze względu na ekonomiczną barierę dostępności mieszkań oraz koszty utrzymania w największych miastach. Jednocześnie również na atrakcyjne obszary podmiejskie napływa, w poszukiwaniu wyższego standardu mieszkania i środowiska mieszkalnego, lepiej sytuowana pod względem ekonomicznym ludność z terenów wielkomiejskich.

Przemiany o charakterze cywilizacyjno-obyczajowym w pierwszej kolejności i w największej liczbie elementów składowych obejmują obszary najbardziej zurbanizowane, o najsilniejszych powiązaniach z otoczeniem, także europejskim. Elementem tych przemian jest m.in.: widoczna najwyraźniej na takich terenach zmiana modelu rodziny (od wielopokoleniowej, wielodzietnej w formie związków sformalizowanych do nuklearnej lub nawet niepełnej w związkach nieformalnych), obniżenie poziomu dzietności, wydłużenie czasu trwania życia itp., a w konsekwencji także stopniowa depopulacja i starzenie się takich społeczności lokalnych.

### *Choroby układu krążenia*

Choroby układu krążenia (ChUK), spowodowane przede wszystkim miażdżycą tętnic, chorobą wieńcową czy udarem mózgu są główną przyczyną chorobowości, inwalidztwa oraz przedwczesnej umieralności w krajach rozwiniętych. W Polsce choroby układu krążenia są przyczyną 43% wszystkich zgonów mężczyzn i 54% wszystkich zgonów kobiet. Co trzeci zgon mężczyzn i co dziesiąty zgon kobiet dotyczy osób młodych i w średnim wieku (poniżej 64 roku życia). ChUK są także główną przyczyną chorobowości i hospitalizacji. Według raportu NFZ, w 2004 r. (ostatnie dostępne dane) z powodu chorób układu krążenia hospitalizowano w Polsce 987 258 osób, co stanowiło 44% wszystkich hospitalizacji. Wśród chorób układu krążenia ponad 50% hospitalizacji spowodowanych było chorobą niedokrwinną serca, z jej różnymi postaciami klinicznymi. Z powodu zawału serca hospitalizowano 127 823 osób, biorąc jednak pod uwagę, że około 20% wszystkich zawałów serca w populacji manifestuje się nagłym zgonem przedszpitalnym, należy szacować, że rzeczywista liczba zawałów serca w Polsce jest wyższa i wynosi około 160 tysięcy rocznie. Z powodu udaru mózgu hospitalizowano 78 559 osób, co stanowiło około 8% hospitalizacji z powodu ChUK.

Stan zdrowia populacji polskiej charakteryzuje się bardzo niekorzystnym profilem czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego i ich niedostateczną kontrolą. Dotyczy to zwłaszcza klasycznych czynników ryzyka: palenia, nadciśnienia tętniczego, hiperlipidemii. Wyżej wymienione czynniki ryzyka występują u 30-60% populacji polskiej, co rzutuje na wysoką chorobowość i umieralność spowodowaną chorobami układu krążenia w naszym kraju.

Jednym z głównych celów Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Krążenia POLKARD, ustanowionego przez grupę ekspertów i powołaną przez Ministra Zdrowia, jest redukcja o 40% umieralności z powodu chorób układu krążenia u osób przed 65 rokiem życia. W stosunku do kontroli czynników ryzyka postuluje się osiągnięcie indywidualnych stężeń cholesterolu w populacji poniżej 5,0 mmol/l, wartości ciśnienia krwi poniżej 140/90 mmHg oraz redukcję częstości palenia papierosów w populacji co najmniej o 1% rocznie.

Ponadto stwierdzono, że uwzględnienie w programach prewencji chorób układu krążenia wyników badań epidemiologicznych, ze szczególnym uwzględnieniem monitorowania sytuacji epidemiologicznej, daje większe efekty zarówno zdrowotne, jak i ekonomiczne niż tylko leczenie już rozwiniętych chorób.

### *Choroby nowotworowe*

Na początku XXI wieku zachorowania i zgony z powodu nowotworów złośliwych są jednym z najważniejszych problemów zdrowia publicznego w Polsce – ponad 20% zgonów jest następstwem choroby nowotworowej.

W Polsce od ponad 40 lat działa Krajowy Rejestr Nowotworów, który rejestruje prawie 90% przypadków zachorowań. W 2004 r. Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów otrzymał dla mężczyzn 62442 pierwszorazowych zgłoszeń nowotworów złośliwych, a dla kobiet 58858; z chorobą nowotworową żyło 375000 osób. W 2004 r. liczba zgonów u mężczyzn (51305 – 26,4% ogółu zgonów) znacznie przewyższyła liczbę zgonów u kobiet (38510 – 22,8% ogółu zgonów). Od początku lat 60. liczba zgonów u mężczyzn wzrosła prawie 3 razy, a u kobiet dwa razy. W latach 90. wzrost liczby zachorowań i zgonów uległ wyraźnemu zwolnieniu, przede wszystkim u mężczyzn, jednak szacunki epidemiologiczne wskazują, że liczba zachorowań i zgonów z powodu nowotworów złośliwych w Polsce będzie nadal rosła w najbliższych dziesięcioleciach. Ten wzrost wynika z tendencji zachodzących w polskiej populacji: zwiększenia liczby ludności po 50. roku życia i to zarówno w liczbach bezwzględnych jak i w odsetkach (20% w 1963 r. i 30% w 2004 r.), zwiększenia ekspozycji na czynniki rakotwórcze i rozpowszechnieniu zachowań sprzyjających rozwojowi raka.

Trendy czasowe umieralności z powodu chorób nowotworowych w ostatnich dziesięcioleciach są bardzo zróżnicowane w poszczególnych grupach wiekowych. O ile w najmłodszych grupach (0–19 lat) współczynniki umieralności znacząco zmniejszyły się w ciągu ostatnich 4 dekad, a u młodszych

(20–44 lat) i w średnim wieku (45–64) dorosłych w ostatnim dziesięcioleciu zmniejszają się lub wykazują pierwsze tendencje zmniejszania się, to w najstarszej grupie wiekowej (po 65. roku życia) utrzymuje się stały, znaczący wzrost współczynników umieralności.

W populacji mężczyzn najczęstszym nowotworem są nowotwory złośliwe płuca stanowiące około jedną trzecią zachorowań i zgonów z powodu nowotworów. W drugiej połowie XX wieku schorzenie to zdominowało obraz nowotworów u mężczyzn (ostatnie dwie dekady przyniosły zahamowanie wzrostu dzięki zmniejszeniu częstości palenia papierosów). Schorzeniem o największej dynamice wzrostu i drugim co do częstości występowania są nowotwory jelita grubego. Trzeci po względem częstości rak żołądka jest jedyną lokalizacją u mężczyzn o trwałej tendencji spadkowej. Kolejnym schorzeniem nowotworowym u mężczyzn są nowotwory gruczołu krokowego, gdzie w ostatniej dekadzie obserwuje się przyspieszenie tempa wzrostu.

W populacji kobiet najczęstszą nowotworową przyczyną zgonów jest rak piersi (od początku lat 80. nastąpiła stabilizacja umieralności, a ostatnia dekada przyniosła nawet niewielki spadek współczynników, przy stałe utrzymującym się wroście zachorowalności). Nowotwory złośliwe płuca stały się nowotworem nr 2 u kobiet. Polska charakteryzuje się stale wysoką umieralnością z powodu nowotworów szyjki macicy. Umieralność z powodu nowotworów żołądka wykazuje systematyczny spadek.

Zróżnicowanie geograficzne zagrozenia nowotworami złośliwymi ogółem od wielu lat wskazuje na wyższe zagrożenie nowotworami w zachodniej i zachodnio-północnej części Polski i niższe w południowo-wschodniej części. Wzorzec ten jest charakterystyczny dla obu płci.

### **Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania\***

W lecznictwie ambulatoryjnym nastąpił wzrost wskaźników wszystkich kategorii zaburzeń. Najczęściej pacjenci leczeni byli z powodu zaburzeń nerwicowych, poalkoholowych, a w późniejszym okresie również zaburzeń afektywnych. W odniesieniu do zaburzeń porównywalnych w obu wersjach ICD najwyższy wzrost rozpowszechnienia w ciągu omawianych 15 lat wystąpił w przypadku zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych i upośledzenia umysłowego. Struktura i dynamika rozpoznanych pacjentów pierwszorazowych jest zbliżona do ogółu leczonych, przy odpowiednio niższych wskaźnikach. W opiece ambulatoryjnej leczy się znacznie więcej mieszkańców miast niż wsi, więcej kobiet niż mężczyzn. Zróżnicowanie ze względu na miejsce zamieszkania jest silniejsze, ale w ciągu 15 lat różnica ta zmniejszyła się, pogłębiło się natomiast zróżnicowanie ze względu na płeć.

W opiece całodobowej w okresie 1990–1996 pacjenci najczęściej byli hospitalizowani z powodu psychoz schizofrenicznych i zaburzeń alkoholowych, natomiast najwyższy wzrost rozpowszechnienia wystąpił w przypadku zaburzeń po substancjach psychoaktywnych oraz psychoz afektywnych. W okresie od 1998 r. do 2004 r. najczęściej hospitalizowano osoby z zaburzeniami poalkoholowymi oraz ze schizofrenią, natomiast najwyższa dynamika rozpowszechnienia wystąpiła w przypadku zaburzeń po substancjach psychoaktywnych, zaburzeniach organicznych i nerwicowych.

Pacjenci pierwszorazowi, zarówno w latach 1990–1996 jak i 1998–2004, byli hospitalizowani najczęściej z powodu zaburzeń poalkoholowych i zaburzeń organicznych. W ciągu 15 lat najbardziej wzrósł wskaźnik hospitalizacji po raz pierwszy z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych oraz alkoholu.

Zróżnicowanie pacjentów ze względu na miejsce zamieszkania jest nieco mniejsze niż zróżnicowanie ze względu na płeć. Dużo wyższy wskaźnik hospitalizowanych mężczyzn niż kobiet wynika z ogromnej przewagi mężczyzn leczonych z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. W ciągu 15 lat różnica między rejonami zamieszkania zmniejszyła się, zwiększyło się natomiast zróżnicowanie ze względu na płeć.

Zarówno w przypadku pacjentów objętych opieką ambulatoryjną jak i całodobową, obserwuje się duże różnice terytorialne w częstości hospitalizacji i podobnie jak w lecznictwie ambulatoryjnym różnica między najwyższym a najniższym wskaźnikiem jest prawie dwukrotna.

\* Dynamika poszczególnych zaburzeń psychicznych rozpatrywana jest oddzielnie ze względu na inną klasyfikację do roku 1996 (ICD-9) i od roku 1997 (ICD-10).

## *Choroby zakaźne*

Sytuację epidemiologiczną chorób zakaźnych w Polsce ogólnie można ocenić jako korzystną. Udział umieralności z powodu tych chorób utrzymuje się w ostatnich latach w granicach 0,6-0,7%.

Znaczenie chorób zakaźnych w zdrowiu publicznym nie przestaje być bardzo ważne. Nadal są one jedną z najważniejszych przyczyn absencji chorobowej i nadal pociągają za sobą wysokie koszty bezpośrednie i pośrednie (szczególnie choroby i zakażenia przewlekłe). Mogą także wywoływać w społeczeństwie poczucie zagrożenia.

Szerzenie się chorób zakaźnych można ograniczyć skuteczniej niż wielu innych grup chorób, stosując zasady prewencji – odpowiedni tryb życia, przestrzeganie higieny osobistej i instytucjonalnej oraz szczeniach ochronne.

Najczęściej występującą grupą chorób zakaźnych są zakażenia dróg oddechowych, w tym grypa i jej powikłania. Kilkudziesięcioletni okres, jaki upłynął od ostatniej pandemii grypy, stwarza sytuację, która wymaga czynnych przygotowań do nowej pandemii.

Poważny problem epidemiologiczny stanowią biegunki u dzieci do lat dwóch – wirusowe, bakteryjne i bliżej nieokreślone, o prawdopodobnie zakaźnym pochodzeniu.

Liczba bakteryjnych zatruc pokarmowych utrzymuje się od lat na wysokim poziomie z niewielką tendencją zniżkową. Od kilku lat obserwowana jest tendencja wzrostu zakażeń pokarmowych o etiologii wirusowej.

Ważny problem stanowią wirusowe zapalenia wątroby typu B i C. Nowe zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu B są ograniczane przez szczepienia, lecz ze względu na dawne zakażenia liczba osób w Polsce zakażonych tym wirusem jest szacowana na kilkaset tysięcy, podobnie jak liczba zakażonych wirusem typu C. Ze względu na brak szczepionki przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu C, liczbę nowych zakażeń tym wirusem można ograniczyć jedynie poprzez działania profilaktyczne.

Poważnym problemem epidemiologicznym chorób zakaźnych w Polsce są znaczne różnice w zapadalności na poszczególne choroby w różnych rejonach kraju, nie zawsze uzasadnione czynnikami obiektywnymi.

Jednym z priorytetów o istotnym znaczeniu dla zwalczania chorób zakaźnych i zakażeń w Polsce, w tym również zakażeń szpitalnych, powinna być poprawa dostępności i poziomu diagnostyki mikrobiologicznej.

## *Uzależnienia*

Problem ten obejmuje narkomanie, spożycie alkoholu oraz palenie tytoniu. Na podstawie danych o liczbie przyjęć do leczenia stacjonarnego z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych należy stwierdzić, że zjawisko narkomanii w Polsce narasta. Przejawia się to jednak w zróżnicowanych trendach określonego rodzaju nadużywanej substancji: spadkowego trendu liczby nadużywających substancji wziewnych, trendu wzrostowego liczby nadużywających leków uspokajających i nasennych oraz środków z grupy amfetaminy, zahamowania trendu wzrostowego liczby osób nadużywających przetworów konopi oraz stabilizację liczby nadużywających kokainy. Optymistyczne są zmiany w strukturze wieku leczonych, gdyż spada udział pacjentów najmłodszych (16–24 lata), chociaż jest to nadal grupa dominująca. Niestety, informacje epidemiologiczne na temat szkód zdrowotnych, na jakie narażone są osoby biorące narkotyki, są niepełne, a stosunkowo dobrze działa system rejestracji zakażeń HIV i zapadalności na AIDS. Chociaż rozwój leczenia ambulatoryjnego dla osób uzależnionych jest niewystarczający, to dobrze rozwija się działalność w zakresie profilaktyki uzależnień.

Systematycznie wzrasta w Polsce spożycie alkoholu, kształtuje się ono obecnie na poziomie ponad 8 litrów 100% alkoholu na jednego mieszkańca (bez sprzedaży nie rejestrowanej). Ocenia się, że ponad 1,6 mln osób ma poważne problemy z alkoholem, w tym jednym z głównych problemów alkoholowych jest rozpowszechnianie się picia alkoholu przez młodzież. Skutki tak rozpowszechnionego problemu alkoholowego są znaczne: szkody związane ze skalą zachorowalności na wiele poważnych chorób i umieralnością, uszkodzeniami płodu, zjawisko przemocy w rodzinach z problemem alkoholowym (szacuje się, że ok. 2 mln dzieci żyje w takich rodzinach) oraz skutki niskiego statusu ekonomicznego tych osób i rodzin, a w konsekwencji zmniejszenie szans rozwojowych i życiowych. Straty ekonomiczne spowodowane nadużywaniem alkoholu szacowane są na 2–3% PKB.

Ze statystyki spożycia tytoniu oraz z badań dotyczących stanu zdrowia ludności, przeprowadzonych przez GUS pod koniec 2004 r., wynika, że zmniejszyła się powszechność palenia tytoniu w Polsce, zwłaszcza wśród mężczyzn. Palenie tytoniu wciąż dotyczy ponad 9 mln osób dorosłych, w tym blisko 4 mln kobiet. Jednakże problemy zdrowotne wynikające z uzależnienia nikotynowego występują nadal i niepokojący jest fakt, że w Polsce mamy stosunkowo często do czynienia z silnym uzależnieniem od tytoniu (wypalanie powyżej 20 papierosów dziennie), co jest przyczyną wielu problemów zdrowotnych tej zbiorowości osób.

### ***Wypadki drogowe***

Wypadki drogowe w Polsce są nadal poważnym problemem społecznym, ekonomicznym, a także zdrowotnym, ponieważ co roku na drogach naszego kraju ginie kilka tysięcy osób, a kilkadziesiąt tysięcy trafia na leczenie do szpitali. Na skutek doznanych obrażeń stan zdrowia osób będących ofiarami wypadków drogowych często nieodwracalnie się pogarsza, powodując niepełnosprawność bądź inne komplikacje zdrowotne. Sytuacja w tym względzie ulega powolnej, systematycznej poprawie. Od 2000 r. pomimo dynamicznego wzrostu liczby pojazdów o 20% zmniejszyła się liczba wypadków i w podobnej skali liczba zabitych i rannych w tych wypadkach.

### ***Wypadki przy pracy***

Analiza wskazuje na stopniowe, pozytywne zmiany w stanie bezpieczeństwa pracy w polskich przedsiębiorstwach oraz w rolnictwie indywidualnym. Świadczy o tym zarówno systematyczny spadek liczby osób poszkodowanych w wypadkach przy pracy, spadek wskaźników wypadkowości (liczba poszkodowanych na 1000 pracujących), w tym wypadków śmiertelnych i ciężkich oraz zmniejszanie się liczby pracowników zatrudnionych w warunkach zagrożenia czynnikami szkodliwymi dla zdrowia.

### ***Samobójstwa***

Liczba zamachów samobójczych w Polsce od lat kształtuje się na zbliżonym poziomie, nie przekraczając 6 tys. rocznie. Bardzo często przyczyna zamachu samobójczego jest trudna do określenia – w 2005 r. dla co drugiego takiego zdarzenia przyczyny tej nie ustalono. Z informacji zebranych przez Komendę Główną Policji wynika jednak, iż przyczyną co trzeciego zamachu samobójczego była choroba psychiczna osoby dokonującej zamachu samobójczego, a co czwartego – nieporozumienia rodzinne.

## **Stan zdrowia wybranych grup ludności**

### ***Stan zdrowia kobiet***

Zdrowie prokreacyjne to stan dobrego samopoczucia w aspekcie fizycznym, psychicznym i społecznym, w tym brak choroby i niedomagań w odniesieniu do układu rozrodczego. Zdrowie prokreacyjne kobiet to jedno z zagadnień zdrowia publicznego, wpływa ono na bilans urodzeń i zgonów, czas trwania i jakość życia kobiet i całych rodzin, zdrowie oraz potencjał rozwojowy następnych pokoleń. Dlatego uzasadnione są: sporządzanie ocen, analiza uwarunkowania poszczególnych elementów zdrowia prokreacyjnego kobiet, ustalenie zasad profilaktyki i leczenia.

*Zdrowie prokreacyjne dziewcząt.* Stan zdrowia dorosłej kobiety, jej płodność, zdolność urodzenia zdrowego dziecka, czas trwania życia pozostają często w związku z: zachowaniami w okresie młodości, niezdrowym stylem życia, wczesną inicjacją seksualną, nieplanowaną ciążą, chorobami przenoszonymi drogą płciową.

*Zapobieganie i leczenie niepłodności.* Problem niepłodności dotyczy około 15% par, a czynnik żeński odpowiada za około 50–60% przypadków niepłodności. Informacje o zwiększającej się częstości niepłodności nie są dostatecznie udokumentowane. Płodność jest ograniczona przez: wiek kobiet i mężczyzn, styl życia, niedostateczną wiedzę o metodach jej rozpoznawania i niewłaściwe korzystanie z metod ograniczających ją, nieodpowiedzialne zachowania w sferze współżycia płciowego sprzyjające chorobom przenoszonym drogą płciową, używki, czynniki środowiskowe. Zaburzenia płodności małżeńskiej zmniejszają liczbę urodzeń, pogarszają jakość życia wielu osób.

*Profilaktyka i leczenie nowotworów narządów płciowych i piersi.* Zachorowalność na raka szyjki macicy i częstość zgonów z tego powodu są w Polsce bardzo wysokie w porównaniu z innymi krajami UE. Nie ma programów pierwotnej profilaktyki raka szyjki macicy ukierunkowanych na eliminację czynników ryzyka: wczesnego rozpoczęcia współżycia seksualnego, liczby partnerów, chorób przenoszonych drogą płciową. Nie przywiązuje się większej uwagi do prewencji i wczesnego wykrywania nowotworów jajników oraz wczesnego wykrywania raka piersi.

*Opieka nad kobietą w ciąży, bezpieczne macierzyństwo.* Około 50% zarodków i 15% rozpoznanych ciąży ulega poronieniu. Duża część tych strat jest uwarunkowana genetycznie, części prawdopodobnie można zapobiec. Nie jest znana liczba przerwania ciąży, które wpływają niekorzystnie na fizyczne i psychiczne zdrowie kobiet. Częstość wcześniactwa nie ulega zmianie lub lekko wzrasta, około 0,5% urodzeń dotyczy noworodków z masą ciała poniżej 1000 gramów. Poprawa opieki medycznej podczas ciąży i porodu oraz postęp wiedzy i technologii medycznej zmniejsza częstość zgonów wśród tych niemowląt, jednak aktualny pozostaje problem zaburzeń ich rozwoju. Zmniejsza się współczynnik umieralności okołoporodowej (martwych urodzeń i zgonów noworodków) wśród wszystkich grup urodzeniowej masy ciała. Nie poddaje się zgonów okołoporodowych systematycznej analizie przyczynowej, co utrudnia ich prewencję. Częstość zgonów kobiet w związku z ciążą, porodem i położeniem jest w Polsce niska, jednak nie wszystkie zgony są uwzględnione w statystykach. Nie analizuje się częstości ciężkich zachorowań matek, prowadzących czasem do inwalidztwa. Zwiększająca się częstość cięć cesarskich (ostatnio 27%) w coraz mniejszym stopniu uwarunkowana jest koniecznością ochrony życia lub zdrowia matki lub dziecka i zwiększa niepotrzebnie zachorowalność kobiet. Zrezygnowano z programów zdrowotnych ukierunkowanych na optymalizację opieki okołoporodowej, zmniejszenie częstości wad rozwojowych i wcześniactwa, zmniejszenie częstości zdrowotnych następstw wcześniactwa.

*Profilaktyka i leczenie zakażeń narządów płciowych u kobiet w tym chorób przenoszonych drogą płciową.* Współczesna obyczajowość sprzyja zwiększaniu częstości zakażeń narządów płciowych. Niektóre z nich, zwłaszcza u młodych kobiet, są przyczyną niepłodności, raka szyjki macicy, przewlekłych dolegliwości, pogorszenia jakości życia kobiet, chorób i zaburzeń rozwojowych u potomstwa.

*Zdrowie kobiet w wieku pomenopauzalnym.* W związku z sytuacją demograficzną w Polsce i dłuższym trwaniem życia, zwiększa się liczebność populacji kobiet w wieku pomenopauzalnym. Zmienia się też stopniowo sposób postrzegania przez kobiety schorzeń i dolegliwości typowych dla tego wieku: nietrzymania moczu, zaburzeń statyki narządów płciowych, osteoporozy. Wzrasta zapotrzebowanie społeczne na opiekę profilaktyczno-leczniczą w tej grupie pacjentek. Procedury medyczne dotyczące tej opieki nie są kontraktowane przez NFZ.

### ***Stan zdrowia dzieci i młodzieży***

Inwestowanie w zdrowie i rozwój dzieci i młodzieży nacelowane na właściwie dobrane etapy wieku rozwojowego powinno być ważnym celem polityki ludnościowej. Z tego punktu widzenia zasadnicze znaczenie mają cztery problemy zdrowotne dzieci i młodzieży w Polsce.

- ***Urazy i przemoc*** stanowią główną przyczynę zgonów dzieci niekorzystnie wyróżniając nasz kraj wśród innych państw Unii Europejskiej. Ważne jest utrwalenie społecznego przekonania, że urazom zamierzonym i niezamierzonym wśród dzieci można zapobiegać – gdyby wdrożyć znane procedury prewencyjne, można byłoby w Polsce uratować życie połowy ginących z powodu urazów dzieci, tj. życie około 900 dzieci rocznie.
- ***Zaburzenia zdrowia psychicznego*** są przyczyną narastających w Polsce niepokojących zjawisk, takich jak depresja, samobójstwa, alkoholizm, niktynizm, narkomania i przemoc. Mimo stałego wzrostu liczby dzieci i młodzieży leczonych stacjonarnie oraz dwukrotnego w ostatnich 5 latach wzrostu liczby dzieci objętych leczeniem ambulatoryjnym z powodu zaburzeń psychicznych, z niepokojem należy odnotować zmniejszanie się liczby psychiatrów dziecięcych – w 2001 r. specjalistów takich było w Polsce 260, a w 2004 r. 213, co oznacza spadek o 18,1%.
- ***Choroby nowotworowe*** są główną chorobową przyczyną zgonów. Corocznie 2000–2200 dzieci poddawane jest leczeniu przeciwnowotworowemu, a około 6000 dzieci wymaga monitorowania stanu zdrowia. W okresie między 1999 a 2003 rokiem współczynnik zgonów z powodu nowotworów na 100000 dzieci i młodzieży obniżył się z 4,5 do 3,3, co świadczy o istotnej poprawie wyników leczenia. Potrzebny jest jednak ciągły wysiłek organizacyjny na rzecz dalszej poprawy wczesnej wykrywalności i wyników leczenia dzieci chorych na nowotwory.

- **Choroby zakaźne i zakażenia** stanowią nadal aktualny problem opieki zdrowotnej nad dzieckiem oraz zdrowia publicznego ze względu na pojawianie się nowych zagrożeń i nawrót, zdawałoby się, wyeliminowanych zagrożeń. Poważnym wyzwaniem epidemiologicznym w Polsce są zakażenia w zakładach opieki zdrowotnej.

### **Stan zdrowia osób niepełnosprawnych**

Obecnie co szósty mieszkaniec Polski jest osobą niepełnosprawną. Zjawisko niepełnosprawności ciągle narasta. Osoby niepełnosprawne gorzej oceniają swoje zdrowie niż osoby sprawne, częściej występują u nich długotrwałe problemy zdrowotne czy choroby przewlekłe, częściej też muszą korzystać z pomocy medycznej. W tej grupie ludności najczęściej występują schorzenia układu krążenia, a w następnej kolejności – uszkodzenia i choroby narządu ruchu, uszkodzenia i choroby narządu wzroku, słuchu, schorzenia neurologiczne oraz schorzenia psychiczne.

Skala i wzrostowy trend niepełnosprawności w Polsce oraz gorszy stan zdrowia osób niepełnosprawnych w porównaniu do osób sprawnych, a także zróżnicowanie wewnętrzne grup osób niepełnosprawnych wyróżnionych zwłaszcza pod względem sprawności w codziennym funkcjonowaniu, przyczyn i momentu powstania niepełnosprawności oraz posiadanych schorzeń, wymaga zindywidualizowanego podejścia do stanu zdrowia osób niepełnosprawnych. W celu zaspokojenia potrzeb osób niepełnosprawnych w zakresie opieki zdrowotnej konieczne jest prowadzenie systematycznych i interdyscyplinarnych badań problemów tej grupy osób.

### **Subiektywna ocena stanu zdrowia (2004 r.)**

#### **Ludność dorosła**

Ostatnie wyniki badania ankietowego GUS wskazują na istotne i korzystne zmiany w ogólnym stanie zdrowia Polaków. Subiektywny stan zdrowia Polaków wyraźnie się poprawił. Poprawa dotyczyła wszystkich grup wieku, zarówno kobiet jak i mężczyzn oraz wszystkich regionów kraju. Największą poprawę oceny stanu zdrowia odnotowano wśród osób w wieku średnim (między 30 a 60 rokiem życia), najmniejszą poprawę dla osób w podeszłym wieku (70-letnich lub starszych). Generalnie kobiety oceniają swoje zdrowie gorzej niż mężczyźni.

Mimo poprawy stanu zdrowia, co trzeci mieszkaniec Polski ma długotrwałe problemy zdrowotne. Częstość występowania takich problemów rośnie wraz z wiekiem. Relatywnie mniej Polaków choruje przewlekłe – tylko 46% (w 1996 r. ponad 53%), zarówno mężczyzn jak i kobiet. U osób dorosłych najczęściej występują: nadciśnienie tętnicze (u co szóstej dorosłej osoby), choroby kręgosłupa lub dyskopatia, choroby stawów zapalne i zwyrodnieniowe, choroba wieńcowa (u co jedenastej), migrena i częste bóle głowy oraz nerwica lub depresja. Te dwie ostatnie grupy chorób trapią głównie kobiety.

Nastąpiły również pozytywne zmiany w zachowaniach prozdrowotnych osób dorosłych. Dotyczyło to zwłaszcza ograniczenia palenia tytoniu przez mężczyzn i większej dbałości kobiet o utrzymanie prawidłowej wagi ciała (bez nadwagi). Mimo to nadal dorośli Polacy ważą zbyt dużo (co trzeci dorosły Polak, a co ósmy jest otyły). Częstość występowania nadwagi wśród kobiet jest obecnie niższa niż wśród mężczyzn (27% ogółu kobiet i blisko 33% ogółu mężczyzn), a równocześnie kobiety dużo częściej mają niedobór masy ciała (niedowagę), w tym zwłaszcza kobiety młode (do 30 roku życia). Zmniejsza się powszechność palenia tytoniu, ale głównie wśród mężczyzn. W okresie 8 lat między badaniami udział mężczyzn palących tytoń zmniejszył się o ponad 9 pkt. procentowych (z 47% do 38%), natomiast wśród kobiet tylko o 1 pkt procentowy (z 24% do 23%). Tytoń pali codziennie 26% dorosłych Polaków (34% mężczyzn i 19% kobiet). Szczególnie często palaczami są 40-latkowie. W tej grupie wieku pali prawie połowa mężczyzn i częściej niż co trzecia kobieta. Osoby mocno uzależnione (palące co najmniej 1 paczkę) to 60% ogółu palących mężczyzn i co trzecia paląca kobieta.

W porównaniu z 1996 r. więcej osób dorosłych sięga po alkohol. Całkowitą abstynencję (w ciągu ostatniego roku) zadeklarowało 25% badanych osób (w 1996 r. – prawie 30%). Najliczniejszą grupę pijących alkohol stanowią osoby w wieku 30–49 lat. Typowy wzorzec konsumpcji alkoholu Polaków uległ zmianie. Wódkę i inne napoje spirytusowe wypiera powoli piwo, jednak udziały wódki i piwa w rocznej strukturze konsumpcji są prawie takie same. Przeciętny pijący mężczyzna pije 4,5 raza więcej niż pijąca kobieta.



Większość dorosłych Polaków spędza czas wolny w sposób bierny. Na czytanie, oglądanie telewizji lub słuchanie radia oraz wykonywanie innych czynności nie wymagających ruchu i wysiłku fizycznego dorosły Polak przeznaczają średnio prawie 18 godzin w tygodniu, zaś kobiety o 1 godzinę krócej. Tylko 70% ogółu dorosłych Polaków wykonuje niezbyt intensywny ruch fizyczny (np. spacer, gimnastyka, jazda na rowerze). Jeszcze mniej osób (co trzecia) biega, pływa czy też pracuje sezonowo na działce. Intensywny trening (np. siłownia) lub uprawianie sportu wyczynowego to domena głównie młodych mężczyzn do 30 roku życia.

Mimo wielu apeli, szczepienia przeciw grypie w Polsce nie są jeszcze powszechne. Tylko co szósty Polak szczepił się kiedykolwiek na gripę, natomiast co piąty dorosły Polak został zaszczepiony przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, głównie z powodu planowanego zabiegu chirurgicznego, bądź z własnej inicjatywy.

Co drugi dorosły Polak przynajmniej raz w życiu miał badany poziom cholesterolu. Wysoki poziom cholesterolu całkowitego (powyżej 200 mg%) stwierdzano częściej niż u co trzeciej osoby, przy czym najczęściej u osoby powyżej 60 roku życia. Podwyższone ciśnienie krwi ma co czwarty czterdziestolatek, prawie co drugi pięćdziesięciolatek i około 60% osób w starszym wieku.

Zwiększa się udział kobiet wykonujących badania cytologiczne szyjki macicy. Tylko 30% ogółu dorosłych kobiet nigdy nie wykonywała takiego badania. Wzrasta także powszechność badań mammograficznych lub ultrasonograficznych piersi. Co trzecia kobieta dorosła przynajmniej raz w swoim życiu miała wykonane takie badanie. Badania najczęściej wykonują kobiety między 40-tym a 60-tym rokiem życia. Blisko co trzecia przebadana kobieta skorzystała z ogólnodostępnego programu badań (*screening*), zaś co piąta sama dba o swoje zdrowie i regularnie wykonuje badanie.

Ponad 65% kobiet żyjących w związkach (mażeńskich lub partnerskich) stosuje antykoncepcję. Najczęściej wybierana jest prezerwatywa lub pigułka antykoncepcyjna, bądź inne środki hormonalne. Dużo rzadziej kobiety stosują teraz metody naturalne, jak również środki chemiczne czy mechaniczne.

Generalnie dorośli Polacy są zadowoleni ze swojego życia. Ponad 3/4 dorosłych Polaków oceniło swoje dotychczasowe życie jako bardzo dobre lub dobre. Czynnikiem determinującym jest wiek osoby. Im osoba jest starsza, tym gorzej ocenia swoje życie. Na taką ocenę wpływa również pogarszający się wraz z wiekiem stan zdrowia. Osoby skarżące się na długotrwałe problemy zdrowotne (niezależnie od wieku) gorzej oceniły swoje życie niż osoby bez takich problemów i dotyczyło to wszystkich grup wieku, nawet tych najmłodszych.

## Stan zdrowia dzieci

91% dzieci w wieku 0–14 lat cieszyło się bardzo dobrym i dobrym stanem zdrowia i ocena ta była o 6 pkt. proc. wyższa niż w 1996 r.. Rodzice około 2% dzieci ocenili ich zdrowie jako złe lub bardzo złe. Co szóste dziecko miało długotrwałe dolegliwości zdrowotne. Ponad 20% ogółu badanych dzieci chorowało przewlekłe na co najmniej 1 chorobę. Najczęściej występujące wśród dzieci choroby przewlekłe to schorzenia alergiczne, choroby płuc (w tym astma i astma o podłożu alergicznym) oraz choroby oka.

Samopoczucie psychofizyczne dzieci różniło się w zależności od grupy wieku i płci badanych: im były starsze, tym częściej deklarowały gorsze samopoczucie fizyczne i psychiczne, gorszy nastrój czy trudniejsze relacje z rówieśnikami. Szczególnie widoczne były różnice w odpowiedziach udzielonych na pytania dotyczące środowiska szkolnego. Najwięcej „pozytywnych” odpowiedzi udzieliły tu dzieci w młodszym wieku szkolnym, zaś najwięcej „negatywnych” – 12–14-letnie.

W ciągu roku poprzedzającego badanie stanu zdrowia z usług lekarzy medycyny skorzystało ponad 80% zbiorowości dzieci. Najczęściej byli to lekarzy pediatry, alergolodzy, laryngolodzy oraz ortopedzi. U lekarzy dentystów była niespełna połowa badanych. Rodzice najczęściej rezygnowali z wizyt u lekarzy z powodu braku pieniędzy oraz konieczności zbyt długiego oczekiwania na wizytę.

W okresie 2 tygodni poprzedzających badanie leki przepisane i nieprzepisane przez lekarzy stosowało około 2,5 mln dzieci; głównie były to witaminy i preparaty mineralne, leki na przeziębienie oraz antybiotyki.

Ponad 30% dzieci uprawiało sport poza lekcjami wychowania fizycznego (33% chłopców i około 28% dziewczynek). Częstość uprawiania sportu zależy od wieku dziecka. Zajmowała się nim 1/4 dzieci w młodszym wieku szkolnym i ponad 1/3 dzieci w grupie wieku 10–14 lat.

Dzieci spędzały przed ekranem telewizora lub monitorem komputera przeciętnie 2,5 godziny dziennie (w 1996 r. nieco ponad 2 godziny). Chłopcy poświęcali na takie zajęcia trochę więcej czasu niż dziewczynki – przeciętnie odpowiednio 2,6 i 2,4 godziny dziennie. Tylko 2,1% dzieci 2-letnich i starszych w ogóle nie oglądało telewizji, video, DVD i/lub nie korzystało z komputera.

## REKOMENDACJE

► **Konieczne jest podjęcie zdecydowanej, aktywnej polityki ludnościowej** (szerzej polityki społecznej) w warunkach radykalnych zmian modelu rodziny w sytuacji niskiej płodności. Polityka taka oraz jej środki i działania powinny być oparte na zrozumieniu sytuacji i mechanizmu zmian, które doprowadziły do bardzo niskiej płodności i dzietności w Polsce, oraz na świadomości, że proces radykalnych przemian się nie zakończył; choć są wstępne oznaki jego wyhamowania, to proces przemian jest i będzie kontynuowany. Rekomenduje się wdrożenie w tym zakresie „Założeń polityki ludnościowej” przedłożonych Radzie Ministrów przy poprzednim *Raporcie o sytuacji demograficznej Polski* (RRL, Warszawa 2006). Należy przyjąć, że „*polityka ludnościowa jest to celowe, długofalowe oddziaływanie państwa i podmiotów publicznych na przebieg procesów ruchu naturalnego i wędrownego ludności w celu ukształtowania pożądanego stanu i struktury ludności, przez tworzenie warunków społecznych, ekonomicznych i politycznych korzystnych dla przebiegu procesów demograficznych, zapewniających biologiczne przetrwanie narodu oraz zrównoważony rozwój społeczno-ekonomiczny i ekologiczny. Współczesna polityka ludnościowa wpływa na kształtowanie procesów ludnościowych pośrednio i bezpośrednio, poprzez stosowanie odpowiednich instrumentów polityki społecznej (mieszczących się w obszarach polityk szczegółowych: rodzinnej, mieszkaniowej, edukacyjnej, ochrony zdrowia, zabezpieczenia społecznego, zatrudnienia) oraz polityki gospodarczej, odpowiednich dla pożądanego przebiegu tych procesów*”.

Z tak zdefiniowanej polityki ludnościowej oraz jej bezpośredniego i pośredniego oddziaływania na przebieg procesów demograficznych wynika, że **głównym jej celem jest oddziaływanie na procesy związane z:**

- tworzeniem się i funkcjonowaniem rodzin,
- rozrodznością,
- poprawą stanu zdrowia i ograniczaniem umieralności,
- migracjami

w taki sposób, aby ich przebieg sprzyjał kształtowaniu optymalnego stanu liczebnego i struktury ludności oraz dzięki temu zapewniał: biologiczną ciągłość społeczeństwa i zrównoważony rozwój społeczno-ekonomiczny.

Aby osiągnąć tak sformułowany cel ogólny konieczna jest realizacja wielu działań, które mają dać efekty odcinkowe sformułowane jako cele ogólne:

1. poprawa warunków powstawania i funkcjonowania rodzin oraz sprzyjających rodzeniu dzieci i zwiększaniu liczby urodzeń;
2. tworzenie warunków sprzyjających integracji w starzejącym się społeczeństwie;
3. poprawa stanu zdrowia ludności i ograniczanie umieralności;
4. określenie kierunków i zasad polityki migracyjnej państwa polskiego w dobie integracji europejskiej.

Aby te zamierzone cele ogólne były osiągalne, polityka społeczno-ekonomiczna powinna charakteryzować się takimi cechami, które powinny zagwarantować:

- a) zmiany w postawach i zachowaniach indywidualnych i społecznych wobec zawierania małżeństw i zakładania rodziny;
- b) zmiany w postawach i zachowaniach prokreacyjnych na rzecz realizacji planów dotyczących dzietności (świadomego zwiększania przeciętnego poziomu dzietności);
- c) podnoszenie jakości życia wszystkich pokoleń, zwłaszcza młodego pokolenia, pozwalającej na jego rozwój (rozumiany jako poprawa stanu zdrowia i poziomu edukacji);
- d) stwarzanie szans na pełne uczestnictwo wszystkich pokoleń w życiu społeczno-gospodarczym i kulturalnym kraju i w zintegrowanej Europie.

Realizacja celów polityki ludnościowej będzie skuteczna, jeśli cechować ją będą następujące zasady:

- polityki aktywnej, co oznacza, że działania polegać powinny na tworzeniu warunków sprzyjających lub niezbędnych dla osiągnięcia danego celu oraz wykorzystywanie aktywizujących form i metod działania, pozwalających na udział różnych grup ludności w projektowanych przedsięwzięciach;
- wielości podmiotów, co pozwoli na lepsze rozpoznanie potrzeb, większą elastyczność działania i umożliwi lepsze dostosowanie środków do osiągnięcia zamierzonych celów;
- wielości i różnorodności stosowanych instrumentów i metod działania, powiązanych z obszarami szczegółowych polityk o charakterze bezpośrednim (nastawionych na realizację określonego celu zmian w procesach demograficznych) i pośrednim (mających inne cele, ale przynoszące skutki dla przebiegu tych procesów).

Do realizacji założonych celów należy wykorzystać środki, metody i instrumenty stosowane w polityce społecznej i gospodarczej państwa, w szczególności w obszarach:

- a) praca (działania na rzecz uzyskania pracy i dochodów z tego tytułu, ograniczania bezrobocia, rozwoju przedsiębiorczości i samozatrudnienia);
- b) zabezpieczenie społeczne (świadczenia rodzinne, ubezpieczenia społeczne, pomoc społeczna);
- c) mieszkalnictwo;
- d) ochrona zdrowia (usługi medyczne, edukacja zdrowotna);
- e) edukacja (system edukacji, w tym edukacja ustawiczna; edukacja prorodzinna, kształtowanie systemu wartości).

**Realizacja** – odpowiedzialność za realizację polityki ludnościowej w Polsce ponosi wiele podmiotów. **Głównym podmiotem realizującym cele polityki ludnościowej powinno być państwo**, odpowiedzialne za tworzenie systemu prawa i warunków społeczno-ekonomicznych oddziałujących na procesy demograficzne. Państwo dzieli swoje zadania i uprawnienia między **organy rządowe** (centralne) i **samorządowe** (regionalne i lokalne) odpowiedzialne za poszczególne obszary działań. **Ścisłe z państwem** w realizacji celów polityki ludnościowej **powinny współdziałać** inne podmioty w zakresie swych uprawnień, a mianowicie: **organizacje pozarządowe, kościoły różnych wyznań, związki zawodowe, organizacje pracodawców**.

► Mechanizm wyjaśniania przemian płodności i rodziny w Polsce, szczególnie w okresie transformacji społeczno-gospodarczej, wymaga pogłębionych specjalistycznych studiów i badań w tym obszarze – **realizacja: Minister Nauki i placówki naukowo-badawcze**.

► Konieczne jest permanentne monitorowanie zjawisk i procesów demograficznych w Polsce w ujęciu interdyscyplinarnym oraz rozwiązań wprowadzanych w obszarze polityki ludnościowej, a także polityk: społecznej, ekonomicznej i zdrowotnej w zakresie, w jakim odnoszą się do zjawisk i procesów demograficznych oraz otoczenia, w jakim mają one miejsce – **realizacja: Prezes Głównego Urzędu Statystycznego**.

► Ze względu na zasadnicze zmiany dokonujące się w zakresie sytuacji demograficznej Polski, jest niezbędne – jak się wydaje – przynajmniej cykliczne prowadzenie analiz porównawczych przebiegu tych zjawisk, w różnych skalach przestrzennych dla dłuższych okresów. Jest to obecnie prawie niemożliwe ze względu na stale dokonywane zmiany w podziale administracyjnym kraju. Dotyczy to zwłaszcza skali lokalnej (gminy) oraz subregionalnej (powiaty i podregiony), a także układu miasta-wieś. Prowadzenie takich analiz wymaga dysponowania porównywalnymi danymi statystycznymi choćby dla wybranych elementów sytuacji demograficznej. Jest to równoznaczne z koniecznością dokonywania przez statystykę państwową przeliczeń ww. danych, tj. eliminowania wpływu zmian administracyjnych – **realizacja: Prezes Głównego Urzędu Statystycznego**.

► Na 53. Zgromadzeniu Ogólnym Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Assembly) w 2000 r. kraje członkowskie, w tym Polska, podjęły rezolucję dotyczącą działań na rzecz zredukowania chorobowości, inwalidztwa i przedwczesnych zgonów, spowodowanych przewlekłymi chorobami niezakaźnymi, w tym chorobami układu krążenia.

Zgodnie z zaleceniami UE i programem POLKARD, rekomenduje się:

- monitorowanie poziomu i kontroli głównych czynników ryzyka poprzez powtarzanie badań przekrojowych prób losowych populacji polskiej (optymalnie co 5-6 lat). System monitorowany istnieje już

w większości krajów UE i w USA. Metodyka badań przekrojowych powinna być oparta o standardy wypracowane przez UE;

- opracowanie i weryfikacja programów prewencyjnych powinny być oparte na ocenie sytuacji epidemiologicznej i uwzględniać zarówno sytuację ogólnopolską, jak i regionalne zróżnicowanie – **realizacja:**

### **Minister Zdrowia.**

► Choroby nowotworowe są schorzeniami przewlekłymi, związanymi z głównie z wydłużeniem życia i zmianą stylu życia. Problemy zdrowotne i społeczne związane z tymi chorobami zostały już dostrzeżone przez Sejm RP, który w 2005 r. przyjął ustawę „Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych”. Pełna realizacja zadań wynikających z tego programu powinna doprowadzić w perspektywie 10-20 lat do ograniczenia umieralności z powodu nowotworów złośliwych w Polsce – **realizacja: Minister Zdrowia.**

Dodatkowo należy wprowadzić zakaz palenia w miejscach publicznych i podnieść ceny papierosów, co będzie skutecznym działaniem zapobiegającym rozprzestrzenieniu się palenia tytoniu i – tym samym – rozwojowi wielu nowotworów (w tym rakowi płuca), a także innych chorób przewlekłych (np. choroby układu krążenia) – **realizacja: Minister Zdrowia, Minister Finansów.**

► Uchwalenie ustawy o rejestrach medycznych, która umożliwi gromadzenie danych o nowotworach złośliwych i wykonywanie niektórych analiz (np. obliczanie wskaźników przeżyć, umożliwiających ocenę skuteczności leczenia i porównanie wyników leczenia pomiędzy placówkami) – **realizacja: Minister Zdrowia.**

► Opracowanie informacji oraz przekazywanie młodym ludziom wiedzy dotyczącej prokreacji, związków między nieodpowiedzialnym i lekkomyślnym narażaniem zdrowia i późniejszymi niepowodzeniami prokreacji, kształtowania postawy szacunku dla życia, odpowiedzialnego i świadomego rodzicielstwa, przygotowania i wychowywania do życia w rodzinie – **realizacja: Minister Edukacji Narodowej, media publiczne.**

► Uwzględnienie w polityce zdrowotnej oddziaływania na młode pokolenie w kierunku zmiany zachowań, stylu życia, przekazywanie rzetelnej wiedzy o sposobach rozpoznawania płodności i metodach jej ograniczania Osobom dorosłym ułatwienie dostępu do nowoczesnych i skutecznych metod diagnostyki i leczenia niepłodności, ujednoczenie standardów postępowania, zorganizowanie ośrodków medycznych zajmujących się kompleksowo i odpowiedzialnie tym problemem – **realizacja: Minister Zdrowia, media publiczne.**

► Upowszechnienie w społeczeństwie wiedzy w zakresie możliwości zapobiegania i wczesnego wykrywania nowotworów: szyjki macicy, jajników i piersi. Oddziaływanie w kierunku zmiany stylu życia na sprzyjający zdrowiu. Zapewnienie kobietom pełnej dostępności do opieki profilaktyczno-leczniczej. Rozważenie możliwości upowszechnienia szczepień przeciwko HPV – **realizacja: Minister Zdrowia, media publiczne.**

► Przygotowanie i upowszechnienie opieki prekoncepcyjnej; kontynuowanie programów zdrowotnych ukierunkowanych na poprawę opieki medycznej podczas ciąży i porodu, w tym programu prewencji wad cewy nerwowej i wcześniactwa; zapewnienie kobietom w ciąży i po urodzeniu dziecka stabilizacji zatrudnienia, a kobietom podczas ciąży i po porodzie możliwości zatrudnienia w niepełnym wymiarze godzin pracy; wydłużenie urlopu macierzyńskiego; zwiększenie wysokości zasiłku; upowszechnienie bezpłatnych szkół rodzenia; wsparcie finansowe inicjatywy „Szpital Przyjazny Dziecku” promującej karmienie piersią – **realizacja: Minister Zdrowia, Minister Pracy i Polityki Społecznej, Minister Finansów.**

► Konieczne jest podjęcie działań mających na celu zapewnienie kobietom w wieku pomenopauzalnym kompleksowej opieki medycznej: profilaktycznej, leczniczej i rehabilitacyjnej i włączenie tych procedur

do oferty Narodowego Funduszu Zdrowia. Potrzeby zdrowotne tych kobiet dotyczą różnych dyscyplin medycznych (interna, psychiatria, urologia, medycyna rodzinna); koordynacja usług medycznych powinna należeć do lekarza ginekologa. Konieczne jest również zapewnienie kobietom w wieku pomenopauzalnym poradnictwa oraz pomocy społecznej i prawnej – **realizacja: Minister Zdrowia, Minister Pracy i Polityki Społecznej, Minister Sprawiedliwości.**

► Upowszechnienie wiedzy o zagrożeniach dla zdrowia prokreacyjnego związanych z zakażeniami i sposobach prewencji (styl życia, monogamiczne związki, szczepienia ochronne, badania przesiewowe u kobiet przed ciążą i podczas ciąży). Edukacja i poradnictwo dotyczące odpowiedzialnych zachowań seksualnych. Zapewnienie dostępności metod zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób przenoszonych drogą płciową, w tym zakażenia HIV – **realizacja: Minister Zdrowia, Minister Edukacji Narodowej, media publiczne.**

► Mimo powolnego, systematycznego zmniejszania się liczby wypadków drogowych, a w konsekwencji liczby zabitych i rannych w tych wypadkach, ich skala jest ciągle wysoka. Konieczne jest wzmoczenie rygorystycznego egzekwowania przepisów o ruchu drogowym w stosunku do użytkowników ruchu. Szczególnie należy zaostrzyć kary w stosunku do nietrzeźwych użytkowników tego ruchu. Należy wprowadzić obowiązek używania elementów odblaskowych dla pieszych i rowerzystów oraz pojazdów konnych poruszających się po drogach po zapadnięciu zmroku i w nocy – **realizacja: Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji.**

► Strategicznym celem dotyczącym zdrowia dzieci i młodzieży jest umożliwienie dzieciom i młodzieży w naszym kraju realizowania pełnego ich potencjału dla zdrowia i rozwoju, a także zmniejszenie chorobowości i umieralności z przyczyn poddających się zapobieganiu. W związku z tym władze zdrowia publicznego wszystkich szczebli, szczerze zaangażowane w inwestowanie w zdrowie i rozwój dzieci i młodzieży powinny:

- przyjąć całościową strategię na rzecz zdrowia dzieci i młodzieży albo jako program niezależny, albo jako część innej strategii, np. zdrowia narodu lub narodowego programu na rzecz dzieci;
- wykorzystać w pełni doświadczenia i wyniki uzyskane w toku realizowanych w przeszłości ze środków publicznych programów polityki zdrowotnej państwa;
- mieć jasno określoną pozycję do angażowania na rzecz zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży innych sektorów, na przykład edukacji, polityki społecznej, rolnictwa;
- dostosować strukturę organizacyjną Ministerstwa Zdrowia oraz organów władzy rządowej i samorządowej w terenie dla potrzeb skutecznej realizacji programu na rzecz zdrowia i rozwoju dzieci;
- skonsolidować funkcjonowanie jednostek organizacyjnych, w tym instytutów badawczo-rozwojowych bezpośrednio nadzorowanych przez Ministra Zdrowia, w celu najbardziej efektywnego wykonywania zadań na rzecz zdrowia i rozwoju dzieci;
- uczynić poprawę zdrowia dzieci i młodzieży integralnym elementem działalności i oceny placówek działających w sektorze zdrowia;
- wprowadzić „audyt równości” w celu upewnienia się, że sektor zdrowia, programując i realizując politykę zdrowotną nie zaniedbuje potrzeb dzieci i młodzieży ze środowisk upośledzonych społecznie, na przykład, żeby dzieci te miały dostęp do właściwej opieki zdrowotnej.

**Realizacja: Minister Zdrowia we współpracy z Ministrami: Edukacji Narodowej, Pracy i Polityki Społecznej, Rolnictwa i Rozwoju Wsi.**

### III. Udział w pracach Komisji ONZ ds. Ludności i Rozwoju

W dniach 9–13 kwietnia 2007 r. odbyła się w Nowym Jorku 40. Sesja Komisji Ludności i Rozwoju ONZ, której tematem wiodącym była kwestia zmieniających się struktur wieku populacji i ich wpływu na rozwój. W związku z niemożliwością udziału w zjeździe sekretarza generalnego Rządowej Rady Ludnościowej, delegacji RP przewodniczył Pan Andrzej Towpik – ambasador, stały przedstawiciel RP przy ONZ w Nowym Jorku wraz z przedstawicielami misji. RRL przygotowała tekst informacji nt. wiodącego tematu 40. Sesji Komisji Ludności i Rozwoju ONZ.

Dokumentację z 40. Sesji Komisji ONZ do spraw Ludności i Rozwoju pt. „Wpływ zmian struktury wiekowej społeczeństwa na rozwój” (Nowy Jork 9–13 kwietnia 2007 r.) zawiera załącznik nr 2.

#### **IV. Udział w konferencjach krajowych i międzynarodowych**

- Przedstawiciele Rządowej Rady Ludnościowej wzięli udział w 3 konferencjach zagranicznych:
2. W dniach 2–3 maja 2007 r. sekretarz generalna Rządowej Rady Ludnościowej była obecna na międzynarodowej konferencji eksperckiej nt. „Zmian demograficznych” zorganizowanej w Bonn. W spotkaniu wzięło udział 45 delegatów reprezentujących urzędy ministerialne krajów uczestniczących, organizacje międzynarodowe, przedstawiciele międzynarodowej grupy ds. Innowacji Usług Publicznych oraz eksperci z 10 krajów, którzy wygłosili 14 referatów oraz brali udział w dyskusji merytorycznej na temat zmian demograficznych w wyniku starzenia się ludności w krajach europejskich. Z ramienia Rządowej Rady Ludnościowej Polskę reprezentowała dr Alina Potrykowska, która wygłosiła referat pt. „Zmiany demograficzne w wyniku procesu starzenia się ludności w Polsce”. W skład delegacji polskiej weszli także: Grzegorz Chorąży z Urzędu Służby Cywilnej Kancelarii Rady Ministrów oraz Paulina Wyłcan z Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji.
  3. W dniach 10–13 lipca 2007 r. sekretarz generalna Rządowej Rady Ludnościowej wzięła udział w obradach IV międzynarodowej konferencji ludnościowej pt. „Zmiany demograficzne, zróżnicowania geograficzne i polityka ludnościowa” zorganizowanej w Hongkongu. W spotkaniu wzięło udział 148 naukowców reprezentujących uniwersytety i szkoły wyższe, instytucje naukowe, naukowe organizacje międzynarodowe (w 37 krajach świata), którzy wygłosili 136 referatów oraz brali udział w dyskusji merytorycznej na temat zmian demograficznych. Z ramienia Rządowej Rady Ludnościowej Polskę reprezentowała dr Alina Potrykowska, która wygłosiła referat pt. „Zmiany demograficzne i procesy starzenia się ludności. Społeczne potrzeby osób w starszym wieku w Polsce”.
  4. W dniach 6–7 grudnia 2007 r. dr Alina Potrykowska – sekretarz generalna Rządowej Rady Ludnościowej, i Ewa Orzełek – gł. specjalista w sekretariacie RRL, wzięły udział w międzynarodowej konferencji pt. „Wpływ polityki ludnościowej na kształtowanie się poziomu płodności w Europie” organizowanej przez Wiedeński Instytut Demograficzny Austriackiej Akademii Nauk. Udział w międzynarodowej konferencji nt. Wpływu polityki ludnościowej na kształtowanie się poziomu płodności w Europie” pozwolił na zapoznanie się z najnowszymi teoriami i podejściem metodologicznym w badaniach zmian ludnościowych w zakresie płodności z uwzględnieniem zróżnicowań procesów demograficznych w poszczególnych krajach oraz porównanie z sytuacją demograficzną w Polsce. Uczestnicy konferencji zaprezentowali wysoki poziom intelektualny i metodologiczny przedstawianych wyników prac.

#### **Przedstawiciele Rządowej Rady Ludnościowej wzięli udział w 7 konferencjach krajowych:**

- 25 stycznia 2007 r. w konferencji pt. „Wyzwania polskiej polityki migracyjnej”,
- 15 marca 2007 r. w konferencji pt. „Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49 lat Polska 2006”,
- 24 kwietnia 2007 r. w konferencji pt. „Alarm dla zdrowia”,
- 25 kwietnia 2007 r. w konferencji pt. „Polityka rodzinna Rządu”,
- 25–27 kwietnia 2007 r. w przeglądzie partnerskim dotyczącym wdrażania zasad Europejskiego Kodeksu Praktyk Statystycznych do polskiej statystyki publicznej,
- 12 maja 2007 r. w konferencji pt. „Rodzina szansą dla Europy i Świata”,
- 9 października 2007 r. w konferencji pt. „Polska Polityka Zagraniczna na Rozdrożach”,
- 17 października 2007 r. w konferencji pt. „Polska w obliczu wyzwań globalnych”.

#### **V. Posiedzenia Prezydium RRL oraz prace Sekretariatu RRL**

Obsługę Rządowej Rady Ludnościowej zapewnia Główny Urząd Statystyczny – od 1 listopada 2003 r. na podstawie zarządzenia nr 82 Prezesa Rady Ministrów z dnia 19 września 2003 r. oraz zarządzenia nr 165 Prezesa Rady Ministrów z dnia 7 listopada 2006 r. w sprawie Rady do Spraw Koordynacji działań międzyresortowych w zakresie polityki ludnościowej. Od marca 2005 r. RRL posiada stronę internetową Stat.gov.pl, na której zamieszczone są publikacje, informacje o działalności, strukturze i składzie RRL.

Prezydium RRL obradowało w 2007 r. na dwóch posiedzeniach w dniu 16 kwietnia i 1 października 2007 r.

1. W dniu 16 kwietnia 2007 r. przedmiotem posiedzenia prezydium Rządowej Rady Ludnościowej było omówienie i przygotowanie porządku posiedzenia plenarnego zaplanowanego na 19 kwietnia 2007 r.
2. W dniu 1 października 2007 r. przedmiotem posiedzenia prezydium Rządowej Rady Ludnościowej były zagadnienia dotyczące stanu prac nad raportem 2006-2007 „Sytuacja demograficzna Polski” oraz projektu porządku posiedzenia RRL zaplanowanego na 15 października 2007 r.

Szczegółowy tryb działania Rządowej Rady Ludnościowej oraz zakres działania przewodniczącego, prezydium i sekretarza generalnego rady określa regulamin uchwalany przez Rządową Radę Ludnościową – Uchwała nr 1/2006 Rządowej Rady Ludnościowej z dnia 14 grudnia 2006 r.

### **Sekretariat Rządowej Rady Ludnościowej opublikował kolejny 52 numer Biuletynu RRL.**

Na treść biuletynu składają się następujące materiały:

Zarządzenie nr 29 Prezesa Rady Ministrów z dnia 23 marca 2007 r. zmieniające zarządzenie w sprawie Rady do Spraw Koordynacji działań międzyresortowych w zakresie polityki ludnościowej.

Dokumentacja i sprawozdanie z 39. Sesji ONZ ds. Ludności i Rozwoju odbywającej się w Nowym Jorku w dniach 22-26 marca 2006 r. oraz dokumentacja dotycząca 40. Sesji ONZ ds. Ludności i Rozwoju, która odbyła się w Nowym Jorku w dniach 4-8 kwietnia 2007 r.

Ekspertyzy wykonane przez specjalistów zajmujących się kwestiami demograficznymi i społecznymi dotyczące aktualnych i głównych zagadnień ludnościowych. Przeobrażenia w procesach demograficznych (płodności, umieralności, migracjach) zachodzące w ostatnich dekadach, których konsekwencją są znaczące zmiany w stanie liczebnym i strukturach ludności, stawiają nowe wyzwania dla wielu współczesnych społeczeństw. Przedkładane opracowania odnoszą się do tych ważkich zagadnień.

Sprawozdania z działalności Rządowej Rady Ludnościowej za lata 2005-2006.

Pierwsze cztery ekspertyzy prezentują obszernie założenia i metodykę międzynarodowego projektu badawczego Generations and Gender Programme (w skrócie GGP), znanego w Polsce jako Program Rodziny i Generacje. Głównym celem programu są porównawcze, wzdłużne i wielodyscyplinarne badania zmian w rodzinie i związkach wewnątrzrodzinnych w Europie i Ameryce Północnej, zaś istotą programu jest zapewnienie ścisłego związku badanych zjawisk i procesów z polityką społeczną.

Ekspertyza U. Gach-Ciepieli pt. „Generacje i płeć” przedstawia pierwszy filar programu Generations and Gender Programme, a szczególnie filozofię, teorię i zakres nowej rundy badań europejskich.

Trzy następne opracowania prezentują drugi filar programu GGP i stanowią integralną część opracowań dotyczących kontekstowej bazy danych dla programu.

Praca K. Sienkiewiczza omawia cel, filozofię, strukturę i zakres kontekstowej bazy danych programu GGP, zaś kolejne opracowanie – D. Stali – zawiera m.in. opis ogólnych założeń dotyczących kontekstowej bazy danych i obecnej sytuacji na rynku pracy, w tym stan zatrudnienia i bezrobocia w Polsce.

Opracowanie I. Sikorskiej prezentuje kontekstową bazę danych w drugim filarze programu Generations and Gender Programme w odniesieniu do edukacji zdrowia, opieki nad osobami starszymi, systemu politycznego i kultury.

Kolejna ekspertyza – B. Chazana, jest poświęcona zdrowiu prokreacyjnemu kobiet. Zdrowie prokreacyjne obejmuje całokształt zagadnień związanych z układem rozrodczym u obu płci we wszystkich fazach życia. Ocena stanu zdrowia prokreacyjnego oraz niektóre problemy składające się na pojęcie zdrowia prokreacyjnego mają wpływ na sytuację demograficzną kraju. Są to problemy ważne, które wywierają także wpływ na procesy demograficzne grup populacyjnych, przyrost naturalny, zastępowalność pokoleń i stan zdrowia następnych generacji. Tym samym są one ważne dla rozwoju społeczeństwa i przyszłości państwa oraz powinny mieć znaczące miejsce wśród priorytetów polityki zdrowotnej i polityki ludnościowej.

Praca J. Balickiego pt. „Migracje i rozwój – aspekt globalny” prezentuje większość kwestii dotyczących relacji między migracją a rozwojem zawartych w raporcie sekretarza generalnego ONZ pt. „International Migration and Development”, przygotowanego na sesję Zgromadzenia Ogólnego ONZ (14–15 września 2006 r.) poświęconą temu zagadnieniu. Raport, który podejmuje obszerną analizę relacji między migracją a rozwojem, uzupełnia opracowanie IOM pt. „Migration and Development. Opportunities and Challenges for Policymakers”.

W ekspertyzie A. Rajkiewiczza pt. „Przyszłość demograficzna Polski i Niemiec. Analiza porównawcza” rozważaniom na temat przyszłości demograficznej Polski i Niemiec towarzyszy poszukiwanie podobieństw, odmienności i konotacji w procesach ludnościowych obu krajów. Retrospektywna charakterystyka procesów

ludnościowych ma na celu ukazanie wpływu zdarzeń przeszłych na ich bieg współczesny i przyszły. Szczególną uwagę zwraca się na ostatnie piętnastolecie w kontekście transformacji demograficznej występującej we wszystkich krajach Europy Środkowej i Wschodniej.

Rządowa Rada Ludnościowa spodziewa się pomocy w przygotowaniu w 2008 r. II Kongresu Demograficznego, któremu analogicznie jak poprzedniemu najwyższe władze państwa udzieliłyby patronatu honorowego i wsparcia finansowego.

Opracowała:

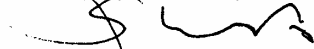
*mgr Ewa Orzelek*



Główny specjalista  
Rządowa Rada Ludnościowa  
Al. Niepodległości 208  
00-925 Warszawa  
Pok. 554 (blok C)  
tel.: + 48 (22) 608 30 40  
fax: + 48 (22) 608 38 87  
[e.orzelek@stat.gov.pl](mailto:e.orzelek@stat.gov.pl)

Zatwierdził:

*dr hab. prof. SGH Zbigniew Strzelecki*



Przewodniczący  
Rządowej Rady Ludnościowej

[www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl)





**Protokół**  
**z posiedzenia plenarnego Rządowej Rady Ludnościowej**  
**z dnia 19 kwietnia 2007 r.**

Posiedzenie prowadził przewodniczący RRL prof. dr hab. Zbigniew Strzelecki. W obradach uczestniczyła Pani Joanna Kluzik-Rostkowska, wiceminister pracy i polityki społecznej, oraz członkowie Rady powołani Zarządzeniem nr 85 Prezesa Rady Ministrów z dnia 29 maja 2006 r. w sprawie powołania Rady ds. Koordynacji Działań Międzyresortowych w zakresie polityki ludnościowej. Obecnych było 27 członków Rady oraz zaproszeni autorzy raportu i goście (lista obecności w załączeniu).

Przyjęto następujący porządek posiedzenia:

*1. Debata nad projektem polityki rodzinnej rządu.*

- *Prezentacja programu przez Panią Joannę Kluzik-Rostkowską, wiceminister pracy i polityki społecznej (program wraz z załącznikami dostępny na stronie [www.rodzina.gov.pl](http://www.rodzina.gov.pl)).*
- *Opinie członków Rządowej Rady Ludnościowej:*
  - *prof. dr hab. J. Hrynkiewicz,*
  - *prof. dr hab. B. Balcerzak-Paradowska,*
  - *prof. dr hab. A. Kurzynowski.*

*2. Projekt stanowiska RRL w sprawie projektu polityki rodzinnej.*

*3. Projekt raportu 2006-2007 „Sytuacja demograficzna Polski”.*

*4. Sprawy różne:*

- *protokół z posiedzenia RRL w dniu 14.12.2006 r.,*
- *plan pracy Rady,*
- *„Sytuacja demograficzna Polski”. Raport 2005–2006,*
- *sprawozdanie z działalności RRL za rok 2006.*

**Przebieg posiedzenia**

Otwierając posiedzenie, przewodniczący RRL, prof. dr hab. Zbigniew Strzelecki, powitał wszystkich uczestników, a w szczególności Panią Joannę Kluzik-Rostkowską, Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej.

Na wstępie zwrócił uwagę na przedłożone członkom RRL Zarządzenie nr 29 Prezesa Rady Ministrów z dnia 23 marca 2007 r. zmieniające Zarządzenie nr 85 Prezesa Rady Ministrów z dnia 29 maja 2006 r. w sprawie Rady ds. Koordynacji Działań Międzyresortowych w zakresie polityki ludnościowej, zgodnie z którym na funkcję sekretarza generalnego RRL powołana została Pani dr Alina Potrykowska oraz konieczność sprostowania błędu literowego w nazwisku Pani prof. dr hab. Iwony Roeske-Słomki z AE w Poznaniu. Powitał także Panią dr n. med. Joannę Mazur, nowego przedstawiciela RRL z Instytutu Matki i Dziecka.

## Ad. 1 porządku obrad

Pani Minister Joanna Kluzik-Rostkowska podziękowała za zaproszenie i zainteresowanie projektem programu, z którym członkowie Rady zapoznali się wcześniej (tekst na stronie internetowej MPiPS), oraz z góry podziękowała za zgłoszone do niego uwagi. Nadmieniała, iż współautorem programu jest także Pan B. Marczyk (obecny na posiedzeniu), a sam program opracowany został w siedmioosobowym zespole.

Omawiając program, wskazała na podstawowe ramy i granice projektu programu mające na uwadze kondycję polskiej rodziny, trendy demograficzne oraz politykę rządu. Podkreśliła, że niektóre istotne elementy zostały wyeliminowane celowo (np. mieszkalnictwo), by program nie rozrastał się, lecz mógł być uzupełniany poprzez udział programowy odpowiedniego resortu.

Nawiązując do powyższych założeń, program ma na uwadze dwie ważne kwestie:

- 2) poprawę kondycji polskiej rodziny,
- 3) wprowadzenie takich narzędzi, by potencjalni rodzice łatwiej i szybciej podejmowali decyzje o posiadaniu dziecka.

Państwo ma w obowiązku dbanie o dobro rodziny, ale nie ma prawa ingerowania czy też decydowania, jaki model rodziny jest dla rodziców lepszy, a tym samym decydowania o fakcie posiadania bądź nieposiadania dziecka.

Prace zespołu przebiegały w oparciu o dokonane badania i ekspertyzy, na podstawie których uznano, iż dzisiaj kobiety podejmują decyzję o posiadaniu dziecka w odniesieniu do łatwości dostępu do rynku pracy. Jest to także podstawowy element wyróżniany w sondażach przeprowadzonych w krajach zachodnich i potwierdzających tę tezę. W związku z tym w programie zawarto kilka propozycji rozwiązań ułatwiających dostęp do rynku pracy i zawarto szereg elementów, które mają pomóc potencjalnym rodzicom w powrocie do pracy:

- Pierwsza sfera to nowoczesna opieka nad małym dzieckiem – żłobki i przedszkola.
- Druga sfera to lepsza i skuteczniejsza opieka nad kobietą ciężarną i małym dzieckiem.
- Trzecia sfera to kreowanie przyjaznego rodzicielstwa.

Pani Minister nawiązała do szeregu powstających rozwiązań ustawowych, m.in. projektu wprowadzenia kwoty wolnej od podatku na każde dziecko w rodzinie, rozważając mechanizm jego wprowadzenia w kolejnych latach, pakietu rozwiązań, w które zaangażowane jest Ministerstwo Zdrowia oraz propozycji zbudowania jednej ustawy, na mocy której będą regulowane kwestie normalizacji dotyczące małego dziecka (0–6 lat). Przedstawiając projekt programu, Pani Minister nadmieniała, że kończy się nad nim debata społeczna, a planowana w maju konferencja z udziałem Pana Premiera i podsumowująca działania pozwoli na sformułowanie ostatecznego jej kształtu do końca czerwca br.

Prof. Józefina Hryniewicz wyraziła radość, iż kolejny rząd przedstawia kolejny program polityki rodzinnej – jest już kilka wersji projektów programu, co oznacza, iż ten problem społeczny dojrzewał do rozwiązania. Zaproponowała uporządkowanie terminologii zawartej w projekcie programu, a mianowicie:

- w 1 części program zawiera wybrane zagadnienia polityki ludnościowej związane z urodzeniami,
- 2 część obejmuje elementy polityki socjalnej, m.in. wspieranie rodzin i wyrównywanie ich dochodów oraz gospodarstw domowych, elementy związane z podatkami (niewspomagające dochodów rodzin), jak również przepisy mało konsekwentne – dotyczące rodzin zamożnych, które jednak również wychowują dzieci,
- w 3 części programu zawarte są elementy polityki rodzinnej odnoszące się głównie do funkcji prokreacyjnej rodziny. Brakuje w niej problemu osób niepełnosprawnych oraz chorych w rodzinie i ludzi starszych w rodzinie.

Pani Profesor zaakcentowała, iż polityka rodzin zawarta w programie stosowana jest wybiórczo i niekonsekwentnie. Mając powyższe na uwadze, uznała, iż od strony terminologicznej jest to projekt programu polityki ludnościowej uzupełniony o pewne aspekty polityki rodzinnej i socjalnej. Podkreśliła, że podstawowe zadania polityki rodzinnej to zadania samorządów lokalnych (zgodnie z ustawą przydzielone gminom). Poddała pod rozważenie fakt, jaki powinien być podział funkcji między państwem a samorządami lokalnymi. Przypomniała, że w 1999 r. doszliśmy do stanu, w którym w skali państwa została zlikwidowana polityka społeczna. Wiele jej zadań zostało przeniesionych do samorządów i umieszczonych w pomocy społecznej. To przynosi bardzo ograniczone skutki. Polityka społeczna sprawowana na poziomie gminy może niewiele, dlatego też zanikają usługi na rzecz rodziny i ją wspomagające, jak również

zanikają wydatki i zmniejsza się zatrudnienie w tym zakresie. Gminy bardzo chętnie przekazują te zadania wolnemu rynkowi. Ten natomiast wcale nie jest chętny do masowego organizowania usług społecznych na rzecz rodziny. Należałoby zatem przyrzeć się z perspektywy ośmiu lat, jak są realizowane zadania stawiane samorządom. Liczne badania wykazują, że samorzady dość niefrasobliwie podchodzą do zadań związanych z realizacją polityki rodzinnej. Nie ma żadnej kontroli jakości wykonywania przez nie usług. Nadzór jest bardzo mały, incydentalny. Podsumowując, można powiedzieć, że jeżeli chodzi o dochody i o usługi wspomagające rodziny w innych funkcjach, to program ten jest niepełny. Nie zawiera także analizy faktu, dlaczego to zadanie polityki społecznej nie jest realizowane w gminach. Być może jest to kwestia innego rozmieszczenia środków lub zadań – ten obszar wymaga bardzo szerokiej analizy.

Trzecia funkcja, która powinna znajdować się w takim programie, to promocja wartości życia rodzinnego. Ogromna większość przeprowadzonych ukazuje, że wartością naczelną jest rodzina – warto zatem wyciągnąć z tego faktu poważne wnioski. Powinien być silnie wyeksponowany fakt, że firmom opłaca się być przyjaznym rodzinie ze względów ekonomicznych. Trudno w tej materii odnaleźć to, co wiąże się z programem promocji wartości życia rodzinnego. W mediach rodzina ma negatywny i patologiczny obraz, który nie powinien taki być i nie jest to obraz prawidłowy – dlatego warto promować wartości rodzinne. Prof. J. Hryniewicz poruszyła sprawę ubezpieczeń społecznych, szczególnie zagadnienia drugiego filaru ubezpieczeń, podnosząc pytanie z ogólnospołecznej dyskusji – kto będzie wypłacał to świadczenie oraz czy Pani Minister jest świadoma kwot, jakie będą wypłacane (ok. 50 złotych). Problem rozwiązania ubezpieczeń społecznych wobec problemu demograficznego w Polsce jest niezwykle pilny. Konieczna jest też regulacja w obszarze zabezpieczenia społecznego tzn. m.in. urlopów macierzyńskich, wychowawczych, zmian w organizacji pracy i możliwości zatrudnienia oraz spraw emerytur. Profesor zwróciła uwagę na brak w projekcie programu mieszkaniowego – w większości przypadków młodych rodzin sytuacja jest dramatyczna, bowiem nie są one w stanie pozyskać mieszkania. Program ten podnosi także zagadnienia rodzin niepełnych i z dzieckiem niepełnosprawnym – jest to niezwykle ważna sprawa, ale – podobnie – źle rozwiązywana. Renta socjalna jest złym wyjściem – kwestia ta powinna być bardzo dokładnie zbadana i przemyślana. Muszą nastąpić zmiany w sprawie rodzin zdezorganizowanych i opieki zastępczej nad dziećmi, dotyczące zarówno zadań jak i środków przeznaczonych na ten cel – przedstawione zostały najnowsze badania dokonane w tym obszarze. Profesor jeszcze raz podkreśliła, iż bardzo cenna jest inicjatywa uruchomienia programu, nad którym można dyskutować i który można uzupełniać. Podkreśliła ona, że wkład RRL i programu Polityki Ludnościowej (dostępny od 2002 r.) powinien być bardzo dobrze wykorzystany.

Prof. B. Balcerzak-Paradowska podzieliła zadowolenie Pani Profesor Hryniewicz, iż powstał kolejny program. Ma on swoje walory, ale również ma wiele luk koniecznych do uzupełnienia. Przede wszystkim zwróciła ona uwagę na brak w projekcie definicji polityki rodzinnej, co pomogłoby określić cele i sposoby ich realizowania oraz stworzenia warunków do realizacji ich podstawowych funkcji. Profesor podkreśliła, iż program jest dziełem Ministerstwa Pracy i Polityki Socjalnej – należy zauważyć wyraźny brak innych ministerstw (edukacji, finansów, rozwoju regionalnego) jako partnerów w realizacji programu. Jest to program rządowy z założenia, ale są też pewne propozycje rozwiązań, które angażują samorzady terytorialne, jak również inne podmioty. Drugi taki podstawowy brak (pojęciowy), to sprawa zasad, na jakich chcemy oprzeć te działania. Nie została zdefiniowana rodzina, która jest głównym adresatem działań (należy wyraźnie określić, iż adresatem programu są rodziny z dziećmi). Pominięte zostały inne rozwiązania, które wspierają takie funkcje, jak funkcja opiekuńcza w odniesieniu do osób starszych. Ten program rodzinny jest właściwie tradycyjnym spojrzeniem na rodzinę dwupokoleniową (rodzinę nuklearną), natomiast nie odnosi się właściwie do problemów związanych ze starzeniem się społeczeństwa. Być może poprzez zawężenie zakresu (ze względów pragmatycznych) choćby w części program ten przełoży się na przepisy ustawowe i będzie realizowany. Program ten kierowany jest do rodzin z dziećmi lub do rodzin w fazie czynnej prokreacji, jednakże, o czym należałoby wspomnieć, nie uwzględniono innych faz, m.in. fazy powstawania rodziny, a więc tego obszaru działania na rzecz stymulowania postaw promażeńskich. Odwołując się do niektórych kwestii szczegółowych, Prof. Balcerzak – Paradowska omówiła prorodzinne rozwiązania w systemie podatków od dochodów osobistych, zagadnienia odpisów kwoty wolnej od podatku zróżnicowanej w zależności od liczby dzieci w rodzinie oraz ulg podatkowych. Podkreśliła ona, iż

w Polsce blok świadczeń rodzinnych oparty jest na kryterium dochodowym (od 1995). Stosowanie uniwersalnej pomocy społecznej poprzez stosowanie bloku świadczeń rodzinnych może pomóc w zmniejszeniu się ubóstwa w rodzinach z dziećmi. Zwróciła uwagę, iż program ma zdecydowany charakter pronatalistyczny, zachęcający do posiadania większej liczby dzieci.

Zauważalne są także w niektórych obszarach programu opcje dla kobiet posiadających dzieci – mowa tu o korzystniejszych regulacjach w systemie funduszu emerytalnego, który dyskryminuje kobiety godzące pracę z wychowywaniem dzieci. Prof. podkreśliła, że cenne dla programu jest wprowadzenie zasady wyboru (możliwość korzystania z urlopu wychowawczego, ale jednocześnie uwypuklenie godzenia pracy z wychowywaniem dzieci – poprzez rozwinięcie usług opiekuńczych, jak np. żłobków i przedszkoli). Zwróciła również uwagę na konieczność odniesienia się w programie do działań, jakie są realizowane w innych resortach (mieszkalnictwo, zdrowie, edukacja).

Prof. A. Kurzynowski podzielił opinię przedmówców i wskazał, że problematyka rodzinna, mając na uwadze doświadczenia Polski i innych krajów, w czasach współczesnych nie da się wyjaśnić w tradycyjnym podejściu oraz że należy wziąć pod uwagę takie istotne elementy jak zmiany cywilizacyjne i zmiany filozofii życia – jednostek i rodzin oraz grup społecznych. Nacisk w trakcie tworzenia programu położony będzie w kierunku połączenia diagnoz sytuacji ich tworzenia. Ten program uwarunkowany jest dwiema głównymi przyczynami:

1. dotychczasowe zaniedbania w tworzeniu przyjaznych warunków funkcjonowania rodziny,
2. zmiany w procesach demograficznych, tzn. wartości starzenia się ludności i spadku liczby dzieci w rodzinie.

Program obejmuje cztery obszary, które trzeba rozwiązać w przyszłości, aby zrealizować cele polityki społecznej:

- o Plan poprawy sytuacji materialnej rodzin.
- o Wsparcie rodziny w aspekcie jej funkcji wychowawczej, ale także włączenie edukacji (funkcja szkoły).
- o Tworzenie warunków dla reintegracji zawodowej kobiet powracających do pracy po urlopach wychowawczych (praca rodziców jest podstawą ekonomiczną bytu rodziny, ale także dobrych jej warunków).
- o Zapobieganie wykluczeniu społecznemu dzieci i rodzin, utrudniającemu integrację społeczną.

Prof. Kurzynowski przedstawił badanie IGS z lat 1961-1994, na podstawie którego rozpatrywano zachowanie matek wobec pracy w związku macierzyństwem. Przeprowadzono 8 badań, sondując, jakie decyzje podejmują matki po urodzeniu dziecka. Ustalono na ich podstawie, że:

- o w 1961 r. – 32 proc. przerwało pracę (nie było urlopów wychowawczych)
- o w 1974 r. – 50 proc. przerwało pracę (wprowadzono urlopy wychowawcze)
- o w 1979 r. – 62 proc. przerwało pracę
- o w 1982 r. – 82 proc. przerwało pracę (wprowadzono zasiłki wychowawcze)

Na podstawie tych doświadczeń można wnioskować, iż działania w sferze polityki społecznej mają wpływ na decyzję matek wobec rozstrzygnięcia kwestii przerwania pracy zawodowej po urodzeniu dziecka. Podkreślił on, że bez procesu reintegracji zawodowej matek nie można mówić o równości płci i od tej strony program wymaga wsparcia innych resortów. Profesor zwrócił uwagę, iż mimo podniesienia w programie wielu zasadniczych zmian rozwiązujących poszczególne sprawy, trzeba dążyć do tego, by program podszedł do zagadnień systemowo oraz by podjął próbę integracji służb społecznych na rzecz rozwiązywania problemów rodzin.

Pani Minister Joanna Kluzik-Rostkowska wyjaśniła problematyczne elementy, które pojawiły się w trakcie wypowiedzi. Wyraziła nadzieję, że będzie to program „nie do prezentacji”, lecz zostanie zrealizowany i dlatego zdecydowano, by najpierw skierować go do dyskusji społecznej przed długą drogą legislacji. Zwróciła ona uwagę, że nie jest to jeszcze program rządowy, lecz projekt, który dopiero przejdzie procedurę formalną przed jej uchwaleniem (m.in. uzgodnienia międzyresortowe). Ponadto Pani Minister zwróciła uwagę na istotną kwestię w polityce społecznej tzn. budowania budżetu zadaniowego. W obecnej chwili nawet MF nie posiada informacji, ile globalnie przeznaczają się na politykę społeczną – wydatki na ten obszar rozłożone są w poszczególnych ministerstwach i fragmentowane. Szacuje się, że wydatki te sięgają około 14 mld złotych. Uznała ona za celowe opracowanie listy konkretnych źródeł i świadczeń rodzinnych, co umożliwi ustalenie odpowiednich i poprawnych relacji pomiędzy tymi kategoriami. Jest to ważne dla prawidłowości adresowania świadczeń bez nadużyć. Mówczyni postulowała, by

zbudować jeden system informatyczny zarządzający całym obszarem (obecnie funkcjonują 4 systemy – m. in. świadczeń społecznych, rodzinnych, które w całości ze sobą nie korelują). Podkreśliła ona generalny cel programu mający odwrócić trend demograficzny oraz wskazała na środki pomocne w jego realizacji – m.in. poprzez ukazywanie w kampanii medialnej wizerunku rodziny wielodzietnej, podniesienie jej kondycji, inwestowanie w kobiety wykształcone, zauważenie dziecka jako podmiotu, współpracę z samorządami na zasadach partnerskich oraz najważniejsze zadanie, czyli pogodzenie tych dążeń z możliwościami budżetowymi państwa.

*Prof. A. Rajkiewicz* po szczegółowym zapoznaniu się z projektem podzielił uwagi przedstawione w trzech koreferatach, podkreślając, że walorem tego projektu jest jego pragmatyczny aspekt. Zwrócił uwagę na cztery elementy, które trzeba uwzględnić w tym programie, a które zapewniają spójność programu polityki rodzinnej: 1) funkcje rodziny, 2) fazy życia rodziny, 3) strukturę życia rodzin, 4) usytuowanie rodzin w różnych obszarach, także przestrzennym. Dokument taki powinien powstać przed ustawą, by była ona odbiciem spójnej koncepcji rozwoju rodziny uwzględniającej fazy synchronizacji.

Zwrócił on uwagę na funkcjonujące i oddziałujące na politykę rodzinną mity dotyczące systemu podatkowego oraz mit przedsiębiorstw – należy wprowadzać elastyczne formy zatrudnienia. Nawiązując do podniesionej w wypowiedziach braku informacji, Profesor wnioskował o konieczność powrotu do sprawozdawczości z obszaru funkcjonowania rodzin. Wspomniał on o braku dwóch elementów w diagnozie, a mianowicie ważnego elementu migracji oraz elementu porównania systemów rodzinnych w Polsce i w innych krajach Europy – ukazującego proces transpozycji demograficznej. Mówca zwrócił uwagę na niekonsekwencje zawarte w dokumencie, gdzie pominięto sprawy mieszkań i rynku pracy, podkreślając jednocześnie potrzebę pilnego rozwiązania tych kwestii. Pochwalił on stworzenie systemu 0-6 (systemu żłobków i przedszkoli), popierając także tworzenie sprzyjających warunków dla rodzin o słabszej kondycji finansowej.

*Prof. B. Chazan* wskazał na zbyt wąskie i fragmentaryczne ujęcie problemów zdrowia i edukacji w rodzinie. Postulował on, aby zagadnieniom edukacji w rodzinie poświęcić więcej miejsca z uwagi na istotne i wymagające zmiany przekazywanych wartości rodzinnych oraz z uwagi na deprecjację systemu wartości w rodzinie. Podkreślił, iż należy dostrzec gorsze warunki, jakie mają rodziny wiejskie oraz związany z tym podział na obszary miejskie i wiejskie. Odniósł się do zawartego w projekcie tematu rodzin wychowujących niepełnosprawne dzieci, wnioskując o podniesienie ich statusu. Postulował o rzetelną i skuteczną działalność informacyjną dla młodzieży związanej z rodziną i prokreacją.

*Dr K. Szczygielski* pochwalił kwestię podniesienia zagadnienia polityki rodzinnej oraz propozycji budżetu zadaniowego, zastrzegając, iż w Polsce nie ma żadnych doświadczeń z tym związanymi. Podniósł problem zróżnicowania procesów przestrzennych, poddając pod rozwagę uwzględnienie w programie wszystkich struktur administracji, także na poziomie regionalnym i lokalnym. Przez takie działania pozyskać można wszystkie siły pomocne w realizacji oraz stworzyć narzędzia polityki rodzinnej uwzględniające w ustawie zróżnicowanie przestrzenne, a także powodujące dowartościowanie szczebla samorządowego w realizacji zadań.

*M. Chojnicka* zwróciła uwagę, że autorzy projektu dokonali samoograniczenia poprzez zawarcie w programie tylko tych zapisów, które uznali, że uda się je zrealizować. W programie powinny być zawarte wszelkie obszary, które dotyczą rodziny i które należy uregulować. W programie powinny być zawarte także opis przestrzeni, której projekt dotyczy, tak by można mówić o całościowym spojrzeniu na problemy rodziny. Zaproponowała ona by, mając na uwadze przedstawione ograniczenia, zmienić nazwę projektu na "Wybrane elementy polityki rodzinnej". Zwróciła uwagę na pominięcie w projekcie sytuacji rodzin wiejskich, w których wychowuje się najwięcej dzieci. Zgłosiła zastrzeżenie, iż na tym poziomie projektu, przy braku szacunku kosztów przedstawionych rozwiązań oraz braku uzgodnień międzyresortowych ostateczny kształt tego programu może ulec zasadniczym zmianom.

*Prof. J. Szymborski* zwrócił uwagę na ujęte w projekcie dwa elementy: dostępu kobiet do rynku pracy oraz opieki nad kobietą ciężarną i małym dzieckiem. Zastrzegł, że program nie może zastąpić innych dokumentów realizujących opiekę nad dzieckiem. Zaproponował, by zawrzeć w projekcie doświadczenia z dokonanych prac w RRL oraz te wypracowane na I Kongresie Demograficznym. Ubolewał on nad brakiem w programie zagadnień z zakresu medycyny szkolnej. Postulował o uzupełnienie programu o elementy bezpieczeństwa zdrowotnego dzieci.

*Prof. J. Kowaleski* odniósł się do kwestii rodzin wiejskich i wielodzietnych oraz dysproporcji i zróżnicowania w dystrybucji środków przeznaczonych na świadczenia socjalne.

*Prof. L. Frąckiewicz* z uznaniem przyjęła dyskusję nad tym problemem. Zwróciła uwagę na ogromne zróżnicowanie przestrzenne sytuacji materialnej polskich rodzin oraz niedostrzegane skrajne ubóstwo i nędzę występujące w niektórych miastach Polski. Podkreśliła ogromne zróżnicowanie regionalne i związaną z tym niejednorodną rejestrację zdarzeń związanych z rodziną. Podniosła problem braku zorganizowanej opieki zdrowotnej nad dziećmi w wieku szkolnym (brak psychologa, socjologa, lekarza czy pielęgniarki). Podkreśliła, iż jesteśmy jedynym krajem w UE w którym brak jest bilansów zdrowia dzieci.

*Dr A. Baran* zwróciła uwagę na dramatyczną sytuację demograficzną Polski i otoczenia, w jakim powstaje program. Wskazała na główne czynniki (wg CBOŚ) powodujące nieplanowanie posiadania dzieci. Podkreśliła, iż należy czuwać nad spójnością programów z uwagi na zastosowanie różnych narzędzi do realizacji programu oraz różnych metodologii (kwestie porównywania naliczania dochodów w rodzinie czy też kosztów utrzymania).

*Prof. Zbigniew Strzelecki* podkreślił, iż dla celów działania RRL przeprowadzona debata oraz przedstawienie programu jest istotnym elementem realizacji założeń polityki ludnościowej przedłożonym przy okazji Raportu 2004. Problematyka założeń polityki ludnościowej zawiera kluczowy obszar interwencji w związku z sytuacją demograficzną w Polsce, a jej pierwszym elementem jest cel związany z rodziną. W świetle wypowiedzi i przedstawionych opinii wyraził on nadzieję, że zmiana rządu nie będzie powodowała rewolucji w działaniach bądź zaniechaniu realizacji i wdrożenia programu. Zwrócił uwagę by nie stawać w opozycji do rodzin ludzi starszych. Podzielił zdania przedmówców, iż program skierowany jest do pewnej części rodzin (w zdecydowanej większości pominięte są rodziny wiejskie i rolnicze). Zadeklarował pomoc w tworzeniu aktu prawnego poprzez pomoc w przygotowaniu analiz i opinii w obszarze działania Rady.

*Pani Minister Joanna Kluzik-Rostkowska* podziękowała za wszystkie uwagi. Podkreśliła, że jest to dopiero początek pracy nad programem i w trakcie dalszej pracy nastąpi zróżnicowanie zarówno w ujęciu przestrzennym, jak i zastosowania wielu instrumentów. Zaakcentowała, iż ten program łączy a nie dzieli całą scenę polityczną, a w związku z tym ma nadzieję, że przy zmianie sił w parlamencie program będzie kontynuowany.

## **Ad. 2. porządku obrad**

*Prof. Zbigniew Strzelecki* po dyskusji i zapoznaniu się z przedłożonymi przez członków RRL uwagami do stanowiska Rządowej Rady Ludnościowej w sprawie Projektu Programu Polityki Rodzinnej autorstwa członków RRL prezentujących opinie do projektu programu pod przewodnictwem prof. J. Hrynkiwicz, dokonał zgłoszonych poprawek i po odczytaniu poddał pod głosowanie poniższy dokument.

### **Stanowisko Rządowej Rady Ludnościowej w sprawie Projektu Programu Polityki Rodzinnej**

Rządowa Rada Ludnościowa z uznaniem przyjmuje próbę sformułowania całościowego programu polityki rodzinnej przez Rząd RP. Realizacja zadań państwa w zakresie polityki rodzinnej stanowić może istotne wsparcie dla pronatalistycznej polityki ludnościowej, co w obecnej sytuacji demograficznej nadaje temu programowi szczególne znaczenie. Zawarte w programie propozycje działań państwa odnoszą się do wzmocnienia funkcji ekonomicznej rodziny m.in. poprzez zmiany w systemie podatkowym.

Propozycja dotycząca wzmocnienia funkcji opiekuńczej rodziny w stosunku do małych dzieci przez wydłużenie urlopów macierzyńskich jest cenna z punktu widzenia prawidłowych warunków opieki nad najmłodszymi dziećmi. W Programie należy podkreślić promocję wartości rodzinnych i wartości życia rodzinnego wśród młodego pokolenia w tworzeniu przyjaznego klimatu dla rodzin z dziećmi. Znaczącą rolę w tym zakresie mogą wypełniać władze samorządowe, media i pracodawcy. Istotne znaczenie nadaje program dostępności rodzin do usług ochrony zdrowia i warunków opieki zdrowotnej nad dziećmi w tym szczególnej roli medycyny szkolnej. Ważną częścią polityki rodzinnej jest pomoc rodzinom znajdującym się w trudnej sytuacji materialnej, rodzinom niepełnym oraz rodzinom wychowującym dzieci niepełnosprawne. Rozbudowa usług opieki i wychowania wspomagających rodziny wychowujące dzieci może istotnie ułatwić rodzinom wypełnianie tej funkcji.

Przedstawiony projekt Programu polityki rodzinnej podejmuje ważne zagadnienia, wskazuje kierunki niektórych praktycznych rozwiązań, które Rządowa Rada Ludnościowa popiera. Program ten może stanowić ważny punkt odniesienia do wypracowania rozwiązań prawnych, finansowych, organizacyjnych oraz edukacyjnych. W procesie przygotowania programu do wdrożenia istotne znaczenie miałyby uwzględnienie dorobku analitycznego i diagnostycznego innych środowisk, w tym prac Rządowej Rady Ludnościowej zawartych w materiałach programowych I Kongresu Demograficznego oraz w „Założeniach polityki ludnościowej w Polsce” wypracowanych przez zespoły ekspertów i przyjętych przez RRL w 2005 r. Rządowa Rada Ludnościowa opowiada się za wdrożeniem Programu oraz za kontynuacją prac nad kompleksowym programem polityki ludnościowej wspartej rozwiązaniami ustawowymi.

W wyniku głosowania, 36 głosami za, przy jednym wstrzymującym się (Z. Rykowski – przedstawiciel KPRM), Rada przyjęła projekt stanowiska Rządowej Rady Ludnościowej w sprawie Projektu Programu Polityki Rodzinnej.

### **Ad. 3. porządku obrad**

*Prof. Zbigniew Strzelecki* przedstawił projekt struktury raportu 2006-2007 „Sytuacja demograficzna Polski” w postaci:

- Rozdział I. **BILANS LUDNOŚCI**
- Rozdział II. **MALŻEŃSTWA I ROZWODY**
- Rozdział III. **URODZENIA I PŁODNOŚĆ**
- Rozdział IV. **UMIERALNOŚĆ I TRWANIE ŻYCIA**
- Rozdział V. **MIGRACJE ZAGRANICZNE**
- Rozdział VI. **PRZESTRZENNE ZRÓŻNICOWANIE PROCESÓW DEMOGRAFICZNYCH ORAZ MIGRACJE WEWNĘTRZNE LUDNOŚCI**
- Rozdział VII. **POLSKA (LUB SYTUACJA DEMOGRAFICZNA POLSKI) NA TLE KRAJÓW UNII EUROPEJSKIEJ I EUROPY**

Zwrócił uwagę, iż raport w części rozdziałów I-VI składa się ze stałej części, natomiast rozdział VII ma budowę modułową. Zgłoszono zastrzeżenia odnośnie możliwości uzyskania danych z krajów Europy (44 kraje). Ostatecznie przyjęto rozwiązanie, iż prace ograniczone zostaną do krajów UE oraz krajów EFTA.

*Prof. Zbigniew Strzelecki* zaproponował kandydatów do realizacji poszczególnych rozdziałów:

- Rozdział I. **Prof. Izidor Sobczak**
- Rozdział II. **Dr Irena Kowalska**
- Rozdział III. **Prof. Jolanta Kurkiewicz**
- Rozdział IV. **Prof. Ireneusz Kuropka**
- Rozdział V. **Dr Barbara Sakson**
- Rozdział VI. **Dr Andrzej Gałuszka**
- Rozdział VII. **Dr Grażyna Marciniak**

Wobec braku zastrzeżeń przyjęto kandydatury wykonawców poszczególnych rozdziałów.

*Prof. I. Sobczak* nawiązał do tradycji czasowej raportów, które obecnie są redagowane na przełomie lat. *Prof. Zbigniew Strzelecki* natomiast wskazał, że taki przedział czasowy wynika z faktu dostępności danych uzyskiwanych z GUS i wobec powyższego przyjęte zostały terminy: 31.12.2006 i 30.6.2007 r.

*Prof. A. Rajkiewicz* zaproponował jako współautora rozdziału 5 dr M. Szonerta, który podziękował za zaufanie deklarując współpracę i pomoc jako konsultant.

Rada przyjęła strukturę raportu wraz z przedstawionymi autorami jego wykonania.

### **Ad.4. porządku obrad**

- *Protokół z posiedzenia RRL w dniu 14.12.2006 r.*

*Prof. Zbigniew Strzelecki* – uznał, iż protokół z posiedzenia RRL w dniu 14.12.2006 r. został przyjęty wobec braku uwag zgłoszonych w wymaganym terminie.

- *Plan pracy Rady*

Prof. Zbigniew Strzelecki przedstawił plan pracy ustalony na posiedzeniu Prezydium RRL i aprobowany przez jej członków. Plan jest bogaty, zawierający tematy wynikające z zarządzenia regulującego działalność RRL i regulaminu Rady. Zwrócił uwagę na punkt dotyczący projektu tematu kolejnego posiedzenia plenarnego, który ma odbyć się pod tytułem „Perspektywy starzenia się ludności Polski a zabezpieczenie społeczne”

- „Sytuacja demograficzna Polski”. Raport 2005-2006  
Dokument zostanie rozesłany członkom RRL.
- Sprawozdanie z działalności RRL za rok 2006

Prof. Zbigniew Strzelecki – uznał, iż wobec braku uwag zgłoszonych w wymaganym terminie, przyjęte zostaje sprawozdanie z działalności RRL w 2006 r., przesłane 30 stycznia 2007 r. do kancelarii Prezesa Rady Ministrów.

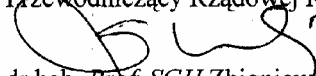
Sekretarz Generalny RRL

*Alina Potrykowska*

dr Alina Potrykowska

Zatwierdził:

Przewodniczący Rządowej Rady Ludnościowej



dr hab. Prof. SGH Zbigniew Strzelecki

Opracowała:

*E. Orzelek*

mgr Ewa Orzelek

Główny specjalista

Al. Niepodległości 208

00-925 Warszawa

Pok. 554 (blok C)

tel.: + 48 (22) 608 30 40

fax: + 48 (22) 608 38 87

[e.ornelek@stat.gov.pl](mailto:e.ornelek@stat.gov.pl)


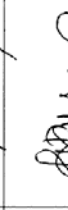



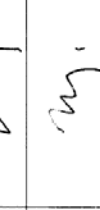





[www.stat.gov.pl/bip/389\\_43\\_PLK\\_HTML.htm](http://www.stat.gov.pl/bip/389_43_PLK_HTML.htm)



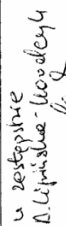
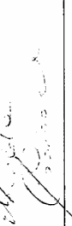


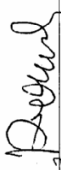



**Lista obecność na posiedzeniu plenarnym Rządowej Rady Ludnościowej**  
w dniu 19 kwietnia 2007 roku


SEKRETARIAT  
Rządowej Rady Ludnościowej

Imię i nazwisko	Kontakt tel., fax	E-mail	Podpis
Dr hab. prof. SGH Zbigniew Strzelecki – Przewodniczący	(22) 741-34-55	z.strzelecki@mbp.mazovia.pl	
Prof. dr hab. Józefina Hryniewicz – Z-ca Przewodniczącego	(22) 826-21-84	Hryniewicz@stat.uw.edu.pl	
Prof. dr hab. Janusz Witkowski – Z-ca Przewodniczącego	(22) 608 34 86	j.witkowski@stat.gov.pl	
Dr Alina Potrykowska – Sekretarz Generalny	(22) 608 31 75	ewa@sgh.waw.pl	
Dr hab. Bożena Balcerzak-Paradowska - IPISS	(22) 827-77-97	insprac@ipiss.com.pl	
Ks. dr hab. prof. UKSW. Janusz Baliński – UKSW	0501-103-292	jbali@gsd.gda.pl	
Prof. dr hab. Bogdan Chazan - Dyrektor Szpitala Położniczo-Ginekologicznego im. Św. Rodziny w Warszawie	450-22-64	sekretariat@szpitalmadalinskiego.pl	
Prof. dr hab. Lucyna Frąckiewicz – AE w Katowicach	0-32 2539958	fral@figaro.ae.katowice.pl	
Dr hab. prof. SGH Irena E. Kotowska - SGH	(22) 6203352	iekoto@sgh.waw.pl	
Prof. dr hab. Jerzy T. Kowalewski – UL	042-635-52-60	kowalewski@iob. wslk.pl	
dr hab. Ireneusz Kuroпка - prof. AE - Akademia Ekonomiczna we Wrocławiu	071 3253816	ireneusz.kuroпка@ae.wroc.pl	
Prof. dr hab. Adam Kurzynowski - SGH	(22) 849-51-12	akurzy@sgh.waw.pl	
Prof. dr hab. Antoni Rajkiewicz – UW	(22) 827 77 18	ipsul@poczta.onet.pl	
Prof. dr hab. Robert Rauziński – Instytut Śląski	077-454-35-33		

Imię i nazwisko	Kontakt tel., fax	E-mail	Podpis
dr hab. Andrzej Ręczaszek - prof. AE - Akademia Ekonomiczna w Katowicach	060-2258720	aracza@ae.katowice.pl	
prof. dr hab. Iwona Roeske-Słomka – Akademia Ekonomiczna w Poznaniu	061-8543812 061-8543940	i.roeske-slomka@ae.poznan.pl	
prof. dr hab. Izidor Sobczak - U W Gdańsk (gwiH) <i>zdziedziczenie Szkoły Henczanki</i>	058-5578797		
Prof. dr hab. med. Janusz Szymborski - Biuro Rzecznika Praw Dziecka	0608458188	Januszym@o2.pl	
prof. dr hab. Eugeniusz Z. Zdrojewski –WSE w Warszawie	094-3414501		
Zbigniew Rykowski - z-ca Dyrektora Dep. Monitoringu, Prognoz i Analiz w kancelarii Prezesa Rady Ministrów	022-694751700	ZRYKWSK@KPRM.GOV.PL	
Prof. dr hab. Jolanta Kurkiewicz - AE Kraków	012-2935210	kurkiewj@ae.krakow.pl	
Mgr Lueyna Nowak – Sekretarz PTD	(22) 608 34 31	l.nowak@stat.gov.pl	
Dr Kazimierz Szczygielski - przedstawiciel Konwentu Marszałków Województw RP	077-4536657 (dom) <del>604462202</del>	kaszczyszcz@wp.pl kaszczygielski ~ ~	
Dr n. hum. Zofia Słomska - z-d Epidemiologii, Prewencji i Promocji Zdrowia w Instytucie Kardiologii	0606331358 022-8156552	slomska@post.pl	
Dr n. med. Joanna Mazur – Zakład Ochrony i Promocji Zdrowia Dzieci i Młodzieży w Instytucie Matki i Dziecka	022-3277325	Kmikiel-kostyra@imid.pl	

Imię i nazwisko	Kontakt tel., fax	E-mail	Podpis
Prof. dr hab. n. med. Witold Zatoński - Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej - Curie		sanepid@coi.waw.pl	
Dr Włodzimierz Sekula - z-ca Dyrektora ds. ekonomicznych Instytutu Żywności i Żywienia	0225509644	w.sekula@izz.waw.pl	
Ryszard Szubański - Dyrektor Departamentu Nadzoru Oświatowego w Ministerstwie Edukacji Narodowej	022-3474792	ryszardzubanski@men.gov.pl	
Prof. dr hab. Janina Józwiak - Dyrektor Instytutu Statystyki i Demografii SGH		ninaj@sgh.waw.pl	
Jolanta Kulus - szef Oddziału Zabezpieczenia Socjalnego i BHP – Dep. Spraw Socjalnych MON	6874321, 6874411	dssek@wp.mil.pl	
Pani Mariola Chojnacka - Dyrektor Biura Kadr i Administracji w Ministerstwie Sportu	022-5223351	Chojnicka@msport.gov.pl	
Krzysztof Lewandowski - Naczelnik Wydziału Analiz Migracyjnych w Departamencie Polityki Migracyjnej MSWiA			
Marcin Nawrot - Dyrektor Departamentu Systemu Narodów Zjednoczonych i Problemów Globalnych MSZ	022-5239400	Marcin.nawrot@msz.gov.pl	
Włodzimierz Pisarski - z-ca Dyrektora. Dep Organizacji Ochrony Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia		pisarski@mz.gov.pl	
Alina Wojtowicz-Pomicerna - Dyrektor Biura Pełnomocnika	022-8269673		

Alina Wojtowicz-Pomicerna  
 Permisum do pracy  
 gov.pl

Imię i nazwisko	Kontakt tel., fax	E-mail	Podpis
Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych			
r Grażyna Marciniak - Dyrektor Departamentu Statystyki Społecznej GUS	608-3431	g.marciniak@stat.gov.pl	
dr Marek Szonert - Dyrektor Departamentu Współpracy Międzynarodowej w Urzędzie do Spraw Repatriacji i Cudzoziemców	022-6014453	Koordynacja.uric@uric.gov.pl	
Ewa Orzełek - GUS	22-608 30 40	e.orzelek@stat.gov.pl	
Anna Lipińska-Kowalczyk - MON			
Wiesław Lagodziński - GUS			
Beata Balińska - UNDP			
dr Joanna Didkowska - Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów - Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie			
dr hab. Andrzej Gałązka prof. SGH - Kolegium Ekonomiczno-Społeczne Szkoła Główna Handlowa			
dr Irena Kowalska - Szkoła Główna Handlowa			
Prof. Tomasz Niemiec - Instytut Matki i Dziecka			
Prof. Michał Trzaskowski - Instytut Matki i Dziecka	022-8729361	m.trzask@imidj.muh.pl	

Imię i nazwisko	Kontakt tel., fax	E-mail	Podpis
dr Stanisława Kostrubiec - Szkoła Główna Handlowa			
Władysława Czech-Matuszewska	508 066 729		W. Matuszewska
Barbara Sakson	603-600-773	bsakson@wp.pl	B / dl
Wiktoria Wróblewska, SGM	604-977-217	wmrobl@sgm.hou.pl	W.M.
Katarzyna Homofulska			K.H.
Aline Baron			A. Baron

**DOKUMENTACJA Z 40. SESJI KOMISJI ONZ DO SPRAW LUDNOŚCI  
I ROZWOJU pt. „WPLYW ZMIAN STRUKTURY WIEKOWEJ  
SPOŁECZEŃSTWA NA ROZWÓJ”  
(NOWY JORK 9–13 KWIETNIA 2007 r.)**

wraz z tekstem rezolucji pt. „Wpływ zmian struktury wiekowej społeczeństwa na rozwój” (*Changing age structures of populations and their implications for development*).

13 kwietnia zakończyła się 40. sesja Komisji Ludności i Rozwoju. Sesję zamknięto **przyjęciem** rezolucji poświęconej głównemu tematowi tegorocznego spotkania tj. „Zmieniająca się struktura wieku populacji i jej wpływ na rozwój” (tekst w załączeniu) oraz decyzji ws. ustalenia tematu sesji Komisji w 2009 r. („*The contribution of the Programme of Action of the ICPD to the internationally agreed development goals, including the Millennium Development Goals*”).

1. Pomimo bardzo trudnych negocjacji nad projektem rezolucji (prace zakończyły się w późnych godzinach nocnych 12 kwietnia), pozytywnie należy ocenić fakt, że udało się doprowadzić do terminowego zakończenia sesji Komisji i przyjęcia rezolucji już 13 kwietnia. Warto podkreślić, że w czasie zesłorocznej sesji Komisji (tematem była migracja) negocjacje nad rezolucją ukończono dopiero kilka tygodni po zakładanym terminie jej zamknięcia. Z drugiej strony, temat tegorocznego spotkania był powszechnie oceniany jako znacznie mniej kontrowersyjny i na początkowym etapie prac nad rezolucją nie spodziewano się tak dużych trudności z uzgodnieniem ostatecznego tekstu.

2. Głównymi kwestiami problematycznymi w czasie negocjacji nad projektem rezolucji były:

- Wprowadzenie przez G-77 do projektu szeregu propozycji związanych z problematyką rozwoju, realizacją zobowiązań państw-darczyńców czy oficjalnej pomocy rozwojowej, tj. kwestii, które nie były bezpośrednio związane z tematem prac Komisji, a tradycyjnie są bardzo trudne do uzgodnienia między partnerami z Północy i Południa. Jednocześnie G-77 dążyło do wyeliminowania paragrafów dot. praw człowieka, praw kobiet, ludzi młodych i osób starszych.
- Znalazienie akceptowalnego odniesienia i oceny zjawiska „przejścia demograficznego” – „*demographic transition*”, w tym związanych z tym wyzwań i nowych szans, kosztów, a także wpływu tego zjawiska na rozwój poszczególnych państw znajdujących się na różnych etapach zmian demograficznych.
- Uzgodnienie odniesienia do „zdrowia seksualnego i prokreacyjnego” – „*sexual and reproductive health*”. Ta kwestia zawsze stanowi jeden z trudniejszych problemów w czasie prac NZ na forach, które zajmują się tematyką związaną z realizacją ICPD (Komisja Ludności i Rozwoju odpowiedzialna jest za przegląd realizacji ICPD). Tym samym trudne dyskusje w tej sprawie nie były zaskoczeniem i stanowiły powtórzenie już dobrze znanych debat i argumentów. W ostatecznie uzgodnionym tekście znalazły się jedynie odniesienia do „*sexual and reproductive health*” bez odniesień do „praw” – „*rights*” i „usług” – „*services*”. Warto podkreślić, że UE (zgodnie z wewnętrznym kompromisem przyjętym przez wszystkie państwa UE w czasie tegorocznych prac Komisji Ludności i Rozwoju) prezentowała stanowisko, w którym, proponując włączenie „*rights*”, jednocześnie opowiadała się za włączeniem odniesienia do ICPD („*in accordance with the ICPD*”). Pozwoliło to uniknąć trudnych i kontrowersyjnych wewnętrznych unijnych debat, jakie toczyły się np. w czasie sesji Komisji ds. Statusu Kobiet. Jednocześnie państwa opowiadające się za dalej idącym stanowiskiem UE w tej sprawie (m.in. Holandia, Francja, Wlk. Brytania, Szwecja, Dania, Finlandia) konsekwentnie i wyraźnie zapowiadały, że w czasie zbliżającej się sesji COHOM będą opowiadać się za podjęciem przez UE decyzji ws. stanowiska, w którym nie będzie konieczne włączenie odniesienia do ICPD.

- Uzgodnienie odniesienia do „rodzin” – „*families*”. UE opowiadała się, aby w odniesieniu do „*families*” zastosować podejście zgodne z ICPD, gdzie można mówić o różnych formach rodziny (w kontekście tegorocznego tematu sesji – zmieniających się struktur wiekowych populacji, w tym zjawiska starzenia się społeczeństw [opieki nad starszymi członkami rodzin], podejście to wydawało się zasadne, biorąc pod uwagę samotnych rodziców czy rolę starszego pokolenia i dalszych członków rodzin). Jednak, biorąc pod uwagę trudności związane z tą problematyką oraz brak poparcia USA i G-77 dla tych zmian, w ostatecznie uzgodnionym tekście znalazły się tradycyjne, wcześniej ustalone, kompromisowe odniesienia, tj. „*families*” bądź „*allfamilies*”.
- Uzgodnienie odniesień to kwestia finansowania realizacji ICPD. Zgodnie z oczekiwaniami, G-77 opowiadało się za użyciem możliwie bezpośrednich odniesień, które tworzyłyby zobowiązania finansowe jedynie dla państw rozwiniętych. Spotkało się to z krytyką UE, USA oraz pozostałych państw-donorów, którzy wskazywali, że odpowiedzialność za realizację zadań w ramach agendy ICPD powinny ponosić również państwa rozwijające się.

3. Ostatecznie uzgodniony tekst rezolucji oceniamy pozytywnie. Do rezolucji udało się włączyć szereg merytorycznych elementów związanych z problematyką zmieniającej się struktury wieku społeczeństw (m.in. odniesienie do szans związanych z różnymi etapami ewolucji struktury wieku populacji poszczególnych państw; konieczność skoncentrowania się na sytuacji osób starszych, kobiet, młodzieży; realizowanie polityk i działań mających na celu skuteczne przygotowanie się do etapu szybkiego starzenia się społeczeństwa). Ponadto pozytywnie należy również ocenić fakt, że ostateczna wersja rezolucji nie wychodzi poza uzgodnione wcześniej na forum ONZ odniesienia do najbardziej wrażliwych politycznie tematów, takich jak zobowiązania w ramach realizacji polityki rozwojowej czy problematyka „*sexual and reproductive health*”.

4. Polska uczestniczyła w pracach 40. sesji Komisji na zasadzie obserwatora, ale już w czasie 41. sesji ponownie będziemy członkami Komisji. Zgodnie z procedurą, tuż po zakończeniu 40. sesji Komisji (13 kwietnia) odbyło się pierwsze, krótkie spotkanie w ramach 41. sesji Komisji, które służyło jedynie wyborowi członków Biura 41. sesji Komisji (w imieniu Grupy Europy Wschodniej, w Biurze będzie zasiadać Ukraina – jako przewodniczący). Tematem 41. sesji będzie: „*Population, distribution, urbanization, international migration and development*”.

#### **Od nas:**

- Przebieg 40. sesji Komisji Ludności i Rozwoju, w tym przede wszystkim prace nad rezolucją, potwierdził, że regułą stało się już, iż na forum komisji funkcjonalnych negocjacje koncentrują się na najwrażliwszych politycznie kwestiach, a nie na merytorycznych problemach bezpośrednio związanych z tematem danej sesji. Tym samym negocjacje nad rezolucją Komisji Ludności zostały zmonopolizowane przez dobrze znane, politycznie wrażliwe kwestie (finansowanie rozwoju, zobowiązania państw-darczyńców czy zdrowie prokreacyjne). Skutkowało to tym, że prace nad rezolucją stanowiły powtórzenie debat toczonych na wielu innych forach i nie oddawały eksperckich, merytorycznych dyskusji prowadzonych na sesjach plenarnych Komisji przez ekspertów krajowych. W tym kontekście należy podkreślić, że w przyszłości zasadnym byłoby włączenie w proces negocjacji rezolucji – w szerszym stopniu – ekspertów krajowych, którzy w pracach koncentrowaliby się na danym merytorycznym temacie sesji.
- W odniesieniu do stanowiska Polski w pracach 40. sesji Komisji należy podkreślić, że w ramach prac nad wspólnym stanowiskiem UE wobec projektu rezolucji, jak również w czasie prac nad wspólnym wystąpieniem UE, udało się nam zrealizować główne cele, tzn. nie dopuścić do przyjęcia przez UE stanowiska, które wykraczałoby poza nasze krajowe stanowisko w odniesieniu do problematyki „*sexual and reproductive health*”. Pomimo dużej presji ze strony szeregu państw UE na rzecz przyjęcia dalej idącego sformułowania, w przyjętym kompromisie unijnym (przy odniesieniu do „*rights*” czy „*services*”) znajdowało się automatycznie odniesienie do ICPD. Jednocześnie należy podkreślić, że podobnie jak przy pracach nad wspólnym wystąpieniem UE, również przy opracowywaniu stanowiska UE szereg

państw (m.in. Francja, Holandia, Szwecja, Dania, Finlandia) wyraźnie podkreślało, że na kwietniowej sesji COHOM państwa te będą zdecydowanie opowiadać się za przyjęciem wspólnego stanowiska UE niewymagającego włączenia odniesienia do ICPD.



Andrzej Towpik

Opr. KKukier

**Commission on Population and Development  
Fortieth Session  
Draft Resolution  
Chairman's text  
13 April 2007, 11:15 am**

***Changing age structures of populations and their implications for development***

The Commission on Population and Development,

*PP1. Recalling* the Programme of Action of the International Conference on Population and Development adopted at Cairo,<sup>1</sup> in particular chapter VI on population growth and structure, and the key actions for the further implementation of the Programme of Action, in particular section II.B on changing age structure and ageing of the population;

*PP2. Recognizing* that the implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development and the key actions for its further implementation is integrally linked to global efforts to eradicate poverty and achieve sustainable development and that the achievement of the goals of the Programme of Action is consistent with and makes an essential contribution to the achievement of the internationally agreed development goals, including the Millennium Development Goals;<sup>2</sup>

*PP3. Recalling* the Political Declaration and the Madrid International Plan of Action on Ageing adopted in 2002,<sup>3</sup> as well as General Assembly resolution 58/134 of 26 Jan 2004 on the road map for the implementation of the Madrid Plan of Action, and resolutions 59/150 of 1 February 2005, 60/135 of 2 February 2006 and 61/142 of 30 January 2007 on follow-up to the Second World Assembly on Ageing;

*PP4. Recalling* also the relevant provisions on changing age structures of populations and their implications for development contained, inter alia, in the Copenhagen Declaration on Social Development,<sup>4</sup> the Programme of Action of the World Summit for Social Development,<sup>5</sup> the Beijing Declaration and Platform for Action<sup>6</sup> and their periodic reviews, and the Durban Declaration and Programme of Action adopted by the World Conference against Racism, Racial Discrimination, Xenophobia and Related Intolerance on 8 September 2001;<sup>7</sup>

<sup>1</sup> Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994

<sup>2</sup> General Assembly resolution S-21/2 of 2 July 1999, annex, and *Official Records of the General Assembly, Twenty-first Special Session, Supplement No. 3 (A/S-21/5/Rev.1) and A/S-21/PV.9*.

<sup>3</sup> *Report of the Second World Assembly on Ageing, Madrid, 8-12 April 2002* (United Nations publication, Sales No. E.02.1V.4), chap. I, resolution 1, annex I and II.

<sup>4</sup> *Report of the World Summit for Social Development, Copenhagen, 6-12 March 1995* (United Nations publication, Sales No. E.96.IV.8), chap. I, resolution 1, annex I.

<sup>5</sup> *Ibid.*, annex II.

<sup>6</sup> *Report of the Fourth World Conference on Women, Beijing, 4-15 September 1995* (United Nations publication, Sales No. E.96.IV.13), chap. I, resolution 1, annexes I and II.

<sup>7</sup> See A/CONF.189/12 and Corr.1, chap. I.



*PP5. Recalling further* the UN Millennium Declaration and the 2005 World Summit Outcome;

*PP6. Recalling further* Resolution 60/265 of 12 July 2006 on the Follow-up to the development outcome of the 2005 World Summit, including the Millennium Development Goals and the other internationally agreed development goals; and Resolution 61/16 of 20 November 2006 on Strengthening of the ECOSOC;

*PP7. Recalling further* the World Programme of Action for Youth to the Year 2000 and Beyond,<sup>8</sup> and General Assembly resolution 60/2 of 27 October 2005 on policies and programmes involving youth, as well as previous resolutions of the General Assembly related to the rights of the child;

*PP8. Recalling further* the June 2006 Political Declaration on HIV/AIDS;

*PP9. Recognizing* that all populations of the world are undergoing a historically unique transition from high levels of fertility and mortality to low levels of fertility and mortality, known as the demographic transition, which has strong effects on the age structure of populations, and cognisant of the fact that countries are at different stages of this transition, with some countries still experiencing high levels of fertility;

*PP10. Recognizing also* that in the first stage of the demographic transition, when mortality is falling, the proportion of children increases, that in the second stage when both fertility and mortality are falling, the proportion of adults of working age increases, and that in the third stage when fertility and mortality reach low levels, only the proportion of older persons increases;

*PP11. Recognizing further* that the second stage of the demographic transition presents a window of opportunity for development and that the translation of this window of opportunity into benefits for development requires national policies and an international economic environment conducive to investment, employment, and sustained economic development and further integration and full participation of developing countries in the global economy;

*PP13. Acknowledging* that population ageing is taking place at a much faster pace in developing than in developed countries, giving the former less time to adjust to the increasing number of older persons, making it difficult to mobilize resources for their support;

*PP14. Noting* that children and youth constitute nearly half of the population of developing countries and that two-thirds of the world's older persons live in developing countries;

*PP15. Reaffirming* that gender equality and the promotion and protection of the full enjoyment of all human rights and fundamental freedoms for all are essential to advance development, including for tackling the development implications of changing age structures;

*PP16. Reaffirming also* that development is a central goal in itself and that sustainable development in its economic, social and environmental aspects constitutes a key element of the overarching framework of United Nations activities;

*PP17. Reaffirming further* the three priority directions agreed in the Madrid International Plan of Action on Ageing: Older persons and development; advancing health and well-being into old age; and ensuring enabling and supportive environments;

*PP18. Noting with concern* that poverty is one of the major threats to people's well-being, especially children, the young and older persons;

*PP19. Bearing in mind* that women constitute the majority of older persons in almost all societies and that their share of the population increases with advancing age;

*PP20. Recognizing* that a heavy disease burden, especially in many developing countries, in particular the HIV/AIDS pandemic, affects population dynamics, shortens the expectancy and slows economic growth through lost productivity and other factors that undermine development;

---

<sup>8</sup> Resolution 50/81, annex.

PP21. *Recognizing also* the important role of all families in meeting the many challenges posed by the changing age structures of populations;

PP22. *Taking note with appreciation* of the reports of the Secretary-General on world population monitoring<sup>9</sup> and on the monitoring of population programmes,<sup>10</sup> both of which focus on the changing age structures of populations and their implications for development, and *taking note also* of the report of the Secretary-General on the flow of financial resources for assisting in the implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development;<sup>11</sup>

OP1. *Reaffirms* the Programme of Action of the International Conference on Population<sup>12</sup> and Development and the key actions for its further implementation;<sup>13</sup>

OP2. *Stresses* that since countries are at different stages of the demographic transition and experience different social and economic conditions, development and policy implications vary from country to country depending on their level of social and economic development;

OP3. *Encourages* Governments, the United Nations system and other relevant international organizations to assist developing countries in assessing the possible impact of changing population age structures and in building capacities to respond to the challenges and opportunities resulting from changing population age structures;

OP4. *Reaffirms* the commitments to and emphasizes the need to fully implement the global partnership for development set out in the United Nations Millennium Declaration, the Monterrey Consensus of the International Conference on Financing for Development and the Plan of Implementation of the World Summit on Sustainable Development („Johannesburg Plan of Implementation”) and to enhance the momentum generated by the 2005 World Summit in order to operationalise and implement, at all levels, the commitments set out in the outcomes of the major United Nations conferences and summits, including the 2005 World Summit, in the economic, social and related fields;

OP7. *Stresses* the importance of mainstreaming a gender perspective in policy and planning processes at all levels and the need to eliminate discrimination on the basis of gender and age, including the elimination of all forms of violence against women of all ages, and of ensuring the equal rights and their skill employment for women of all ages;

OP8. *Recognizes* that investing in young people is an urgent development priority and that it will contribute to the achievement of the internationally agreed development goals including the Millennium Development Goals;

OP9. *Reaffirms* the resolve, expressed in the United Nations Millennium Declaration, to ensure that, by 2015, children everywhere, boys and girls alike, are able to complete a skill course of primary schooling; *urges* Governments to provide young people opportunities for obtaining further education, for acquiring skills and for participating fully in all aspects of society, with a view to, inter alia, improving their productive employment and leading self-sufficient lives; and *recall* that a knowledge-based society also requires that policies be instituted to ensure life-long access to education and training;

OP10. *Expresses* its concern that at the present time developing countries have a large number of persons reaching old age with minimal literacy and numeracy, which limits their capacity to earn a livelihood and may thus influence their enjoyment of health and well-being;

<sup>9</sup> E/CN.9/2007/3

<sup>10</sup> E/CN.9/2007/4

<sup>11</sup> E/CN.9/2007/5

<sup>12</sup> „See Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994 (United Nations publication, Sales No. 95.XIII.18).

<sup>13</sup> „ See General Assembly resolution S-21/2 of 2 July 1999, aimcx, and *Official Records of the General Assembly. Twenty-first Special Session, Supplement No. 3 (A/S-21/5/Rev. 1) and A/S-21/PV.9.*

*OP11. Reaffirms* the Dakar Framework for Action adopted at the World Education Forum in 2000 and underlines the importance of the Education for All partnership as a tool to achieve the Millennium Development Goal of universal primary education by 2015;

*OP12. Calls upon* Governments to take action to create an enabling environment at all levels to increase labour market participation, including special efforts to raise the participation of women, older persons, youth and disadvantaged groups, such as the long-term unemployed and persons with disabilities, in order to reduce the risk of exclusion or dependency in later life;

*OP13. Stresses the importance* of fully mobilizing the active population through family-friendly policies that support parents and legal guardians in combining work and parental roles;

*OP14. Invites* countries with ageing populations to promote measures to address this situation, including, *inter alia*, with family-friendly policies;

*OP15. Encourages* Governments to apply policies that support gender equality, protect the human rights of older persons, particularly older women, and assist abused older persons;

*OP16. Encourages* Governments, in cooperation with relevant stakeholders including civil society, to enhance through appropriate mechanisms, self-reliance of older persons. Such mechanisms could include, where appropriate, the promotion of a continued participation in working life, if desired, *inter alia*, by promoting a new approach to retirement that takes account of the needs of the employees as well as the employers, in particular by applying the principle of flexible retirement policies and practices while maintaining acquired pension rights. Such mechanisms could also include the creation of conditions that promote the quality of life of older persons and enable them to work and live independently in their own communities as long as possible or desired; as well as providing continuing education and encouraging life-long learning; and ensuring equal access to high quality health and social services;

*OP17. Calls upon* Governments to develop and implement policies aimed at ensuring that all persons have adequate economic and social protection during old age and strive to ensure the integrity, sustainability, solvency and transparency of pension schemes, and where appropriate disability insurances, while paying attention to their intergenerational impacts so that the burden is not borne mainly by certain generations;

*OP18. Invites* Governments, mindful of economic obstacles that may exist in some developing and other countries, to facilitate the accumulation of assets through personal savings and investment by individuals in order to cover consumption at older ages, by setting up or promoting appropriate institutional mechanisms, if they do not already exist, and to ensure effective monitoring of such mechanisms;

*OP19. Invites* Governments to develop comprehensive strategies to meet the increasing demand for long-term care for older persons including by adopting and implementing measures that assist families in providing basic care and support for their older members, taking into account the need to ensure that women and girls are not disproportionately burdened;

*OP20. Recalls* the worldwide need to expand educational opportunities in the field of geriatrics and gerontology for all health professionals who work with older persons, as well as to improve information and training for health professionals and para-professionals on the needs of older persons, and in this context *acknowledges* the need to enhance International cooperation;

*OP21. Urges* Governments to promote healthy living at all ages and in all spheres of health, including sexual and reproductive health, in particular the improvement of maternal, child and adolescent health, as well as efforts to reduce maternal and child mortality, and to take steps to prepare health care systems to meet the challenges posed by changing age structures;

*OP22. Notes* that HIV/AIDS affects the structure of the population in many developing countries, notably in Africa, and poses significant challenges to the economic and social stability in the most affected countries, and *encourages* Governments to address the rising rates of HIV infection among young people to ensure an HIV-free future generation through the implementation of comprehensive, evidence-based prevention strategies, responsible sexual behaviour, including the use of condoms, evidence- and skills-based, youth-specific HIV education, mass-media interventions and the provision of youth-friendly health services;

*OP23. Recognizes* the gravity of the public health problems afflicting many developing countries and least developed countries, especially those resulting from HIV/AIDS, tuberculosis, malaria, and other communicable diseases, and *encourages* Governments to adopt measures that address these challenges;

*OP24. Stresses* the importance of the collection, analysis and dissemination of data and population statistics disaggregated by age and sex on all aspects of policy formulation by all countries, and *encourages* the relevant entities of the United Nations to support national efforts in capacity-building, especially those of developing countries and countries with economies in transition;

*OP25. Calls upon* the relevant United Nations Agencies, Funds and Programmes to continue promoting partnerships at the national and international levels to promote a holistic package of gender-sensitive interventions to ensure the well-being of young people and improve their life prospects by, inter alia, enhancing their educational attainment; promoting healthy lifestyles and safeguarding their health, including sexual and reproductive health; and supporting young people's social engagement and participation, including in activities to reduce poverty and marginalization;

*OP5. Reaffirms* that each country must take primary responsibility for its own development and that the role of national policies and development strategies cannot be overemphasized in the achievement of sustainable development;

*OP6. Calls upon* Governments, taking into account the development situation in each country, to promote both intergenerational equity and solidarity by taking into account the implications of the changing age structures of the population in medium- and long-term development planning and by considering the age-related consequences of social and economic policies;

*OP26. Welcomes* the increased resources that will become available as a result of the establishment of timetables by many developed countries to achieve the target of 0.7 per cent of gross national product for official development assistance by 2015 and to reach at least 0.8 per cent of gross national product for official development assistance by 2010 as well as, pursuant to the Brussels Programme of Action for the Least Developed Countries for the Decade 2001-2010, 0.15 per cent to 0.20 per cent for the least developed countries no later than 2010, and *urges* those developed countries that have not yet done so to make concrete efforts in this regard in accordance with their commitments;

*OP27. Also welcomes* recent efforts and initiatives to enhance the quality of aid and to increase its impact, including the Paris Declaration on Aid Effectiveness, and calls for concrete, effective and timely action in implementing all agreed commitments on aid effectiveness, with clear monitoring and deadlines, including through further aligning assistance with countries<sup>1</sup> strategies, building institutional capacities, reducing transaction costs and eliminating bureaucratic procedures, making progress on untying aid, enhancing the absorptive capacity and financial management of recipient countries and strengthening the focus on development results;

*OP28. Acknowledges* that for developing countries that cannot generate sufficient resources, the lack of adequate funding remains the chief constraint to the full implementation of the ICPD Programme of Action.

*OP29.* Notes that recent increases in the flow of financial resources for assisting in the implementation of the Programme of Action has been primarily a result of the increased funding for HIV/AIDS activities and *expresses concern* that funding for family planning, which has been steadily decreasing, is below the suggested target level, and therefore *emphasizes* the importance of a continued mobilization of the required resources to implement the ICPD agenda by the international community, including Governments of both donor and developing countries;

*OP30.* Requests the Secretary-General to continue his substantive work on the changing age structures of populations, including levels, trends, determinants, consequences and policies, giving due attention to their implications for development.