

RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA

BIULETYN

54

Warszawa 2009

PL ISSN 1642-5979

Opracowuje:
Sekretariat Rządowej Rady Ludnościowej

Pod redakcją:
Aliny Potrykowskiej
Ewy Orzelek

Redakcja językowa:
Władysława Czech-Matuszewska

SPIS TREŚCI

WSTĘP	5
I. „PRZEMIANY LUDNOŚCIOWE W POLSCE. PRZESZŁOŚĆ I PERSPEKTYWY” – KONFERENCJA JUBILEUSZOWA RZĄDOWEJ RADY LUDNOŚCIOWEJ	7
1. 35 lat doświadczeń Rządowej Rady Ludnościowej – wystąpienia	7
Minister dr Michał Boni	7
Prof. dr hab. Antoni Rajkiewicz	9
Dr hab. prof. SGH. Zbigniew Strzelecki	13
Dr Halina Wasilewska-Trenkner	25
Dr Kazimierz Dzieńcio	27
Listy gratulacyjne	30
2. Przeszłość i przyszłość demograficzna Polski – referat	
Dr hab. prof. SGH Zbigniew Strzelecki, Prof. dr hab. Janusz Witkowski	33
3. Badania naukowe podstawą prac RRL	61
Prof. dr hab. Józefina Hrynkiewicz „Polityka społeczna wobec sytuacji demograficznej kraju”	61
Ks. Prof. dr hab. Leon Dyczewski „Kulturowe i indywidualne aspekty wartości dziecka a przyszłość demograficzna Polski”	71
Prof. dr hab. Janusz Szymborski „Problematyka zdrowia publicznego w działalności Rządowej Rady Ludnościowej ze szczególnym uwzględnieniem lat 2000–2009”	81
Prof. dr hab. Irena E. Kotowska „Badania naukowe podstawą prac Rządowej Rady Ludnościowej w obszarze rynku i zasobów pracy”	95
Prof. dr hab. Robert Rauziński „Migracje zagraniczne Polaków w XX i XXI wieku”	107
Prof. dr hab. Janina Józwiak „Badania i edukacja w zakresie demografii w działalności Rządowej Rady Ludnościowej”	113
II. X ANKIETA ONZ „TENTH INQUIRY AMONG GOVERNMENTS ON POPULATION AND DEVELOPMENT”	117
III. DOKUMENTACJA Z 42. SESJI ONZ KOMISJI DO SPRAW LUDNOŚCI I ROZWOJU „WKŁAD PROGRAMU DZIAŁANIA MIĘDZYNARODOWEJ KONFERENCJI LUDNOŚĆ I ROZWÓJ W MIĘDZYNARODOWE CELE ROZWOJU, UWZGLĘDNIAJĄCE MILENIJNE CELE ROZWOJU” (NOWY JORK 30 MARCA–3 KWIETNIA 2009 R.	153
IV. STANOWISKO RZĄDOWEJ RADY LUDNOŚCIOWEJ W SPRAWIE „BEZPIECZEŃSTWO ZDROWOTNE LUDNOŚCI POLSKI”	183
V. SPRAWOZDANIE Z KONFERENCJI „PRZEMIANY LUDNOŚCIOWE W POLSCE. PRZESZŁOŚĆ I PERSPEKTYWY” RZĄDOWEJ RADY LUDNOŚCIOWEJ Z OKAZJI 35-LECIA JEJ FUNKCJONOWANIA POŁĄCZONA Z JUBILEUSZOWYM POSIEDZENIEM PLENARNYM RZĄDOWEJ RADY LUDNOŚCIOWEJ	187
VI. SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI RZĄDOWEJ RADY LUDNOŚCIOWEJ W 2008 R.	199

WSTĘP

Oddajemy do rąk Czytelników kolejny, 54 numer „Biuletynu Rządowej Rady Ludnościowej”, dokumentujący działalność Rządowej Rady Ludnościowej i jej Sekretariatu.

Na treść biuletynu składają się następujące materiały:

- **Sesja Panelowa „35 lat doświadczeń Rządowej Rady Ludnościowej” – pod przewodnictwem dr hab. prof. SGH Zbigniewa Strzeleckiego**
- **Wystąpienia:**

Minister dr Michał Boni – *Przemówienie inauguracyjne*

Prof. dr hab. Antoni Rajkiewicz, „ *Z okazji 35-lecia Rządowej Rady (Komisji) Ludnościowej. Przypomnienia i refleksje*”

Dr hab. prof. SGH. Zbigniew Strzelecki, „*Prace Rządowej Rady Ludnościowej w ostatnich 10 latach*”

Dr Halina Wasilewska – Trenkner, „*Początki działania Rządowej Komisji Ludnościowej*”

Dr Kazimierz Dzieńcio – *Wystąpienie w sesji panelowej na Konferencji Jubileuszowej poświęconej 35-leciu działalności Rządowej Rady Ludnościowej*

Listy gratulacyjne

- Referat pt. *Przeszłość i przyszłość demograficzna Polski* – dr hab. prof. SGH Zbigniew Strzelecki, prof. dr hab. Janusz Witkowski
- **Sesja Panelowa „Badania naukowe podstawą prac RRL” pod przewodnictwem prof. dr hab. Janusza Witkowskiego**

Paneliści

Prof. dr hab. Józefina Hryniewicz „*Polityka społeczna wobec sytuacji demograficznej kraju*”

Ks. Prof. dr hab. Leon Dyczewski „*Kulturowe i indywidualne aspekty wartości dziecka a przyszłość demograficzna Polski*”

Prof. dr hab. Janusz Szymborski „*Działalność Rządowej Rady Ludnościowej w obszarze zdrowia publicznego*”

Prof. dr hab. Irena E. Kotowska „*Badania naukowe podstawą prac Rządowej Rady Ludnościowej w obszarze rynku i zasobów pracy*”

Prof. dr hab. Robert Rauziński „*Badania naukowe podstawą prac Rządowej Rady Ludnościowej w obszarze migracji zagranicznych*”

Prof. dr hab. Janina Józwiak „*Badania i edukacja w zakresie demografii w działalności Rządowej Rady Ludnościowej*”

- Sprawozdanie z Konferencji Jubileuszowej Rządowej Rady Ludnościowej „*Przemiany ludnościowe w Polsce. Przeszłość i perspektywy*” – dr Alina Potrykowska
- X ANKIETA ONZ „*TENTH INQUIRY AMONG GOVERNMENTS ON POPULATION AND DEVELOPMENT*”, Dr Alina Potrykowska
- Dokumentacja z 42. Sesji ONZ Komisji Do Spraw Ludności i Rozwoju „*Wkład Programu Działania Międzynarodowej Konferencji Ludność i Rozwój w międzynarodowe cele rozwoju, uwzględniające Milenijne Cele Rozwoju*” (Nowy Jork 30 marca-3 kwietnia 2009 r.), dr Alina Potrykowska
- Stanowisko Rządowej Rady Ludnościowej w sprawie „*Bezpieczeństwo zdrowotne ludności Polski*”
- Sprawozdanie z działalności Rządowej Rady Ludnościowej za 2008 r., mgr Ewa Orzełek
Ważniejsze dokumenty RRL prezentowane są na stronie internetowej www.stat.gov.pl/bip

Sekretarz Generalny
Rządowej Rady Ludnościowej

I. „PRZEMIANY LUDNOŚCIOWE W POLSCE. PRZESZŁOŚĆ I PERSPEKTYWY” – KONFERENCJA JUBILEUSZOWA RZĄDOWEJ RADY LUDNOŚCIOWEJ

1. 35 LAT DOŚWIADCZEŃ RZĄDOWEJ RADY LUDNOŚCIOWEJ – WYSTĄPIENIA

Dr Michał Boni

Minister – członek Rady Ministrów

Panie Przewodniczący, Szanowni Państwo,

Namysł intelektualny i refleksja jest bardzo dobrym sposobem obchodzenia Jubileuszu, którego serdecznie Rządowej Radzie Ludnościowej gratuluję. Oprócz życzeń zatem chciałbym podzielić się z Państwem przemyśleniami dotyczącymi bogactwa wiedzy, jakie na przestrzeni lat udało się zgromadzić – właśnie dzięki działalności Rządowej Rady Ludnościowej. Dzięki rekomendacjom, opracowaniom i publicznym wypowiedziom członków Rady i całego środowiska myślenie o demografii, o potencjale demograficznym i o wyzwaniach demograficznych stało się jednym z ważnych wątków myślenia o przyszłości demograficznej Polski i o jej rozwoju.

W przeszłości, przez dziesięciolecia, nie zdawaliśmy sobie sprawy z wyzwań demograficznych, jakie stały przez Polską wówczas i jakie dopiero miały się pojawić. Dziś wiemy, że sytuacja jest poważna, że należy nie tylko zbadać owe wyzwania, związane ze starzeniem się społeczeństwa, z innym modelem rodziny, migracjami, ale przede wszystkim należy rozpocząć zaawansowane prace nad konstruowaniem odpowiedzi na nowe – dla nas – zjawiska. Myślę, że ostatnie lata i raporty przygotowywane przez RRL pozwalają nam lepiej rozumieć sytuację, a także podjąć wyzwania.

Chciałbym na tym tle poruszyć kilka spraw, które w Państwa opracowaniach są szczególnie istotne. W pierwszej kolejności należy podkreślić to, co jest próbą myślenia o wyzwaniach demograficznych w perspektywie swego rodzaju kontraktu pokoleniowego, który nazywam elementem solidarności pokoleniowej. To oznacza, że musimy być świadomi wyzwań wynikających z procesów starzenia się ludności i społeczeństwa. W społeczeństwach istotnym czynnikiem jest przekonanie, że dłużej żyjemy, a tym samym – że żyjemy w lepszych warunkach, mamy lepszą kondycję i wydłuża się okres życia w zdrowiu. Oczywiście rodzi to szereg pytań.

Po pierwsze, powinniśmy zastanowić się, czy mamy na dzisiaj gotowy, oprócz systemu ubezpieczeniowego, system długoterminowej opieki nad osobami aktywnymi, ale potrzebującymi wsparcia. Niewątpliwie musimy poszukiwać definicji wprowadzenia w perspektywie kilku lat zupełnie nowych rozwiązań, także w obszarze polityki społecznej, a w szczególności opieki długoterminowej. To co ważne, to także uświadomienie sobie, że z punktu widzenia systemu emerytalnego powinniśmy stworzyć mechanizmy zabezpieczające dla uczestników kapitałowej części systemu emerytalnego w ostatnich latach aktywności zawodowej, tak aby inwestowane środki i oszczędności były bardziej bezpieczne. Dotyczy to portfela inwestycyjnego dla osób w wieku po 50–55 roku życia. Może to funkcjonować nie poprzez „przymus”, ale poprzez wybór działalności. Jeśli mówimy, że społeczeństwo się starzeje i jest to dobre, bo dłużej żyjemy i dłużej możemy realizować swoją ciekawość życia i świata, to musimy też mówić o pojęciu „*silver economy*”, czyli gospodarki, która traktuje starszych jako tych, którzy wnoszą bardzo dużo do rozwoju gospodarki, tworząc wartość dodaną poprzez aktywność zawodową czy konsumpcyjną, poprzez korzystanie z wielu różnych usług. To spojrzenie na starsze pokolenie nie rozwiązuje problemu, który jest kluczowy dla rozwiązania niebezpieczeństwa sytuacji demograficznej, tzn. niebezpieczeństwa zderzenia ze sobą w jednym czasie starzenia się społeczeństwa, wydłużania długości życia i zmniejszenia wskaźników urodzeń. Tu powstaje zagrożenie dla potencjału, aktywności demograficznej kraju, dla równowagi na rynku pracy.

Stąd drugą stroną myślenia o solidarności pokoleń są wszystkie wyzwania, które należy podjąć, stymulując politykę rodzinną, warunki sprzyjające wychowywaniu dzieci, wzrost dzietności. Nie da się we współczesnym świecie zrealizować tych celów bez zrozumienia zachodzących procesów kulturowych i cywiliza-

cyjnych. Ich cechą jest to, że ludzie sami wybierają swój sposób życia. Dłużej się uczymy, później rozpoczynamy karierę zawodową, później wchodzimy w związki małżeńskie czy partnerskie, później mamy pierwsze dziecko, głęboko zastanawiamy się nad drugim dzieckiem, wreszcie – zastanawiamy się, czy możemy liczyć na dostateczny poziom opieki, taki, który będzie pozwalał łączyć funkcje rodzinne z funkcjami zawodowymi.

Jeśli patrzemy na starszych i młodszych, kluczem do znalezienia równowagi na rynku pracy i w gospodarce, a zatem odpowiedzi na pytanie o wyzwania demograficzne, jest znalezienie dobrych warunków dla zatrudnienia, dla pracy. Jest to odpowiedź na jedno z najważniejszych wyzwań XXI wieku, jakim jest inne spojrzenie na relacje pomiędzy cyklem życia a cyklem kariery zawodowej. Z punktu widzenia rozwoju kraju, jeśli patrzemy np. na potrzeby edukacji, to powinniśmy mówić o potrzebach edukacyjnych Polaków od 3-go do 83 roku życia (od 3-go, czyli zapewnienia aktywności dzieciom na początku fazy przedszkolnej i uczestnictwa w zajęciach edukacyjnych). Jeśli spojrzymy na ten system przez pryzmat uczenia się przez całe życie – uniwersytetów III wieku, wówczas zauważymy, że nie można budować *silver economy* bez podtrzymywania aktywności i pasji życiowej osób starszych. Zdrowotność, profilaktyka jest tu kluczem. Myślenie o wyzwaniach demograficznych musi w całości uwzględniać kwestie związane z szeroko pojętą profilaktyką społeczną i polityką rynku pracy.

Te wszystkie kwestie są bardzo mocno przez RRL analizowane, zaznaczone, poddawane wielokrotnym obserwacjom. Zaleta działania RRL polega też na ciągłości jej prac, już 35-letniej, która daje możliwość porównywania, obserwowania nowych tendencji. Wszystko to powoduje, że Rządowa Rada Ludnościowa jest jedną z niewielu instytucji, której nikt nie kwestionuje, nikt nie stawia przy niej, przy jej dorobku, znaku zapytania. To bardzo cieszy.

Wszystkim tym, którzy przez 35 lat wnieśli swój wkład w pracę Rady, w jej dorobek intelektualny, bardzo gorąco dziękuję i jeszcze raz serdecznie gratuluję. Przedstawicielom, byłym i obecnym członkom RRL chciałbym niniejszym wręczyć podziękowania od całego rządu i Premiera Donalda Tuska.

Listy gratulacyjne otrzymują w kolejności:

Prof. Antoni Rajkiewicz

Dr Halina Wasilewska-Trenkner

Dr Kazimierz Dzieńcio

Prof. Lucyna Frąckiewicz

Prof. Robert Rauziński

Prof. Zbigniew Strzelecki

Prof. Józefina Hryniewicz

Prof. Janusz Witkowski

Z OKAZJI 35-LECIA RZĄDOWEJ RADY (KOMISJI) LUDNOŚCIOWEJ PRZYPOMNIENIA I REFLEKSJE

*Tylko, że aby drogę mierzyć przyszłą,
Trzebać koniecznie pomnieć, skąd się wyszło!*

pisał Cyprian Kamil Norwid i dobrze się stało, że organizatorzy dzisiejszej konferencji, pomni tego wskazania, poprzedzają rozważania o demograficznej przyszłości Polski przypomnieniem działań przeszłych. W nich organ pomocniczy władzy państwowej – Rządowa Rada (zwana początkowo Komisją) Ludnościowa odgrywała znaczącą rolę. W tym szkicu jako najstarszy i o najdłuższym stażu jej członek zamierzam przedstawić:

- genezę powstania organu,
- jego zadania i sposób ich realizacji,
- najważniejsze dokonania,
- refleksje osobiste.

Geneza powstania Rządowej Komisji Ludnościowej w 1974 roku

Powstawaniu nowych instytucji czy organizacji towarzyszą z reguły określone idee i cele, działania ludzkie oraz odczuwane potrzeby. I tak, jeszcze w połowie lat 50. XX w. pod wpływem wysokiej liczby urodzeń zaczęła kielkować myśl o powołaniu centralnego ośrodka zajmującego się w sposób kompleksowy problemami ludnościowymi Polski. Z jednej strony pochodziła ona od środowiska demografów związanych z uczelniami wyższymi, którym przewodził Profesor Edward Rosset, z drugiej zaś – od Profesorów Michała Kaleckiego i Kazimierza Secomskiego, zajmujących się planowaniem wieloletnim w Państwowej Komisji Planowania Gospodarczego (PKPG – przekształconej na przełomie lat 1956 i 1957 w Komisję Planowania przy Radzie Ministrów). W PKPG utworzono nawet w 1955 r. trzyosobową grupę doradczą (Izaskaw Frenkiel, Adam Józefowicz i Antoni Rajkiewicz), której powierzono zadanie opracowania konsekwencji ekonomicznych i społecznych nasilającego się wyżu demograficznego. Chodziło głównie o jego skutki w sferze edukacji i miejsc pracy. Równocześnie w Głównym Urzędzie Statystycznym nasiliły się prace nad prognozami demograficznymi; kierowali nimi Jerzy Holzer i Ryszard Zasępa.

Po przekształceniu PKPG w Komisję Planowania w 1957 r. i po zmianach organizacyjnych we władzach centralnych głównym punktem ocen i opracowań demograficznych stał się Zespół Zatrudnienia i Płac, w którym czołową rolę zaczął odgrywać dr Kazimierz Dzieńko, wspomagany przez Profesora Kazimierza Secomskiego.

Ponawiany w latach 60 postulat Profesora Rosseta (wspierany z zewnątrz przez Profesora Alfreda Sauvy, wybitnego demografa francuskiego, patrona paryskiego NIED – Narodowego Instytutu Badań Demograficznych) utworzenia w Polsce podobnego krajowego centrum nie doczekał się decyzji. Dopiero przy okazji powołania w 1969 r. Komitetu Badań i Prognoz PAN „Polska 2000” utworzono w jego ramach uznaną za czołową Komisję Demograficzną, do której zadań zaliczono m.in. studia nad wariantami prognoz demograficznych, dopływem kadr, modelem rodziny, problemami ludzi starych i przekształceń sieci osadniczej, mieszkalnictwem itp. W skład Komitetu weszło kilku demografów: najstarszym był w nim Profesor Edward Rosset (ur. w 1897 r.), a najmłodszym dr Kazimierz Dzieńko (1931 r.). Na czele wspomnianej Komisji Demograficznej stanął Profesor Kazimierz Secomski.

Wraz z powstaniem Komisji wzmógł się nacisk na powołanie rządowego organu koordynacyjnego, zajmującego się sprawami ludnościowymi. Im bardziej zbliżał się termin kolejnej Światowej Konferencji Demograficznej, tym mocniejsze stawały się głosy wzywające do podjęcia decyzji. I tak 3 maja 1974 r. ukazało się, z równie symbolicznym numerem 44, Zarządzenie Prezesa Rady Ministrów w sprawie powołania Komisji Rządowej do spraw koordynacji działań międzyresortowych w zakresie polityki ludnościowej. Nazwaną ją w skrócie „Komisją Ludnościową”. W jej skład, imiennie ustalony, weszło 17 osób, w tym 10 pracowników nauki (znalazło się w nim i moje nazwisko). Przewodnictwo powierzono Profesorowi Kazimierzowi Secomskiemu, który pełnił wówczas również funkcję Pierwszego Zastępcy Przewodniczącego Komisji Planowania przy Radzie Ministrów. Zastępcami przewodniczącego zostali Profesor Józef Pajest-

ka, również z Komisji Planowania, oraz Janusz Obodowski z Ministerstwa Pracy, Płac i Spraw Socjalnych.

W Zarządzeniu wymieniono 9 zadań o znaczeniu ciągłym, a dwa dodatkowe uznano za bieżące, tj. przygotowanie udziału Polski w Światowej Konferencji Ludnościowej w Bukareszcie w sierpniu 1974 r. oraz przedstawienie propozycji składu delegacji rządowej.

Na zwróconą uwagę, że w pierwszym składzie Komisji znalazła się tylko jedna kobieta (profesor Krystyna Bożkowska, dyrektor Instytutu Matki i Dziecka), zareagowano w następnym Zarządzeniu z 27 lutego 1975 r., poszerzając Komisję o cztery panie, również imiennie powołane. W tymże zarządzeniu ustanowiono też stanowisko sekretarza, które powierzono Kazimierzowi Dzienio. Dodam, że piastował je nieprzerwanie przez ćwierć wieku. Wspomagała go najpierw Halina Wasilewska-Trenkner, a później Krystyna Drzewieniecka.

Pierwszy egzamin ze swojej kompetencji i sprawności, związany z Konferencją Światową, Komisja zdała pomyślnie. Jej 13-osobowa delegacja była w Bukareszcie bardzo aktywna, a nawiązane kontakty i przywiezione materiały stanowiły cenny wkład do realizacji zadań Komisji.

Zadania Komisji i sposób ich realizacji

Dokument rządowy z 1974 r. nader szeroko określał zadania Komisji; z czasem zmieniał się ich zakres, co ukazuje zestawienie postanowień z 1974 r. i obecnie obowiązujących z 2006 roku. Należy przy tym zauważyć, że w 1997 r. nastąpiła zmiana nazwy Komisji na Radę, ale jej status jako rządowego organu koordynacyjnego w zakresie polityki ludnościowej się utrzymał. W ciągu 35 lat występowała ciągłość jej istnienia, choć zmieniały się i składy Rady Ministrów (20 razy), i jej prezesi (19 razy). Natomiast Komisja-Rada Ludnościowa tylko raz zmieniła swojego przewodniczącego. Po ponad 24 latach (1974–1998) miejsce Profesora Kazimierza Secomskiego zajął profesor SGH Zbigniew Strzelecki, wówczas także podsekretarz stanu w Rządowym Centrum Studiów Strategicznych. Jest to chyba jedyny w naszym kraju przypadek trwałości instytucji doradczo-koordynującej z tak ustabilizowanym kierownictwem. Nie znaczy to jednak, że nie zmieniał się jej skład. Z moich obliczeń wynika, że przewinęło się przez nią około 200 członków, w tym jedna trzecia powoływana imiennie. Nie obowiązywała i nadal nie obowiązuje zasada kadencyjności. Jej skład i strukturę określają kolejne zarządzenia Prezesa Rady Ministrów (a było ich chyba w latach 1974–2007 około piętnastu, przy czym ostatnie z marca 2007 r. zmieniło postanowienie poprzedniego, z 2005 r., dotyczące wydawania biuletynu Rady oraz zajmowało się sprawami personalnymi).

Warto też odnotować metamorfozy związane z obsługą administracyjną Komisji-Rady Ludnościowej. Najdłużej zapewniał ją centralny organ planowania: PKPG, KP przy RM i CUP, potem krótko Ministerstwo Gospodarki, później Rządowe Centrum Studiów Strategicznych i od 2003 r. Główny Urząd Statystyczny.

Przechodząc do charakterystyki zadań Komisji-Rady, to choć zmieniała się ich szata redakcyjna (obecnie mówi się o „zakresie działania”) i rozszerzyła oraz zmieniła się numeracja, to za utrwalone powinności uznać należy:

- gromadzenie i ocenę dokumentacji obejmującej współczesne procesy ludnościowe oraz przygotowywanie zleconych opracowań, opinii itp.;
- opracowanie i publikowanie corocznych raportów o sytuacji demograficznej wraz z wnioskami i postulatami pod adresem podmiotów publicznych;
- utrzymywanie daleko idącej, wielostronnej współpracy i kontaktów międzynarodowych;
- upowszechnianie wiedzy demograficznej, inicjowanie badań i współdziałanie z instytucjami zajmującymi się sprawami ludnościowymi.

Stopień realizacji przypisanych zadań zależał od czynników wewnętrznych i zewnętrznych. Do pierwszych należała aktywność członków Komisji-Rady, sprawność oraz zasobność sekretariatu i jakość obsługi administracyjnej, do drugich – zainteresowanie władz państwowych, zobowiązania i wyzwania międzynarodowe oraz naciski środowisk zewnętrznych. Część członków Komisji-Rady nie ograniczała swojej aktywności do udziału w posiedzeniach plenarnych czy zespołowych, ale uczestniczyła w przygotowujących opracowaniach bądź przedstawiała własne teksty. Tutaj aktywnością wyróżniali się i nadal przodujący członkowie związani z medycyną oraz zajmujący się polityką rodzinną.

Szczególnie mobilizujące były zazwyczaj okresy przygotowań do konferencji międzynarodowych (i rozpatrywanie wniosków z nich płynących) oraz związane z powszechnymi spisami ludności. Należy też podkreślić, że każdy projekt rocznego raportu o sytuacji demograficznej był szczegółowo rozpatrywany i zatwierdzany na plenarnych posiedzeniach Komisji-Rady. Równocześnie należy zauważyć, że bardzo różnie wyglądała sprawa jej finansowania, przy czym nigdy nie wypłacano żadnych honorariów z tytułu członkostwa czy udziału w posiedzeniach, co najwyżej częstowano uczestników obrad napojami i kanapkami.

Najważniejsze dokonania

Będzie to spojrzenie subiektywne, ale sądzę, że powinno być bliskie tym, którzy interesują się sprawami ludnościowymi, zwłaszcza jeśli związani są z tzw. instytucjonalnym kwartetem demograficznym, obejmującym – obok Rady – pion statystyki społecznej GUS, Komitet Nauk Demograficznych PAN i Polskie Towarzystwo Demograficzne.

I tak, do czołowych dokonań Rządowej Rady (Komisji) Ludnościowej zaliczam:

Po pierwsze – coroczne przygotowanie i publikowanie *Raportu o sytuacji demograficznej*. Do tej pory ukazały się 33 raporty o zbliżonym układzie treści (zazwyczaj uzupełniane tekstem o jednym szczególnie ważnym zjawisku czy kategorii demograficznej) wraz z wnioskami i rekomendacjami pod adresem władz państwowych. Pierwszym adresatem każdego raportu jest aktualny Prezes Rady Ministrów. Dodam od siebie, że nader zróżnicowana była reakcja owych pierwszych odbiorców i ich bliskiego otoczenia, ale ostatnio sytuacja się poprawia, czego wyrazem może być obecność szefa doradców Premiera na konferencji jubileuszowej.

Coraz wyższa jest też jakość kolejnych raportów. Kiedyś nazywałem je „zbeletryzowanym rocznikiem demograficznym z suplementem”. Dzisiaj mogę je określić jako „almanach użytecznej wiedzy demograficznej”. Za cenny komponent oceny procesów ludnościowych w naszym kraju uważam ujęcie przestrzenne i wgląd w migracje transgraniczne.

Wartościowym uzupełnieniem corocznych raportów jest „Biuletyn” Rady. Do tej pory ukazały się 53 zeszyty o łącznej objętości około 250 arkuszy. Stanowią one nieocenione kompendium informacji nie tylko o działalności Rady, ale także o tym, co dzieje się w kraju i za granicą w sferze polityki ludnościowej.

Po drugie – bardzo wysoko należy ocenić udział Polski w międzynarodowych konferencjach ludnościowych. O konferencji w Bukareszcie w 1974 r. już wspominałem; potem przyszła konferencja w Meksyku w 1984 r. i dziesięć lat później w Kairze. W toku tej ostatniej, na której przyjęto szereg doniosłych postanowień, szczególną rolę odegrała delegacja polska, a zwłaszcza Profesor Jerzy Holzer. Polska stała się też członkiem Komisji Ludności i Rozwoju ONZ. Komisja ta zbiera się co roku w celu przeglądu realizacji Programu Działania konferencji kairskiej. Do uchwalenia owego Programu Działania w dużym stopniu przyczynił się Profesor J. Holzer. Członkowie naszej Rady nie tylko uczestniczą aktywnie w spotkaniach międzynarodowych, ale też prowadzą ważne badania porównawcze i organizują w Polsce konferencje z udziałem zagranicznych specjalistów. Może z pewną przesadą powiem, że o Radzie niekiedy więcej się wie poza granicami niż w kraju...

Po trzecie – przedsięwzięciem Rady o znaczeniu szczególnym (w czym też duża zasługa obecnego jej przewodniczącego) był I Kongres Demograficzny. Sposób jego przeprowadzenia (ponad roczny ciąg sesji problemowych z licznymi publikacjami), zasięg i znakomite konstatacje diagnostyczne oraz prognostyczne wniosły niebywale cenne tworzywo do kształtowania wiedzy i polityki demograficznej w naszym kraju; ożywiły i zespoliły środowiska badawcze oraz kręgi społeczne zatroskane stanem i przyszłością naszej populacji. Dorobek Kongresu stanowi nieprzemijającą wartość poznawczą i metodyczną w działalności Rady.

Niewątpliwie Komisja-Rada w ciągu 35-letniego istnienia przechodziła różne okresy i stany aktywności oraz odczucia swojej publicznej użyteczności, ale najważniejsze, że trwała. I tutaj zaryzykuję hipotezę, że trwała ona niekiedy bardziej dzięki postawie i przekonaniu jej członków (zwłaszcza spełniających funkcje kierownicze) niż zachowań patronów rządowych. Stąd też zawarte w nazwie Komisji zadanie „koordynacja działań międzyresortowych” dalekie było od spełnienia. Natomiast ciągle aktualna stała się funkcja poznawczo-informacyjna, wyrażająca się przede wszystkim w opracowywaniu i przekazie opisanych

powyżej rocznych raportów i wydawanych biuletynów. Niezawodna była też funkcja usługowa wobec spraw międzynarodowych.

Przeprowadzona w kilkunastu uczelniach i ich bibliotekach kwerenda wykazuje, że publikacje Komisji-Rady stanowią ważną pomoc dydaktyczną w nauczaniu zarówno demografii, jak i polityki społecznej. Warto zauważyć, że o ile statystyka – która z reguły pozostawała w mariażu z demografią – poszła w kierunku ekonometrii, to polityka społeczna została nasycona wiedzą o procesach i zjawiskach ludnościowych. W dorocznych konferencjach polityków społecznych zawsze jest obecna sesja demograficzna wspierana materiałami Rady Ludnościowej.

Z drugiej strony na krytyczną ocenę zasługuje brak zainteresowania mediów – tak publicznych, jak i prywatnych – efektami działalności Rady. W ogóle problemy ludnościowe pozostają na marginesie publikatorów, choć urosły do rangi podstawowej wartości strategicznej rozwoju naszego kraju. Stąd za jedno z podstawowych zadań Rady uznać wypada ofensywę edukacyjną i informacyjną skierowaną pod adresem wydawców, publicystów i dziennikarzy.

Inna sprawa, która leży mi na sercu, to zwrócenie większej uwagi na jakościową stronę naszego społeczeństwa. O ile sprawy zdrowia znajdują wysoką rangę w opracowaniach Rady, to na dalszym planie pozostaje sfera edukacji. W ostatnim 20-leciu nastąpił ogromny ilościowy rozwój szkolnictwa wyższego. Dochodzimy do pięciu milionów osób z dyplomem wykształcenia wyższego, a równocześnie w wielu dziedzinach nie odczuwamy oczekiwanego postępu. Potrzebna jest ciągła refleksja nie tylko nad doktryną i strukturą kształcenia, ale nad stanem i sposobem spożytkowania potencjału edukacyjnego naszych absolwentów. I to powinna uczynić Rada.

Kończąc ten zwięzły przegląd 35-lecia Komisji-Rady śmiem uznać, że bilans jej działalności zasługuje na ocenę pozytywną. Warto kontynuować wszystkie te przedsięwzięcia, które służyły pożytkowi społecznemu, pomnażały wiedzę i kształtowały wysoką pozycję międzynarodową. Przygotowując kolejny Kongres Demograficzny, którego potrzebę dyktują zarówno obserwowane transpozycja w procesach ludnościowych, jak i zmieniające się usytuowanie naszego kraju, powinniśmy pomnażać szeregi sprzymierzeńców zmagających o wyższą jakość potencjału ludnościowego naszego kraju. Skuteczność naszych działań jako rządowego organu pomocniczego będzie tym większa, im szersze będzie wsparcie i uznanie opinii publicznej.

PRACE RZĄDOWEJ RADY LUDNOŚCIOWEJ W OSTATNICH 10 LATACH

Szanowni Państwo

Po wystąpieniach moich znakomitych przedmówców zastanawiałem się, jak przedstawić prace Rządowej Rady Ludnościowej za ostatnie dziesięć lat. Można zapytać, dlaczego akurat tylko za taki okres? Dłuższą, 35-letnią perspektywę działania Komisji/Rady zaprezentowali moi przedmówcy, a w tym roku minęło właśnie 10 lat od dnia 28 kwietnia 1999 r., kiedy to Prezes Rady Ministrów powierzył mi kierowanie Rządową Radą Ludnościową¹. Możemy zatem do listy wspomnianych już dzisiaj jubileuszy: 20-lecia funkcjonowania w wolnej, demokratycznej Polsce, 35 lat funkcjonowania Rządowej Komisji/Rady Ludnościowej dopisać także i mój skromny, acz „okrągły” jubileusz kierowania pracami RRL. Ten zaszczyt i honor jest możliwy tylko dzięki współpracy z całą Radą oraz z jej Sekretariatem. I zastanawiając się, od czego powinienem rozpocząć swoje spojrzenie na nasze prace w minionym dziesięcioleciu, uważam, że właśnie najważniejsze będzie podkreślenie znaczenia wkładu pracy ludzi, którzy współtworzyli ten sukces, o którym tak szeroko mówił pan profesor A. Rajkiewicz.

Powierzenie mi przez Prezesa Rady Ministrów, na podstawie przywołanego już Zarządzenia, przewodniczenia Rządowej Radzie Ludnościowej sprawiło, że chciałem, wraz z szacownym gronem członków, wykorzystać w swojej działalności 25-letni dorobek Rządowej Komisji Ludnościowej i odpowiedzieć na wyzwania w okresie transformacji systemowej (ustrojowej). Trzeba jednak w tym miejscu podkreślić, że ta instytucja rządowa w całej swojej historii funkcjonowania kierowana była dotychczas jedynie przez dwóch przewodniczących: do 1999 r. przez Pana Profesora Kazimierza Secomskiego, a następnie przeze mnie. Można to określić jako swoisty fenomen w okresie dużych i burzliwych zmian w strukturach rządu. Należy także zauważyć, że przez to obecne dziesięciolecie RRL pracuje z tymi samymi dwoma wiceprzewodniczącymi: panią profesorką Józefiną Hrynkiewicz i panem profesorem Januszem Witkowskim, Wiceprezesem GUS. To też jest znak czasu ostatnich przemian systemowych. Za pomoc wiceprzewodniczących i wkład ich bezinteresownej pracy w funkcjonowanie RRL jestem Kolegom bardzo wdzięczny.

Zaprezentowanie 10-letniego dorobku RRL w syntetycznej formie jest dość trudnym zadaniem. Chęć przywołać najważniejsze dokonania, zdaję sobie sprawę, że zawsze będzie to w jakimś sensie ujęcie subiektywne. Aby jednak było ono zbliżone do obiektywizmu, postaram się przedstawić to, co postrzegam istotnie jako nasze osiągnięcia oraz porażki, innymi słowy, używając znanego już określenia naszego „klasyka” – zaprezentować „plusy dodatnie i plusy ujemne” w działalności RRL w latach 1999–2009.

Najważniejsze będzie przywołanie zrealizowanych działań w układzie zadań RRL, jaki wynika z cytowanego już Zarządzenia nr 25 Prezesa Rady Ministrów z dnia 28 kwietnia 1999 r. zmieniającego Zarządzenie w sprawie powołania Rady do spraw Koordynacji działań międzyresortowych w zakresie polityki ludnościowej. Te najważniejsze zadania są następujące:

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

Podstawowym obowiązkiem RRL jest dokonywanie oceny sytuacji demograficznej kraju przez opracowywanie raportów przedkładanych rządowi. W swojej 35-letniej historii Rządowa Komisja/Rada Ludnościowa opracowała już 33 raporty. Jeśli chodzi o ostatnie 10 lat, trzeba podkreślić kilka faktów, które odróżniają te raporty od raportów z poprzedniego okresu. Przede wszystkim zmieniono formułę pracy nad raportami, każdy bowiem projekt raportu i skład autorski jest szczegółowo rozpatrywany i zatwierdzany na plenarnych posiedzeniach RRL. Zalecenia i wnioski z raportów w formie rekomendacji są

¹ Zarządzenie nr 25 Prezesa Rady Ministrów z dnia 28 kwietnia 1999 r. zmieniające zarządzenie w sprawie powołania Rady do spraw Koordynacji działań międzyresortowych w zakresie polityki ludnościowej. *Na podstawie art. 12 ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o organizacji i trybie pracy Rady Ministrów oraz o zakresie działania ministrów (Dz. U. Nr 106, poz. 492 i Nr 156, poz. 775, z 1997 r. Nr 141, poz. 943, z 1998 r. Nr 162, poz. 1126 oraz z 1999 r. Nr 11, poz. 95) zarządza się, co następuje: § 1 W zarządzeniu Nr 86 Prezesa Rady Ministrów z dnia 2 października 1997 r. w sprawie powołania Rady do spraw Koordynacji działań międzyresortowych w zakresie polityki ludnościowej w § 1 ust. 1 otrzymuje brzmienie: 1. Tworzy się Radę do Spraw Koordynacji działań międzyresortowych w zakresie polityki ludnościowej, zwaną dalej „Rządową Radą Ludnościową”, jako organ pomocniczy Prezesa Rady Ministrów w zakresie polityki ludnościowej, w składzie: 1) przewodniczący – dr hab. Zbigniew Strzelecki – Wiceprezes Rządowego Centrum Studiów Strategicznych, ... (i dalej skład Rady i jej zadania).*

adresowane do poszczególnych resortów i centralnych instytucji w celu ich realizacji. RRL zwraca się m.in. do samorządów terytorialnych jako odbiorców raportów i rekomendacji.

2. Inicjowanie badań naukowych, w tym formułowanie tematyki i opiniowanie założeń metodycznych w dziedzinie demografii, polityki ludnościowej i rodzinnej

W tym zakresie pragnę zwrócić uwagę tylko na dwa najważniejsze działania, tj. I Kongres Demograficzny w Polsce oraz opracowanie założeń polityki ludnościowej w Polsce.

A. I Kongres Demograficzny w Polsce odbywał się w latach 2001–2002 pod hasłem „Polska a Europa, procesy demograficzne u progu XXI wieku”. Było to największe tego typu przedsięwzięcie merytoryczne i logistyczne od czasu realizacji tzw. problemów węzłowych. Było ono możliwe dzięki środkom finansowym z funduszy UNFPA pozostałym po realizacji przed 1999 r. projektu badawczego w Polsce. Środki te udało się wykorzystać na cele I Kongresu dzięki pomocy ówczesnej wiceminister finansów dr H. Wasilewskiej-Trenkner, która w pełni podzieliła stanowisko RRL o potrzebie organizacji Kongresu w obliczu nadciągającego kryzysu demograficznego w Polsce. I Kongres Demograficzny został zorganizowany pod patronatem Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Aleksandra Kwaśniewskiego, a swojego patronatu udzieliły również najwyższe władze kraju: ówcześni prezesi rady ministrów oraz marszałkowie Sejmu i Senatu RP. Patronatu udzielił także Prymas Polski kard. Józef Glemp. Kongres odbywał się we współpracy z Polskim Towarzystwem Demograficznym, Komitetem Nauk Demograficznych PAN, Głównym Urzędem Statystycznym i przedstawicielstwem UNDP w Polsce. Pracami Kongresu kierował powołany w tym celu Komitet Kongresu². W czasie Kongresu zorganizowano serię seminariów, konferencji oraz imprez towarzyszących, które odbyły się w kolejnych miesiącach w latach 2001 i 2002. Celami Kongresu było:

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

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

Część pierwsza odbyła się **15 września 2001 r.** w Warszawie (w tym w Pałacu Prezydenta RP) i poświęcona była sytuacji demograficznej Polski na tle problemów demograficznych współczesnego świata³. Podczas sesji zaprezentowano najważniejsze czynniki warunkujące rozwój demograficzny, omówiono rolę rodziny, etyczny wymiar procesów demograficznych i ich znaczenie dla postępu społecznego. Przedstawiono także informacje o założeniach dotyczących spisu ludności i mieszkań w 2002 roku. Sformułowane podczas sesji inauguracyjnej tezy stanowiły podstawę do organizacji seminariów problemowych i regionalnych na drugą i trzecią część Kongresu.

Część druga to cykl seminariów tematycznych poświęconych najważniejszym czynnikom rozwoju demograficznego Polski, w tym warunkom życia rodzin, zdrowiu obywateli, edukacji, sytuacji mieszkaniowej, pracy, ekologii oraz czynnikom kulturowym. Głównym punktem programowym tej części Kongresu była organizacja ogólnokrajowych konferencji o tematyce odpowiadającej na palące problemy społeczne i demograficzne, wpisujące się w nurt najważniejszych aktualnych kwestii narodowych i państwowych w Polsce.

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

² RRL powołała Komitet Kongresu w następującym składzie: dr hab. prof. SGH Zbigniew Strzelecki, Przewodniczący Rządowej Rady Ludnościowej – Przewodniczący Komitetu; Colin Glennie, Stały Koordynator Systemu ONZ w Polsce; dr hab. Ewa Frątczak – Sekretarz Generalny Rządowej Rady Ludnościowej; Prof. dr hab. Jerzy Zdzisław Holzer, Przewodniczący I Wydziału Nauk Społecznych PAN; prof. dr hab. Janina Józwiak, Przewodnicząca Komitetu Nauk Demograficznych PAN; dr hab. Andrzej Ochocki, Polskie Towarzystwo Demograficzne; prof. dr hab. med. Janusz Szymborski oraz Tadeusz Toczyński, Prezes Głównego Urzędu Statystycznego.

³ Materiały z konferencji inauguracyjnej I Kongres zostały opublikowane w: *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku*, pr. zbiorowa pod red. Z. Strzeleckiego i A. Ochockiego, RRL, RCSS, t. I, Warszawa 2001.

Część czwarta – Sesja Końcowa⁴ – to były dwudniowe obrady plenarne, w tym jedna sesja w Pałacu Prezydenta z udziałem Prezydenta, ministrów prezydenckich oraz przedstawicieli rządu. W pierwszym dniu problematyka obrad dotyczyła dotychczasowego rozwoju demograficznego Polski i jego uwarunkowań. Dzień drugi to była debata nad perspektywami demograficznymi Polski w odniesieniu europejskim i światowym. Tematem wiodącym była demografia i polityka ludnościowa wobec wyzwań współczesności i przyszłości, a szczególnie globalizacji i integracji.

W wyniku wielomiesięcznych obrad Kongresu na konferencji kończącej Kongres uczestnicy przyjęli w dniu 26 listopada 2002 r. „**Deklarację I Kongresu Demograficznego w Polsce**” w poniższym brzmieniu:

Uczestnicy I Kongresu Demograficznego w Polsce, uznając, że:

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

Uczestnicy I Kongresu Demograficznego zwracają się:

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

Za szczególnie istotne uważamy:

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

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

Uczestnicy I Kongresu Demograficznego w Polsce uznają, że:

- jego przebieg wniósł cenne wartości poznawcze w ocenie współczesnych procesów demograficznych;
- przyczynił się do znacznego rozszerzenia i integracji środowisk zajmujących się problemami ludnościowymi;

⁴ Materiały zostały opublikowane książce pt. *Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Polska a Europa*, red. Z. Strzelecki, RRL, RCSS, t. XVII, Warszawa 2003.

- stworzył podstawy upowszechnienia wiedzy demograficznej i jej znaczenia w życiu kraju;
- wywołał przychylnie nimi zainteresowanie najwyższych władz państwowych, z Prezydentem RP na czele, przekonując o potrzebie ich uwzględniania w polityce społecznej i gospodarczej państwa.

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

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

Ogółem w trakcie I Kongresu demograficznego zorganizowano w całej Polsce 23 seminaria i konferencje oraz wydano 25 zwartych publikacji książkowych. Wszystkim organizatorom i uczestnikom tego ogromnego przedsięwzięcia oraz redaktorom publikacji oraz wydawcom przy okazji obchodów jubileuszu K/RRL pragnę serdecznie podziękować. Najważniejsze referaty i opracowania zaprezentowane na konferencjach i seminariach w czasie trwania Kongresu zostały opublikowane w wydawnictwie dwujęzycznym polsko-angielskim w PWE⁵.

B. Opracowywanie założeń polityki ludnościowej w Polsce

Rządowa Rada Ludnościowa – biorąc pod uwagę głębokie zmiany w przebiegu podstawowych procesów demograficznych w Polsce w ostatnich latach, a które uległy przyspieszeniu w latach transformacji systemowej, oraz wpływ tych zmian między innymi na dynamikę i strukturę ludności kraju – uznała, że rozwój demograficzny Polski wszedł w fazę kryzysową, która może być bardziej intensywna i głębsza niż w krajach tzw. starej Unii Europejskiej. W związku z tym, realizując zobowiązanie I Kongresu Demograficznego, RRL podjęła decyzję o potrzebie opracowania założeń polityki ludnościowej w Polsce. W tym celu powołałem 4 lutego 2003 r. zespół⁶ składający się z przedstawicieli RRL oraz przedstawicieli resortów właściwych oddziaływaniu na procesy ludnościowe. Przed zespołem zostały postawione następujące zadania:

- analiza dokumentów I Kongresu Demograficznego w zakresie rozwiązań proponowanych dla polityki prorodzinnej, ludnościowej i społecznej,
- zdefiniowanie głównych obszarów funkcjonowania polityki ludnościowej w związku z obserwowaną tendencją zmian procesów i struktur demograficznych w Polsce w okresie transformacji i do 2030 roku,
- zaproponowanie ekspertów w celu opracowania propozycji działań w wybranych obszarach polityki ludnościowej,
- współpraca z instytucjami naukowo-badawczymi,
- opracowanie założeń kompleksowego programu działań w zakresie polityki ludnościowej.

Do prowadzenia prac nad „Załoženiami” Rządowa Rada Ludnościowa wybrała Instytut Pracy i Spraw Socjalnych w Warszawie. W pracach nad przygotowaniem projektu „Założeń...” wykorzystano:

1. Wyniki analiz i dyskusji zawartych w dokumentach i opracowaniach I Kongresu Demograficznego w Polsce.

⁵ *Problemy demograficzne Polski przed wejściem do Unii Europejskiej. Demographic Problems of Poland before the Accession to the European Union*, Z. Strzelecki (red.), PWE, Warszawa 2003.

⁶ Decyzją nr 1 przewodniczącego Rządowej Rady Ludnościowej z dnia 4 lutego 2003 r. w sprawie powołania zespołu do przygotowania założeń programu działań w zakresie polityki ludnościowej, w skład zespołu powołano: 1) przewodniczący – dr hab. prof. SGH Zbigniew Strzelecki; 2) wiceprzewodniczący – dr Bożena Balcerzak-Paradowska; 3) sekretarz – dr hab. prof. SGH Ewa Frątczak; 4) członkowie: prof. dr hab. Lucyna Frąckiewicz, prof. dr hab. Józefina Hryniewicz, prof. dr hab. Janina Józwiak, prof. dr hab. Adam Kurzynowski, prof. dr hab. Antoni Rajkiewicz, prof. dr hab. Krystyna Slany, prof. dr hab. Izidor Sobczak, prof. dr hab. Janusz Szymborski, prof. dr hab. Janusz Witkowski, prof. dr hab. Zdzisław Zdrojewski; 5) przedstawiciele: a) Ministerstwa Edukacji Narodowej i Sportu, b) Ministerstwa Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej, c) Ministerstwa Finansów, d) Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, e) Ministerstwa Spraw Zagranicznych, f) Ministerstwa Zdrowia, g) Głównego Urzędu Statystycznego, h) Pełnomocnika Rządu do Spraw Równego Statusu Kobiet i Mężczyzn. Ponadto Przewodniczący Zespołu mógł zapraszać na posiedzenia Zespołu i grup specjalistycznych oraz do udziału w pracach przedstawicieli nauki i specjalistów z dziedziny demografii i pokrewnych dyscyplin naukowych.

2. Dokumenty i opracowania Rządowej Rady Ludnościowej, zwłaszcza raporty o sytuacji demograficznej Polski z lat 1990–2002 oraz wnioski i zalecenia Rady przyjęte przez Radę Ministrów RP dnia 13 stycznia 2003 r.
3. Opracowania statystyczne i analityczne wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań z 2002 roku.
4. Materiały i dokumenty nadesłane przez ministerstwa i instytucje specjalistyczne prowadzące działalność oddziałującą bezpośrednio lub pośrednio na procesy demograficzne.
5. Narodowy Program Zdrowia na lata 1996–2005.
6. Dokumenty Światowej Organizacji Zdrowia „Zdrowie dla Wszystkich w 2004 roku” i „Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku”.
7. Międzynarodową Konwencję o Prawach Dziecka, dorobek Ogólnopolskiego Szczytu w Sprawach Dzieci; w tym Propozycje do Narodowego Planu Działania „Polska dla dzieci”.
8. Ekspertyzy przygotowane dla potrzeb opracowania „Założeń...” oraz ekspertyzy przedstawione na konferencji w dniu 20 maja 2004 roku.
9. Literaturę przedmiotu.
10. Wyniki sondażu opinii nt. potrzeby prowadzenia polityki ludnościowej, przeprowadzonego wśród osób i instytucji zajmujących się różnymi obszarami polityki ludnościowej.
11. Opracowania Głównego Urzędu Statystycznego i pogłębione analizy epidemiologiczne, określające potrzeby zdrowotne populacji.
12. Wyniki dotychczas realizowanych programów polityki zdrowotnej państwa.
13. Wyniki dyskusji prowadzonych podczas prac nad „Załoženiami...” w gronach ekspertów.
14. Wyniki dyskusji i zgłoszone uwagi podczas konferencji pt.: „Założenia polityki ludnościowej w Polsce” zorganizowanych przez Rządową Radę Ludnościową w Warszawie w dniu 20 maja i 9 lipca 2004 roku.

W wyniku wielu dyskusji oraz dwóch wymienionych konferencji Rządowa Rada Ludnościowa na plenarnym posiedzeniu w dniu 14 grudnia 2006 r. przyjęła „Założenia”, a w dniu 18 grudnia 2006 r. skierowała dokument do Rady Ministrów. W pełnym brzmieniu „Założenia” zostały dołączone do „Raportu” o sytuacji demograficznej kraju w 2004 roku⁷.

Opracowaniem „Założeń polityki ludnościowej” RRL zajął się zespół ekspertów kierowany przez dr hab. B. Balcerzak-Paradowską, Dyrektora IPiSS. RRL zaakceptowała projekt przygotowany przez zespoły ekspertów, co oznacza, że uznano iż 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 biologiczną ciągłość narodu i 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, polityki gospodarczej, ekologicznej i migracyjnej), odpowiednich dla pożądanego przebiegu tych procesów”.

Przyjęcie takiej definicji polityki ludnościowej oznacza, że: *„Głównym celem polityki ludnościowej jest oddziaływanie na procesy związane z tworzeniem się i funkcjonowaniem rodzin, rozrodnością, poprawą stanu zdrowia i ograniczaniem umieralności oraz na procesy migracyjne tak, aby ich przebieg sprzyjał kształtowaniu optymalnego stanu i struktury ludności, zapewniających biologiczną ciągłość i zrównoważony rozwój społeczno-ekonomiczny i ekologiczny”.* Z tego należy wnosić, że dla osiągnięcia tych celów wykorzystane powinny być wszystkie środki i metody stosowane w polityce społecznej i gospodarczej państwa.

Takie zdefiniowanie polityki ludnościowej i jej zakresu wymagało w konsekwencji określenia podmiotów realizujących cele polityki ludnościowej. Nie podlegało więc dyskusji, że **głównym podmiotem jest 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**

⁷ Sytuacja demograficzna Polski i założenia polityki ludnościowej w Polsce, Raport 2004, RRL, Warszawa 2006.

działań. Uznano także, iż podmiotami powinny być również: **organizacje pozarządowe, kościoły różnych wyznań, związki zawodowe, organizacje pracodawców.** Warunkiem realizacji celów ogólnych polityki ludnościowej jest także spełnienie **celów szczegółowych,** takich jak:

- **zmiany w postawach i zachowaniach indywidualnych i społecznych wobec zawierania małżeństw i zakładania rodziny;**
- **zmiany w postawach i zachowaniach prokreacyjnych na rzecz realizacji planów dotyczących dzietności (świadomego zwiększania przeciętnego poziomu dzietności);**
- **podnoszenie jakości życia wszystkich pokoleń, zwłaszcza młodego pokolenia, pozwalającej na jego rozwój (rozumiany jako poprawa stanu zdrowia i poziomu edukacji), stwarzający szanse na pełne uczestnictwo w życiu społeczno-gospodarczym i kulturalnym kraju w zintegrowanej Europie;**
- **zapewnienie wszystkim pokoleniom aktywnego uczestnictwa w rozwoju demograficznym i społeczno-ekonomicznym kraju.**

W założonej realizacji celów RRL określiła kierunki działań obejmujące, w ramach polityk szczegółowych (w zakresie polityki społecznej i gospodarczej) i stosowanych przez nie instrumentów, następujące obszary:

- praca (działania na rzecz uzyskania pracy i dochodów z tego tytułu, ograniczania bezrobocia, rozwoju przedsiębiorczości i samozatrudnienia);
- zabezpieczenie społeczne (świadczenia rodzinne, ubezpieczenia społeczne, pomoc społeczna);
- mieszkalnictwo;
- ochrona zdrowia (usługi medyczne, edukacja zdrowotna);
- edukacja (system edukacji, w tym edukacja ustawiczna; edukacja prorodzinna kształtowanie systemu wartości);
- migracje, a szczególnie migracje zewnętrzne.
- RRL przyjęła także, że realizacja celów polityki ludnościowej powinna być kształtowana przez następujące **zasady:**
- **prowadzenie polityki aktywnej,** rozumianej jako działania polegające na „tworzeniu warunków” sprzyjających lub niezbędnych do osiągnięcia danego celu, wykorzystania aktywizujących form i metod działania, pozwalających na udział różnych grup ludności w projektowanych działaniach;
- **wielości podmiotów,** pozwalających na lepsze rozpoznanie potrzeb, większą elastyczność działania, umożliwiającą 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 określonych zmian w procesach demograficznych) i pośrednim (mających inne cele, ale przynoszące skutki dla przebiegu tych procesów).

RRL zaprojektowała w „Założeniach” szczegółowe kierunki działań podzielone na cztery następujące **cele ogólne polityki ludnościowej:**

- I. **Poprawa warunków powstawania i funkcjonowania rodzin oraz sprzyjających rodzeniu dzieci i zwiększaniu liczby urodzeń,** w którym zaproponowano szczegółowe kierunki działań.
- II. **Tworzenie warunków sprzyjających integracji w starzejącym się społeczeństwie,** w którym zaproponowano szczegółowe kierunki działań.
- III. **Poprawa stanu zdrowia ludności i ograniczanie umieralności,** w którym zaproponowano szczegółowe kierunki działań.
- IV. **Określenie kierunków i zasad polityki migracyjnej państwa polskiego w dobie integracji europejskiej,** w którym zaproponowano szczegółowe kierunki działań.

Pracami merytorycznymi zespołów nad przygotowaniem „Założeń” w zakresie celów I–III kierowała dr hab. B. Balcerzak-Paradowska, a w zakresie celu IV – prof. dr hab. A. Rajkiewicz.

3. Współpraca z właściwymi ministrami i urzędami centralnymi.

W tym zakresie należy podkreślić 11 najważniejszych podjętych działań:

- Przedyskutowanie wstępnych „Założeń prognozy ludności Polski na lata 1999–2030” opracowanych przez GUS i dokonanie ich oceny. W dniu 20 grudnia 1999 r. Rada podkreśliła i doceniła wysiłek badawczy autorów „Założeń ...” i je zaakceptowała.

- Poddanie pod debatę zorganizowaną wspólnie z KND PAN w dniu 27 października 2003 r. „Założeń prognozy ludności Polski na lata 2003–2030” opracowanej przez GUS. W wyniku opracowania sześciu eksperckich ocen RRL i KND PAN zgłoszono autorom „Założeń ...” stanowisko zawierające uwagi i zalecenia oraz wskazania na kierunki niezbędnych badań, które w przyszłości powinny być prowadzone w celu doskonalenia warsztatu prognostycznego.
- Stanowisko Rządowej Rady Ludnościowej z dnia 13 marca 2008 r. w sprawie Spisu ludności i mieszkań 2011 – popierające działania Prezesa GUS w sprawie założeń programowych i organizacyjnych spisu.
- Stanowisko z dnia 26 maja 2000 r. w sprawie aktualizacji Narodowego Programu Zdrowia (NPZ), w którym Rządowa Rada Ludnościowa wnioskowała, aby NPZ skoncentrował się na takich funkcjach i zadaniach ochrony zdrowia, które w realizowanej reformie wymagają wzmocnienia, zmiany podejścia i dostosowania do warunków ukształtowanych w procesie zmian systemowych. W związku z tym NPZ powinien prowadzić do:
 - zmniejszenia zagrożeń zdrowia, w tym zagrożeń dzieci i młodzieży przez reaktywowanie medycyny szkolnej, zatrudnienie w szkołach lekarzy pediatrów, stomatologów i pielęgniarek (higienistek) oraz objęcie opieką całej populacji do 18 roku życia,
 - stworzenia i wdrożenia programu promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej, w tym szczególnie dzieci i młodzieży, co uzasadnione jest upowszechniającą się agresją, wczesną inicjacją alkoholową, nikotynową, narkotykową i seksualną,
 - zmniejszenia nierówności w stanie zdrowia przez udostępnienie profilaktyki i leczenia tym grupom społecznym, które mają utrudniony dostęp do ochrony zdrowia, w szczególności dzieciom i młodzieży ze środowisk o utrudnionym dostępie do ochrony zdrowia.

Powyższe stanowisko zostało przekazane Ministrowi Zdrowia w dniu 14 lipca 2000 roku w celu wykozystania w pracach nad modyfikacją „Narodowego Programu Zdrowia 1996–2005”:

- Stanowisko Rządowej Rady Ludnościowej dotyczące projektu „Założeń ustawy o świadczeniach rodzinnych” podjęte na posiedzeniu plenarnym RRL w dniu 30 września 2002 roku. RRL generalnie oceniła pozytywnie próbę uporządkowania systemu świadczeń rodzinnych. Podstawa takiego stanowiska wynikała z faktu, że projekt jest próbą uporządkowania istniejących rozwiązań prawnych w zakresie świadczeń rodzinnych, uproszczenia funkcjonowania systemu, oparcia go na jednolitym kryterium dochodowym. Istotnym rozwiązaniem była propozycja poszerzenia świadczeniobiorców o rolników. Zaletą propozycji była też próba integracji świadczeń oraz wyraźne ich zaadresowanie oparte na sformułowaniu zadań oraz realnych środkach ich realizacji. Stwierdzono także, że podstawowe założenia nowego systemu świadczeń rodzinnych są zgodne z kierunkiem rozwiązań w unijnej polityce rodzinnej. Chodzi przede wszystkim o zachowanie odrębności systemu pomocy społecznej od systemu świadczeń rodzinnych i niepowielania się tych świadczeń, co jest szczególnie ważne przy ograniczonych możliwościach budżetu państwa. Jednocześnie Rządowa Rada Ludnościowa zwróciła uwagę na kilka wątpliwości dotyczących projektowanych rozwiązań.
- Stanowisko Rządowej Rady Ludnościowej dotyczące projektu dokumentu programowego pt. „Strategia Polityki Społecznej 2002–2005” podjęte na posiedzeniu plenarnym RRL w dniu 30 września 2002 roku. Rada zauważyła w tym stanowisku, że projekt strategii powstał jakby obok rysujących się bardzo istotnych przeobrażeń demograficznych, które w końcu określają kierunki polityki społecznej. Dotyczy to między innymi malejącej liczby urodzeń, wzrastającej liczby urodzeń pozamałżeńskich, rosnącej liczby ludności pracującej w wieku niemobilnym i rosnącej liczby osób starszych, zwłaszcza w wieku już bardzo zaawansowanym. Stąd stwierdziła, że znacznie więcej uwagi należałoby poświęcić geriatryzacji społeczeństwa ze względu na potrzeby instytucjonalnej i pozainstytucjonalnej formy pomocy, wykształceniu – wzorem krajów zachodnioeuropejskich – odpowiednio dużej liczby pracowników przygotowanych do funkcji asystentów socjalnych wykonujących te zadania jako wolontariusze. Jednocześnie zwróciła uwagę, że dałoby to możliwości pracy w niepełnym wymiarze czasu kobietom poszukującym zatrudnienia.
- W dniu 11.07.2003 r. RRL odbyła debatę nt.: Niepełnosprawni w Polsce – projekt programu niezbędnych działań umożliwiających uczestnictwo niepełnosprawnym w rozwoju społecznym. Dyskusja odbyła się na tle zamierzeń Rządu dotyczących programu działań na rzecz osób niepełno-

sprawnych. Debata koncentrowała się wokół koniecznych kierunków działań w zakresie: ochrony praw osób niepełnosprawnych, orzecznictwa z tej dziedziny, problemów polityki rodzinnej i środowiska lokalnego, dostępu do pracy i ochrony pracy, edukacji i ochrony zdrowia, ubezpieczenia społecznego i komunikacyjnego oraz pomocy społecznej.

- Stanowisko z dnia 22.03.2005 r. w sprawie „Narodowy Plan Rozwoju 2007–2013”, w którym RRL przedstawiła szereg krytycznych uwag do wielu obszarów tego planu. Przede wszystkim wskazała na jego „odhumanizowanie” i uwzględnienie w bardzo ograniczonym stopniu wyzwań rozwojowych związanych z kształtowaniem się przyszłych procesów demograficznych.
- W dniu 19 kwietnia 2007 r. RRL odbyła debatę i przyjęła „Stanowisko w sprawie Rządowego Projektu Programu Polityki Rodzinnej”, w którym z uznaniem przyjęła próbę sformułowania całościowego programu polityki rodzinnej przez Rząd RP. RRL podkreśliła w „Stanowisku”, że realizacja zadań państwa w zakresie polityki rodzinnej może stanowić istotne wsparcie dla pronatalistycznej polityki ludnościowej, co w obecnej sytuacji demograficznej nadaje temu programowi szczególne znaczenie. Zwróciła przy tym uwagę, iż w „Programie” należy podkreślić promocję wartości rodzinnych i wartości życia rodzinnego wśród młodego pokolenia w tworzeniu przyjaznego klimatu dla rodzin z dziećmi, a w działaniach tych znaczącą rolę mogą wypełniać władze samorządowe, media i pracodawcy. RRL poparła kierunki niektórych praktycznych rozwiązań zaproponowane w „Programie”, stwierdzając, że może on stanowić ważny punkt odniesienia do wypracowania rozwiązań prawnych, finansowych, organizacyjnych oraz edukacyjnych. Rada podkreśliła także, iż w procesie przygotowania programu do wdrożenia ważne 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 roku. RRL opowiedziała się za wdrożeniem „Programu” oraz za kontynuacją prac nad kompleksowym programem polityki ludnościowej wspartej rozwiązaniami ustawowymi.
- Stanowisko Rządowej Rady Ludnościowej w sprawie „Starzenie się ludności Polski a zabezpieczenie społeczne” przyjęte w wyniku konferencji na posiedzeniu plenarnym w dniu 23 kwietnia 2008 roku. Rada zwróciła w nim uwagę, że w ostatnich latach szybkiemu rozwojowi ulega proces starzenia się ludności kraju, w tym także zasobów pracy. Podkreśliła przy tym, 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, co w konsekwencji zagraża rozwojowi demograficznemu i wymaga reakcji podmiotów odpowiedzialnych za politykę ludnościową i wszystkich dziedzin polityki społecznej. Polityka ludnościowa i społeczna państwa powinny być oparte na zasadzie solidarności międzypokoleniowej, co powinno sprzyjać osiągnięciu wyższej spójności społecznej, która w świetle strategii ludnościowej jest głównym celem polityki społecznej UE.

Rada uznała, że w tej sytuacji konieczne jest opracowanie programu przygotowującego gospodarke i społeczeństwo do funkcjonowania w starzejącym się społeczeństwie, co stwarza konieczność podjęcia następujących działań i ich realizacji:

- 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 ubezpieczenia społecznego (ochrona zdrowia, ubezpieczenia społeczne, rehabilitacja społeczno-zawodowa osób niepełnosprawnych oraz pomoc społeczna).
- Tworzenie warunków w celu zwiększenia aktywności zawodowej osób w wieku okołoemerytalnym, 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

Rada podkreśliła przy tym, że „Stanowisko” powinno być ważnym punktem odniesienia do wypracowania rozwiązań prawnych, finansowych, organizacyjnych oraz edukacyjnych w wymienionych obszarach działań.

• Stanowisko Rządowej Rady Ludnościowej w sprawie „Bezpieczeństwo zdrowotne ludności Polski” podjęte w dniu 20.11.2008 r. w wyniku specjalnie zorganizowanej konferencji naukowej połączonej z plenarnym posiedzeniem Rady. Rada podkreśliła w „Stanowisku”, że zdrowie jest podstawową wartością w życiu ludzi, a prawo do zdrowia należy do katalogu podstawowych praw człowieka. Realizacja tego prawa w stopniu gwarantującym bezpieczeństwo zdrowotne obywateli musi być wspierana skuteczną polityką państwa. Jest to dla Polski tym bardziej istotne, że bezpieczeństwo zdrowotne stało się strategicznym priorytetem UE, co wynika z nasilania się wielu czynników determinujących zdrowie.

Rada wskazała przy tym na wystąpienie w początku XXI w. w Polsce pewnych niepokojących trendów zdrowotnych. Trendy te w opinii Rady przyczyniają się do zmniejszenia poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. W kontekście tych wyzwań Rada podkreśliła, że wydatki na ochronę zdrowia w Polsce zarówno w przeliczeniu na jednego mieszkańca jak i jako procent PKB należą do jednych z najniższych w krajach Unii Europejskiej. Udział wydatków na hospitalizację w wydatkach na ochronę zdrowia jest niższy niż w większości krajów UE, niemniej jednak poziom współpłacenia pacjentów jest również niski, natomiast udział wydatków na leki w wydatkach na ochronę zdrowia jest wysoki, przy jednocześnie niskim udziale środków publicznych. Z tej przyczyny najważniejszą sprawą do rozwiązania większości lub wszystkich problemów związanych z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia i zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów jest, w opinii Rady, zapewnienie odpowiedniego finansowania systemu opieki zdrowotnej, przy czym istotna część funkcji systemu opieki zdrowotnej pozostaje i musi pozostać dobrem publicznym, za które odpowiedzialność musi ponosić państwo.

Rada uznała, że w celu rozwiązania wielu zagrożeń bezpieczeństwa zdrowotnego ludności, na które wskazała, konieczne jest podjęcie i realizacja następujących działań w sferze zdrowotnej polityki państwa, które przyczynią się do poprawy kondycji zdrowotnej populacji i zmniejszenia chorobowości i umieralności z przyczyn poddających się zapobieganiu:

- zapoczątkowanie budowania systemu międzysektorowej współpracy na rzecz stwarzania warunków dla upowszechnienia zdrowego stylu życia,
- zwiększenie skuteczności realizowanych programów polityki zdrowotnej państwa w zakresie kardiologii i onkologii,
- nadanie Narodowemu Programowi Zwalczania Nadwagi i Otyłości oraz Przewlekłych Chorób Niezakaźnych poprzez poprawę żywienia i aktywności fizycznej (POL-HEALTH) 2007–2011 rangi programu rządowego z zapewnieniem finansowania jego realizacji,
- zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i ich zwalczania,
- zbudowanie systemu kompleksowej międzysektorowej opieki gerontologicznej,
- poprawa opieki zdrowotnej nad osobami niepełnosprawnymi,
- zapobieganie zewnętrznym przyczynom zgonów musi być stałym priorytetem zdrowia publicznego,
- potrzeba pilnego wdrożenia Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego,
- poprawa opieki nad osobami cierpiącymi na choroby przewlekłe, w tym jakości życia osób chorujących na tzw. choroby rzadkie, poprawa systemu zwalczania bólu i ustalenie standardów opieki paliatywno-hospicyjnej dla dorosłych i odrębnie dla dzieci,
- konieczne jest reaktywowanie przez Ministerstwo Zdrowia medycyny szkolnej we wszystkich jej funkcjach,
- konieczne jest nadanie rzeczywistego priorytetu w polityce państwa opiece zdrowotnej nad matką i dzieckiem.

Rada podkreśliła, że podjęcie powyższych działań dotyczących nie tylko systemu ochrony zdrowia, ale zdrowia narodu jest niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego ludności w naszym kraju. Działania te powinny być podejmowane przy współdziałaniu wszystkich zainteresowanych, w tym m.in. przedstawicieli nauki, organizacji pozarządowych, przedstawicieli pracodawców i środków masowego przekazu.

4. Współpraca z komisjami ludnościowymi i organizacjami międzynarodowymi

- Przygotowanie założeń dotyczących wdrażania zaleceń programów działań międzynarodowych konferencji ludnościowych ONZ i Rady Europy.
- Współdziałanie w zakresie realizacji programów ludnościowych prowadzonych w Polsce przy wsparciu finansowym Funduszu Ludności NZ i innych organizacji międzynarodowych.
- Przygotowanie udziału delegatów Polski w międzynarodowych konferencjach i kongresach ludnościowych:

a) Komisja NZ ds. Ludności i Rozwoju, w której sesjach corocznie uczestniczy delegacja RRL

- W trakcie zmian w funkcjonowaniu RRL zmieniono także formułę uczestnictwa Polski w Komisji
 - z Ambasadora Stałego przedstawiciela RP przy ONZ i eksperta na minimum Podsekretarza Stanu i ekspertów,
 - przedkładanie raportu krajowego z zakresu będącego przedmiotem obrad Komisji;
- dzięki staraniom RRL i MSZ (biała dyplomacja) Polska została wybrana do składu Komisji na lata 2001–2004. Oceniono, że fakt ten świadczy o wysokiej ocenie dorobku Polski w dziedzinie demograficznej oraz owocnej aktywności na arenie międzynarodowej. Pomnożenia tego dorobku wymagało kompletnego zaplecza dla przedstawiciela Polski w tej Komisji, którym była RRL.

b) XXI nadzwyczajne Zgromadzenie Ogólne NZ

Odbyło się w dniach 30 czerwca–2 lipca 1999 r. w Nowym Jorku i było poświęcone „Całościowemu przeglądowi i ocenie wdrażania Programu Działania Międzynarodowej Konferencji nt. Ludności i Rozwoju”. Zgodnie z rezolucją Zgromadzenia Ogólnego zwołującą tę sesję, celem jej było również zwrócenie uwagi społeczności międzynarodowej na najważniejsze wyzwania i zagrożenia procesów ludnościowych w kontekście zapewnienia trwałego i zrównoważonego rozwoju (*sustainable development*), które wymagają mobilizacji środków do osiągnięcia celów założonych w Programie Działania.

W obradach Sesji Nadzwyczajnej uczestniczyła delegacja polska pod przewodnictwem min. J. Kropiwnickiego (Prezesa Rządowego Centrum Studiów Strategicznych), z udziałem: min. Zbigniewa Strzeleckiego (RCSS), Prof. J.Z. Holzera (PAN), ks. prof. J. Balickiego (ATK), posłanki M. Smereczyńskiej (Komisja Sejmowa ds. Rodziny) i przedstawicieli Misji RP przy ONZ w Nowym Jorku (Min. Pełnomocnego Z. Matuszewskiego i II Sekretarza Misji – pana D. Karnowskiego). Obrady XXI Sesji Nadzwyczajnej poprzedzone były trwającymi od 24 do 29 czerwca 1999 r. nieformalnymi konsultacjami Komitetu Przygotowawczego, w czasie których negocjowane były niezgodnione dotychczas zapisy Raportu Sekretarza Generalnego Narodów Zjednoczonych przygotowanego na tę Sesję pt. „Kierunki kluczowych działań w zakresie dalszego wdrażania zaleceń Programu Działania Międzynarodowej Konferencji nt. Ludności i Rozwoju”: Jednakże brak konsensu zmusił uczestników Komitetu Przygotowawczego do kontynuowania negocjacji także podczas obrad Sesji Nadzwyczajnej w ramach tzw. Ad hoc Committee of the Whole. Podczas obrad Komitetu Ad hoc ujawniły się różnego rodzaju rozbieżności stanowisk między państwami rozwiniętymi i częścią państw rozwijających się w stosunku do niektórych zapisów dokumentu końcowego, a ponadto kraje rozwijające się postulowały wprowadzenie zapisów skłaniających rządy krajów rozwiniętych gospodarczo do zwiększenia udziału finansowego w działaniach na rzecz realizacji postanowień Programu Działania. W toku negocjacji dał się zauważyć również konflikt interesów wewnątrz grupy krajów G 77. Sytuacja taka doprowadziła do paraliżu negocjacji nad wypracowaniem wspólnego stanowiska krajów grupy G-77 dotyczącego poszczególnych zapisów omawianego dokumentu, a w konsekwencji do opóźnienia prac Komitetu Ad hoc. Dopiero w ostatnim dniu obrad Sesji Nadzwyczajnej Komitet Ad hoc zaprezentował na sesji plenarnej uzgodniony ostatecznie tekst dokumentu końcowego pt. „Kierunki kluczowych działań”, który został przyjęty przez consens, mimo licznych zastrzeżeń zgłoszonych przez rządy niektórych krajów do różnych sformułowań zawartych w tym dokumencie. W dokumencie końcowym pt. „Kierunki kluczowych działań” znajduje się zapis zgłoszony przez delegację polską podczas Forum w Hadze dotyczący „popierania i promowania centralnej roli rodziny i rodziców w wychowywaniu dzieci i młodzieży”.

Przewodniczący polskiej delegacji wygłosił przemówienie 30 czerwca podczas pierwszego posiedzenia sesji, jako szósty mówca. Podkreślił, że:

1. Polska podjęła szereg reform społecznych na miarę wyzwań XXI stulecia.
2. Przedmiotem szczególnej troski są dla Polski warunki rozwoju rodziny, bezpieczeństwo zatrudnienia, warunki zdrowia ludności oraz trwałość więzów międzypokoleniowych w warunkach starzejącego się społeczeństwa.

3. W zakresie ochrony zdrowia szczególną rolę spełnia przyjęty Narodowy Program Ochrony Zdrowia. Pomoc zagraniczna odgrywa ważną rolę w jego realizacji oraz w realizacji innych programów mających zapewnić poprawę zdrowotności.
4. W przyjętym przez Rząd RP w roku 1998 „Raportie o sytuacji polskich rodzin” stwierdza się jednoznacznie, że jedynie rodzina może zapewnić optymalne warunki następstwa pokoleń oraz ich biologicznego, psychicznego i społecznego rozwoju. Wzmacnianie podstaw funkcjonowania rodziny jest obowiązkiem państwa. Obejmuje to troskę o warunki materialne, ochronę macierzyństwa i zdrowia dzieci, wychowanie młodzieży w szacunku dla prawa do życia i norm życia społecznego.
5. Kobietom należy zapewnić rzeczywisty wybór kariery życiowej – także warunków godzenia kariery zawodowej z życiem rodzinnym i macierzyństwem.
6. Ludziom starszym należy zapewnić godne miejsce w życiu społecznym i rodzinnym. System ubezpieczeń emerytalnych oraz kulturowanie więzów rodzinnych wzmacniających szacunek dla ludzi starszych i umożliwiających korzystanie z ich doświadczenia.
7. Warunkiem rozwoju człowieka i postępu cywilizacyjnego jest edukacja przygotowująca do życia i pracy w społeczeństwie. Polska ma tu zapóźnienia.
8. Polska staje się krajem atrakcyjnym dla imigracji. Kształtujemy naszą politykę w tym obszarze zgodnie z prawem międzynarodowym. Przyjęliśmy uchodźców z Kosowa (na miarę naszych możliwości), zapewniamy azyl uchodźcom politycznym.
9. Polska deklaruje wolę aktywnej współpracy w ocenie i realizacji „Programu kairskiego” i będzie współpracować z ONZ na rzecz światowego pokoju i dobrobytu.

c) Współpraca z UNDP

Współpraca ta w 2001 r. skupiała się na przygotowaniach do I Kongresu Demograficznego w Polsce. Pan Marc Destane de Bernis, Stały Koordynator Systemu ONZ w Polsce, został członkiem Komitetu Kongresu. RRL wraz z Funduszem Ludnościowym ONZ (UNFPA) była sygnatariuszem umowy (podpisanej w dniu 24.02.2000r.), w ramach której realizowany był program szkoleniowy dla pielęgniarek pracujących z dziećmi i młodzieżą. W 2001 roku szkolenie ukończyło 473 pielęgniarki, uzyskując certyfikat w dziedzinie pełnej edukacji seksualnej, która obejmuje pełną informację na temat zdrowia prokreacyjnego, chorób przenoszonych drogą płciową oraz prewencji HIV/AIDS. Program zawierał dodatkowy komponent, jak rozpoznać dziecko i jak pomóc dziecku, gdy doznaje przemocy w rodzinie. Program szkolenia pielęgniarek został zakończony w 2002 roku. Spotkał się z bardzo wysoką oceną zarówno środowiska pielęgniarskiego jak i sygnatariusza umowy Rządowej Rady Ludnościowej.

Problematyka ochrony zdrowia dzieci i młodzieży szkolnej była przedmiotem zainteresowania zarówno Rządowej Rady Ludnościowej, jak i I Kongresu Demograficznego w Polsce. Zagadnieniom tym poświęcona była jedna z konferencji tematycznych I Kongresu pt. „Medycyna Szkolna – główne problemy i kierunki rozwiązań systemowych”. RRL mając na uwadze zapewnienie harmonijnego rozwoju i poprawę stanu zdrowia populacji szkolnej poświęciła w stosownym okresie wiele uwagi problematyce odtworzenia i dostosowania do aktualnych warunków społeczno-ekonomicznych systemu medycyny szkolnej.

W grudniu 2002 roku odbyła się konferencja ewaluacyjna projektu pod patronatem Funduszu Ludnościowego ONZ (UNFPA), w której udział wziął Przewodniczący RRL. W 2003 r. przedłużono umowę na Polskę Wschodnią i powtórzono program UNFPA realizowany w Polsce w latach 2000–2002 pod tytułem „Szkolenie dla pielęgniarek szkolnych i pediatrycznych na temat zdrowia prokreacyjnego, chorób przenoszonych drogą płciową i profilaktyki HIV/AIDS”.

d) Udział w pracach Europejskiego Komitetu Ludnościowego

Przedstawiciele Rządowej Rady Ludnościowej reprezentowali Polskę w Europejskim Komitecie Ludnościowym i Europejskiej Sieci Ludnościowej Rady Europy w Strasburgu. Zgodnie z przyjętymi przez Radę Europy regulami przedstawiciel Polski (Rządowej Rady Ludnościowej) brał udział w pracach Europejskiego Komitetu Ludnościowego w latach 2002–2003 na prawach stałego członka, w tym w posiedzeniach w Strasburgu w dniach: 3–5 czerwca 2002 r. i w dniach 27–29 listopada 2002 roku. Jednakże na Trzecim Szczycie Rady Europy w Warszawie postanowiono zawiesić działalność Komitetu z końcem 2005 r., a dalsza działalność miała być prowadzona w ramach Komitetu The European Committee of Social Cohesion reprezentowanym przez grupę ekspertów.

e) Udział w Europejskich konferencjach ludnościowych, z których wybrane materiały zostały opublikowane w dwóch Biuletynach RRL Nr 50 i 51.

5. Inne zadania

W tym obszarze, co nie oznacza, że mniej ważnym od innych, które podkreśliłem dotychczas, należy w skrócie wymienić następujące:

- Udział przedstawicieli RRL w wielu konferencjach krajowych i zagranicznych.
- Wznowienie od 1999 r. (po przerwie) wydawania „Biuletynu” RRL w nowej szacie graficznej i redakcyjnej. Dotychczas wydano 53 numery „Biuletynu”. W nowej szacie graficznej i redakcyjnej Rada zaczęła publikować także coroczne raporty o sytuacji demograficznej kraju.

6. Na zakończenie tej wybranej listy działań podejmowanych przez Rządową Radę Ludnościową w latach 1999–2009 należy też zauważyć **niepowodzenia**. Było ich, w moim przekonaniu, stosunkowo niewiele.

Odnajdują następujące:

- Opiniowanie projektów aktów normatywnych w zakresie skutków demograficznych dla Polski. Praktycznie w wyniku braku kierowania do Rady takich projektów zadanie to nie było realizowane, pomimo jasnego zapisu takiego obowiązku w stosunku do resortów w Zarządzeniu Prezesa Rady Ministrów o powołaniu Rady i jej Statucie. Udało się przedstawić tylko jedną taką opinię w 2002 r. w stosunku do Założeń ustawy o świadczeniach rodzinnych. Jednakże zgłoszenie takiej opinii odbyło się z własnej inicjatywy Rady.
- Niepowodzenie projektu w ramach Generation and Gender Programme. Zainicjowane przez Radę w 2002 r. prace, podjęta na szeroką skalę współpraca (w tym międzynarodowa), powołany Zespół w dniu 19 września 2003 r. do spraw Generations and Gender Programme (GGP), przygotowane narządza, akceptacja RM oraz zaawansowane przygotowania w GUS zostały zniweczone przez niezrozumiałe dla mnie działania Sekretarza Generalnego RRL dr hab. prof. SGH E. Frątczak. W tej sprawie zostały skierowane nawet do NIK bezpodstawne doniesienia na GUS.
- Rada dwukrotnie wystąpiła o nagrodę Ludnościową ONZ dla profesorów: Kazimierza Secomskiego i Jerzego Z. Holzera. Niestety nagrody tej nie otrzymali.

Szanowni Państwo

Kończąc chciałbym podkreślić, że bieżące kierowanie i funkcjonowanie Rządowej Komisji/Rady Ludnościowej było przez całe 35 lat oparte przede wszystkim na pracy społecznej. Wszystkim dotychczasowym członkom Rady za tę pracę na rzecz Polski pragnę gorąco podziękować. Szczególnie jestem wdzięczny wszystkim osobom, z którymi przyszło mi prowadzić Radę przez ostatnie 10 lat. Bieżące funkcjonowanie, wcześniej Komisji a obecnie Rady, zapewniali Sekretarze: dr Kazimierz Dzieńko, prof. Andrzej Ochocki, prof. Ewa Frątczak i dr Alina Potrykowska. Za prace na tym stanowisku, a przede wszystkim za kierowanie bieżącymi pracami merytorycznymi Komisji i Rady, serdecznie Państwu dziękuję. Podobnie pragnę podziękować osobom działającym w Sekretariacie Komisji: dr Halinie Wasilewskiej Trenkner, mgr Krystynie Drzewienieckiej, mgr Eugeniuszowi Kowalczykowi oraz działającej od dziesięciu lat w Sekretariacie RRL mgr Ewie Orzełek, głównemu specjalście w Gabinetie Prezesa GUS. To dzięki Państwu mogliśmy doczekać w „takiej formie” do dzisiejszego Jubileuszu. Podziękowania chciałbym także skierować do wszystkich redaktorów naszych wydawnictw, wydawców i tłumaczy oraz do kierownictwa GUS za siedzibę, obsługę i wsparcie oraz dobrą współpracę merytoryczną i fachową, a także kierownictwa nieistniejących już instytucji, które udzieliły wówczas siedziby Komisji i Radzie.

Szanowni Państwo, myślę, że wyrażę także i Państwa opinię jeśli na zakończenie stwierdzę, iż bilans działania Rządowej Komisji/Rady Ludnościowej w okresie 35 lat jest pozytywny.

POCZĄTKI DZIAŁANIA RZĄDOWEJ KOMISJI LUDNOŚCIOWEJ

Rządowa Komisja Ludnościowa istniała już formalnie trzy miesiące, gdy zaproponowano mi objęcie posady w Sekretariacie RKL (taki skrót stał się bez mała znakiem firmowym). Oferta była ciekawa, bo merytorycznie zgodna z moimi zainteresowaniami i lepiej opłacana niż etat adiunkta na uczelni. Dodatkowo chroniczne osłabienie gardła przemawiało za zmianą pracy z dydaktycznej na urzędniczą. I tak, z dniem 1 sierpnia 1974 r. stałam się drugim etatowym pracownikiem Sekretariatu Rządowej Komisji Ludnościowej. Pierwszym był Eugeniusz Kowalczyk.

Nasze pierwsze zadanie było jasno sformułowane. Mamy przygotować dokumentację dla delegacji polskiej na I Światowy Kongres Ludnościowy. Kongres rozpoczyna się 18 sierpnia tego samego roku w Bukareszcie. Potem pokazano nam dokumentację. To był kwestionariusz opracowany w Komisji Ludnościowej ONZ zawierający około stu pytań dotyczących liczby i struktury ludności Polski, stosowanych w kraju rozwiązań dotyczących polityki ludnościowej, a więc planowania rodziny, opieki nad dziećmi, opieki zdrowotnej i świadczeń społecznych.

Drugim dokumentem był równie obszerny projekt obrad oraz spodziewanych, sugerowanych wyników obrad. Ten ostatni dokument został nazwany „Światowym Planem Działania na rzecz Ludności”. Światowy Plan miał być przedyskutowany i przyjęty w wyniku obrad Kongresu. Dokumenty zostały przesłane do Polski w języku angielskim. W tym samym języku należało przygotować ostateczną wersję kwestionariusza oraz projekty ewentualnych wystąpień członków polskiej delegacji.

Równolegle trzeba było zorganizować przejazdy i miejsca w hotelach dla wszystkich polskich delegatów, zapewnić wszystkim rumuńską walutę na czas pobytu. Sprawa nie była prosta. Delegacja składała się z dwóch grup – oficjalnej, rządowej oraz towarzyszącego grona ekspertów. W sumie miało wyjechać kilkanaście osób, przy czym szef delegacji powinien być w Bukareszcie już 13. sierpnia, gdyż powinien wziąć udział w posiedzeniach Komitetu Organizacyjnego Kongresu.

I tu po raz pierwszy sprawdzili się organizacyjnie tryb powołania Rządowej Komisji Ludnościowej. W jej skład wchodził przedstawiciel świata nauki, głównie członkowie Komitetu Nauk Demograficznych PAN, oraz przedstawiciele ministerstw i urzędów centralnych. Niektórzy członkowie RKL łączyli personalnie prace w administracji z działalnością naukową. To pracownicy nauki przygotowywali merytoryczne odpowiedzi na pytania kwestionariusza ONZ i szkicowali projekty wystąpień członków polskiej delegacji na różnych sesjach Kongresu, przede wszystkim w najważniejszej sekcji – Grupie Roboczej do spraw Planu Działania. Zadaniem Sekretariatu było zebranie tych opracowań, nadanie im jednolitego kształtu redakcyjnego oraz – po uzyskaniu aprobaty Rządowej Komisji Ludnościowej – opracowanie wersji obcojęzycznych. Sekretariat został także zobowiązany do przygotowania wystąpienia Przewodniczącego polskiej delegacji w czasie sesji plenarnej Kongresu.

Zadaniem Sekretariatu było też skoordynowanie działań zapewniających bilety wszystkim członkom delegacji. Odlot do Bukaresztu był z Warszawy, tu też wracała delegacja, ale kilka osób podróżowało z różnych polskich miast i tam też miało powrócić. Trzeba było zadbać o aktualne paszporty (tu pomocne okazały się związki administracyjne z MSZ oraz z MSW) i wreszcie wynająć hotele po cenach, które przeknęłyby służby księgowo KP. Nie kryję, że w tym przypadku umiejscowienie Sekretariatu w Komisji Planowania przy Radzie Ministrów i fakt, że Przewodniczącym Rządowej Komisji Ludnościowej był Profesor Kazimierz Secomski, było zbawienne. W tym czasie K. Secomski był Przewodniczącym Komisji Planowania przy RM i jego słowo (a może jedynie telefon z jego sekretariatu) ułatwiał dyskusje ze służbami księgowymi.

To, co napisałam wyżej, nie było niczym szczególnym. Tak zazwyczaj przygotowuje się delegacje do udziału w ważnych kongresach światowych czy regionalnych. Ale my mieliśmy zaledwie dwa tygodnie na załatwienie spraw, które zwykle zajmują organizatorom wiele tygodni.

Nadszedł czas wyjazdu. Wszystko gotowe. Każdy zna swoją marszrutę dotarcia do Bukaresztu, wie, w jakim hotelu będzie zakwaterowany. Profesor Józef Pajestka, wiceprzewodniczący RKL, mianowany szefem delegacji, zadowolony z tekstu przygotowanego przemówienia. A ten tekst pięknie przepisany na maszynie, wypieszczone, powielony. Jedziemy z nadzieją, że teraz Sekretariat będzie miał nieco spokoju.

Na lotnisku delegację rządową wita ambasador. Samochodami z ambasady jedziemy do hotelu. Potem pan ambasador zaprasza na spotkanie. W czasie rozmowy Prof. J. Pajestka pyta, czy biuro ambasady

mogłoby wypożyczyć maszynę do pisania na czas Kongresu. Maszyna może być potrzebna dla Sekretariatu. Jeszcze nie czujemy grozy sytuacji.

Warto wspomnieć, że obrady Kongresu były rozplanowane na 2 tygodnie. Cały czas toczyły się obrady sesji plenarnej, na której występowali przewodniczący delegacji z poszczególnych krajów. Równoległe pracowały komisje merytoryczne i wspomniana już Grupa Robocza. Sprawozdania tych komisji oraz Grupy Roboczej miały być przedstawione pod koniec sesji plenarnej. Profesor J. Pajestka miał wystąpić na sesji plenarnej na początku drugiego tygodnia obrad. Jego ambicją było, aby w przemówieniu nawiązywać do aktualnego etapu prac komisji, do problemów, jakie przedstawiali mówcy poprzedzający polskie wystąpienie na sesji plenarnej. Konsekwencją było uaktualnianie tekstu wystąpienia naszego przewodniczącego. Robiliśmy to praktycznie co drugi dzień, do tego służyła wypożyczona z ambasady maszyna do pisania. Naszym zadaniem było też gromadzenie wniosków, jakie formułowali poszczególni członkowie delegacji podczas obrad w komisjach i w Grupie Roboczej. Tak upływały nam głównie wieczory i noce. W ciągu dnia wspomagaliliśmy członków delegacji, organizując spotkania z wybranymi osobami lub delegacjami z innych krajów, wysyłając pocztą rozmaite gromadzone dokumenty i pilnując pieniędzy. To brzmi dziwnie, ale musieliśmy pobrać z banku rumuńskiego jednorazowo wszystkie pieniądze na diety, hotele i wydatki reprezentacyjne. To była prawie walizka lei. Wszyscy nas przestrzegali, że trzeba uważać, bo w Bukareszcie roi się od kieszonkowców. Szczęśliwie nikt nie połakościł się na naszą ceną, pieczołowicie pilnowaną teczkę. W miarę upływu czasu było nam obojgu, Gienkowi Kowalczykowi i mnie, coraz lżej – dosłownie i w przenośni.

Nadszedł wreszcie dzień wystąpienia Profesora J. Pajestki na sesji plenarnej. Mieliśmy śledzić, czy tłumacze będą je dobrze tłumaczyć i oczywiście mieliśmy całą prawie delegacją „robić publiczność”. Warto dodać, że to ostatnie nie było konieczne. Wielu uczestników Kongresu zamierzało wysłuchać wystąpienia naszego Przewodniczącego. Był on osobą znaną wśród dyplomatów i przedstawicieli gospodarki i nauki.

Zazwyczaj obradom plenarnym przewodniczyli mężczyźni i dlatego tekst wystąpienia sztamkowo rozpoczynał się od słów „Mister President”. Ten zwrot był jeszcze dwa razy powtórzony w tekście, a w innych miejscach pojawiała się „Mister Chairman”. Jednak w tym dniu na sesji plenarnej czekała wszystkich niespodzianka.

Obradom przewodniczyła irańska księżniczka, siostra szacha. Piękna brunetka, spowita w błękitne jedwabie i długie sięgające za łokcie białe rękawiczki. We włosach diamentowy diadem, w uszach odpowiednie kolczyki. Sala zaszemrała z zachwytem, a my zamarliśmy ze strachu, co powie profesor zmierzający już w stronę podium. Nie stracił rezonu i wszyscy usłyszeli, we wszystkich językach ONZ, nowy i w tamtych czasach zaskakujący zwrot „Madame President” i potem „Madame Chairman”. Sala westchnęła, księżniczka posłała w kierunku mównicy uroczy uśmiech i powłóczyście spojrzenie, a członkowie zaprzyjaźnionych delegacji twierdzili, że my Polacy zawsze jesteśmy szarmanccy. To tylko jedna z wielu anegdot, jakie można byłoby opowiedzieć na temat tego I Światowego Kongresu Ludności ONZ.

Wróćmy jednak do prac RKL. W środowisku demografów, a pewnie i w administracji rządowej przeważał pogląd, że Rządowa Komisja Ludnościowa to przelotna struktura, powołana jedynie po to, aby przygotować polską delegację na Kongres w Bukareszcie. Okazało się jednak, że materiały pokongresowe wymagają opracowania i rozpowszechnienia. Zaczął ukazywać się „Biuletyn” Rządowej Komisji Ludnościowej. Potem, pod koniec roku przygotowano pierwszy raport o sytuacji demograficznej Polski. Ten pierwszy raport był jedynie opisem danych demograficznych zbieranych przez Główny Urząd Statystyczny. Okazało się, że wzbudził zainteresowanie wśród pracowników administracji. Pytano, czy będą dalsze.

Coraz szerzej płynęły opracowania na tematy ludnościowe z ONZ oraz z różnych seminariów zagranicznych i krajowych. Ukazywały się dalsze numery „Biuletynu”. Istnienie Rządowej Komisji Ludnościowej zaczęto traktować jako stały element struktury polskiej administracji.

Nikt jednak w tych pierwszych latach nie przypuszczał, że Komisja doczeka się tak imponującego jubileuszu. Trzydzieści pięć lat to wspaniały wiek, dla instytucji rzadki, zwłaszcza gdy uwzględnić, że nastąpiła zmiana systemu ekonomicznego i politycznego. Można w tej sytuacji uznać, że demografia to dyscyplina wiedzy obdarzona siłą pozyskiwania zainteresowania tych, którzy się z nią spotykają.

Należy dodać, że swoje długie instytucjonalne życie zawdzięcza obecna Rządowa Rada Ludnościowa ludziom zawsze zaangażowanym w jej prace i przekonanym o sensie jej istnienia. Można tylko życzyć Jubilatce, aby kreatywnie wykorzystywała zgromadzone doświadczenia i owocnie dalej szerzyła zrozumienie wagi procesów ludnościowych wśród przedstawicieli polskiej administracji zarówno na szczeblu centralnym, jak i samorządowym.

WYSTĄPIENIE W SESJI PANELOWEJ NA KONFERENCJI JUBILEUSZOWEJ POŚWIĘCONEJ 35-LECIU DZIAŁALNOŚCI RZĄDOWEJ RADY LUDNOŚCIOWEJ

Jakie były bezpośrednie przyczyny powołania Rządowej Komisji Ludnościowej¹. Rok 1974 został ogłoszony przez Organizację Narodów Zjednoczonych (ONZ) Światowym Rokiem Ludnościowym. ONZ zalecała przy tej okazji krajom członkowskim powołanie rządowych komitetów ludnościowych. Podjęła również decyzję o zwołaniu w sierpniu 1974 r. Światowej Konferencji Ludnościowej w Bukareszcie, na którą zostali zaproszeni przedstawiciele rządów krajów członkowskich oraz międzynarodowe organizacje systemu Narodów Zjednoczonych. Przed Światową Konferencją Ludnościową zwoływane były regionalne konferencje ludnościowe, które wypracowywały swoje stanowiska na konferencję światową. W tej sytuacji powstały sprzyjające warunki do powołania rządowego organizmu ludnościowego. Prezes Rady Ministrów (wówczas funkcję Premiera sprawował Piotr Jaroszewicz) Zarządzeniem Nr 44 powołał z dniem 3 maja 1974 r. „Komisję Rządową do spraw koordynacji działań międzyresortowych w zakresie polityki ludnościowej”, w skrócie zwaną „Rządową Komisją Ludnościową”. Na pierwszego Przewodniczącego Rządowej Komisji Ludnościowej został powołany Profesor Kazimierz Secomski, wówczas Pierwszy Zastępca Przewodniczącego Komisji Planowania przy Radzie Ministrów. Zastępcami byli: Profesor Józef Pajestka – ówczesny Zastępca Przewodniczącego Komisji Planowania przy RM oraz dr Janusz Obodowski – ówczesny Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Pracy, Płac i Spraw Socjalnych. Umieszczenie Rządowej Komisji Ludnościowej w Komisji Planowania przy Radzie Ministrów było korzystne z punktu widzenia możliwości uwzględniania problemów ludnościowych w planowaniu społeczno-gospodarczym. Pierwsza Rządowa Komisja Ludnościowa liczyła 17 członków, składała się z przedstawicieli resortów oraz z profesorów reprezentujących nauki demograficzne, medyczne, prawnicze i społeczno-ekonomiczne.

Zadaniem Rządowej Komisji Ludnościowej było prowadzenie skoordynowanych działań międzyresortowych w zakresie polityki ludnościowej, jak i udział Polski w organizacjach międzynarodowych, a także przygotowanie udziału Polski w Światowej Konferencji Ludnościowej w Bukareszcie w sierpniu 1974 r., czyli zaproponowanie składu delegacji rządowej na Światową Konferencję Ludnościową, przygotowanie referatu i programu udziału przedstawicieli Polski w jej obradach.

Przed Światową Konferencją Ludnościową w Bukareszcie odbyło się w Genewie w dniach 29–31 maja 1974 r. regionalne spotkanie konsultacyjne krajów członkowskich Europejskiej Komisji Gospodarczej ONZ poświęcone przygotowaniom do Światowej Konferencji Ludnościowej. Przedmiotem konsultacji była kolejna (trzecia) redakcja dokumentu przygotowana przez Sekretariat ONZ na Światową Konferencję Ludnościową pt. „Światowy Plan Akcji”. Dokument ten został oparty na rekomendacjach problemowych seminariów przygotowawczych przed Światową Konferencją Ludnościową, a mianowicie:

- a) Ludność a rozwój społeczno-gospodarczy (Kair);
- b) Ludność a zasoby naturalne (Sztokholm);
- c) Polityka ludnościowa a prawa obywatelskie (Amsterdam);
- d) regionalne konsultacje przeprowadzone uprzednio dla krajów: Afryki, Azji, Ameryki Łacińskiej i Europy (EKG).

Na konferencji genewskiej w trakcie jej obrad przedłożono projekt trzeciej wersji dokumentu „Światowy Plan Akcji”. Podjęto wówczas decyzję zwołania po Światowej Konferencji Ludnościowej dodatkowych spotkań regionalnych poświęconych przyjęciu „regionalnych programów działania” opartych na ogólnych przesłankach „Światowego Planu Akcji”.

Przed Światową Konferencją Ludnościową w Bukareszcie w dniach 10–12 lipca 1974 r. odbyło się w Brukseli spotkanie przewodniczących narodowych komisji ludnościowych krajów europejskich. Polskę w tym gronie reprezentował Zastępca Przewodniczącego Rządowej Komisji Ludnościowej profesor Józef Pajestka. Również przed konferencją w Bukareszcie odbyło się spotkanie przedstawicieli rządowych

¹ Od 1999 r. zmieniono nazwę Komisji Ludnościowej na Rządową Radę Ludnościową.

europejskich krajów socjalistycznych w Sofii, na którym wypracowano stanowisko do projektu „Światowego Planu Akcji”.

W Światowej Konferencji Ludnościowej w Bukareszcie delegacja Polski liczyła 13 osób, z tego 6 osób stanowiła delegacja rządowa i 7 osób grupa ekspertów. Delegacji przewodniczył Profesor Józef Pajestka, Zastępca Przewodniczącego Rządowej Komisji Ludnościowej.

Przed Światową Konferencją Ludnościową w Bukareszcie odbyła się Międzynarodowa Konferencja Ludnościowa Młodzieży. Udział w tej konferencji brał przedstawiciel Polski. W trakcie obrad Światowej Konferencji Ludnościowej równoległe obradowała „Trybuna Ludności”, w której uczestniczyli naukowcy i nauczyciele akademicki, osoby zajmujące się zawodowo problematyką ludnościową, specjaliści do spraw rozwoju społeczno-ekonomicznego, nauczyciele, prawnicy, przywódcy religijni, przedstawicielki kobiet i młodzieży.

Od powołania Rządowej Komisji Ludnościowej do rozpoczęcia Światowej Konferencji Ludnościowej upłynęło zaledwie 3,5 miesiąca. Ten okres wymagał ze strony Rządowej Komisji Ludnościowej dużego wysiłku organizacyjnego i merytorycznego w celu obsłużenia odbywających się wymienionych wyżej konferencji oraz przygotowania rządowej delegacji Polski na Światową Konferencję Ludnościową w Bukareszcie.

Od momentu powołania Rządowej Komisji Ludnościowej zaczęto organizowanie jej Sekretariatu. Pierwszym pracownikiem Sekretariatu została dr Halina Wasilewska-Trenkner. Sekretariat rozpoczął działalność bez regulaminu i Sekretarza Rządowej Komisji Ludnościowej. Również Rządowa Komisja Ludnościowa do 27 lutego 1975 r. funkcjonowała bez regulaminu. Problem wydania regulaminu Rządowej Komisji Ludnościowej jak i zakres działania jej Sekretariatu określał regulamin stanowiący załącznik do Zarządzenia nr 19 Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 lutego 1975 roku. Tym zarządzeniem powołany został Sekretarz Rządowej Komisji Ludnościowej. Został nim dr Kazimierz Dzieńko, który tę funkcję społecznie sprawował przez 25 lat. Zarządzeniem tym powiększona została liczba członków RKL z 17 do 21 osób.

Rządowa Komisja Ludnościowa była zobowiązana do opracowywania raportów o sytuacji demograficznej Polski. Pierwszy raport ukazał się w 1975 roku w nakładzie zaledwie 100 egzemplarzy, osiągając stopniowo w kolejnych latach nakład 600 egzemplarzy. Do 2009 r. ukazały się 33 numery tych raportów. W każdym z raportów jeden rozdział był poświęcony wybranemu problemowi z zakresu zagadnień ludnościowych w kraju lub na świecie. Coroczny raport o sytuacji demograficznej kraju wraz z wnioskami był przedkładany Prezesowi Rady Ministrów, Marszałkowi Sejmu i wybranym komisjom sejmowym, Radzie Ministrów, wojewodom, działaczom politycznym, wybranym organizacjom społecznym, wybranym bibliotekom uczelni ekonomicznych, katedrom demografii, członkom Komitetu Nauk Demograficznych Polskiej Akademii Nauk. Rządowa Komisja Ludnościowa wydawała również „Biuletyn” (do 1997 r. wydano 43 numery), w których zamieszczano dokumenty Światowych Konferencji Ludnościowych, europejskich spotkań dotyczących problemów ludnościowych, coroczne sprawozdania z działalności Rządowej Komisji Ludnościowej przedkładane Prezesowi Rady Ministrów. W biuletynach zamieszczano również artykuły dotyczące problemów ludnościowych tłumaczone z czasopism zagranicznych. Należy podkreślić, że coroczne raporty dotyczące sytuacji demograficznej Polski i biuletyny nie były objęte cenzurą.

Rządowa Komisja Ludnościowa była odpowiedzialna za przygotowanie odpowiedzi na ankiety Sekretariatu Narodów Zjednoczonych na temat ludności i rozwoju, które były kierowane do rządów państw członkowskich. Była to forma monitoringu realizacji przez rządy zaleceń zawartych w „Światowym Planie Akcji”, podejmowanych przez Światowe Konferencje Ludnościowe w Bukareszcie w 1974 r., w Mexico-City w 1984 r. i w Kairze w 1994 roku. Rządowa Komisja Ludnościowa przygotowała osiem takich ankiet do 1997 roku. Ankiety wraz z odpowiednimi krajowymi aktami prawnymi dotyczącymi problemów polityki ludnościowej były przesyłane poprzez Ministerstwo Spraw Zagranicznych do Sekretariatu Narodów Zjednoczonych.

Rządowa Komisja Ludnościowa współpracowała z Funduszem Ludnościowym Narodów Zjednoczonych. Polska otrzymała pomoc finansową w wysokości 1 mln dolarów z Funduszu Ludnościowego na programy realizowane przez Ministerstwo Edukacji Narodowej i Instytut Matki i Dziecka.

W Polsce organizowane były kursy szkoleniowe dla demografów z krajów trzeciego świata finansowane przez Fundusz Ludnościowy. Kursy te organizowane były w Szkole Głównej Planowania i Statystyki

pod kierunkiem Profesora Jerzego Z. Holzera (z tego tytułu SGPiS otrzymał między innymi wyposażenie w postaci nowoczesnych wówczas komputerów). Członkowie Rządowej Komisji Ludnościowej aktywnie uczestniczyli w pracach Komitetu Badań i Prognoz „Polska 2000” przy Polskiej Akademii Nauk, którego jednym z założycieli był Profesor Kazimierz Secomski.

Chciałbym w tym miejscu podkreślić wielkie zasługi Profesora Kazimierza Secomskiego, jakie wniósł na rzecz Rządowej Komisji Ludnościowej, której od momentu powołania przez 25 lat przewodniczył. Jako ekonomista i działacz społeczno-gospodarczy starał się na bieżąco oraz w planach średniookresowych i perspektywicznych stwarzać warunki do rozwiązywania problemów wynikających z uwarunkowań demograficznego rozwoju kraju. W Komisji Planowania przy Radzie Ministrów prace nad kolejnymi pięcioletnimi planami rozwoju społeczno-gospodarczego kraju były rozpoczynane od szczegółowej prezentacji – dla ministrów, dyrektorów – uwarunkowań i konsekwencji wynikających z przewidywanego rozwoju demograficznego dla polityki społeczno-gospodarczej. Sytuacja demograficzna kraju była obecna w świadomości planistów i towarzyszyła im w pracach planistycznych.

Podam jeden z przykładów sposobu prezentacji wniosków wynikających z raportu dotyczących oceny sytuacji demograficznej kraju na Komitecie Ekonomicznym Rady Ministrów. Na wniosek Przewodniczącego Rządowej Komisji Ludnościowej zaproszeni zostali profesorowie medycyny i nauk społecznych: Prof. Krystyna Bożkowa, dyrektor Instytutu Matki i Dziecka, Prof. Jan Steffen, dyrektor Instytutu Onkologii im. M. Curie-Skłodowskiej, Prof. Zygmunt Sadowski, dyrektor Instytutu Kardiologii w Aninie, Prof. Adam Kurzynowski ze Szkoły Głównej Planowania i Statystyki. Profesorowie przedstawili ministrom aktualne i przewidywane problemy zdrowotne ludności dotyczące chorób nowotworowych, układu krążenia, stanu zdrowia dzieci i młodzieży. Przedstawili diagnozę i wnioski, co trzeba zrobić, aby zahamować i poprawić stan zdrowotny ludności.

Na zakończenie chciałbym się podzielić z państwem paroma przykładami rozwiązywania na bieżąco przez Rządową Komisję Ludnościową problemów wynikających z sytuacji demograficznej kraju. W trakcie drugiego wyżu urodzeń na przełomie lat 70. i 80. wystąpił poważny problem braku łóżek dla kobiet rodzących na oddziałach położniczych i w izbach porodowych. Podobny problem obecnie występuje przy znacznie mniejszym poziomie urodzeń (ok. 400 tys.) wobec 700 tys. we wspomnianym wyżej okresie. Aby problem braku łóżek na położnictwie szybko złagodzić, zapadła wówczas decyzja zakupu pawilonów typu „Lipsk” i ich montażu przy szpitalach. Kolejny przykład bieżącego rozwiązywania problemu. Prof. Krystyna Bożkowa, zgłosiła na posiedzeniu Rządowej Komisji Ludnościowej problem braku na rynku mleka pełnotłustego dla dzieci i matek. Był to okres stanu wojennego. Poruszony problem trafia do wicepremiera Janusza Obodowskiego odpowiedzialnego wówczas w Rządzie za sprawy gospodarcze. W ciągu paru dni zapadła decyzja i na rynku dostępne już było mleko pełnotłuste.

W latach 60. i na początku lat 70. brak było w Polsce dostępnych informacji w postaci publikacji o polityce ludnościowej i rozwiązywaniu problemów rodziny w europejskich krajach socjalistycznych. Organizacje kobiece (Liga Kobiet, Gospodynie Wiejskie) składające wizyty w krajach socjalistycznych były pytane o te problemy. Przedstawicielki tych organizacji takiej wiedzy nie posiadały. Zwróciły się do Rządowej Komisji Ludnościowej o konsultacje w tym zakresie. Profesor Jerzy Holzer i dr Kazimierz Dzieńo przeprowadzili wykłady dla przedstawicielek tych organizacji kobiecych w zakresie rozwiązywania problemów polityki ludnościowej i rodzinnej w europejskich krajach socjalistycznych. Z analizy tych problemów wynikało, że w naszym kraju niektóre świadczenia na rzecz kobiet i rodziny znacznie odbiegały od podobnych świadczeń w innych krajach socjalistycznych. Na przykład wymiar urlopów macierzyńskich był wówczas w Polsce najkrótszy wśród europejskich krajów socjalistycznych. W wyniku tej wiedzy kierownictwo tych organizacji wystąpiło między innymi z postulatem do I Sekretarza PZPR o spowodowanie wydłużenia wymiaru urlopu macierzyńskiego, który w wyniku nacisku organizacji kobiecych na początku lat 70. został zwiększony.

W latach 70. kilkakrotnie publikowałem w miesięczniku „Przegląd Społeczny” – którego redaktorem naczelnym był Prof. Mirosław Piotrowski – informacje o polityce ludnościowej i rodzinnej w wybranych europejskich krajach socjalistycznych. Kiedy miał się ukazać kolejny numer „Przeglądu Społecznego” z moim artykułem o polityce ludnościowej i rodzinnej w Niemieckiej Republice Demokratycznej na pierwszych stronach miesięcznika, cenzura zdjęła cały artykuł i powstał zapis zakazujący publikacji z tego zakresu.

Listy gratulacyjne



**Prezes
Głównego Urzędu Statystycznego**
Józef Oleński

Warszawa, dnia 14 maja 2009 r.

Pan

Dr hab. prof. SGH Zbigniew Strzelecki
Przewodniczący Rządowej Rady Ludnościowej

Szanowny Panie Profesorze

Proszę o przyjęcie najserdeczniejszych życzeń i gratulacji z okazji Jubileuszu 35-lecia funkcjonowania Rządowej Rady Ludnościowej, działającej jako organ opiniodawczo-doradczy Prezesa Rady Ministrów.

Niezmiernie żałuję, iż obowiązki uniemożliwiają mi osobisty udział w uroczystościach jubileuszowych.

W tym szczególnym dniu chciałbym podkreślić istotne znaczenie wzajemnego współdziałania Rządowej Rady Ludnościowej z Głównym Urzędem Statystycznym. Statystyka publiczna ma ogromny szacunek dla efektów Państwa pracy i podejmowanych inicjatyw w dziedzinie demografii i polityki ludnościowej państwa.

Wyrażam przekonanie, iż obchodzone uroczystości to okazja nie tylko do podsumowań, ale także właściwy moment do wskazania priorytetów działania Rady i zamierzeń na przyszłość dla dobra społeczeństwa i kraju.

Panu Przewodniczącemu oraz wszystkim członkom Rządowej Rady Ludnościowej życzę kolejnych wspianiałych jubileuszy oraz zadowolenia z pracy i osobistych sukcesów.

Łączę wyrazy głębokiego szacunku

Dr J. Oleński



**MINISTER
NAUKI I SZKOLNICTWA WYŻSZEGO**

prof. Barbara Kudrycka

Warszawa, 14 maja 2009 r.

**Pan
dr hab. prof. SGH Zbigniew Strzelecki
Przewodniczący
Rządowej Rady Ludnościowej**

Szanowny Panie Przewodniczący,

Bardzo dziękuję za zaproszenie na konferencję naukową połączoną z jubileuszowym posiedzeniem plenarnym Rządowej Rady Ludnościowej. Niestety, podjęte wcześniej zobowiązania uniemożliwiają mi osobisty udział w tym ważnym wydarzeniu.

Proszę przyjąć serdeczne gratulacje z okazji 35-lecia powołania Rządowej Rady Ludnościowej. Problematyka konferencji: „Przemiany ludnościowe w Polsce. Przeszłość i perspektywy”, będąca podsumowaniem naukowych badań demograficznych i polskich doświadczeń w tym zakresie, jest niezwykle istotna. Tym samym włączają się Państwo w toczącą się aktualnie szeroką debatę na temat negatywnych zjawisk demograficznych zachodzących we współczesnej Europie.

Życząc Państwu owocnych obrad, pozostaję

z wyrazami szacunku



**MARSZAŁEK
WOJEWÓDZTWA
ŚLĄSKIEGO**

Bogusław Smigielski

Katowice, 12 maja 2009r.

Pan
dr hab. prof. SGH Zbigniew Strzelecki
Przewodniczący
Rządowej Rady Ludnościowej

Szanowny Panie Profesorze,

Serdecznie dziękuję za zaproszenie na konferencję połączone z posiedzeniem plenarnym Rządowej Rady Ludnościowej 14 maja br. w Warszawie.

Przykro mi, iż ze względu na ważne obowiązki służbowe nie mogę w niej uczestniczyć.

Duża dynamika zmian demograficznych stanowi wyzwanie dla polityki społecznej państwa.

Mam nadzieję, że konferencja wniesie duży wkład w rozpoznanie sytuacji demograficznej i podjęcie działań mających na celu przeciwdziałanie niekorzystnym skutkom procesu starzenia się społeczeństwa.

Życzę twórczych obrad, które zaowocują wypracowaniem programu polityki ludnościowej wspartej rozwiązaniami ustanowionymi.

Z wyrazami szacunku

Urząd Marszałkowski
Województwa Śląskiego
ul. Ligonia 46
40-037 Katowice
tel. +48 (32) 255 35 34
fax +48 (32) 251 99 99
marszal@silesia-region.pl
www.silesia-region.pl

2. PRZESZŁOŚĆ I PERSPEKTYWY DEMOGRAFICZNE POLSKI

Polska jest krajem o dużej dynamice zmian sytuacji ludnościowej (tendencji w zakresie rozwoju ludności). Miały na to wpływ zarówno uwarunkowania historyczne, jak i procesy przemian społeczno-gospodarczych. W pierwszym przypadku mamy na myśli wydarzenia i konsekwencje II wojny światowej oraz proces szybkiej odnowy biologicznej społeczeństwa polskiego w okresie kilku lat po wyzwoleniu ziem polskich. W drugim przypadku myślimy o latach 90, kiedy Polska wkroczyła na drogę zasadniczej przebudowy systemu politycznego, społecznego i gospodarczego. Tej przebudowie systemowej towarzyszyło wiele zjawisk, które były konsekwencją głębokiego kryzysu gospodarczego na początku lat 90., a między innymi: pogarszająca się sytuacja na rynku pracy, masowe bezrobocie, zmniejszenie poziomu konsumpcji gospodarstw domowych, nasilenie się zróżnicowania dochodów ludności czy poszerzenie się zasięgu niedostatku i ubóstwa. Te zjawiska i procesy nie pozostały bez wpływu na postawy i zachowania demograficzne ludności; znalazły one odzwierciedlenie w przebiegu procesów demograficznych tego okresu.

Należy podkreślić, że najważniejsze problemy rozwoju ludnościowego w kolejnych latach i okresach były omawiane i komentowane w corocznych raportach demograficznych przygotowywanych przez Rządową Radę Ludnościową. Zawierają one charakterystykę i ocenę bieżącej sytuacji demograficznej, omówienie podstawowych tendencji w zakresie rozwoju ludności z wyeksponowaniem pozytywnych i negatywnych zjawisk, a także podejmują w sposób pogłębiony wybrane (aktualne) aspekty rozwoju demograficznego Polski. Raporty stanowią więc kompendium wiedzy o prawidłowościach rozwoju demograficznego Polski w okresie powojennym. Z tego względu w niniejszym wystąpieniu ograniczymy się do podkreślenia najważniejszych cech rozwoju ludnościowego, zwłaszcza w latach 1970–2008. Sytuacja w tym bowiem okresie ukształtowała w dużym stopniu przesłanki, a nawet warunki, dla przyszłości demograficznej Polski do 2035 roku.

CZĘŚĆ I. ROZWÓJ LUDNOŚCIOWY POLSKI W OKRESIE PRL I RP

Można, ogólnie rzecz biorąc, przyjąć, że cały powojenny okres rozwoju ludnościowego Polski aż do chwili obecnej cechują następujące prawidłowości:

- Dynamiczny rozwój ludności w okresie PRL i jego spowolnienie w okresie RP.
- Decydujące znaczenie ruchu naturalnego w dynamice rozwoju.
- Mało znaczące wahania w natężeniu małżeństw i rozwodów.
- Spadek płodności kobiet najważniejszą cechą zmian.
- Wejście w obszar zwężonej zastępowalności pokoleń po rozpoczęciu transformacji systemowej.
- Powolne systematyczne zmniejszanie się umieralności.
- Zmniejszanie się różnic w zachowaniach demograficznych ludności miast i wsi oraz regionów.
- Transformacja wzorców migracji wewnętrznych.
- Intensyfikacja czasowych migracji zagranicznych w okresie transformacji oraz w konsekwencji zmiany w strukturze wieku ludności w kierunku zmniejszania się udziału dzieci i młodzieży, a wzrostu – starszych roczników wieku produkcyjnego i ludności w wieku poprodukcyjnym z silnym przyrostem liczebności najstarszych roczników.

Tak ukształtowane obecne cechy rozwoju demograficznego Polski stanowią mało optymistyczne podstawy dla jego kształtowania się w przyszłości.

1. Trajektorja rozwoju ludności do spowolnienia jego dynamiki

Wydarzenia II wojny światowej spowodowały, że po odzyskaniu niepodległości liczba ludności Polski zmniejszyła się do 23,9 mln (dane pierwszego powojennego spisu sumarycznego ludności). Jednakże już

od pierwszych dni wolności ujawniła się ogromna żywotność społeczeństwa polskiego, która znalazła odzwierciedlenie w dużej i wzrastającej liczbie urodzeń. W latach 1946–1950 liczba urodzeń żywych wyniosła prawie 3,5 mln i mimo dużego ujemnego salda migracji zagranicznych spowodowanego masowymi przesiedleniami ludności, zwłaszcza do 1947 roku, liczba ludności w tym okresie zwiększyła się o ponad 1,1 mln. W końcu 1950 roku liczba ludności Polski przekroczyła 25 mln (tabl. 1 i wykres 1).

Jeszcze większy przyrost rzeczywisty ludności wystąpił w kolejnych latach. Szczególny pod tym względem był okres 1951–1955, kiedy przyrost rzeczywisty ludności przekroczył 2,5 mln, a niewiele mniejszy przyrost liczby ludności (2375 tys.) odnotowano w

Tablica 1. Bilans ludności Polski w latach 1946–2008

LATA	Stan ludności w dniu 1 I	Przyrost rzeczywisty					Saldo migracji zagranicznych	Stan ludności w dniu 31 XII
		ogółem	ruch naturalny					
			przyrost naturalny	urodzenia żywe	zgony			
w tysiącach								
1946–2008	23895,0	14947,0	17028,2	36512,4	19484,2	–2081,2	38115,6	
1946–1950	23895,0	1116,3	2160,0	3496,7	1336,7	–1043,7	25035,0	
1951–1955	25035,0	2508,7	2510,0	3913,5	1403,5	–1,3	27550,0	
1956–1960	27550,0	2374,9	2473,3	3710,0	1236,7	–98,4	29795,2	
1961–1965	29795,2	1653,6	1759,2	2924,5	1165,3	–105,6	31551,0	
1966–1970	31551,0	1303,8	1397,7	2652,0	1254,3	–93,9	32657,7	
1971–1975	32657,7	1525,8	1601,4	3001,5	1400,1	–75,6	34184,8	
1976–1980	34184,8	1630,8	1764,7	3380,1	1615,4	–133,9	35734,9	
1981–1985	35734,9	1605,6	1718,9	3478,5	1759,6	–113,3	37340,5	
1986–1990	37340,5	905,0	1041,1	2936,2	1895,1	–136,1	38073,0	
1991–1995	38073,0	426,2	506,4	2466,9	1960,5	–80,2	38284,0	
1996–2000	38284,0	34,5	106,4	1996,8	1890,4	–71,9	38254,0	
2001–2005	38254,0	–96,8	–26,1	1793,6	1819,7	–70,7	38157,1	
2005	38173,8	–16,8	–3,9	364,4	368,3	–12,9	38157,1	
2006	38157,1	–31,6	4,5	374,2	369,7	–36,1	38125,5	
2007	38125,5	–9,8	10,7	387,9	377,2	–20,5	38115,6	
2008	38115,6	20,2	35,1	414,5	379,4	–14,9	38135,9	

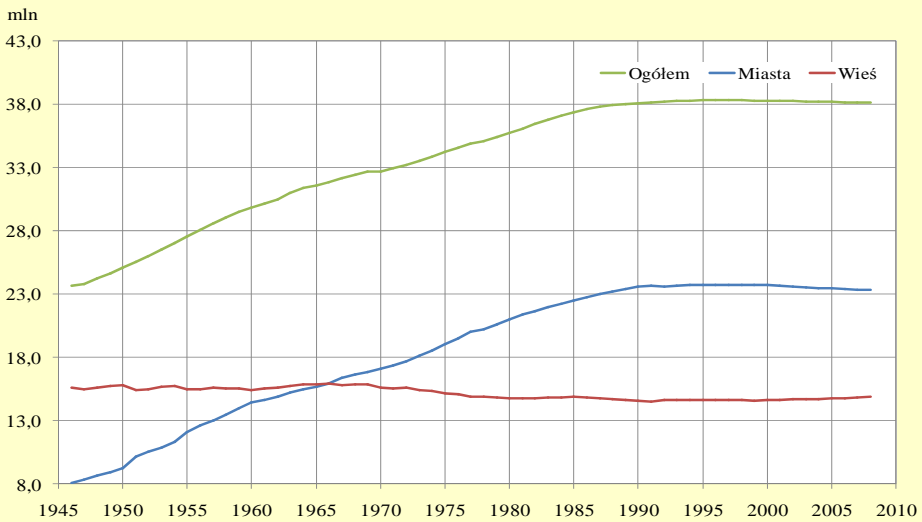
Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych GUS.

kolejnym pięcioleciu (1956–1960). W końcu 1960 roku liczba ludności Polski liczyła prawie 30 mln i zwiększyła się o 4884 tys. w ciągu 10 lat. Była to dekada najszybszego wzrostu liczby ludności, który w świetle niektórych kryteriów miał cechy wzrostu eksplozywnego (1951–1955) lub przyspieszonego (1956–1960)¹. W latach 50. migracje zagraniczne nie miały istotnego znaczenia dla zmian w liczbie ludności, a czynnikiem decydującym o rozwoju demograficznym Polski był przyrost naturalny (w latach 1951–1960 wyniósł on prawie 5 mln), ukształtowany głównie na skutek powojennego wyżu urodzeń (w latach 1951–1960 urodzenia wyniosły ponad 7 mln).

Kolejna dekada lat 60. nie charakteryzowała się już tak dużą dynamiką rozwoju demograficznego Polski. Liczba ludności w tym okresie zwiększała się w coraz wolniejszym tempie, ale wciąż był to wzrost szybki (w latach 1961–1965 z przyrostem rzeczywistym 1654 tys.) lub umiarkowany (w latach 1966–1970 z przyrostem rzeczywistym 1304 tys.). To spowolnienie tempa wzrostu liczby ludności było spowodowane przede wszystkim dość silnym zmniejszeniem liczby urodzeń (do poziomu 522 tys. w 1967 roku) oraz zahamowaniem początkowo spadku liczby zgonów, a następnie zarysowaniem się wzrostowej tendencji liczby zgonów. W rezultacie przyrost naturalny w tej dekadzie zmniejszył się z 445 tys. w 1960 r. do około 280 tys. w latach 1970–1971, a w okresach pięcioletnich wyniósł 1759 tys. w latach 1961–1965 oraz 1398 tys. w latach 1966–1970.

¹ E. Rosset, 1975, s. 64.

Wykres 1. Ludność Polski w latach 1946-2008 (w mln)



Przełom lat 60 i 70 był więc okresem spowolnienia rozwoju demograficznego Polski w rezultacie osłabienia dynamiki przyrostu naturalnego jako konsekwencji spadku liczby urodzeń. Był to jednocześnie okres podejmowania (inicjowania) w Polsce szerokiej dyskusji w gronie demografów, socjologów, polityków społecznych i ekonomistów na temat problemów wyżu demograficznego, którego konsekwencji spodziewano się już w latach 70 (czekających nas problemów wyżu demograficznego). Był to również okres kontynuowania wysiłków społeczności międzynarodowej zmierzających do ograniczenia galopującego wzrostu liczby ludności i opanowania demograficznej eksplozji świata. Problemy te omawiano w gronie ekspertów na światowych konferencjach ludnościowych w Rzymie w 1955 r. oraz w Belgradzie w 1965 roku. Dopiero w 1974 r. problemy te zyskały rangę rządową czego wyrazem była Światowa Konferencja Ludnościowa w Bukareszcie zorganizowana pod patronatem ONZ i z udziałem przedstawicieli rządów. Efektem tej konferencji był Światowy Plan Akcji obejmujący pakiet działań w obszarze polityki ludnościowej.

Nowe tendencje w zakresie rozwoju demograficznego Polski oraz problemy społeczno-gospodarcze wyłaniające się ze światowego tempa rozwoju ludności miały zapewne poważny wpływ na decyzję o powołaniu w Polsce Rządowej Komisji Ludnościowej, przekształconej następnie w Rządową Radę Ludnościową. Początkowy okres działania Komisji przypadł na okres ponownego ożywienia demograficznego Polski. Był on związany wyłącznie z rosnącą liczbą urodzeń, gdyż w tym samym czasie liczba zgonów dość silnie rosła, ale nie na tyle aby osłabić tempo przyrostu ludności. Przeciwnie, przyrost naturalny i przyrost rzeczywisty ludności były w tym okresie większe niż w latach 60.

To ożywienie demograficzne wyłącznie po stronie urodzeń trwało jeszcze – z pewnymi wahaniami pod koniec lat 70. – do 1983 r., kiedy odnotowano najwyższą liczbę urodzeń w tym okresie. Dzięki temu w latach 1981–1985 liczba urodzeń była większa niż w poprzednim pięcioleciu, a przyrost naturalny i rzeczywisty ludności był niewiele mniejszy niż w latach 1976–1980.

W kolejnych latach tempo przyrostu liczby ludności Polski systematycznie malało. Pierwsze oznaki silnego spowolnienia rozwoju ludnościowego Polski pojawiły się w drugiej połowie lat 80, ale ich nasilenie wystąpiło w latach 90. W pierwszej połowie tej dekady liczba ludności Polski zwiększyła się jeszcze o 426 tys. osób, co stanowiło jedynie połowę przyrostu z poprzedniego pięciolecia i tylko około jedną piątą przyrostu z lat wyżu demograficznego. Począwszy jednak od 1997 r. w Polsce pojawiło się zjawisko ubytku liczby ludności, początkowo stosunkowo niewielkie, dzięki czemu w drugiej połowie lat 90. liczba ludności zwiększyła się jeszcze o 35 tys. osób. Początek tego wieku nie zmienił niekorzystnego trendu

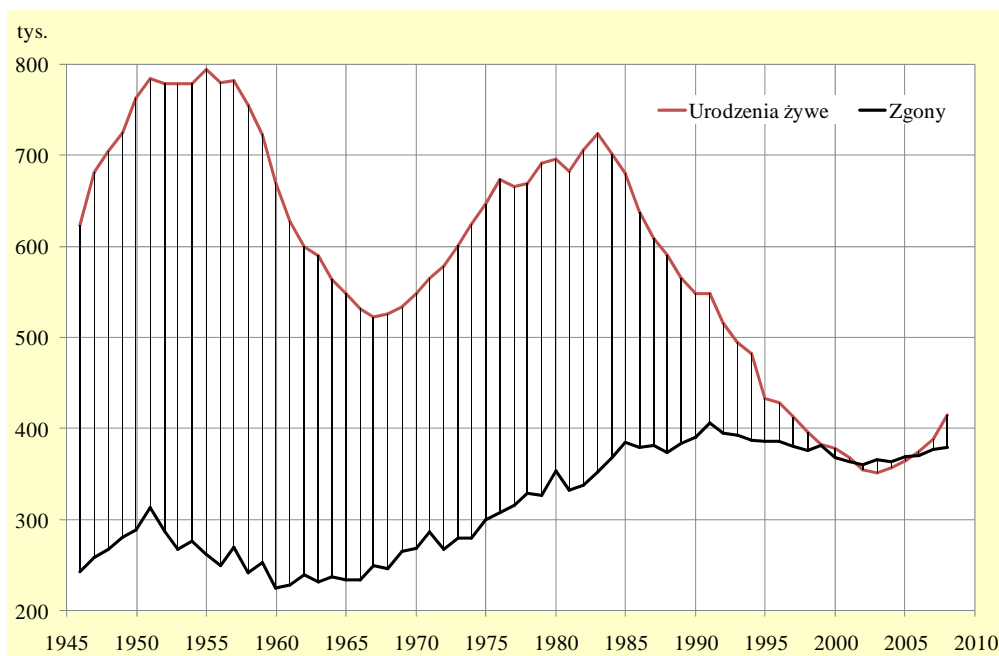
w rozwoju demograficznym Polski, gdyż liczba ludności nadal malała. W latach 1997–2007 liczba ludności Polski zmniejszyła się o ponad 175 tys. osób. Dopiero w 2008 r. – po 11 latach ubytku ludności – odnotowano niewielki przyrost rzeczywisty ludności.

Syntetycznie można przyjąć, że cały powojenny okres rozwoju demograficznego Polski ma dwie fazy: fazę wzrostu do połowy lat 90. (z istotnym wyhamowaniem dynamiki już od połowy lat 80.) oraz fazę załamania z cechami depopulacyjnymi i kryzysowymi od połowy lat 90. Istotną cechą obu faz jest to, że dotyczą one w zakresie dynamiki rozwoju ludności przede wszystkim mieszkańców miast. Ich liczba zwiększała się z 7,6 mln w 1946 r. do 23,7 mln w 1995 r., aby następnie zacząć się zmniejszać (do 23,4 mln w 2008 r.). Pomimo to do chwili obecnej ludność miast zwiększyła się o 15,4 mln, na co złożył się 7,3 mln przyrost naturalny (już z ubytkiem naturalnym w drugiej fazie), 6,6 mln przyrost z tytułu migracji wewnętrznych, 0,9 mln strata w wyniku migracji zagranicznych i 2,4 mln przyrost na skutek zmian administracyjnych związanych z powiększaniem terytoriów miast i powstawaniem nowych jednostek miejskich. Zmiany w liczbie ludności wiejskiej w całym powojennym okresie na tym tle nie były zbyt duże, jedynie zauważalne do połowy lat 70. Na tle dynamiki zmian liczby mieszkańców miast można nawet uznać, że była ona niemal stabilna; liczba ta zmniejszyła się tylko o 1,5 mln przez ponad 60 lat. Jednakże niezwykle istotne były wewnętrzne strukturalne zmiany demograficzne na wsi. Na spadek ten złożył się bowiem 9,7 mln przyrost naturalny (kształtujący się w drugiej fazie już blisko zera), 6,6 ubytek migracyjny na rzecz miast w Polsce i 1,2 na rzecz zagranicy oraz 2,4 mln utrata terytoriów na rzecz miast.

2. Liczba urodzeń głównym czynnikiem zmian w rozwoju ludnościowym

Te niekorzystne trendy w rozwoju ludności naszego kraju w latach 90. i na początku obecnej dekady wynikały głównie z dramatycznego spadku liczby urodzeń, znacznie głębszego niż wskazywane wcześniej z lat 60. Jeśli bowiem w 1983 r. w Polsce urodziło się prawie 724 tys. dzieci, co oznaczało blisko 20 urodzeń na 1000 ludności, to w 1993 r. ich liczba zmniejszyła się do poziomu poniżej 500 tys. (około 13 urodzeń na 1000 ludności), a w 2003 roku spadła do najniższego poziomu 351 tys. (tylko ponad 9 urodzeń na 1000 ludności) – wykres 2.

Wykres 2. Urodzenia żywe i zgony ludności Polski w latach 1946–2008 (w tys.)



Źródło: GUS.

W ciągu 20 lat liczba urodzeń w Polsce zmniejszyła się o połowę, co przy niewielkim spadku liczby zgonów spowodowało drastyczne obniżenie wielkości przyrostu naturalnego, który w latach 2002–2005 zamienił się w ubytek naturalny ludności (większa liczba zgonów niż urodzeń). Kilkutysięczny przyrost naturalny notowany od 2006 r. jest jedynie krótkotrwałym, „wygaszonym” już w swojej amplitudzie echem zwiększonej liczby urodzeń z lat 1975–1985 określanej „echem właściwego wyżu demograficznego” z lat 50.

Należy zwrócić uwagę także na inną prawidłowość dotyczącą rozrodczości i umieralności, sprowadzającą się do konstatacji, że procesy te w obu tych grupach mieszkańców w ostatnich latach się upodobniły. A przecież poza krótkim okresem lat 50. rozrodczość na wsi była znacznie wyższa niż w miastach, a umieralność zaś odwrotnie.

Tablica 2. Płodność kobiet w Polsce w latach 1970–2008

Lata	Współczynnik płodności na 1000 kobiet w wieku							
	15–49	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49
1970	64	30	165	126	71	36	11	1
1980	76	33	180	136	69	29	8	1
1983	79	35	189	147	73	32	7	1
1985	74	35	183	141	70	30	7	1
1990	58	32	165	121	59	25	6	0
1995	43	22	113	105	54	23	6	0
2000	38	17	83	95	52	21	5	0
2005	37	13	59	90	59	23	5	0
2007	40	15	58	92	67	26	5	0
2008	43	16	61	96	73	28	6	0

Źródło: Roczniki demograficzne GUS.

Badacze zadają sobie zatem pytanie o przyczyny tak ogromnego spadku liczby urodzeń w Polsce w okresie po 1983 roku. Można uznać, że spadek ten był spowodowany głównie obniżeniem poziomu płodności kobiet (tabl. 2). W latach 1984–1990 był on dodatkowo wspomagany przez zmiany w strukturze wieku rozrodczego kobiet. Natomiast w latach 1991–1995 spadek liczby urodzeń był już wyłącznie rezultatem dalszego obniżenia się poziomu płodności kobiet. Jak zatem proces ten przebiegał do końca lat 80 i w latach 90 oraz do chwili obecnej? W roku 1983 ogólny współczynnik płodności, wyrażający przeciętną liczbę urodzeń żywych na 1000 kobiet w wieku rozrodczym, wyniósł 79 i był najwyższy od połowy lat 50 (okres wyżu urodzeń), jednakże w kolejnych latach systematycznie obniżał się, by osiągnąć w 2003 r. najniższą, nie notowaną w Polsce wartość – 35 promille. W 1983 r. szczególnie wysoki był poziom płodności kobiet w wieku 20–24 lata (189), a także kobiet w wieku 25–29 lat (147). Od tamtego momentu systematycznie maleje płodność kobiet we wszystkich grupach wieku, chociaż zmiany te są relatywnie małe w przypadku najstarszych kobiet w wieku rozrodczym. Najsilniej zmalała płodność kobiet w wieku 20–24 lata, które w dużym stopniu decydują o ogólnym poziomie płodności i – w konsekwencji – o liczbie urodzeń. W 1995 r. wciąż należą one do grupy kobiet o najwyższej płodności (113), ale w dość szybkim tempie zbliżyły się one do poziomu płodności kobiet w wieku 25–29 lat (w 1995 roku – 105). Już jednak od roku 1998 rejestrujemy w Polsce najwyższą płodność wśród kobiet w wieku 25–29 lat. Warto jeszcze odnotować dość silny spadek płodności najmłodszych kobiet, w wieku 15–19 lat (z 35 w 1983 r. do 22 w 1995 r. i do 13 w 2005 roku), ale te zmiany są z jednej strony korzystne, z drugiej – nie mają decydującego znaczenia dla ogólnej płodności kobiet (jednak nie należy zapominać o niekorzystnych skutkach społecznych rodzenia dzieci przez nastolatki). Można więc stwierdzić, że o silnym spadku liczby urodzeń w latach 1984–2005 zadecydowały przede wszystkim postawy prokreacyjne kobiet w wieku największej płodności (20–29 lat). Trzy kolejne lata przyniosły niewielki wzrost ogólnego współczynnika płodności (o 6 pkt prom.), a wzrost (niewielki) płodności dotyczył wszystkich 5-letnich grup wieku rozrodczego kobiet z wyjątkiem grupy najstarszej. Zauważyć jednak należy, że największy przyrost płodności dotyczył kobiet w wieku 30–34 lata (wzrost współczynnika z 52 w 2000 r. do 73 w 2008 r.). To niewielkie ożywienie demograficzne związane jest, jak widać, z rodzeniem dzieci w nieco późniejszym okresie kariery rodzinnej kobiet, co badacze wiążą z realizacją tzw. urodzeń odłożonych (o czym może świadczyć wzrost poziomu płodności kobiet 30–34 letnich) oraz ze wzrostem urodzeń wyższych kolejności. Ogólnie możemy stwierdzić, że grupa kobiet w wieku 20–29 lat (będąca w wieku najwyższej zdolności prokre-

acyjnej) w największym stopniu ograniczyła poziom płodności w okresie transformacji. Podkreślić także trzeba, że wzorce płodności kobiet wiejskich i miejskich, do niedawna tak bardzo się różniące, w ostatnich latach bardzo się do siebie upodobniły.

Na tym tle pojawiają się pytania o przyczyny tak istotnych zmian zachowań prokreacyjnych kobiet w okresie transformacji? Prowadzone na ten temat badanie *Ankieta Rodzinna 1995* [Kuciarska-Ciesielska, Marciniak, Stańczak, 1996] przyniosło informację, że po 10 latach małżeństwa prawie 85% kobiet nie chce mieć więcej dzieci, mimo że ponad 22% kobiet urodziło mniej dzieci niż planowało na początku małżeństwa, a głównie warunki bytowe rodziny miały decydujący wpływ na postawy prokreacyjne kobiet, także tych, które stanowczo nie chcą mieć więcej dzieci. Wyniki tego badania potwierdzają spostrzeżenia, które nasuwają się na podstawie analizy różnych aspektów funkcjonowania społeczeństwa polskiego w okresie transformacji, że wśród czynników wpływających na postawy prokreacyjne należy z pewnością wymienić także: wzrost aspiracji edukacyjnych młodych ludzi, trudności na rynku pracy, większą konkurencję i zaangażowanie zawodowe wśród pracujących, trudności mieszkaniowe opóźniające zakładanie rodziny, zwiększone oczekiwania młodych ludzi w zakresie poziomu życia, obawy wielu rodzin o utrzymanie akceptowalnego dla nich standardu życia wobec rosnących kosztów utrzymania, większą niż w okresie wcześniejszym konkurencyjność decyzji dotyczących zakupu dóbr materialnych lub urodzenia kolejnego dziecka [Gołata, 1996; Kotowska, Witkowski, 1996]. Wymienione okoliczności świadczą w istocie o dość zasadniczej zmianie systemu (hierarchii) wartości młodego pokolenia Polaków i ich postaw prokreacyjnych, co w dużym stopniu (ale nie wyłącznie) jest związane z procesem transformacji społeczno-ekonomicznej.

Zmiany, jakie dokonały się w płodności kobiet w Polsce, mają wpływ na model zastępowalności pokoleń. Potwierdzają to syntetyczne miary tego procesu. W roku 1970 współczynnik dzietności kobiet osiągnął poziom 2,2 dziecka na jedną kobietę, co oznacza, że Polska w okresie niżu demograficznego znalazła się w sytuacji prostej zastępowalności pokoleń (odpowiedni współczynnik wyniósł 1,011). Kolejne lata przyniosły niewielki wzrost mierników tego procesu i w roku najwyższej liczby urodzeń w okresie echa wyżu demograficznego (1983 r.) dzietność ukształtowała się na poziomie 2,416 dziecka na 1 kobietę, a zastępowalność pokoleń miała charakter umiarkowanie rozszerzony (prosta zastępowalność pokoleń ma miejsce wówczas, kiedy współczynnik zastępowalności pokoleń wynosi 1, co oznacza, że pokolenie urodzonych córek dożyje takiego wieku matek, w jakim zostało urodzone i będzie w tym momencie tak samo liczne jak pokolenie matek). Jednakże od 1984 r. systematycznie malała dzietność kobiet, a tym samym model zastępowalności pokoleń ludności Polski nieuchronnie zbliżał się do granicy prostej odnowy (zastępowalności pokoleń). Tak było do roku 1989, kiedy dzietność kobiet osiągnęła poziom oznaczający zawężoną zastępowalność pokoleń, odpowiedni współczynnik obniżył się bowiem poniżej wartości 1. W okres transformacji systemowej Polska wkroczyła zatem z modelem nie gwarantującym prostej zastępowalności pokoleń (tabl. 3).

Tablica 3. Zastępowalność pokoleń ludności Polski w latach 1970–2008*

Lata	Współczynniki			Współczynnik dynamiki demograficznej
	dzietności	dzietności żeńskiej	zastępowalności pokoleń	
1970	2,200	1,064	1,011	2,046
1983	2,416	1,174	1,141	2,063
1985	2,329	1,132	1,100	1,776
1990	2,039	0,991	0,967	1,405
1995	1,611	0,783	0,765	1,133
2000	1,367	0,663	0,653	1,028
2005	1,243	0,604	0,599	0,989
2007	1,306	0,635	0,632	1,028
2008	1,390	0,676	0,673	1,093

*W publikacjach i analizach statystycznych współczynnik dzietności żeńskiej znany jest pod kategorią współczynnika reprodukcji brutto, a współczynnik zastępowalności pokoleń pod kategorią współczynnika reprodukcji netto.

Źródło: Jak w tabl. 2.

W latach 90. i do 2005 roku nadal malała dzietność kobiet, a zatem utrwał się model zawężonej zastępowalności pokoleń. W 1995 roku współczynnik dzietności kobiet zmalał do 1,611, w 2005 r. do 1,243, a współczynnik zastępowalności pokoleń odpowiednio do poziomu 0,765 i 0,604. Po raz pierwszy w 1995 r. dzietność kobiet na wsi obniżyła się też do poziomu poniżej prostej zastępowalności pokoleń. Z demogra-

ficznego punktu widzenia sytuację tę można określać już jako kryzysową i nie zmienił jej fakt niewielkiej poprawy dzietności kobiet w latach 2006–2008. Polska znalazła się w sytuacji, kiedy jeden zgon zastępowany jest tylko jednym urodzeniem żywym. Będzie to miało nie tylko istotne konsekwencje dla przyszłego rozwoju demograficznego Polski, ale także poważne skutki dla jej gospodarki i społeczeństwa.

3. Zmienność poziomu umieralności

W całym powojennym rozwoju Polski można wyróżnić kilka okresów z punktu widzenia kształtowania się poziomu umieralności mieszkańców. Najmniej korzystny pod tym względem był okres powojenny do 1951 r., kiedy oprócz czynnika strukturalnego (wiek ludności) na umieralność oddziaływały dalej skutki II wojny światowej, a na 1000 ludności umierało 12,4 osób. Następnie do 1966 roku miał miejsce w kraju okres korzystny, gdyż umieralność obniżyła się do poziomu najniższego (7,3‰) w całym okresie rozwoju w PRL i RP (spadł więc w stosunku do roku 1951 r. aż o ponad 40%). Głównym tego powodem był czynnik strukturalny, tzn. duży i rosnący udział młodej ludności wśród mieszkańców kraju. Poprawiały się także czynniki kształtujące warunki umieralności. Niemniej jednak od tego roku poziom umieralności ponownie zaczął wzrastać aż do 1991 roku, kiedy osiągnął on ponownie bardzo wysoki wskaźnik (10,6‰). Można przyjąć, że ten proces był największym problemem sytuacji ludnościowej Polski z okresu przed transformacją systemową, który należy wiązać z pogarszającym się stanem zdrowia ludności. Przez wiele lat nie udawało się bowiem zahamować tego niekorzystnego (rosnącego) trendu. W szczególności niekorzystnej sytuacji w tym okresie znaleźli się mężczyźni w średnim wieku, których umieralność systematycznie się zwiększała i zdecydowanie (w skali rzadko spotykanej w innych krajach) przewyższała umieralność kobiet. [Maksimowicz-Ajchel, 1993] Jedynie umieralność niemowląt charakteryzowała się tendencją malejącą, chociaż przez cały czas kształtowała się na stosunkowo wysokim poziomie.

Początek transformacji społeczno-ekonomicznej w Polsce przypadł więc na okres wysokiej umieralności ludności. W roku 1989 w Polsce zmarło ponad 383 tys. osób, co w przeliczeniu na 100 tys. ludności oznaczało współczynnik zgonów na poziomie 1009. Jak zawsze, wyższa umieralność charakteryzowała mężczyzn (współczynnik zgonów 1108) niż kobiety (915). Ogólna nadumieralność mężczyzn liczona relacją współczynników zgonów mężczyzn i kobiet wyniosła więc ponad 121%. Większość zgonów (52,3%) była spowodowana chorobami układu krążenia, a na drugim miejscu (18,9%) jako przyczyna zgonów znalazły się nowotwory złośliwe. Urazy i zatrucia powodowały wówczas 7,3% zgonów. Nieco korzystniejsza sytuacja, głównie z punktu widzenia malejącego trendu, dotyczyła umieralności niemowląt. Współczynnik zgonów niemowląt w 1989 r. obniżył się do poziomu 19,1 (na 1000 urodzeń żywych), ale był nadal bardzo wysoki w porównaniu z krajami przodującymi pod względem ograniczania umieralności niemowląt.

TABLICA 4. Zgony w Polsce według płci w latach 1970–2008

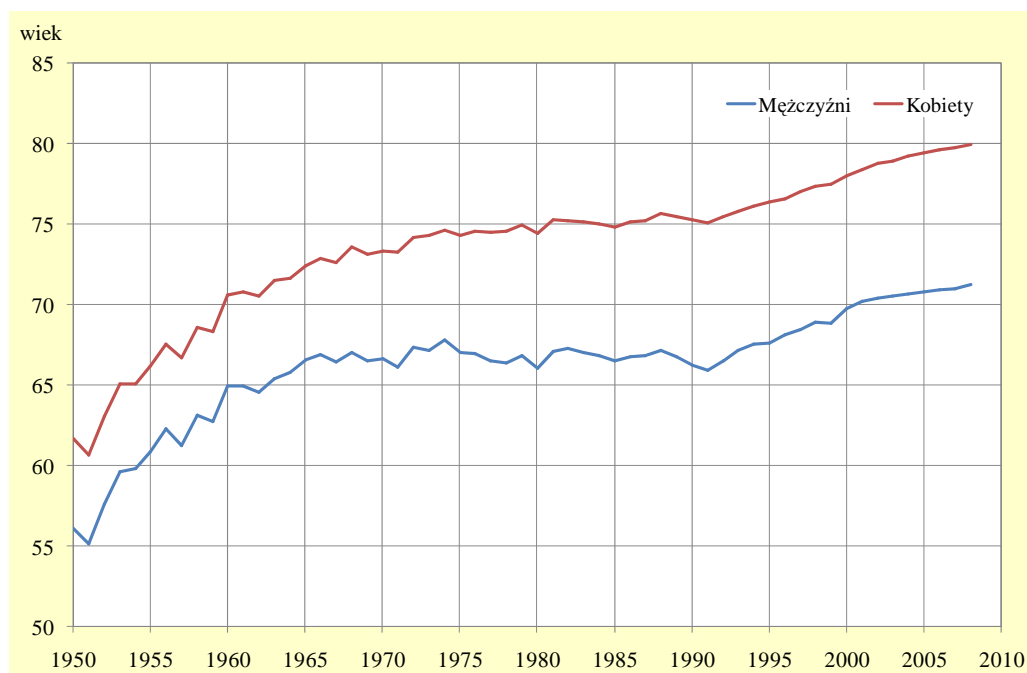
Lata	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
	w tysiącach			na 100 tys. ludności		
1970	268,6	141,7	126,9	826	897	758
1980	353,2	190,8	162,3	993	1 101	890
1985	384,0	203,5	180,5	1 032	1 122	947
1990	390,3	210,4	179,9	1 024	1 133	921
1991	405,7	218,8	186,9	1 061	1 174	953
1992	394,7	212,0	182,7	1 029	1 113	936
1993	392,3	208,1	182,2	1 020	1 111	934
1994	386,4	204,8	181,6	1 002	1 091	918
1995	386,1	205,7	180,4	1 001	1 095	911
1996	385,5	203,5	182,0	998	1083	918
2000	368,0	195,4	175,6	962	1054	876
2005	368,3	196,8	171,5	965	1066	871
2006	369,7	198,3	171,4	969	1076	870
2007	377,2	202,2	175,0	990	1098	888
2008	379,4	202,3	177,1	995	1099	898

Źródło: Jak w tabl. 2.

Na tak wysoki poziom umieralności w Polsce w końcu lat 80. miało wpływ wiele czynników, na ogół kumulujących przez wiele lat swoje negatywne oddziaływanie na stan zdrowia ludności i, w konsekwencji, na umieralność. Decydujące były z pewnością ogólnie trudne warunki życia ludności i związane z tym nieracjonalny (niewłaściwy) styl życia (nadużywanie alkoholu, masowe palenie papierosów, niewłaściwy sposób odżywiania się, mało aktywne formy spędzania wolnego czasu, brak właściwej rekreacji), do tego należy uwzględnić negatywne skutki degradacji środowiska przyrodniczego [Kowalska, Witkowski, 1992], trudne warunki pracy znacznej części zatrudnionych oraz brak powszechnej profilaktyki zdrowotnej. Trudności i wyzwania, jakim musiała sprostać gospodarka i społeczeństwo, mogły dawać podstawę do oczekiwań co do dalszego pogarszania się warunków bytowych i zdrowotnych okresu transformacji systemowej, a w konsekwencji do kontynuowania rosnącego trendu umieralności. Początkowo wszystko wskazywało na słuszność tych obaw. Istotnie przez pierwsze dwa lata transformacji (1990–1991) liczba i natężenie zgonów w Polsce nadal wzrastały. W roku 1991 współczynnik zgonów wzrósł do poziomu 10,6 na 1000 ludności. Począwszy od 1992 roku nastąpiło jednak zahamowanie niekorzystnych trendów umieralności, a nawet powolny jej spadek, ale tylko przez 8 kolejnych lat, gdyż współczynnik umieralności obniżył się do poziomu 9,6‰ w 2000 roku. Niestety od tamtego czasu obserwujemy powolny, acz systematyczny wzrost wskaźników umieralności w Polsce. W pewnym stopniu prawdopodobnie czynniki, o których była mowa wyżej, dały o sobie znać, skutkując pogorszeniem zdrowotności społeczeństwa, ale pewnie związek z tym ma zintensyfikowanie procesu starzenia się mieszkańców kraju, a także pogorszenie się dostępności do usług publicznej opieki zdrowotnej.

Cechą tych zmian w ostatnim 20-leciu jest też bardziej widoczna poprawa sytuacji w zakresie umieralności w przypadku kobiet niż mężczyzn. Oznacza to, że w tym okresie nie nastąpiło zmniejszenie nadumieralności mężczyzn. Nadal jest ona bardzo duża, a największa nadumieralność dotyczy mężczyzn w wieku 20–39 lat, co prezentuje wykres 3.

Wykres 3. Przeciętne trwanie życia ludności w Polsce w latach 1950–2008



Źródło: Jak do wykresu 2.

Mimo przejściowej nieznacznej poprawy w ciągu ostatnich kilku lat transformacji, umieralność w Polsce kształtuje się nadal na wysokim poziomie w porównaniu z większością krajów Europy, szczególnie ta niekorzystna sytuacja dotyczy umieralności mężczyzn. W konsekwencji poziom umieralności mężczyzn w Polsce i będąca jego wynikiem tzw. nadumieralność mężczyzn (w relacji do umieralności kobiet) należy do najwyższych w Europie (*Sytuacja demograficzna...*, 2008). Nie jest to sytuacja dobrze świadcząca o Polsce wśród innych krajów Europy, a szczególnie UE, ale nie rokuje także pozytywnie, jeśli chodzi o przyszłość demograficzną naszego kraju. Nie oznacza to, że nie należy zauważyć, że obecnie przeciętne dalsze trwanie życia mężczyzn wydłużyło się o 12,3 lat, a kobiet o 15,4 lat, co, jak widać, i tak pogłębiło istniejącą cały czas nierówność mężczyzn i kobiet wobec śmierci. Problem ten należy wiązać z dysproporcjami w oddziaływaniu wspomnianych wcześniej czynników kształtujących warunki zdrowotności i umieralności według płci.

Do niezwykle pozytywnych (relatywnie) zmian w dziedzinie umieralności w Polsce należy systematycznie malejąca umieralność niemowląt. Od 1946 r. do 2008 r. współczynnik mierzący to zjawisko obniżył się 20-krotnie (ze 120 zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych do 6). Pomimo tego ogromnego postępu wciąż dystans, jaki dzieli Polskę od przodujących pod tym względem krajów w Europie, jest duży (w krajach tych poziom umieralności niemowląt jest dwu, a nawet trzykrotnie niższy).

4. Zmiana wzorców migracji ludności

Cechą charakterystyczną całego powojennego okresu rozwoju Polski jest wyraźne osłabienie wewnętrznej mobilności przestrzennej ludności oraz zmiana jej wzorców [Strzelecki, Witkowski, 1994; *Sytuacja demograficzna...*, 2007–2008] Począwszy od lat 50 systematycznie maleje liczba osób zmieniających miejsce zamieszkania (poza niewielkim ożywieniem w pierwszej połowie lat 70.). Liczba migrujących w 2008 r. (0,4 mln) była trzy i półkrotnie niższa niż średnioroczna z pierwszej połowy lat 50 – tablica 5.

Tablica 5. Migracje wewnętrzne ludności w Polsce w latach 1951–2008

Lata	Ogółem	Ze wsi do miast	Z miast na wieś	Saldo migracji dla wsi	Ogółem na 1000 ludności
	średnioroczne w tysiącach				
1951–1955	1396,6	359,4	252,3	-107,1	53,2
1956–1960	1343,5	322,1	238,1	-84,0	46,8
1961–1965	1006,1	260,8	160,2	-100,6	32,8
1966–1970	864,9	253,1	113,5	-139,6	26,8
1971–1975	854,2	291,1	103,5	-187,6	25,6
1976–1980	932,4	336,5	123,0	-213,5	26,6
1981–1985	732,2	252,8	115,6	-137,2	20,0
1986–1990	609,9	220,9	89,3	-131,6	16,1
1991–1995	462,8	151,6	88,0	-63,6	12,1
1996–2000	419,3	110,7	101,4	-9,3	11,0
2001–2005	411,8	96,6	122,3	25,7	10,8
2006	473,5	111,1	146,2	35,1	12,4
2007	511,2	116,6	164,5	47,9	13,4
2008	405,5	91,5	130,4	38,9	10,6

Źródło: Jak w tabl. 2.

Tym samym natężenie wewnętrznych migracji ludności (w przeliczeniu na 1000 ludności) zmalało z 53,2‰ do poziomu 10,6‰, a więc pięciokrotnie. Taka redukcja wewnętrznych migracji ludności w okresie powojennym świadczy o istnieniu wielu barier w możliwościach zmiany miejsca zamieszkania wewnątrz kraju, związanych szczególnie w ostatnim 20-leciu z barierą mieszkaniową i brakiem miejsc pracy oraz poziomem dochodów ludności. Z poważnym osłabieniem wewnątrz krajowej przestrzennej mobilności ludności Polski, która, co należy podkreślić, jest jedną z najniższych w porównaniu do krajów np. UE-15, nastąpiły jednocześnie zasadnicze przeobrażenia odzwierciedlające się w zmianach intensywności poszczególnych kierunków przemieszczeń. W Polsce przez długi czas podstawowym kierunkiem migracji były przemieszczenia ludności między wsią i miastem. Jednakże w latach 90 i w obecnej dekadzie ten kierunek migracji został ograniczony najbardziej. Od roku 1951 do 2008 r. liczba przemieszczeń w tym kierunku zmniejszyła się 4-krotnie. Jeśli w pierwszej połowie lat 50 średniorocznie migrowało ze wsi do miast blisko 0,4 mln osób, to w 2008 r. już tylko 91 tys. osób. Z drugiej strony spadkowy trend liczby migrujących z miast na wieś obserwowany do 1995 roku (z 250 tys. do 88 tys. osób), przekształcił się ponownie w tendencję do przenoszenia się coraz większej liczby mieszkańców miast na wieś (165 tys. osób w 2007 r.). W efekcie obserwowane jeszcze do 1999 roku ujemne saldo migracji ludności na wsi przekształciło się w saldo dodatnie, miasta w Polsce tracą w wyniku migracji ludność na rzecz wsi. Zjawisko to należy prawdopodobnie wiązać nie tylko z trudnościami bytowania w miastach, ale ze zmianą stylu życia i przenoszeniem się ludności miast w lepsze z ekologicznego punktu widzenia warunki zamieszkania na przedmieściach, głównie dużych miast. Zjawisko to określa się mianem żywiołowego rozlewania się miast – *urban sprawl* [Strzelecki, Kucińska, 2006]. Jest to proces dość istotnie rozwijający się w Polsce na skutek wielu mankamentów w ustawodawstwie z zakresu gospodarki przestrzennej.

W całej powojennej historii, a więc w okresie PRL i RP, Polska jest krajem emigracyjnym (tabl. 1), co oznacza, że liczba osób opuszczających kraj na stałe była cały czas większa od analogicznej napływającej do kraju (jedynie w latach 1952, 1955, 1956 saldo tych migracji było dodatnie i wyniosło odpowiednio: 2 tys., 2,8 tys. i 5,8 tys. osób). W całym omawianym okresie Polskę opuściło na stałe 2,1 mln mieszkańców. Jak się okazuje, nawet okres transformacji i okres członkostwa w UE nie zmieniły tych wieloletnich trendów, chociaż oficjalna emigracja na stałe była wciąż stosunkowo niewielka (np. ujemne saldo migracji w latach 1990–1995 wyniosło 96 tys. osób).

W latach 80. pojawiła się nowa cecha zagranicznych migracji Polaków polegająca na dynamicznym rozwoju czasowych migracji. W istocie była to jednak ukryta forma rozwoju długookresowych migracji. Zdecydowana bowiem większość Polaków emigrujących czasowo pozostała za granicą przez wiele lat, znaczna ich część nawet do chwili obecnej. Szacuje się, że w latach 80. w wyniku takich migracji z Polski wyjechało na stałe od 0,9 mln do 1,1 mln osób [Witkowski, 1992; Okólski, 1994]. Ocena ta ma o tyle istotne znaczenie, że w świetle statystyki migracyjnej, liczba Polaków opuszczających kraj na stałe była kilkakrotnie mniejsza (ujemne saldo migracji na stałe wyniosło około 255 tys. osób). Ta prawidłowość w zakresie migracji zagranicznych utrzymała się także w latach 90. Warto jednak odnotować, że po pierwszym okresie lat 90, kiedy kryzys gospodarczy i trudna sytuacja życiowa zachęcały do wyjazdu za granicę głównie z przyczyn ekonomicznych, w ciągu kolejnych 2–3 lat rozmiary emigracji czasowej z Polski wyraźnie się zmniejszyły zarówno ze względu na większe możliwości rozwojowe Polski, jak i na większe ograniczenia imigracyjne krajów docelowej migracji Polaków. Rozwinęło się także zjawisko oficjalnej emigracji zarobkowej, w ramach międzyrządowych umów i porozumień. Mimo to, wyniki *Mikrospisu 1995* wykazały, że 900 tys. Polaków przebywało czasowo za granicą ponad 2 miesiące, a najliczniejszą grupę (39%) stanowili ludzie młodzi w wieku 25–39 lat. Z całą pewnością znaczna część tych osób wyjechała z Polski wiele lat temu i pozostała za granicą na stałe. Zjawisko to potwierdziły wyniki NSP 2002, w którym odnotowano, że czasowo za granicą przebywało ok. 0,8 mln ludności (tabl. 6). Otwarcie granic po przyjęciu Polski do UE, szczególnie liberalizacja przepisów związanych z zatrudnianiem Polaków w wielu krajach UE, sprawiło, że zjawisko czasowej emigracji Polaków przybrało na sile. W latach 2004–2007 liczba takich emigrantów wzrosła z 1 mln do 2,3 mln osób. Głównym kierunkiem tej emigracji są kraje Europy, a szczególnie UE, dokąd kieruje się ok. 75% emigrantów z Polski. Głównymi krajami doce-

lowej emigracji Polaków są: Wielka Brytania, Niemcy i Irlandia. Warunki kryzysu lat 2008–2009 prawdopodobnie zmniejszyły skalę takich wyjazdów, a część z wcześniejszych emigrantów zdecydowała się na powrót do kraju. Skala tego zjawiska nie jest jeszcze dobrze znana.

Tablica 6. Emigracja z Polski na pobyt czasowy w 2002 r. (NSP) i szacunek dla lat 2004–2007^(a)

Kraj przebywania	Liczba emigrantów w tys.				
	NSP 2002 ^b	2004	2005	2006	2007
Ogółem	786	1 000	1 450	1 950	2 270
Europa	461	770	1 200	1 610	1 925
w tym:					
Unia Europejska (27 krajów)^c	451	750	1 170	1 550	1 860
w tym:					
Austria	11	15	25	34	39
Belgia	14	13	21	28	31
Francja	21	30	44	49	55
Hiszpania	14	26	37	44	80
Irlandia	2	15	76	120	200
Niderlandy	10	23	43	55	98
Niemcy	294	385	430	450	490
Republika Czeska	.	.	.	.	8
Szwecja	6	11	17	25	27
Wielka Brytania	24	150	340	580	690
Włochy	39	59	70	85	87
Kraje spoza Unii Europejskiej	10	20	30	60	65
w tym:					
Norwegia	.	.	.	.	36

a Dane dotyczą liczby osób przebywających za granicą czasowo: dla lat 2002-2006 – powyżej 2 miesięcy, dla 2007 r. – powyżej 3 miesięcy.

b Po rozszacowaniu liczby emigrantów o nieustalonym kraju czasowego pobytu liczba emigrantów przebywających w krajach Europy wynosi 547 tys., w krajach UE - 535 tys.

c Do 2006 r. 25 krajów.

Źródło: Jak w tabl. 2.

5. Zmienność struktury wieku i przyspieszanie procesu starzenia się ludności Polski

Konsekwencją opisanych wcześniej procesów ruchu naturalnego i migracyjnego ludności są w efekcie zmiany w strukturze wieku ludności. Charakterystyczną cechą ludnościowej sytuacji Polski była i jest dość duża zmienność tej struktury. Jest to nadal konsekwencja wyżu urodzeń z przełomu lat 40. i 50. (mniej więcej do połowy tej dekady), jaki w Polsce zaistniał z tytułu odłożonych decyzji prokreacyjnych w czasie II wojny światowej (faza kompensacyjna). Mniejsza w kolejnych latach liczba urodzeń, a następnie ponowny ich wzrost, spowodowany wejściem w wiek prokreacyjny generacji z powojennego wyżu demograficznego, to zasadnicza przyczyna dużych wahań w strukturze ludności według wieku. Jednakże dzięki powracającym falom wyższej liczby urodzeń, ludność Polski – w porównaniu z innymi krajami europejskimi – jest wciąż stosunkowo młoda w sensie demograficznym. Pomijając zmiany, jakie miały miejsce w pierwszym 25-leciu powojennym (choćby skutki zmian z tamtego okresu są wciąż obserwowane) i analizując dane od 1970 r., można wyróżnić kilka charakterystycznych prawidłowości zmian w strukturze wieku ludności Polski (tabl. 7).

Tablica 7. Ludność Polski w latach 1970–2007 według ekonomicznych grup wieku

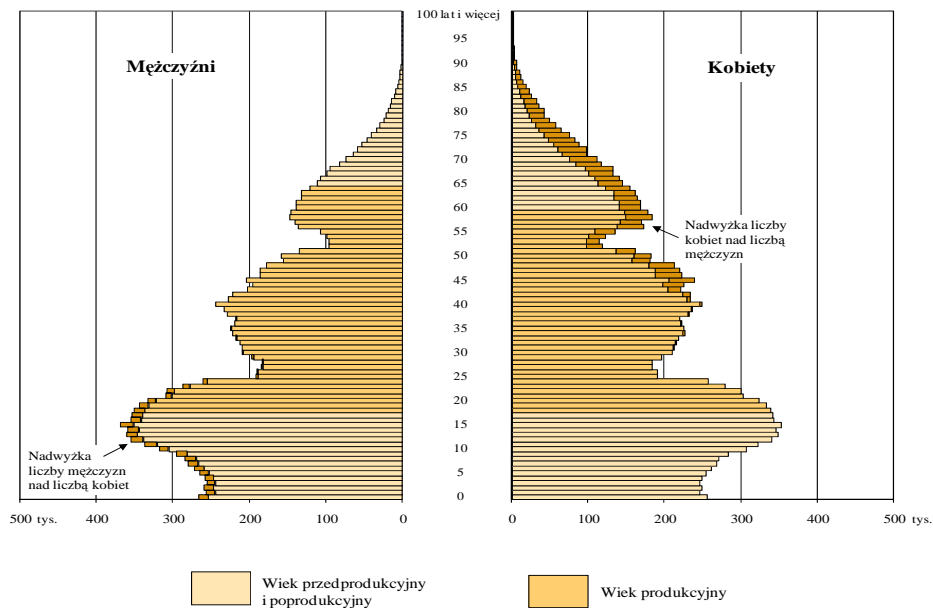
LATA	Ogółem	W wieku					poprodukcyjnym (mężczyźni 65 i więcej, kobiety 60 lat i więcej)
		przedprodukcyjnym (0-17 lat)	produkcyjnym (mężczyźni 18-64 lata, kobiety 18-59 lat)			niemobilnym (mężczyźni 45-64 lata, kobiety 45-59 lat)	
			razem	mobilnym (18-44 lata)			
w tysiącach							
Ogółem							
1970	32658	10775	18324	12881	5443	3559	
1980	35735	10297	21211	14619	6592	4227	
1990	38073	11043	22146	15255	6890	4884	
2000	38254	9333	23261	15218	8043	5660	
2005	38157	7864	24405	15251	9154	5888	
2006	38125	7661	24482	15250	9231	5983	
2007	38116	7488	24545	15267	9278	6082	
zmiany w tysiącach							
1970-1980	3077	-478	2887	1738	1149	668	
1980-1990	2338	746	935	636	298	657	
1990-2000	181	-1710	1115	-37	1153	776	
2000-2007	-138	-1845	1284	49	1235	422	
w odsetkach ogółem							
1970	100,0	33,0	56,1	39,4	16,7	10,9	
1980	100,0	28,8	59,4	40,9	18,5	11,8	
1990	100,0	29,0	58,2	40,1	18,1	12,8	
2000	100,0	24,4	60,8	39,8	21,0	14,8	
2007	100,0	19,6	64,4	40,1	24,3	16,0	

Źródło: Jak w tabl. 1.

1. Poza okresem lat 80. (echo powojennego wyżu demograficznego) kolejne wyróżnione okresy cechuje nasilający się ubytek liczby mieszkańców w wieku przedprodukcyjnym, a od 1970 r. grupa ta stanowi coraz mniejszą część w naszym społeczeństwie. W 1970 r. jeszcze co trzeci mieszkaniec kraju był w wieku 0–17 lat, a obecnie już tylko co piąty. Liczba ludności w tym wieku zmniejszyła się z 11 mln w 1990 r. aż o 3,5 mln.
2. Z drugiej strony w przeciwieństwie do tej tendencji systematycznie w całym okresie powojennym zwiększa się liczba grupy mieszkańców, którą określa się mianem ludności w wieku poprodukcyjnym. Tylko w okresie 1970–2007 wzrosła ona z 3,5 mln do 6,1 mln, a więc blisko dwukrotnie i obecnie w takim wieku pozostaje 16% mieszkańców Polski. Odsetek mieszkańców w takim wieku wzrósł w omawianym okresie 37 lat blisko o połowę.
3. Te dwa wskazane wyżej przeciwstawne procesy powodują, że od lat 90. obserwujemy powolny proces starzenia się społeczeństwa polskiego, który zaczyna przybierać na sile.
4. Z różnym natężeniem w tych latach zwiększała się liczba ludności w wieku zdolności do pracy. Ogółem w tym okresie 37 lat zwiększyła się ona z 18,3 do 24,5 mln osób, a więc o 6,2 mln, tj. o 1/3 w stosunku do stanu z 1970 r. Stąd obecnie ludność w wieku produkcyjnym stanowi dwie trzecie naszego społeczeństwa (w 1970 r. 56%). Cechą charakterystyczną zmian w strukturze wieku tej części mieszkańców naszego kraju jest systematyczne starzenie się tych zasobów pracy. Wyrazem tego jest niemal stabilny, ok. 40% udział wśród ogółu ludności mieszkańców będących w tzw. mobilnym wieku produkcyjnym (18–44 lata), a wzrastający odsetek tych, którzy są w wieku tzw. niemobilnym (45–64 lata mężczyźni i 45–59 lat kobiety). W okresie obecnych wyzwań, jakie stoją przed polską gospodarką i społeczeństwem, proces ten nie jest korzystny.

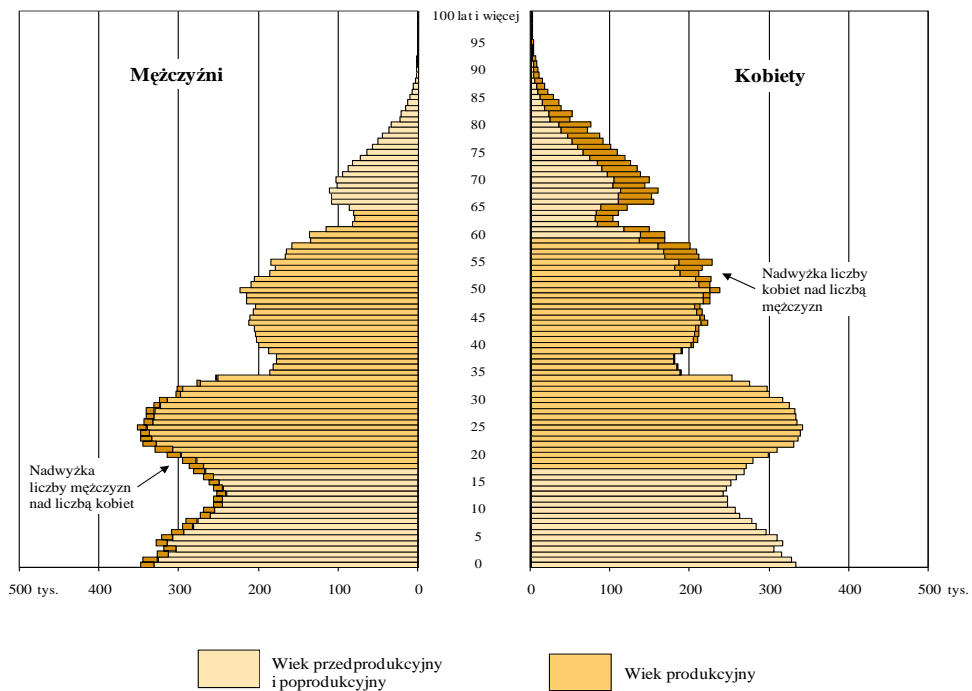
Z uwagi na to, że bardziej szczegółowa analiza zmian w strukturze wieku ludności Polski zajęłaby wiele miejsca, zmuszeni jesteśmy ją pominąć. Graficznie obrazują te zmiany piramidy wieku z lat 1970–2008, które zostały opracowane przez GUS (wykresy 4–8).

Wykres 4. Ludność Polski według płci i wieku w 1970 r.



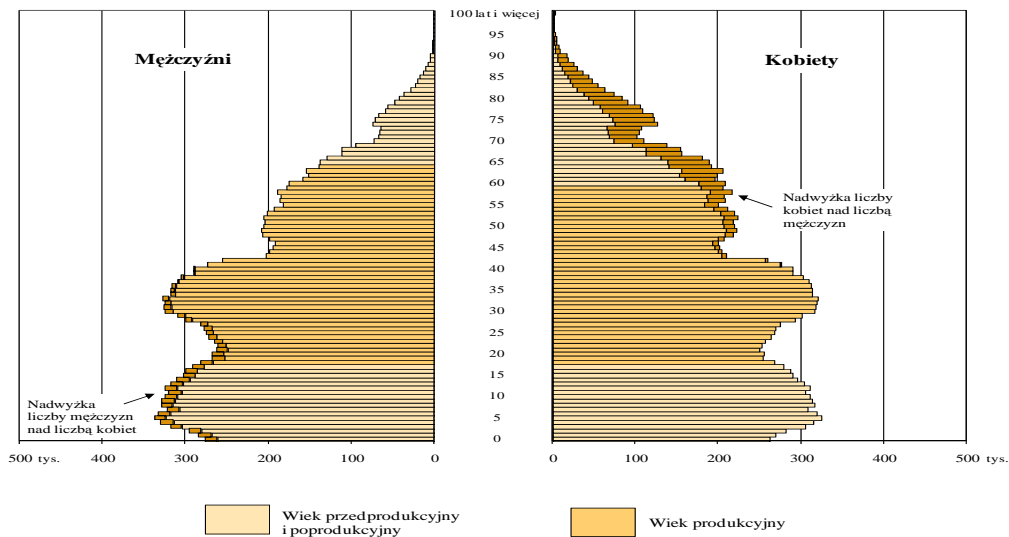
Źródło: GUS.

Wykres 5. Ludność Polski według płci i wieku w 1980 r.



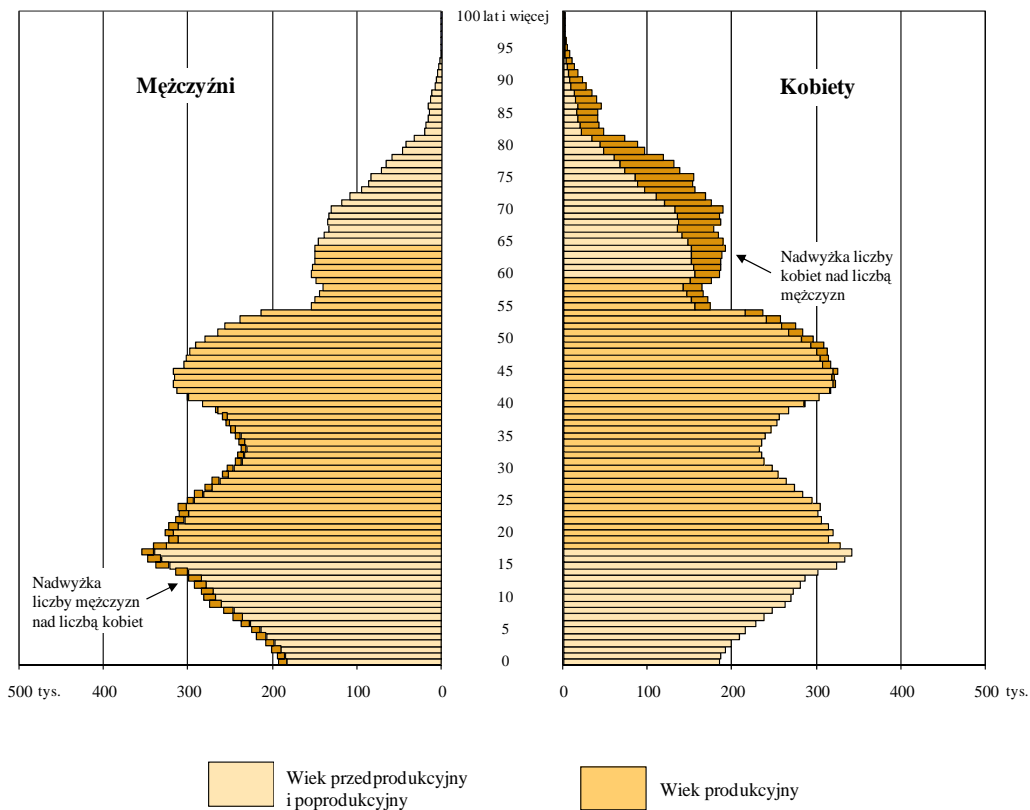
Źródło: GUS.

Wykres 6. Ludność Polski według płci i wieku w 1990 r.



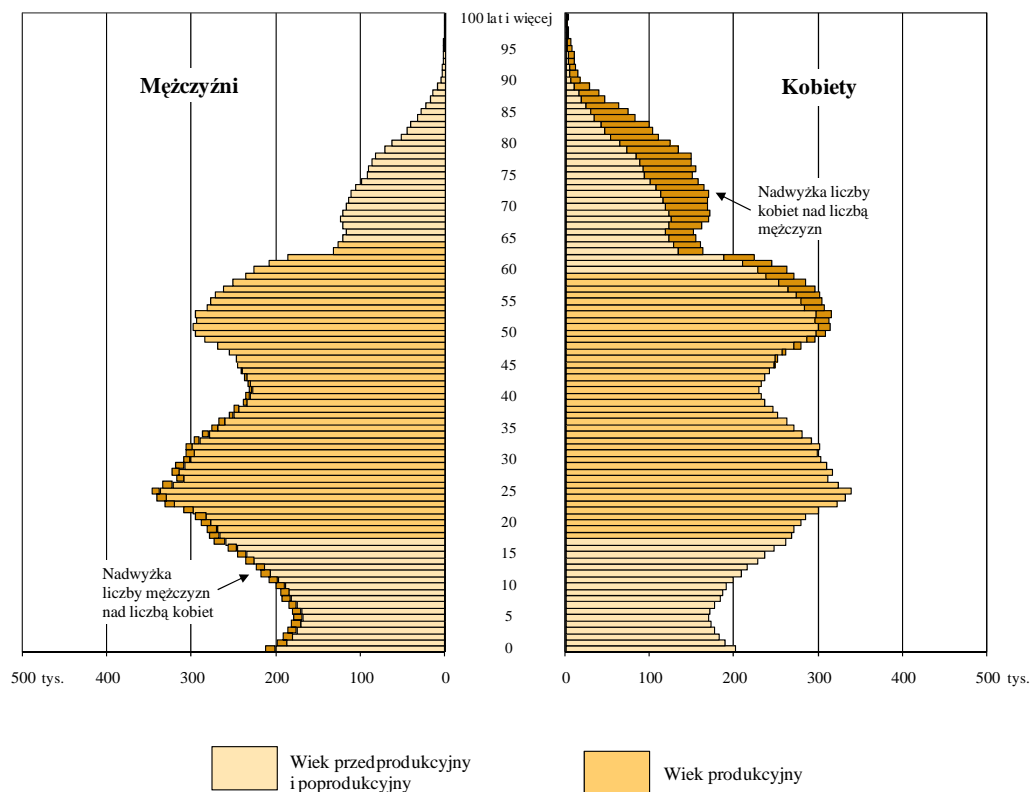
Źródło: GUS.

Wykres 7. Ludność Polski według płci i wieku w 2000 r.



Źródło: GUS.

Wykres 8. Ludność Polski według płci i wieku w 2008 r.



Źródło: GUS.

Charakterystyczną wymową tych graficznych obrazów struktury wieku ludności Polski odzwierciedlonych rocznikami urodzenia jest to, że w miarę upływu czasu następuje powolna „kompensata” dolnej części piramidy częścią górną, która jest związana z rosnącym udziałem coraz starszych (rocznikiem urodzenia) mieszkańców naszego kraju. Skala i tempo zastępowania się tych części roczników charakteryzuje tempo starzenia się ludności Polski, a kształt piramidy, jaki pochodzi z ostatnich lat, przybliża się coraz bardziej do kształtu tzw. piramidy regresywnej.

CZĘŚĆ II. MAŁO OPTYMISTYCZNE PERSPEKTYWY DEMOGRAFICZNE POLSKI DO 2035 ROKU

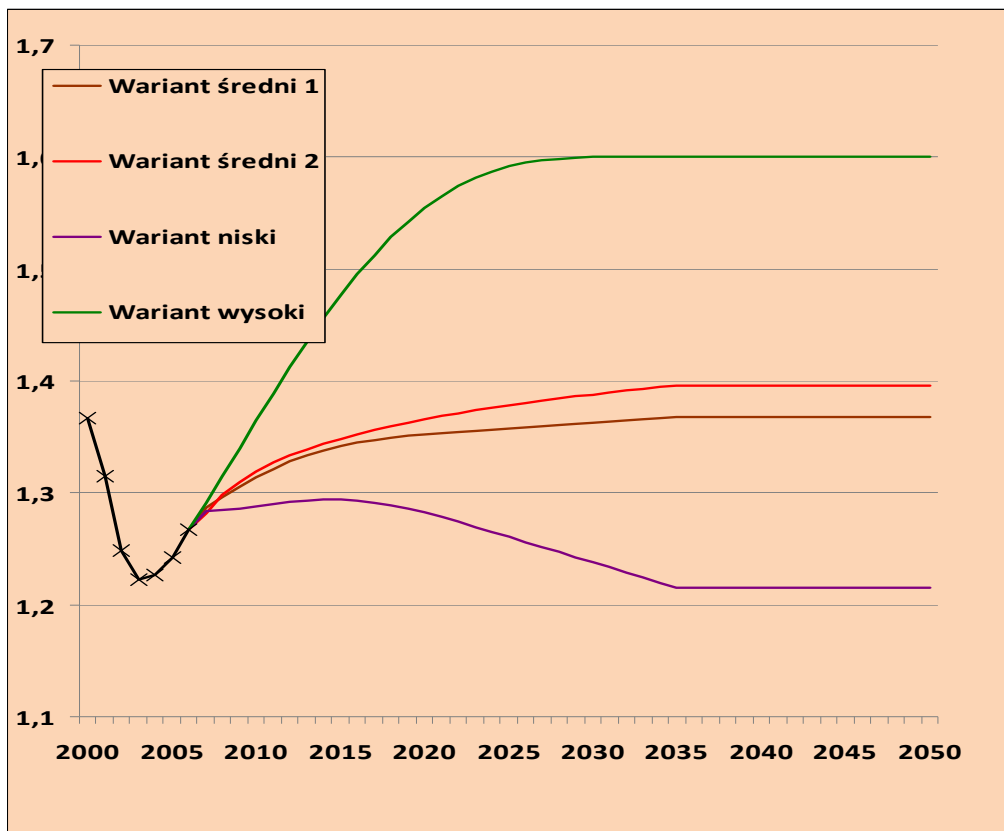
1. Istota przyjętych założeń prognostycznych na lata 2008–2035

O wiarygodności prognozy decyduje trafność przyjętych założeń dotyczących kształtowania się poszczególnych procesów mających wpływ na rozwój ludności: dzietności kobiet, natężenia zgonów oraz wewnętrznych i zagranicznych migracji ludności². Każdy z tych procesów nastroża inne problemy do rozwiązania przy formułowaniu założeń, ale generalnie zależą one od dynamiki i zmienności ich kształtowania się. Stabilny rozwój ludnościowy znacznie zwiększa możliwości poprawnego przyjęcia założeń prognostycznych. Polska należy do grupy krajów o największych wahaniami sytuacji ludnościowej w całym powojennym okresie i ta zmienność jest charakterystyczna także dla obecnego przebiegu procesów demograficznych. Zdecydowanie największe zmiany w ciągu ostatnich kilkunastu lat wystąpiły w zakresie

² J. Witkowski, L. Nowak, M. Waligórski, 2008, s. 18-34.

dziatności kobiet³. Nic więc dziwnego, że w dyskusji nad założeniami szczególnie dużo uwagi poświęcono dziatności kobiet, tym bardziej że różnice poglądów wśród demografów w zakresie przyszłych tendencji w zakresie rozrodczości są dość duże. Ze względu na znaczenie urodzeń małżeńskich dla kształtowania ogólnej liczby urodzeń w Polsce, wyjściową kwestią dla oszacowania przyszłej liczby urodzeń są przewidywania dotyczące modelu rodziny (prawidłowości tworzenia rodzin, wieku zawierania małżeństw, modelu dziatności rodzin)⁴.

Wykres 9. Warianty przyszłych zmian współczynnika dziatności



Źródło: GUS.

Biorąc pod uwagę różne uwarunkowania zmian płodności kobiet, zaproponowano cztery warianty przyszłych zmian dziatności kobiet, od niskiego do wysokiego (wykres 9). Żaden z wariantów nie zakładał zasadniczych zmian w zachowaniach prokreacyjnych kobiet w perspektywie 2035 roku. Przyjęto jednak, że w prognozowanym okresie będzie miała miejsce kontynuacja reformy systemu zabezpieczenia społecznego oraz wysokich migracji zarobkowych, ale nastąpi poprawa sytuacji zawodowej młodych osób, utrzyma się względnie trwały wzrost gospodarczy, a w ślad za tym poprawa sytuacji na rynku mieszkaniowym i bardziej aktywna polityka rodzinna wspomagająca rodziny w realizacji funkcji wychowawczych zarówno pod względem ekonomicznym, jak i możliwości łączenia pracy zawodowej z rodziną. Te założenia wskazywały na średni wariant poziomu dziatności jako najbardziej prawdopodobny. Jednakże po uzys-

³ *Prognoza ludności na lata 2008–2035*, 2009, s. 16–36.

⁴ Tamże, s. 36–41.

Tablica 8. Wartości współczynnika dzietności według wariantów dla lat 2007–2050

Rok	Niski	Średni wiek rodzenia	Średni 1	Średni wiek rodzenia	Średni 2	Średni wiek rodzenia	Wysoki	Średni wiek rodzenia
2007	1,28	28,38	1,29	28,38	1,28	28,38	1,29	28,38
2010	1,29	28,78	1,31	28,73	1,32	28,73	1,37	28,70
2015	1,29	29,40	1,34	29,28	1,35	29,28	1,48	29,20
2020	1,28	30,00	1,35	29,81	1,37	29,81	1,56	29,68
2025	1,26	30,61	1,36	30,34	1,38	30,34	1,59	30,16
2030	1,24	31,25	1,36	30,91	1,39	30,91	1,60	30,68
2035	1,22	31,97	1,37	31,55	1,40	31,55	1,60	31,15
2040	1,22	31,97	1,37	31,55	1,40	31,55	1,60	31,15
2045	1,22	31,97	1,37	31,55	1,40	31,55	1,60	31,15
2050	1,22	31,97	1,37	31,55	1,40	31,55	1,60	31,15

Źródło: Prognoza ludności na lata 2008-2035, GUS, s. 39.

kaniu opinii i po dyskusji z ekspertami wariant ten został zmodyfikowany w ten sposób, że zwiększono nieco współczynniki dzietności przyjęte pierwotnie w wariantcie średnim. Jako najbardziej prawdopodobny uznano zatem wariant średni 2 (tabl. 8).

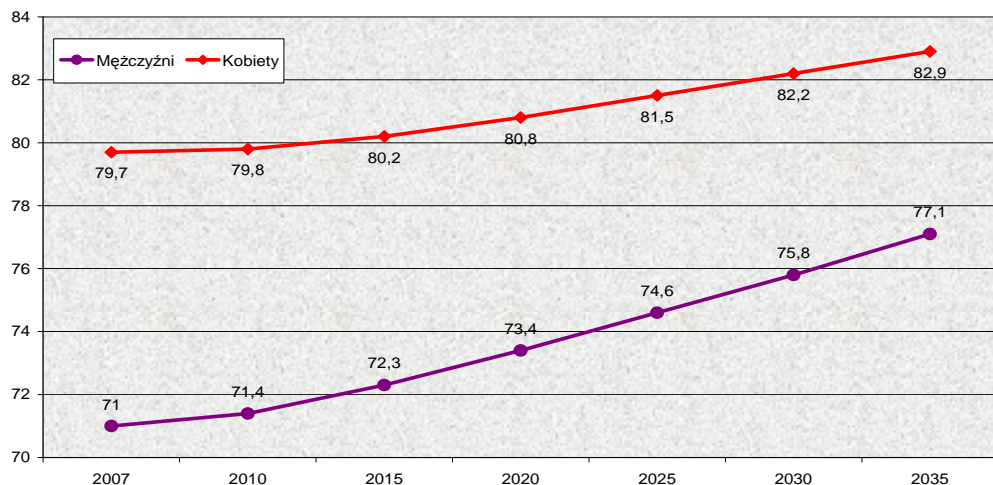
Te założenia dotyczące kształtowania się współczynników dzietności przełożyły się na zmiany w liczbie urodzeń. To one decydują o dynamice rozwoju ludności w naszym kraju. Dotychczasowe falowanie wielkości urodzeń i występowanie tzw. wyżów i niżów urodzeń wpływa także na kształtowanie się przyszłej liczby urodzeń. Po trwającym nieprzerwanie przez dwie dekady spadku urodzeń, począwszy od 2004 roku obserwowany jest ich wzrost. Jednakże notowany w ostatnich latach poziom urodzeń jest w dużym stopniu efektem realizacji odłożonych urodzeń wyżowych roczników kobiet, które urodziły się w końcu lat 70. oraz na początku lat 80. Analiza ruchu naturalnego wykazuje, że zarówno w miastach jak i na wsi nastąpiło bowiem przesunięcie wieku największego natężenia urodzeń do starszych grup wieku, co świadczy o odkładaniu urodzeń w czasie. Te prawidłowości muszą być zatem uwzględnione w definiowaniu założeń dotyczących kształtowania się przyszłej liczby urodzeń.

Przewiduje się wobec tego, że do 2012 roku włącznie będzie występował wzrost liczby urodzeń, słabnący jednak w kolejnych latach (wykres 12), zakłada się bowiem wzrost współczynnika dzietności ogólnej od wartości 1,30 w 2007 r. do 1,36 w 2010 r. oraz 1,42 w 2015 r., zaś od około 2022 roku współczynnik z niewielkimi wahaniami będzie oscylował wokół wartości 1,45 (tabl. 9). Nie przewiduje się zatem znaczącego zwiększenia dzietności kobiet i zbliżenia jej intensywności do poziomu prostej zastępowalności pokoleń. Tym samym, przekładając powyższe dane na liczbę urodzeń, należy spodziewać się, że największa ich liczba wystąpi w 2011 r. – 411,2 tys. (w 2007 – 387,9 tys.) – wykres 12. W następnych latach liczba urodzeń będzie systematycznie maleć aż do najniższego poziomu w roku 2035, kiedy wyniesie prawdopodobnie tylko 272 tys. Te niekorzystne zmiany w liczbie urodzeń wynikają nie tylko ze zmian poziomu dzietności kobiet, ale także (nawet w większym stopniu) ze zmiany struktury wieku populacji kobiet. O ile w 2007 kobiety w wieku rozrodczym stanowiły 49,3% ogólnej liczby kobiet, to w 2035 będzie ich tylko 38,8%. W świetle tych założeń dotyczących przyszłych zmian w liczbie urodzeń nie należy oczekiwać, że będzie to czynnik sprzyjający zahamowaniu spadkowego trendu liczby ludności Polski.

Bardziej optymistyczne oczekiwania dotyczą umieralności i trwania życia. Od kilku lat w Polsce obserwujemy wydłużanie się przeciętnego dalszego trwania życia ludności, silniejszego w przypadku mężczyzn niż kobiet. Takie też przewidywania przyjmują demografowie na następne lata, chociaż ujawniły się znaczące różnice poglądów co do dynamiki oczekiwanych zmian w zakresie umieralności. Zgodzono się jednak, że będzie następował dalszy spadek umieralności, w szczególności osób w średnim wieku, ale jego tempo będzie zapewne wolniejsze niż w ostatnich latach. Wyczerpują się bowiem proste rezerwy ograniczenia umieralności ludności, a zachowanie tego trendu w przyszłości będzie wymagało większego wysiłku społeczeństwa w zakresie profilaktyki zdrowotnej i prozdrowotnych zachowań poszczególnych osób. Tym samym w zakresie umieralności, **drugiego czynnika wpływającego na poziom przyrostu naturalnego i w konsekwencji na zmiany w liczbie ludności**, założono, że obserwowane w ostatnich latach – wolniejsze niż w dekadzie lat 90. – tempo spadku natężenia zgonów utrzyma się w przyszłości, co „przekłada się” na powolny wzrost przeciętnego dalszego trwania życia.

Przyjęcie takich założeń oznacza, że nie zmniejszy się dystans czasu, jaki pod względem przeciętnego trwania życia dzieli Polskę w stosunku do 15 wysoko rozwiniętych krajów, i utrzyma się w całym prognozowanym okresie na podobnym poziomie (obecnie szacuje się, że odrobienie tego dystansu wymagałoby 21–22 lat).

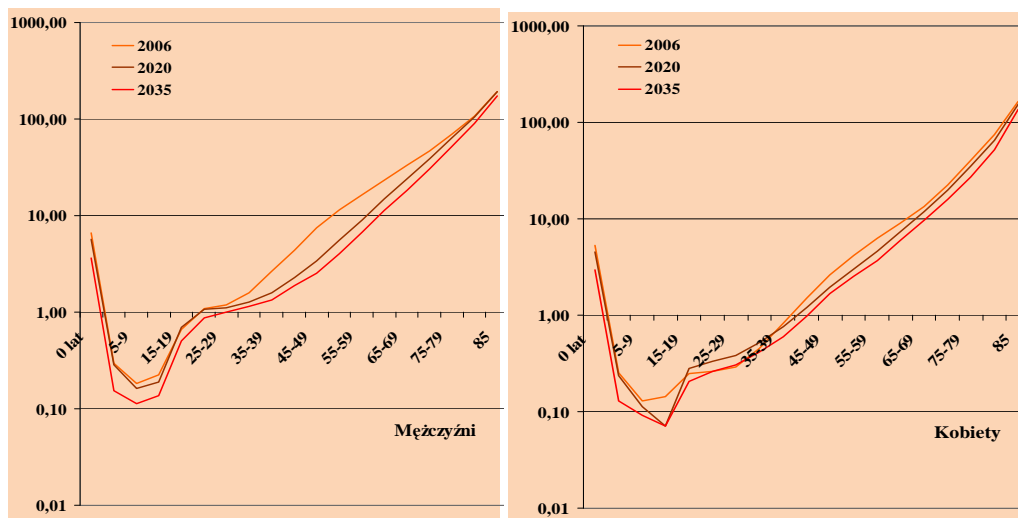
Wykres 10. Przeciętne trwanie życia w latach 2007–2035



Źródło: GUS.

Za przyjęciem takiego założenia przemawiają utrzymujące się problemy z restrukturyzacją służby zdrowia, słabym dostępem do usług medycznych i opiekuńczych, emigracją zarobkową wykwalifikowanych pracowników służby zdrowia, co w sytuacji starzejącego się społeczeństwa jest czynnikiem hamującym znaczącą poprawę wskaźników umieralności. Mimo korzystnych – jak wykazują badania – zmian w trybie życia Polaków, nadal wysoki odsetek osób pali papierosy, rośnie spożycie alkoholu, znaczna liczba osób zmagających się z nadwagą, co ma również negatywny wpływ na poziom umieralności.

Wykres 11. Współczynniki zgonów ludności wg wieku do 2035 roku wg przyjętego wariantu

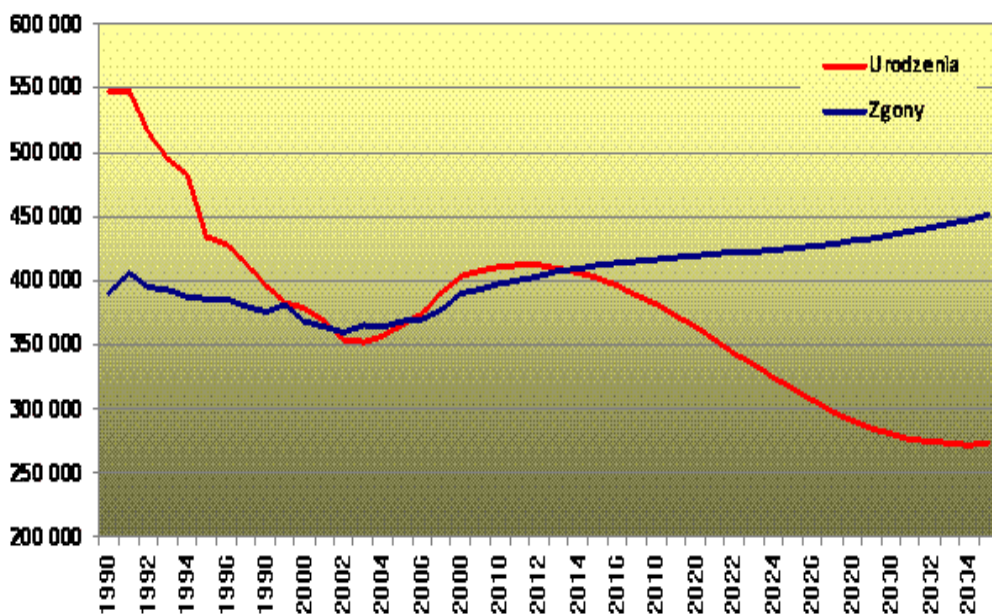


Źródło: Prognoza ludności..., op.cit., s. 55.

Zgodnie z założeniami, największe zmiany w natężeniu zgonów przewiduje się wśród mężczyzn w wieku 40–64 lat, zaś wśród kobiet w wieku 50–59 lat oraz w najmłodszych rocznikach. W 2035 roku prognozowane przeciętne dalsze trwanie życia mężczyzn wzrośnie do 77,1 lat (o 6,1 lat w porównaniu z 2007 r.), zaś kobiet do 82,9 (o ponad 3 lata). Różnica między przeciętnym dalszym trwaniem życia kobiet i mężczyzn z obecnych 8,7 lat zmniejszy się do 5,8 lat (wykres 3). Zatem nadal będzie utrzymywać się nadumieralność mężczyzn, jednak jej skala będzie znacznie mniejsza. W efekcie tak przyjętych założeń dotyczących natężenia zgonów oraz przeciętnego trwania życia, a także dalszego procesu starzenia się społeczeństwa polskiego, praktycznie w całym okresie objętym prognozą będzie zwiększać się liczba zgonów w skali kraju (do ponad 450 tys. w 2035 roku). Liczba zgonów będzie więc większa niż liczba urodzeń, a tym samym począwszy od połowy przyszłej dekady wystąpi ujemny przyrost naturalny i to w skali systematycznie się powiększającej – do końca prognozowanego okresu.

Przyjęte założenia dotyczące dzietności i umieralności ludności Polski w perspektywie do 2035 roku będą skutkować zmianami w liczbie urodzeń i zgonów, które zobrazowano na wykresie 12.

Wykres 12. Urodzenia i zgony w latach 1990–2007 oraz prognoza na okres 2008–2035



Źródło: GUS.

O liczbie ludności oraz o przestrzennym jej rozmieszczeniu decydują także wewnętrzne i zagraniczne migracje ludności. Przy zmieniających się w Polsce wzorcach migracji, głównie malejącym natężeniu migracji wewnętrznych oraz zwiększającej się liczbie czasowych migracji zagranicznych i zdecydowanej przewadze liczby emigrantów nad imigrantami, przewidywanie przyszłych ruchów migracyjnych jest niezwykle trudne. Zależą one bowiem od wielu czynników, głównie związanych z sytuacją społeczno-gospodarczą i warunkami życia ludności w Polsce i w krajach docelowej emigracji Polaków. Mogą one zmieniać siłę swojego oddziaływania w stosunkowo krótkim czasie, przez to uznawane są za najbardziej niestabilny czynnik determinujący przyszłą sytuację ludnościową. Polska jest właśnie w takim okresie, co oznacza, że założenia dotyczące migracji stanowią najbardziej niepewny element prognozy.

Tablica 9. Założenia prognostyczne dla Polski na lata 2008–2035

Założenia	2010	2015	2020	2025	2030	2035
Współczynnik dzietności ogólnej						
Miasto	1,28	1,36	1,4	1,42	1,43	1,44
Wieś	1,47	1,49	1,49	1,48	1,47	1,46
Średni wiek rodzenia						
Miasto	29,13	29,75	30,24	30,61	30,85	30,97
Wieś	28,49	29,03	29,5	29,91	30,25	30,53
Przeciętne dalsze trwanie życia						
Mężczyźni	71,4	72,3	73,4	74,6	75,8	77,1
Kobiety	79,8	80,2	80,8	81,5	82,2	82,9
Migracje wewnętrzne definitywne (na pobyt stały) w tys.						
Miasto						
Napływ	287,4	288,0	241,4	241,4	241,4	241,4
Odpływ	324,0	307,0	245,4	245,4	245,4	245,4
Wieś						
Napływ	245,6	222,0	178,6	178,6	178,6	178,6
Odpływ	209,1	203,0	174,6	174,6	174,6	174,6
Migracje zagraniczne definitywne (na pobyt stały) w tys.						
Miasto						
Imigracja	13,4	16,5	21,5	21,5	21,5	21,5
Emigracja	28,8	24,0	14,4	14,4	14,4	14,4
Wieś						
Imigracja	4,9	6,0	8,5	8,5	8,5	8,5
Emigracja	11,2	9,6	5,6	5,6	5,6	5,6

Źródło: GUS.

Należy także podkreślić, że założenia dotyczące migracji, zarówno wewnętrznych, jak i zewnętrznych, dotyczą pobytu (przemieszczeń) na stałe. W przypadku migracji wewnątrz krajowych przyjęto założenie, że do roku 2020 ich skala zarówno w miastach, jak i na wsi nadal będzie się zmniejszać. Po tym okresie założono stabilizację rozmiarów migracji wewnętrznych jednakże z większą liczbą przemieszczeń w przypadku ludności w miastach. W całym okresie objętym prognozą założono jednak ujemne saldo migracji w miastach oraz dodatnie saldo migracji na wsi (tabl. 1). Przebieg migracji – zgodnie z założeniami – będzie różny w poszczególnych województwach. Należy także pamiętać, że strumienie migracji wewnętrznych w dużym stopniu zależą od koncepcji przestrzennego zagospodarowania kraju i rzeczywistego przebiegu tych procesów na różnych obszarach kraju.

Jeżeli chodzi natomiast o definitywne migracje zagraniczne, to ich skala jest niewielka i zgodnie z założeniami tak będzie prawie do końca prognozowanego okresu. Do połowy przyszłej dekady zakłada się stosunkowo niewielkie ujemne saldo migracji zagranicznych zarówno w miastach, jak i na wsi, a po tym okresie wystąpi prawdopodobnie dodatnie saldo migracji, a więc większa będzie liczba imigrantów do Polski niż emigrantów z Polski (tabl. 9). Z całą pewnością inną będzie skala oraz prawidłowości migracji zagranicznych na pobyt czasowy, ale ten typ migracji nie był uwzględniony w najnowszej prognozie demograficznej (w wariantcie obecnie upowszechnianym).

3. Cechy przyszłego rozwoju demograficznego Polski

Systematyczny ubytek liczby ludności. Przy powyższych założeniach, uznanych za najbardziej realne, wystąpi zdecydowane spowolnienie oraz zróżnicowanie – w poszczególnych okresach pięcioletnich – tempa rozwoju ludności Polski. W perspektywie najbliższych 26 lat, czyli do 2035 roku, liczba ludności Polski będzie się systematycznie zmniejszać, przy czym tempo tego spadku będzie coraz wyższe wraz

z upływem czasu⁵ (tabl. 2.). Przewiduje się, że w 2010 roku ludność Polski osiągnie prawie 38 092 tys. osób, w 2020 – ok. 37 830 tys., zaś w 2035 roku – ok. 35 993 tysięcy. Podobny stan ludności wystąpił w Polsce w latach 1981–1982, kiedy to był obserwowany ostatni boom urodzeń.

Ubytek liczby ludności w stosunku do 2007 r. wyniesie w końcu horyzontu prognozy ponad 2,1 mln osób, co oznacza 5,6% ludności mniej. Pierwsze lata prognozy przyniosą niewielki spadek – poniżej 10 tys. osób rocznie; znaczące zmiany rozpoczną się po 2015 roku. W latach 2008–2015 liczba ludności Polski zmniejszy się o około 100 tys. osób, a w pięcioleciu 2016–2020 ubytek liczby ludności wyniesie ponad 186 tys. W kolejnych pięcioleciach liczba ludności będzie maleć w coraz większym tempie aż do największego ubytku w latach 2031–2035, który – zgodnie z prognozą – przekroczy 800 tys. Te zamiany w liczbie ludności robią wrażenie i nie mogą być obojętne dla obecnej i przyszłej polityki społecznej i gospodarczej naszego kraju.

Tablica 10. Prognozowane stany ludności oraz dynamika zmian w latach 2007–2035

Lata	Liczba ludności (stan w końcu okresu) (w tys.)	Dynamika zmian w stosunku do poprzedzającego okresu (w %)	Przyrosty/ ubytki ludności (w tys.)
2007	38115,6	-0,03	-10,0
2008	38107,4	-0,02	-8,2
2009	38100,7	-0,02	-6,8
2010	38092,0	-0,02	-8,7
2011	38081,7	-0,03	-10,2
2012	38069,1	-0,03	-12,6
2013	38056,0	-0,03	-13,1
2014	38037,1	-0,05	-18,9
2015	38016,1	-0,06	-21,1
2016–2020	37829,9	-0,12	-186,2
2021–2025	37438,1	-0,26	-391,8
2026–2030	36796,0	-0,43	-642,1
2031–2035	35993,1	-0,55	-803,0

Dla 2007 roku dane rzeczywiste.

Źródło: GUS.

Zmiany w liczbie ludności będą przebiegać odmiennie w miastach i na obszarach wiejskich (tabl. 11). W miastach będziemy obserwować nieustanny ubytek ludności do 2035 r. do poziomu 21,2 mln, czyli w całym prognozowanym okresie liczba ludności miejskiej zmniejszy się o ponad 2 mln osób. Z kolei na terenach wiejskich liczba mieszkającej tam ludności będzie się zwiększać do 2022 roku (102,6% stanu z końca 2007 r.), po czym przez kilkanaście następnych lat przewiduje się niewielki jej spadek. W 2035 liczba ludności zamieszkującej obszary wiejskie będzie tylko nieznacznie mniejsza od stanu z końca 2007 roku. Zgodnie z tą prognozą w Polsce nastąpi spowolnienie procesu urbanizacji kraju. Będzie obserwowany ubytek liczby ludności mieszkającej w miastach; zmniejszy się także jej odsetek. Ten proces będzie następował praktycznie w całym prognozowanym okresie. O ile w końcu 2008 r. ludność w miastach będzie stanowić – zgodnie z prognozą – 61,2% ludności kraju, to w 2035 r. odsetek ten zmniejszy się do poziomu 58,9%.

Przebieg zmian stanu i dynamiki ludności na obszarach miejskich i wiejskich wynika w dużej mierze ze zróżnicowania zachowań demograficznych mieszkańców miast i wsi. Obserwowane od kilku lat przemieszczenia ludności z miast na obszary podmiejskie są dodatkowym czynnikiem, który będzie miał wpływ na różny przebieg procesów demograficznych w miastach i na wsi.

⁵ Podstawą prognostycznych obliczeń był stan ludności według płci, wieku i województw w dniu 31.12.2007 r., w podziale administracyjnym obowiązującym w dniu 31 grudnia 2007 roku. Prognoza została opracowana oddzielnie dla każdego województwa z wyłączeniem obszarów miejskich i wiejskich, a wyniki dla Polski stanowią sumę stanów ludności w poszczególnych województwach. Założenia prognostyczne w zakresie ruchu naturalnego oraz migracji wewnętrznych i zagranicznych zostały opracowane na poziomie poszczególnych województw z uwzględnieniem procesu konwergencji w bardziej lub mniej odległej perspektywie.

Tablica 11. Prognoza liczby ludności według ekonomicznych grup wieku w wybranych latach 2005–2035 (w tys.)

Grupy wieku	2005	2008	2010	2015	2020	2025	2030	2035
Polska								
Ogółem	38157,1	38107,4	38092,0	38016,1	37829,9	37438,1	36796,0	35993,1
0–17	7863,8	7337,1	7107,5	6918,0	6959,4	6816,5	6252,6	5632,1
18–59/64	24405,0	24584,0	24570,5	23717,7	22502,6	21624,9	21254,3	20739,3
18–44	15250,9	15283,4	15293,7	15005,0	14072,0	12822,5	11624,1	10834,2
45–59/64	9154,1	9300,7	9276,8	8712,7	8430,6	8802,4	9630,2	9905,1
60+/65+	5888,2	6186,3	6413,9	7380,3	8367,9	8996,7	9289,1	9621,7
Miasta								
Razem	23423,7	23257,0	23145,5	22897,7	22649,7	22299,0	21799,5	21215,1
0–17	4354,1	4055,2	3945,9	3903,7	3974,6	3897,7	3577,6	3234,1
18–59/64	15450,1	15314,9	15119,9	14191,3	13230,4	12650,5	12418,8	12085,6
18–44	9426,8	9342,6	9269,5	8954,3	8294,2	7463,6	6711,3	6266,8
45–59/64	6023,3	5972,3	5850,4	5237,1	4936,2	5186,9	5707,6	5818,8
60+/65+	3619,5	3886,9	4079,7	4802,7	5444,7	5750,8	5803,1	5895,3
Wieś								
Razem	14733,3	14850,4	14946,5	15118,4	15180,2	15139,1	14996,5	14778,0
0–17	3509,7	3281,9	3161,6	3014,3	2984,8	2918,7	2675,0	2398,0
18–59/64	8954,9	9269,1	9450,6	9526,4	9272,2	8974,4	8835,5	8653,6
18–44	5824,1	5940,7	6024,2	6050,8	5777,8	5358,9	4912,8	4567,4
45–59/64	3130,8	3328,4	3426,4	3475,6	3494,4	3615,5	3922,6	4086,3
60+/65+	2268,7	2299,4	2334,2	2577,7	2923,2	3245,9	3486,1	3726,3

Źródło: GUS.

Najnowsza prognoza demograficzna GUS, mimo zapowiedzi niekorzystnych trendów w rozwoju ludności Polski, jest bardziej optymistyczna niż poprzednia prognoza opracowana w 2003 r. i obejmująca lata 2003–2030. Jako dane wyjściowe wykorzystano wówczas wyniki spisu ludności z 2002 r. oraz przyjęto założenie perspektywicznego rozwoju demograficznego wynikające z ówczesnych prawidłowości procesów ludnościowych. Przypomnijmy zatem, że według wyników prognozy z 2003 r. liczba ludności Polski w 2030 r. miała zmniejszyć się do prawie 35,7 mln osób (według obecnej prognozy do poziomu 36,8 mln osób), a więc ubytek liczby ludności byłby jeszcze większy niż wynika to z najnowszej prognozy. Wyniki obecnej prognozy w porównaniu z poprzednią są korzystniejsze wyłącznie dla ludności miejskiej (w 2030 roku w miastach miało być 20,5 mln osób, a w świetle obecnej prognozy – 21,8 mln osób), najnowsza prognoza przewiduje bowiem dla obszarów wiejskich tylko nieznacznie mniejszą liczbę ludności w 2030 r. w porównaniu z prognozą wcześniejszą.

Przewidywane zmiany w liczbie ludności do 2035 roku są efektem przede wszystkim zmian w poziomie przyrostu naturalnego (różnica między liczbą urodzeń i zgonów). W początkowym okresie (do 2013 roku) korzystne kształtowanie się intensywności urodzeń na tle zgonów będzie sprzyjać wystąpieniu dodatniego przyrostu naturalnego. W kolejnych jednak latach – wraz z postępującymi niekorzystnymi zmianami w strukturze ludności według wieku, takim jak starzenie się społeczeństwa oraz zmniejszanie się liczebności kobiet w wieku rozrodczym – przewidywany jest coraz wyższy ujemny przyrost naturalny.

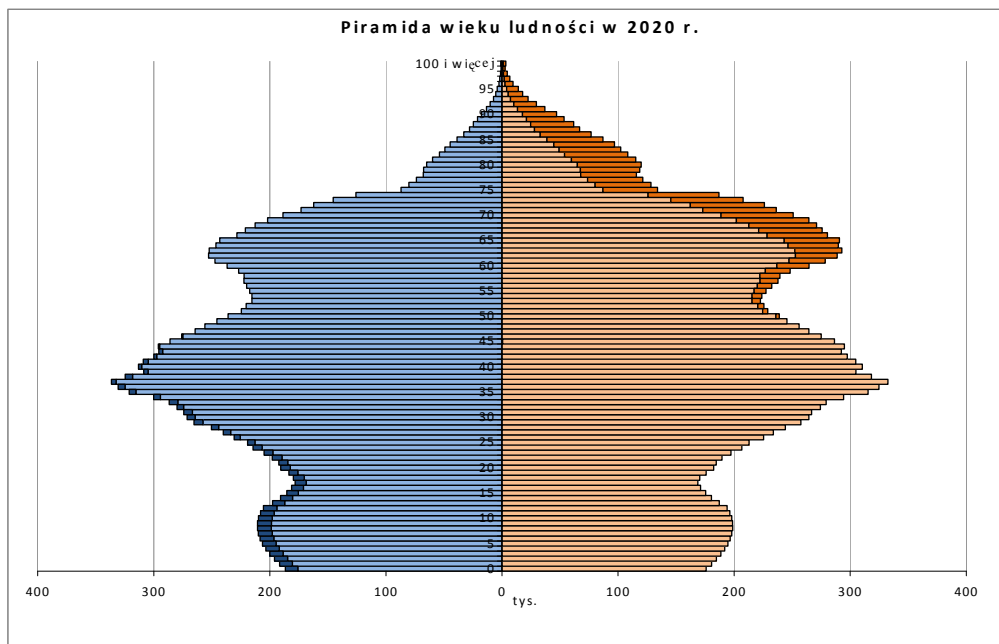
Nadwyżka zgonów nad urodzeniami w 2035 roku zbliży się do 180 tys. Będzie to konsekwencja malejących i bardzo niskich urodzeń oraz powolnego, ale systematycznego wzrostu liczby zgonów. Te same czynniki będą *także miały istotny wpływ na zmiany w prognozowanej strukturze ludności według wieku.*

Głębokie zmiany w strukturze ludności według wieku. Do 2035 roku najistotniejsze zmiany wystąpią w strukturze ludności według wieku. Będzie ona dynamicznie się zmieniać praktycznie w całym prognozowanym okresie. Zmiany te są konsekwencją demograficznego „falowania”, tj. pojawiania się na przemian wyżów i niżów demograficznych, których efekty nakładają się na siebie z różną siłą w kolejnych okresach. W mniejszym natomiast stopniu na tę strukturę oddziałują zmiany w rozmiarach definitywnych migracji zagranicznych, czyli migracji na pobyt stały⁶.

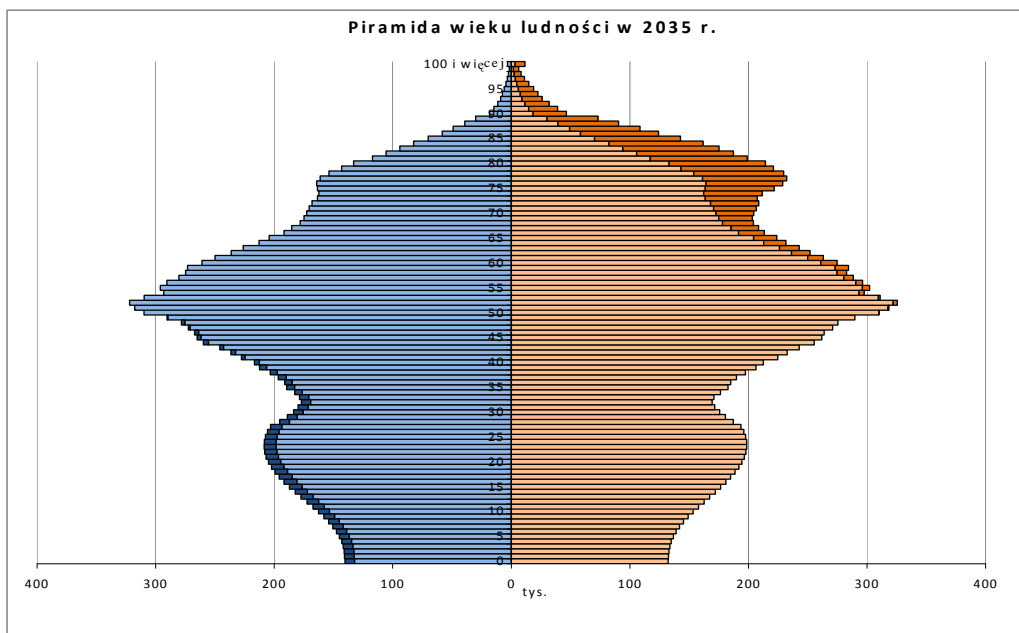
Czekające nas zmiany w strukturze ludności według wieku można określić jako przyśpieszoną kontynuację procesu starzenia się polskiego społeczeństwa. Znajdzie to odzwierciedlenie w coraz mniejszej liczbie i odsetku najmłodszych roczników, przesunięciu ludności w wieku średnim do starszych grup wieku oraz w systematycznym zwiększaniu się liczby oraz odsetka ludności starszej.

Zmiany w strukturze wieku ludności najlepiej zobrazować na wykresach zwanych piramidami wieku (wykres 13). O ile struktura ludności według wieku w 2007 roku ma kształt zbliżony do piramidy z rozszerzoną podstawą obrazującą zwiększającą się w ostatnich latach liczbą urodzeń, to dla kolejnych wybranych lat (dla ilustracji uwzględniono lata 2020 oraz 2035) kształt tego wykresu coraz bardziej oddala się od klasycznej piramidy. Maleje bowiem liczba urodzeń, w wyniku czego zwęża się podstawa piramidy, a zwiększa się liczba ludności w starszych rocznikach wieku poszerzając górną jej część. W rezultacie maleje odsetek ludności w młodszych grupach wieku, a zwiększa się udział ludności starszej. W dalszym ciągu będziemy więc doświadczać falowania zmian (w sensie przyrostu lub spadku liczby ludności) w poszczególnych rocznikach wieku ludności.

Wykres 13. Piramidy wieku ludności w latach 2020 oraz 2035



⁶ Prezentowane wyniki prognozy ludności dotyczą kategorii ludności faktycznej, a zatem nie uwzględniają zagranicznych migracji długookresowych. W najbliższym czasie GUS upowszechni wyniki prognozy dla kategorii ludności rezydującej, tj. przebywającej w Polsce przez okres co najmniej jednego roku.



Źródło: GUS.

Istotę zmian strukturalnych z punktu widzenia ich konsekwencji dla polityki społeczno-gospodarczej możemy ukazać w przekroju tzw. ekonomicznych grup wieku, które dzielą populację na osoby w wieku przedprodukcyjnym, produkcyjnym i poprodukcyjnym.

Tablica 12. Zmiany liczby ludności według wieku w latach 2007–2035 (w tys.)

Grupy wieku	2008	2009	2010	2011– –2015	2016– –2020	2021– –2025	2026– –2030	2031– –2035
Ogółem	-8,2	-6,8	-8,7	-75,9	-186,2	-391,8	-642,1	-803,0
0–2	38,2	32,8	22,4	-0,8	-98,1	-142,1	-116,0	-37,7
3–6	-0,1	20,2	37,2	159,0	-42,5	-154,8	-188,0	-125,7
7–12	-77,2	-75,3	-59,2	11,3	220,5	-59,3	-227,5	-276,2
13–15	-67,0	-56,8	-57,1	-183,3	30,8	109,2	-41,5	-121,9
16–18	-51,0	-66,7	-71,7	-273,7	-123,8	138,1	33,4	-79,5
18	-6,4	-14,3	-30,3	-97,9	-54,6	34,2	24,4	-20,6
19–24	-140,4	-131,1	-124,7	-553,7	-496,8	-185,0	231,5	49,7
0–17	-150,8	-131,5	-98,1	-189,5	41,5	-143,0	-563,9	-620,5
18–59/64	38,8	15,9	-29,4	-852,8	-1215,2	-877,6	-370,6	-515,0
18–44	16,0	14,6	-4,2	-288,7	-933,0	-1249,5	-1198,4	-789,9
45–59/64	22,8	1,3	-25,2	-564,1	-282,1	371,9	827,8	274,9
60+/65+	103,8	108,8	118,8	966,4	987,5	628,8	292,4	332,6
0–14	-84,1	-59,8	-31,2	49,1	124,3	-293,6	-566,1	-524,5
15–59	-115,1	-143,8	-191,3	-1265,3	-1293,8	-528,6	-339,0	-789,2
60+	190,9	196,8	213,8	1140,3	983,3	430,4	263,1	510,8
15–64	70,7	45,1	13,5	-901,0	-1334,7	-988,7	-427,3	-440,6
65+	5,2	7,9	9,1	776,0	1024,1	890,5	351,3	162,2
75+	51,3	49,3	48,6	147,7	-35,8	580,0	766,0	586,8
80+	56,8	55,3	61,8	173,6	78,6	-29,0	467,8	568,8
85+	36,0	32,3	38,1	148,8	83,1	41,9	-10,3	321,4
15–49 ^a	-88,2	-83,0	-79,3	-327,4	-331,5	-392,7	-519,8	-665,8

^a Zmiany dotyczą tylko kobiet.

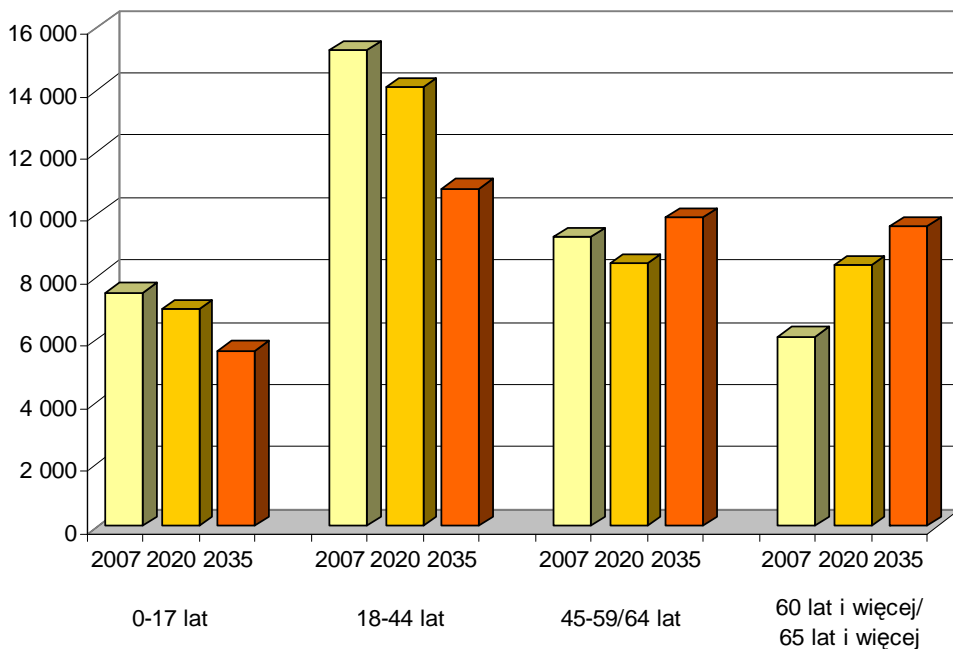
Źródło: GUS.

Najbardziej jednolite zmiany wystąpią w populacji osób w wieku poprodukcyjnym, gdyż przez cały prognozowany okres będzie się systematycznie zwiększać liczba tej ludności. Największy jej przyrost wystąpi w latach 2011–2015 i 2016–2020, gdyż łącznie o blisko 2 mln (dokładnie 1954 tys.). Będzie to okres wchodzenia w wiek poprodukcyjny generacji wyżu demograficznego z lat 50. W kolejnych pięcioleciach przyrost liczby ludności w wieku poprodukcyjnym nie będzie tak duży, ale nadal znaczący. W 2035 roku liczba ludności w wieku poprodukcyjnym przekroczy 9,6 mln i zwiększy się w porównaniu z 2007 r. o 3,5 mln. Osoby w wieku poprodukcyjnym będą wówczas stanowić 26,7% ogółu ludności Polski, co oznacza, że częściej niż co czwarty Polak będzie w wieku emerytalnym.

Przeciwnie tendencje będziemy obserwować wśród ludności w wieku produkcyjnym. Jej liczba w całym okresie prognozy będzie się systematycznie zmniejszać, z poziomu 24 545 tys. w 2007 r. do 20 739 tys. w 2035 roku. Ubytek liczby ludności w wieku produkcyjnym będzie więc ogromny i wyniesie prawie 3,8 mln, przy czym największy spadek będzie miał miejsce w pięcioleciu 2016–2020 (ok. 1,2 mln osób) oraz w pięcioleciach 2011–2015 (ok. 853 tys.) i 2021–2025 (ok. 878 tys.). Trzy kolejne pięciolecia po roku 2010 będą się więc charakteryzować największym ubytkiem ludności w wieku produkcyjnym (łącznie o ponad 2,9 mln osób.), co z pewnością nie pozostanie bez wpływu na kształtowanie sytuacji na rynku pracy, tym bardziej że znaczące zmiany strukturalne wystąpią także w strukturze wieku produkcyjnego ludności. Dotyczą one przesunięć ludności między wiekiem mobilnym (18–44 lata) i niemobilnym (45–60/65 i więcej). Ubytek liczby ludności będzie dotyczył przede wszystkim osób w wieku 18–44 i wyniesie w całym prognozowanym okresie aż 4433 tys., największy (2448 tys.) w dekadzie 2021–2030. W grupie osób w wieku niemobilnym liczba ludności zmniejszy się tylko w latach 2011–2020 (łącznie o 846 tys.), aby w kolejnych latach zwiększyć się dość znacząco (1475 tys.). W rezultacie wystąpi dość dynamiczne starzenie się ludności w wieku produkcyjnym, co dodatkowo może pogłębić problemy z podażą zasobów pracy w perspektywie 30 lat (wykres 14).

Stosunkowo najmniejsze zmiany wystąpią w populacji dzieci i młodzieży w wieku przedprodukcyjnym. Z demograficznego punktu widzenia nie będą to jednak zmiany korzystne, bowiem liczba ludności w wieku do 17 lat zmniejszy się z 7,5 mln w 2007 roku do 5,6 mln w 2035 roku, a więc o blisko 1,9 mln osób. W 2035 roku najmłodsze roczniki (osoby w wieku przedprodukcyjnym 0–17 lat) będą stanowiły zaledwie 15,6% ogółu ludności, co w porównaniu do 2007 roku oznacza spadek o 4 punkty procentowe.

Wykres 14. Ludność według ekonomicznych grup wieku w wybranych latach (w tys.)



Źródło: GUS.

W konsekwencji opisanych zmian w strukturze ludności według ekonomicznych grup wieku pogorszy się relacja pomiędzy poszczególnymi grupami wieku ludności; współczynnik obciążenia demograficznego ludności w wieku produkcyjnym ludnością w wieku nieprodukcyjnym zwiększy się z 56 w 2007 r. do 73 w 2035 roku.

Najbardziej prawdopodobne przeobrażenia w strukturze ludności według wieku spowodują więc:

- Postępujący proces starzenia się ludności Polski;
- Duży ubytek i starzenie się ludności w wieku produkcyjnym;
- Malejącą liczbę dzieci i młodzieży;
- Ubytek kobiet w wieku prokreacyjnym.

5. Najważniejsze wyzwania wynikające z rozwoju demograficznego

Przewidywane zmiany w liczbie i strukturze ludności Polski do roku 2035 będą miały istotne znaczenie dla koncepcji i zakresu polityki społecznej oraz dla priorytetów rozwoju społecznego kolejnych dekad tego wieku. Przede wszystkim należy zwrócić uwagę na systematyczny spadek liczby ludności naszego kraju. Wiemy już, że będzie to rezultat głównie niskiej dzietności rodzin, nie gwarantującej prostej zastępowalności pokoleń. Nadal więc aktualne jest pytanie, czy ten trend rozwoju ludności jest do zaakceptowania dla polskiego społeczeństwa, czy też należałoby zaktywizować pronatalistyczną politykę demograficzną bądź wzmocnić pronatalistyczne elementy polityki prorodzinnej. W warunkach dokonujących się przeobrażeń kulturowych i zmian systemu wartości, skuteczność poszczególnych instrumentów polityki demograficznej w krótkim okresie jest ograniczona. Jednakże długofalowa i konsekwentnie realizowana polityka społeczna sprzyjająca podejmowaniu decyzji prokreacyjnych ludności może przynieść pożądane efekty w przyszłości. Potrzebna jest jednak koncepcja takiej polityki, a następnie jej konsekwentna realizacja w praktyce. Brak woli realizacji takiej polityki oznacza, że godzimy się na kontynuację obserwowanych dotychczas trendów w zakresie dzietności i tempa rozwoju ludności Polski przez następne kilkadziesiąt lat.

Drugi niezwykle ważny obszar zadań wynikających z przewidywanych trendów demograficznych to polityka społeczna wobec osób starszych. Pierwsze ważne działania w tym zakresie zostały już podjęte wraz z wprowadzeniem reformy systemu emerytalnego, ale nie oznacza to rozwiązania wszystkich ważnych problemów i spełnienia oczekiwań przyszłego społeczeństwa, z blisko 10–milionową populacją osób starszych (w wieku poprodukcyjnym). A przecież ta populacja charakteryzuje się specyficznymi potrzebami w wielu dziedzinach, zwłaszcza w sferze ochrony zdrowia, opieki społecznej, integracji ze społeczeństwem itp. Dostrzeżenie potrzeb tej populacji nie powinno być interpretowane wyłącznie w kategoriach obciążenia społecznego, ale także jako szansa na rozwój usług społecznych, na złagodzenie trudnej sytuacji na rynku pracy, na urzeczywistnienie słusznych założeń o konieczności przenoszenia efektów rozwoju gospodarczego na rozwój społeczny.

Najbliższe lata stwarzają dość dogodne demograficzne uwarunkowania dalszego reformowania systemu edukacji w Polsce. Jak bowiem wynika z prognozy, w latach 2011–2015 liczba dzieci w wieku szkoły podstawowej zwiększy się zaledwie o 11 tys. i dopiero w kolejnym pięcioleciu będzie ich więcej o ponad 220 tys., aby w następnych latach systematycznie się zmniejszać. Z kolei liczba dzieci w wieku szkoły gimnazjalnej będzie znacząco malała do 2015 roku i dopiero w kolejnych dwóch pięcioleciach umiarkowanie się zwiększy. W przypadku młodzieży w wieku szkoły ponadgimnazjalnej jej liczebność będzie się zmniejszać do 2020 roku. Mamy więc prawo sądzić, że najbliższe kilka (kilkanaście) lat to okres ułatwiający poprawę warunków funkcjonowania i podniesienie na wyższy poziom edukacji w naszym kraju. Mamy na myśli przede wszystkim możliwości poprawy sytuacji materialnej całego systemu szkolnictwa oraz lepszego dostosowania infrastruktury szkolnej do potrzeb edukacyjnych różnych grup ludności, a zwłaszcza zlikwidowania lub złagodzenia różnic regionalnych.

Szczególnie dynamiczne zmiany wystąpią wśród ludności w wieku produkcyjnym. W istocie będą one ułatwiać rozwiązywanie problemu bezrobocia z uwagi na malejącą presję demograficzną na rynek pracy. Pojawi się jednak inna trudność w sytuacji na rynku pracy, a mianowicie potencjalny niedobór podaży zasobów pracy związany z ogromnym ubytkiem ludności w wieku produkcyjnym. Działania zaradcze

powinny być już planowane, a głównym ich kierunkiem powinno być zwiększenie aktywności zawodowej ludności naszego kraju i to nie tylko w wieku produkcyjnym. W wielu krajach, poszukując dodatkowych rąk do pracy, stwarza się odpowiednie możliwości (warunki) do kontynuowania pracy także po osiągnięciu wieku emerytalnego. Takiej potrzeby nie odczuwamy jeszcze w Polsce, ale biorąc pod uwagę czekające nas zmiany demograficzne, należy przewidywać, że pojawi się ona stosunkowo szybko. Z tego względu planowane działania zmierzające do zwiększenia aktywności zawodowej osób w wieku 50+ są godne wsparcia i sprzyjają nie tylko realizacji bieżących potrzeb, ale odpowiadają także na demograficzne uwarunkowania rynku pracy w perspektywie najbliższych kilkunastu lat. Poza zwiększeniem poziomu aktywności zawodowej kolejnym kierunkiem działania w czekającej nas sytuacji demograficznej powinno być wdrożenie odpowiednich technologii oszczędzających pracę ludzką.

W podsumowaniu warto raz jeszcze podkreślić ogromne znaczenie zmian sytuacji ludnościowej dla programowania przyszłego społeczno-ekonomicznego rozwoju. Dla większości obszarów tej polityki przeszłe trendy demograficzne są już całkowicie lub w dużej części przesądzone i tylko w niewielkim stopniu mogą ulec modyfikacji. Dotyczy to przede wszystkim procesu starzenia się ludności i wynikających z tego faktu zadań dla polityki społecznej wobec starszych osób. W dużym stopniu przesądzone są także przyszłe zmiany w liczbie i strukturze ludności w wieku produkcyjnym, które będą rzutować na przyszłą sytuację na rynku pracy. Najmniej pewne są przewidywane zmiany w liczbie ludności w wieku przedprodukcyjnym i stąd zadania dla polityki edukacyjnej mogą ulec większym modyfikacjom. Wyniki najnowszej prognozy stanowią wystarczająco dobrą przesłankę dla opracowania ogólnych programów społeczno-gospodarczego rozwoju Polski na najbliższe kilkanaście, a nawet kilkadziesiąt lat.

Literatura:

Gołata E., 1995, *Płodność i małżeństwo w Polsce w okresie transformacji społeczno-gospodarczej*, „Studia Demograficzne”, nr 3(121).

Gołata E., 1996, *Selected demographic processes and the labour market in Poland in the period of socio-economic transition*, „Studia Demograficzne”, nr 1–2(123–124), PAN, KND, s. 83–96.

Kotowska E.I., 1995, *Inequalities in the labour market in Poland and their possible demographic effects*, „Studia Demograficzne”, nr 3(121).

Kotowska E.I., Witkowski J., 1996, *Labour market developments and demographic processes in countries making transition to a market economy*, „Studia Demograficzne”, nr 1–2(123–124), PAN KND, s. 55–81.

Kowalska A., Witkowski J., 1992, *The quality of natural environment and mortality (based on the example major cities in Poland)*, „Polish Population Review”, No. 2, p. 48–57.

Kowalska A., Witkowski J., 1995, *Professional life of the school-leavers in the period of transition in Poland*, „Monitoring Rynku Pracy”, GUS, Warszawa.

Kuciarska-Ciesielska M., Marciniak G., Stańczak J., 1996, *Dzieci w Polsce, Notatka Informacyjna*, GUS, Departament Badań Demograficznych, Warszawa, s. 7–11.

Macura M., 1995, *Fertility and Nuptiality Changes in Central and Eastern Europe: 1982–1993*, „Studia Demograficzne”, nr 2(122).

Maksimowicz Ajchel M., 1993, *Changes of Mortality Pattern in Poland*, „Studia Demograficzne”, nr 4 (114).

Okólski M., 1994, *Migracje zagraniczne w Polsce w latach 1980–1989. Zarys problematyki badawczej*, „Studia Demograficzne”, nr 3 (117), s. 34.

Paradysz J., 1996, *Remarks on generation replacement in countries in transition*, „Studia Demograficzne”, nr. 1–2(123–124), PAN KND, s. 121–127.

Prognoza ludności na lata 2008–2035, 2009, GUS, Departament Badań Demograficznych, Warszawa.

E. Rosset, *Demografia Polski*, PWN, Warszawa 1975.

Strzelecki Z., Witkowski J., 1994, *Rynek pracy w Polsce a procesy migracyjne*, w: *Migracja jako społeczne i ekonomiczne zjawisko w procesie transformacji ustrojowej w Polsce na tle integracji europejskiej*, OECD, MPiPS, IPiSS, Warszawa.

Strzelecki Z., Kucińska M., 2006, *Żywiolowe rozprzestrzenianie się metropolii warszawskiej*, w: *Żywiolowe rozprzestrzenianie się miast. Narastający problem aglomeracji miejskich w Polsce*, pr. zb. pod red. S. Kozłowskiego, KUL, PAN, „Studia nad zrównoważonym rozwojem”, t. II, Białystok-Lublin-Warszawa.

Sytuacja demograficzna Polski. Raport 1996, 1996, Rządowa Komisja Ludnościowa, Warszawa.

Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2007–2008, 2008, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa.

Tabeau E., 1996, *Mortality in Poland in 1989–1993: A response to economic reforms?*, „Studia Demograficzne”, nr 1–2(123–124), PAN, KND.

Witkowski J., Nowak L., Waligórski M., 2008, *Przyszłość demograficzna Polski w świetle najnowszej prognozy ludności*, „Kontrola Państwowa”, nr 6.

Witkowski J., 1992, *Recent studies on migration in Poland*, „Materialien zur Bevölkerungswissenschaft“, Heft 75, Federal Institute for Population Research, Wiesbaden.

Witkowski J., 1994, *Labour market in Poland in 1994. New trends, old problems*, GUS, Warszawa.

Witkowski J., 1995, *Unemployment in Poland in the period of transition*, In: *Unemployment and Evolving Labor Markets in Central and Eastern Europe*, ed. by M.Jackson, J.Koltay and W.Biesbrouck, Aldershot, Avebury, p. 123–182.

3. BADANIA NAUKOWE PODSTAWĄ PRAC RRL

Prof. dr hab. Józefina Hrynkiewicz

POLITYKA SPOŁECZNA WOBEC SYTUACJI DEMOGRAFICZNEJ KRAJU

Polityka społeczna jako dyscyplina naukowa i działalność praktyczna swoje programy powinna opierać na dogłębnej znajomości stanu i struktury ludności oraz na wynikach analizy zjawisk i procesów ludnościowych. Przyjęcie sytuacji demograficznej za punkt wyjścia do programowania celów i zadań polityki społecznej może pozwolić na przyjmowanie długofalowych programów, obejmujących swoim zasięgiem zarówno obecną, jak i następną pokolenia. Z przebiegu zjawisk i procesów wynikają zadania dla wszystkich podstawowych dziedzin polityki społecznej państwa i zadań polityki społecznej przekazanych samorządom lokalnym. W takim ujęciu polityka społeczna może wspierać zadania polityki ludnościowej i z odpowiednim wyprzedzeniem projektować rozwiązania tworzące warunki do realizacji celów i zadań polityki ludnościowej.

Jeżeli polityka społeczna, projektując rozwiązywanie problemów, przyjmuje za punkt wyjścia stan i strukturę ludności oraz przewidywane w prognozach kierunki zmian sytuacji ludnościowej, może wówczas z odpowiednim wyprzedzeniem tworzyć warunki społeczno-ekonomiczne i prawne pozwalające unikać potencjalnych zagrożeń lub zmniejszać negatywne skutki zmian demograficznych. W polityce społecznej można zaprojektować rozwiązania i wdrożyć rozwiązania najlepiej służące realizacji wyznaczonych celów społecznych i przeciwdziałające potencjalnym zagrożeniom. W takim ujęciu polityka społeczna staje się tym, czym być powinna – instrumentem kształtującym warunki odpowiednio do realizacji koncepcji rozwoju społecznego oraz sprzyjające rozwojowi ekonomicznemu. Polityka społeczna, która nie tworzy pożądanych warunków rozwoju, lecz jedynie reaguje na powstające problemy społeczne, zmienia bieżący program interwencji społecznej. Skupia wówczas swoje wysiłki i środki na rozwiązywaniu bieżących problemów, ulegając naciskom oraz koniunkturze politycznym i ideologicznym. W ten sposób zbliża się w swoim działaniu do koncepcji pomocy społecznej, stając się w istocie programem doraźnych interwencji społecznych, reagującym na powstające zagrożenia.

W szczegółowych politykach społecznych – rodzinnej, edukacji, zatrudnienia, ochrony zdrowia, ubezpieczenia społecznego, mieszkaniowej czy rozwoju regionalnego – punktem wyjścia do projektowania wielkości zadań powinna być aktualna i prognozowana sytuacja demograficzna.

Polityka społeczna jako dyscyplina naukowa, jeśli przyjmujemy definicję K. Krzeczковского, „*bada zmiany zachodzące w strukturze społecznej pod wpływem celowej działalności grup społecznych oraz ciał publicznych i szuka sposobów najbardziej celowego przeprowadzenia tych zmian*”¹. Podstawą projektowania zmian w strukturze społecznej mogą być wyniki badań. Realistycznie projektowane zmiany w strukturze społecznej muszą brać za punkt wyjścia ustalenia diagnozy i prognozy sytuacji demograficznej, bez której polityka społeczna staje się zbiorem mniej lub bardziej utopijnych pomysłów na „*ogólne szczęście ludzkości*”. Staje się albo doraźną interwencją, albo społeczną utopią opartą na wyobrażeniach „*marzycieli społecznych o dobrym społeczeństwie*”.

Polityka społeczna jako praktyka życia społecznego skierowana jest na przeprowadzenie celowych zmian w strukturze społecznej przez państwo i inne podmioty publiczne. Nie jest zatem działaniem żywiołowym, przypadkowym, lecz działalnością zaplanowaną, tzn. posiadającą określone cele i środki realizacji; działalnością, u podłoża której znajdują się zawsze określone, ważne dla danego społeczeństwa (i czasu) wartości. Trzeba przypomnieć, że podstawą każdej polityki społecznej jako praktyki społecznej jest powszechnie przyjęty system wartości wyrastający z przyjętych norm, wierzeń, tradycji, idei, historii, doświadczeń, dążeń. W takim ujęciu polityka społeczna, oparta na solidnej diagnozie opracowanej na podstawie wyników zrealizowanych badań i analiz, będzie formułowała i wskazywała zasady działania oraz racjonalne sposoby realizacji zamierzonych zmian w strukturze społecznej. Będzie też dokonywać oceny przeprowadzonych zmian porównując je z zamierzonym celem i projektem zmian (na podstawie wyników monitorowania zmian i ewaluacji).

Realizowane programy polityki społecznej mają istotny wpływ pośredni lub bezpośredni na sytuację ludnościową, na procesy i zjawiska stanowiące przedmiot zainteresowania demografów. Polityka społeczna może sprzyjać osiągnięciu założonych i pożądanych celów w polityce ludnościowej, utrudniać je lub wręcz przeciwdziałać ich osiągnięciu.

¹ K. Krzeczkowski, *Problematyka polityki społecznej*, w: *Polityka społeczna. Wybór pism*, Łódź 1947, s. 5–25.

Zasadniczy problem, który zamierzam rozważyć w moim wystąpieniu, zawiera się w pytaniu: czy i w jakim zakresie podstawą programowania polityki społecznej w Polsce – jako praktyki społecznej – jest obecna i prognozowana sytuacja ludnościowa? Jakie rezultaty osiąga polityka społeczna w realizacji zadań polityki ludnościowej definiowanej jako „(...) *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 biologiczną ciągłość narodu i zrównoważony rozwój społeczno-ekonomiczny i ekologiczny. Współczesna polityka ludnościowa wpływa na kształtowanie procesów ludnościowych pośrednio i bezpośrednio, poprzez stosowanie odpowiednich instrumentów polityki społecznej (...) gospodarczej, ekologicznej i migracyjnej, odpowiednich dla pożądanego przebiegu tych procesów*”².

Przyjęcie powyższych definicji oznacza, że głównym podmiotem polityki społecznej i polityki ludnościowej jest państwo, gdyż tylko państwo może tworzyć i stosować w szerokim zakresie narzędzia prawne, ekonomiczne, instytucje publiczne, narzędzia edukacyjne i kadrowe. Państwo może formułować i nakładać zadania na poszczególne podmioty, pozyskiwać i dzielić środki materialne, przeznaczając je na określone cele. Wreszcie państwo ma instrumenty egzekwowania ustanowionego prawa. To państwo wskazuje zadania, które mają realizować poszczególne podmioty (centralne, lokalne, publiczne, niepubliczne). Państwo w swojej polityce podziału dochodu społecznego zapewnia (lub nie) odpowiednie środki i warunki, aby zadania polityki społecznej i ludnościowej realizowano zgodnie z zamierzonym celem.

Stan i struktura ludności oraz przebieg procesów i zjawisk demograficznych są w dłuższym czasie obiektywnym sprawdzianem (miarą) trafności i skuteczności działania polityki społecznej. Powstawanie i funkcjonowanie rodzin, poziom rozrodczości, poziom życia rodzin i warunki wychowania potomstwa, poprawa stanu zdrowia ludności, ograniczanie umieralności, kształtowanie optymalnego stanu i struktury ludności oraz przebieg procesów migracyjnych wyznaczają obiektywne kryteria oceny polityki społecznej. Obserwacja kierunków bieżących zmian w sytuacji ludnościowej stanowi ważne narzędzie oceny skuteczności realizowanych programów polityki społecznej i wprowadzania do tych programów koniecznych zmian.

Chciałabym skupić się na wskazaniu kilku zagadnień dotyczących realizowanej w Polsce polityki społecznej. W przeprowadzonej analizie biorę pod uwagę to, że ogólnym celem polityki społecznej realizującej (lub wspierającej) zadania polityki ludnościowej jest także systemowe budowanie spójności społecznej, zapobieganie marginalizacji i wykluczeniu społecznemu oraz tworzenie warunków zrównoważonego rozwoju społeczno-ekonomicznego.

Rodzina dla oceny obecnej i prognozowanej sytuacji demograficznej ma znaczenie zasadnicze. Jest ona także główną grupą (instytucją i podmiotem) zainteresowania polityki ludnościowej. Tworzenie warunków prawnych, ekonomicznych i społecznych dla kształtowania i rozwoju rodzin oraz dla wychowania potomstwa jest jednym z zasadniczych celów polityki społecznej i ludnościowej. W sferze świadomości społeczeństwa polskiego w postrzeganiu i ocenie wartości oraz znaczenia rodziny nie zaszły w okresie transformacji daleko idące zmiany³. Politycy i ich eksperci formułujący programy polityki społecznej w Polsce bez wątplenia znają wyniki wielu badań socjologicznych wskazujących na niezmienną wielką wagę i zasadnicze znaczenie rodziny, wartości rodzinnych, szczęścia rodzinnego w systemie wartości polskiego społeczeństwa. Dlatego też hasło polityki rodzinnej (prorodzinnej) towarzyszyło w Polsce wielu (niemalże wszystkim) kampaniom wyborczym i wszystkim partiom ubiegającym się o sprawowanie władzy.

Oceniając kierunki zmian w polityce społecznej oraz realizowane programy, można jednak stwierdzić, że zbadane przez socjologów jakościowe przemiany i udokumentowana statystycznie wielkość i wielość procesów zmian w polskich rodzinach nie stanowiły (i nie stanowią) podstawy do programowania przełomu w polityce społecznej na szczeblu zarówno państwa, jak i samorządów regionalnych i lokalnych.

² *Założenia polityki ludnościowej*, RRL, Warszawa 2005 (gdzie szerzej omówione są cele i zakres polityki ludnościowej).

³ System wartości polskiego społeczeństwa, wartości i normy są przedmiotem wielu badań. W badaniach CBOS („Wartości i normy w życiu Polaków”, sierpień 2005 r.) rodzinę i szczęście rodziny jako wartość dla badanych najważniejszą wskazało 84% badanych. W komentarzu do wyników badań socjologowie CBOS stwierdzają, że „(...) w hierarchii bezkonkurencyjnie najistotniejszą wartością okazuje się szczęście rodzinne doceniane przez 84% badanych”. Problemy zmian rodziny są przedmiotem wielu badań (w Polsce m.in. badania IPISS) prowadzonych w różnych krajach oraz badań porównawczych prowadzonych przez międzynarodowe zespoły badaczy (np. projekt: „Welfare State and Family Change in Comparative Perspective”). Polityka rodzinna i ludnościowa jest też przedmiotem działań wielu programów rządowych i międzynarodowych.

Polityka rodzinna (prorodzinna) skupiała się na niektórych wybieranych według niejasnych kryteriów zagadnieniach, nie stanowiąc w żadnym z kolejnych okresów transformacji spójnego programu działania (czy choćby tylko projektu wyborczego). Podkreśla się niezmiennie, że rodzina jest ważną grupą społeczną i wartością, lecz jej rola i wypełniane funkcje były (są nadal) przedmiotem sporów i walk o charakterze ideologicznym. Spory te prowadzą do swoistej licytacji coraz większego katalogu obietnic i coraz wyższej deklarowanej stawki służącej poprawie sytuacji rodziny.

W konsekwencji walk politycznych i ideologicznych realizowane programy skupiają się na zagadnieniach z punktu widzenia polityki rodzinnej i ludnościowej marginalnych, służą realizacji zadań drugorzędnych. Proponowane kierunki działań (i podejmowane działania) oceniane z punktu widzenia podstawowych celów polityki ludnościowej i rodzinnej nie tworzą systemu, a najczęściej koncentrują się na sporach o charakterze ideologicznym. Wskutek ideologicznych waśni do polityki ludnościowej włączono więc hasła m.in. równości płci, walki z rzekomą i faktyczną dyskryminacją płci (z wielu względów), prawa do nieograniczonej aborcji, równego z rodziną traktowania w prawie podatkowym, spadkowym i rodzinnym związków homoseksualnych. W takich warunkach debata nad warunkami społecznymi i ekonomicznymi powstawania i rozwoju rodzin zamieniała się w debatę o charakterze ideologicznym, w której walczą ze sobą różnie ideologicznie zorientowane grupy wyznawców.

Przykładem takich rozwiązań jest program sformułowany w 2007 roku. Przyjęto w nim ideologiczne założenie, że podstawą poprawy sytuacji w zakresie rozrodczości jest (ma być) polepszenie warunków zatrudnienia kobiet wychowujących małe dzieci. Szczególną dbałość o realizację prawa kobiet do pracy w okresie aktywnej realizacji funkcji macierzyńskiej przyjęto jako zasadnicze znaczenie i warunek powiększenia rodziny. Gdy tymczasem praca kobiet w okresie aktywnej prokreacji może i powinna być tylko wyborem kobiety, a nie – jak to jest obecnie – koniecznością ekonomiczną. Kobiety w okresie aktywnej prokreacji pracują zawodowo ze względu na konieczność istotnego uzupełnienia dochodów rodziny. Program, a także debata publiczna nad nim nie skupiały się na tworzeniu warunków wspomagających rodzinę w wychowaniu dzieci, np. na tworzeniu instytucji opieki, wzmocnienie wynagrodzeń wystarczających na utrzymanie rodziny lub innych instrumentów finansowych uzupełniających dochody rodziny z dziećmi, lecz na ułatwieniach w podejmowaniu i utrzymaniu zatrudnienia. Nie koncentrowano się na rozbudowie instytucji opieki nad dzieckiem, które mogłyby wspomóc rodziny w realizacji funkcji opiekuńczej. Jednocześnie, wskutek realizowanej od 1999 roku reformy emerytalnej, która drastycznie obniża wysokość emerytury, podjęto akcję zachęcania kobiet do dłuższego pozostawania w zatrudnieniu, deklarując, iż tylko długi staż pracy, najdłuższe pozostawanie w zatrudnieniu może uchronić je od skrajnego ubóstwa po zakończeniu pracy zawodowej. Nie podjęto działań zmieniających organizację pracy tak, aby umożliwić kobietom łączenie pracy zawodowej z opieką nad dzieckiem. Można dodać, że ogłaszane programy miały charakter wyłącznie werbalny; nie wprowadzono bowiem żadnych istotnych zmian w sytuacji rodzin z dziećmi.

Przykład ten pokazuje, że polityka społeczna nie tylko nie wspomaga młodych rodzin wychowujących dzieci przez system ekonomicznego wsparcia ich dochodów. Nie uzupełnia ich funkcji opieki przez rozbudowę na wysokim poziomie powszechnie dostępnych placówek opieki. Przeciwnie. Prowadzi do niszczenia rozbudowanych form samopomocy i samoorganizacji społecznej. Wskutek wadliwie realizowanej reformy emerytalnej niszczy rozwiązania, które powstawały spontanicznie jako środek rozwiązujący zaniedbania władzy publicznej (rządu i samorządu) w rozbudowie i udostępnieniu rodzinom placówek opieki. Deklaracjom o popieraniu rozwoju rodziny nie towarzyszyła troska o dobrą lekarską opiekę prenatalną, o warunki opieki w okresie przed i po porodzie. Nie podjęto realizacji programu odbudowy medycyny szkolnej. Nie podjęto programu rozbudowy placówek opieki w środowisku zamieszkania. Nie wprowadzono zmian w planach urbanistycznych, nakazując budującym nowe osiedla wyposażać je jednocześnie w niezbędne elementy infrastruktury społecznej, pozwalającej na elementarne zaspokojenie potrzeb rodzin w zakresie opieki, edukacji, sportu, rekreacji, ochrony zdrowia czy bezpieczeństwa. Ograniczenie realnej pomocy do zasiłku z tytułu urodzenia dziecka wynoszącego 1 tys. zł. jest przykładem jaskrawego lekceważenia podstawowego problemu polityki ludnościowej, jaką jest niski poziom urodzeń, który nie zapewni prostej zastępowalności pokoleń.

W sytuacji, gdy problemy rozwoju ludności i warunków życia rodzin z dziećmi stają się przedmiotem walk o charakterze ideologicznym, trudno wypracować program wolny od sporów ideologicznych, skoncentrowany na ważnych sprawach, długofalowy, przekraczający czas co najmniej kilku kadencji parlamentarnych oraz szeroki zakres przedmiotowy programu wykraczający poza ramy resortowe. Program

ponadkadencyjny i ponadresortowy, pozbawiony ideologicznych obciążeń, mógłby stanowić punkt wyjścia do realizacji zadań polityki społecznej poważnie wspierającej cele polityki ludnościowej i rodzinnej.

W celu weryfikacji postawionych tez przeanalizuję kierunki działań podjętych w okresie transformacji w celu rozwiązywania narastających problemów demograficznych współczesnej Polski. Pytanie, na które zamierzam odpowiedzieć, jest następujące: czy problemy ludnościowe miały szanse na pozytywne rozwiązanie w polityce społecznej realizowanej w okresie transformacji?

Poważny spadek liczby i współczynnika urodzeń po 1983 roku nie wpływał na zmianę polityki społecznej państwa w zakresie tworzenia warunków do zakładania rodzin i wspierania dzietności. Przeciwnie, w okresie transformacji miały miejsce takie działania polityki społecznej, które wzmacniały spadkowy trend urodzeń. Należał do nich system podatkowy, który do 2008 roku miał charakter tzw. *neutralny* i nie uwzględniał wielkości zobowiązań alimentacyjnych rodziców wychowujących dzieci. Pomoc socjalna rodzinom wychowującym dzieci ograniczała się do zasiłków o symbolicznej wartości wypłacanych ubogim rodzinom. Coraz powszechniej stosowana komercjalizacja i urynkowienie instytucji opieki i wychowania, ochrony zdrowia, obciążanie kosztami edukacji gospodarstw domowych ograniczają uboższym rodzinom dostęp do placówek wychowania i opieki, ochrony zdrowia i edukacji. Komercjalizacja i urynkowienie usług społecznych nie tylko zmniejszają szanse uboższych rodzin w dostępie do elementarnych w wychowaniu dziecka usług społecznych, ale wzmacniają procesy sprzyjające dezintegracji społecznej, utrwalając społeczne podziały oparte na pochodzeniu społecznym i poziomie zamożności rodzin.

W Polsce pogłębiają się i utrwalają nierówności społeczne. Badania budżetów gospodarstw domowych i warunków życia oraz badania socjologiczne konsekwentnie od wielu lat wykazują, że strefa ubóstwa jest silnie skorelowana z niskim statusem społecznym rodziny i liczbą dzieci wychowywanych w rodzinach. Ubóstwo w Polsce, co stwierdza w badaniach W. Warzywoda-Kruszyńska, ma charakter dziedziczny i dotyczy w najszerszym wymiarze dzieci⁴. Sfera ubóstwa utrzymuje się stale na wysokim poziomie, a udział dzieci wśród ludności ubogiej należy do najwyższych w UE⁵. Poziom zróżnicowania warunków życia w niewielkim stopniu jest niwelowany przez instytucje pomocy społecznej. Ubóstwo rodzin skorelowane jest nierazko do ubóstwem społeczności lokalnej, z ubóstwem gminy, która nie ma środków na dofinansowanie szkoły i podniesienie poziomu kształcenia. W Polsce przy wysokim poziomie produkcji żywności występują wciąż tak drastyczne zaniedbania, jak niedożywienie dzieci. Zlikwidowanie tego problemu nie może być wyłącznym zadaniem organizacji charytatywnych.

Ograniczona jest dostępność oraz rodzaje usług społecznych wspomagających funkcje opiekuńcze, wychowawcze i socjalizacyjne rodziny wychowującej dzieci, która nie może liczyć na powszechnie dostępny system opieki nad dziećmi. Przekazane samorządom lokalnym zadania kształcenia, opieki i wychowania realizowane są w *miarę* zrozumienia przez samorządy potrzeb oraz posiadanych środków. Duże różnice w poziomie zamożności poszczególnych środowisk lokalnych mają swoje uwarunkowania historyczne, makroekonomiczne i makrospołeczne. Im biedniejsze środowisko, tym większe potrzeby i tym mniej środków własnych na ich zaspokojenie. Dla wielu samorządów sięganie po środki UE w ramach wielu programów okazały się zadaniem niemożliwym do realizacji ze względu na brak własnych środków, które powinny uzupełniać środki pozyskiwane z UE⁶. Utrwała to i pogłębia nierówności w możliwościach rozwoju cywilizacyjnego poszczególnych środowisk lokalnych⁷. Powszechny jest w Polsce brak miejsc w przedszkolach. Polska należy do tych krajów w UE, gdzie odsetek dzieci w wieku 3–5 lat uczęszczających do przedszkola należy do najniższych; w 2008 roku wynosił około 30%. Najgorzej kształtuje się sytuacja na wsi. Tworzenie (i odtworzenie) przedszkoli jest ważne przede wszystkim w środowiskach o niższym statusie społecznym i ekonomicznym. Po utworzeniu w 1990 roku samorządów gmin prowadzenie przedszkoli stało się na mocy ustawy o samorządzie gminnym zadaniem własnym samorządów. Gmina ma obowiązek utworzyć i utrzymać przedszkole oraz zatrudnić nauczycieli. Trudności finansowe gmin spowodowały, że w latach 1990–2001 samorządy gmin zlikwidowały około 1/3 placówek. Więk-

⁴ W. Warzywoda-Kruszyńska z zespołem, *Wyniki badania w ramach projektu PROFIT*, <<http://www.profit.uni.lodz.pl/>>

⁵ Podstawowe wskaźniki zagrożenia ubóstwem według metodologii przyjętej przez EUROSTAT (obliczane na podstawie europejskiego badania dochodów i warunków życia – EU-SILC) wykazały, że w Polsce wskaźnik zagrożenia ubóstwem w 2007 roku dla ludności w wieku 0–17 lat wynosił 24%.

⁶ K. Zagorski, G. Gorzelak, B. Jałowicki, *Zróżnicowanie warunków życia. Polskie rodziny i społeczności lokalne*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2009.

⁷ W. Warzywoda-Kruszyńska, J. Grotowska-Leder, *Makrospołeczne determinanty dziedziczenia nierówności społecznych*, „Polityka Społeczna” 2008, Numer specjalny, s. 8–12.

⁸ B. Murawska, *Segregacja na progu szkoły podstawowej*, ISP, Warszawa 2004.

szość zlikwidowanych przedszkoli to placówki na wsi i w małych miastach. W niektórych krajach, np. na Węgrzech, w Belgii i Irlandii, wskaźnik upowszechnienia wychowania przedszkolnego wynosi 100%, a w Czechach, we Włoszech i w Szwajcarii – ponad 90%. Sytuacji nie rozwiąże tworzenie punktów przedszkolnych czy zespołów wychowania przedszkolnego, co umożliwiła znowelizowana ustawa o systemie oświaty⁸. Zwiększanie liczby miejsc w przedszkolach nie może być głównie zadaniem organizacji społecznych. Organizacje te mogą wspomagać władze publiczne, uzupełniać ich działalność, lecz nie mogą ich zastępować w tworzeniu podstawowych sieci instytucji w systemie edukacji.

Zmniejszająca się z powodów demograficznych liczba dzieci realizujących obowiązki szkolny oraz liczba młodzieży uczęszczającej do szkół ponadgimnazjalnych nie stanowią w polityce społecznej państwa dostatecznego uzasadnienia dla wyraźnej poprawy warunków kształcenia w szkołach. Były raczej powodem do sięgania po oszczędności w wydatkach publicznych na edukację. Nadal występują przepelnione klasy szkolne. W celach oszczędnościowych organizuje się naukę w klasach łączonych (!). Brakuje instytucji opieki dla dzieci niepełnosprawnych. Nieuporządkowany jest wciąż system opieki zastępczej nad dziećmi; zmieniające się koncepcje opieki, brak środków finansowych, brak instytucji wsparcia dla rodzin przeżywających trudności zwiększają liczbę dzieci kierowanych do opieki zastępczej. Brak pomocy w wychowaniu dziecka, w zaspokojeniu jego potrzeb powoduje, że liczba dzieci pozostających w instytucjach opieki nie maleje⁹.

Procesy rozpadu rodziny najsilniej uderzają w dzieci. W toku transformacji nasiliły się niekorzystne z punktu widzenia wychowania dziecka zjawiska urodzeń pozamałżeńskich i rozwodów, a także różne patologie w rodzinach, w tym problemy wynikające z migracji zarobkowych rodziców. Nie ma w Polsce skutecznego systemu ochrony dzieci przed skutkami niekorzystnych zmian, jakie zachodzą w rodzinie. Trudno ocenić skutki wychowania coraz liczniejszej grupy dzieci w rodzinach niepełnych, dzieci odrzuconych przez własne rodziny, pozbawionych dostatecznej opieki i możliwości rozwoju.

Polska należy do krajów, gdzie udział dochodów osobistych ludności w finansowaniu usług ochrony zdrowia należy do najwyższych w UE. Problem prywatyzacji usług ochrony zdrowia utrudnia rodzinom o niskich i niższych dochodach dostęp do pomocy medycznej¹⁰. Czy dalsze podnoszenie tego udziału przez wprowadzenie ubezpieczeń komercyjnych nie spowoduje pogłębienia zróżnicowania w dostępie do usług ochrony zdrowia?

Badania nad systemem edukacji zawodowej wykonane przez Uniwersytet Warszawski pokazały dramatyczny stan szkolnictwa zawodowego. W szkolnictwie, jak piszą autorzy raportu z badań, mamy do czynienia nie z selekcjami szkolnymi, a z procesem segregacji opartej na cechach przypisanych, takich jak: zamożność rodziców, ich wykształcenie i miejsce zamieszkania. Szkoły zawodowe pogimnazjalne, w których uczy się około 55–60% młodzieży (70% zdaje maturę, z tego około 30% w szkołach zawodowych, a około 20–30% wchodzi na rynek pracy bez świadectwa maturalnego)¹¹. Wyniki egzaminów zewnętrznych absolwentów różnych typów szkół zawodowych pokazują, że podstawową trudnością ucznia opuszczającego polską szkołę (po 11–12 latach nauki) jest umiejętność czytania tekstów ze zrozumieniem. Jak zatem ma się rozwijać polska *gospodarka oparta na wiedzy*, gdy szkoły opuszczają masowo uczniowie, którzy po 11–12 latach nauki nie rozumieją czytanych tekstów? Jakie efekty uzyska się w kształceniu ustawicznym, na które przekazywane są wielkie środki europejskie (program *kapitał ludzki*), gdy znaczna część kształconych w tym systemie ustawicznym nie potrafi zrozumieć czytanego tekstu?

Ubezpieczenie emerytalne i rentowe. W ubezpieczeniu społecznym odzwierciedlają się wszystkie problemy, jakie ma do rozwiązania polityka społeczna. Oto w reformie ubezpieczenia emerytalnego wprowadzonej w 1999 roku pominięto ważny fakt, jakim było wchodzenie na rynek pracy młodzieży urodzonej na przełomie lat 70 i 80 XX wieku. Podnosząc koszty pracy, zwiększając deficyt budżetowy, kumulując środki finansowe na wypłatę przyszłych emerytur (za około 30–40 lat) doprowadzono do masowego bez-

⁸ Rozporządzenie stanowi realizację delegacji zawartej w art. 14a ust. 7 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz.U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572 z późn. zm.).

⁹ M. Raclaw-Markowska, S. Legat, *Opieka zastępcza na dzieckiem i młodzieżą – od form instytucjonalnych do rodzinnych*, ISP, Warszawa 2004.

¹⁰ K. Ryc, Z. Skrzypczak, *Publiczne i prywatne wydatki na ochronę zdrowia w Polsce. Ile nas kosztuje ochrona zdrowia?*, „Problemy Zarządzania” 2005, nr 4: „Relacja wydatków publicznych na ochronę zdrowia do PKB zawierała się w okresie 1995–2005 w przedziale od 4,4–4,5% do 3,9%, z wyraźną tendencją spadkową w ostatnich latach: od 4,2% w 2001 roku, przez 4,05% w 2002 roku i 4,0% w 2003 roku oraz 3,95% w 2004 roku i ponownie 4,0% w 2005 roku”.

¹¹ E. Drogosz-Zablocka, I. Białecki (red), *Egzamin zawodowy*, ISNS UW, Warszawa 2009.

robocia, którego skala w maju 2002 roku wynosiła 21,2%, a współczynnik zatrudnienia wynosił 43,7%; około 28% ludności Polski utrzymywało się ze świadczeń społecznych, a samodzielne dochody posiadało niespełna 33% (według danych NSP 2002). Jaki będzie skutek dla położenia milionów emerytów (I powojenny wyż demograficzny) działalności otwartych funduszy emerytalnych? Czy po 10 latach oszczędzania w otwartych funduszach emerytalnych (OFE) emerytura w wysokości 23,60 zł to jest właściwa rekompensata składki wynoszącej 7,3% wynagrodzenia?

Jaki skutek dla sytuacji finansów publicznych będzie miało systematyczne lokowanie około 70% środków OFE w instrumentach powiększających dług publiczny? Dodajmy, że w państwowych papierach dłużnych lokowane są środki, które wcześniej w formie dotacji przekazuje do ZUS budżet państwa. W tym samym czasie ZUS na wypłatę bieżących świadczeń zaciąga kredyty w bankach komercyjnych.

W koncepcji obniżenia składki rentowej w 2007 roku założono, że niższy wymiar składek na ubezpieczenie osób niezdolnych do pracy wpłynie istotnie na podniesienie współczynnika zatrudnienia osób o mniejszych możliwościach świadczenia pracy z powodu choroby lub niepełnosprawności. Założono, że niższe renty inwalidzkie wywołą w osobach niezdolnych do pracy chęć pozostawania w dalszym zatrudnieniu. Projektując obniżenie składki rentowej, przyjęto założenie, zgodnie z którym zyskać mieli pracownicy i pracodawcy z tytułu opłacania niższej składki. Zyskać też mieli ubezpieczeni, gdyż niższy wymiar renty inwalidzkiej miał zmniejszyć ich chęć odejścia z rynku pracy. Jaki skutek dla finansów publicznych ma obniżenie w 2007 roku składki rentowej? Jaki skutek dla położenia materialnego i warunków życia osób niezdolnych do pracy ma obniżenie ich świadczeń rentowych?

Wprowadzając zmiany w systemie ubezpieczenia społecznego nie dokonano analizy zmian w demograficznej sytuacji ludności. Przeprowadzając reformę systemu emerytalnego skoncentrowano się na procesach starzenia się ludności. Pominięto analizę zmian w strukturze ogółu ludności Polski. W okresie wprowadzania reformy emerytalnej na rynek pracy wstępowały generacje młodych urodzonych w okresie drugiego powojennego wyżu demograficznego. Fakt ten pominięto. Nie zapewniono młodym generacjom miejsc pracy i możliwości stabilizacji życiowej. Według wyników NSP z 2002 roku stopa bezrobocia wśród młodszych generacji przekraczała w Polsce 30%. Nie był zatem zaskoczeniem masowy exodus młodych Polaków za pracą po włączeniu Polski w strukturę Unii Europejskiej w 2004 roku (szacowany na około 2,2 mln osób). Tak ogromny ubytek ludności w wieku produkcyjnym pogłębia finansowe problemy systemu emerytalnego i w bliskim czasie wywoła problemy na rynku pracy wynikające z niedoboru pracowników.

Przytoczony przykład reformowania podstawowego działu polityki społecznej państwa, jakim jest system zabezpieczenia społecznego, bez pogłębionej analizy zmian w demograficznej sytuacji ludności pokazuje negatywne skutki społeczne i ekonomiczne tak realizowanych reform. Skutków tych można byłoby uniknąć lub zmniejszyć ich rozmiary, gdyby punktem wyjścia do projektowanych zmian była analiza sytuacji i zmian demograficznych. Trudniej (jeśli w ogóle możliwe) byłoby zminimalizowanie negatywnych skutków reform społecznych przeprowadzonych bez pogłębionej analizy konsekwencji takich reform. Koszty społeczne i ekonomiczne reform społecznych, które nie analizują skutków zmian demograficznych, są ogromne i nieuchronne. Nie da się np. „odzyskać” potencjału demograficznego ponad 2 mln młodych osób, które wyemigrowały z Polski za pracą na początku XXI wieku.

Opieka na osobami starszymi i niezdolnymi do samodzielnej egzystencji. W 2004 roku nastąpiło skomercjalizowanie opieki w dotychczasowych domach pomocy społecznej. Koszty utrzymania w domu pomocy ma ponosić sam pensjonariusz, jego rodzina lub gmina. Wieloletnie kolejki oczekujących na miejsce w domu opieki zlikwidował prosty zabieg natury ekonomicznej (*każdy płaci za siebie*). Zlikwidowanie kolejek nie rozwiązało jednak problemu opieki nad narastającym wyżem demograficznym ludzi starych. Problemu nie rozwiązuje też komercjalizacja opieki i masowy rozwój prywatnych domów opieki działających na zasadach zwykłej działalności gospodarczej. Instytucje publiczne (głównie administracja rządowa na szczeblu regionalnym – urzędy wojewódzkie) okazały się niezdolne do nadzoru i kontroli warunków opieki w domach prywatnych. Według danych GUS, w końcu 2007 r. było 1313 stacjonarnych zakładów pomocy społecznej, wśród których ponad 62% stanowiły domy pomocy społecznej (821). Dla 75% tych placówek organem prowadzącym był samorząd terytorialny. W 2007 r. w domach i zakładach pomocy społecznej przebywało 96,7 tys. mieszkańców, tj. o ponad 2 tys. osób więcej niż w poprzednim roku (94,4 tys.). Wśród pensjonariuszy domów pomocy społecznej (dps) w wieku 75 i więcej lat było 27,5%, w wieku 61–74 lat 20,5%, tzn. że 48% ogółu pensjonariuszy stanowią osoby w wieku produk-

cyjnym, a co czwarty pensjonariusz ma 75 lat i więcej. W domach i na oddziałach dla osób w podeszłym wieku przebywało 16,6 tys. osób (17,2% ogółu mieszkańców stacjonarnych zakładów pomocy społecznej).

Zmiany w przepisach dotyczących finansowania pobytu osób w domach opieki społecznej wprowadzone w 2003 roku i określające, że pierwszym płatnikiem opłacającym koszty pobytu jest osoba korzystająca z pomocy, w dalszej kolejności zobowiązana jest do tego rodzina, a wreszcie gmina (nie budżet państwa, jak to miało miejsce do 2004 roku), wpłynęły w latach ubiegłych na zmniejszenie się liczby osób oczekujących na przyjęcie do dps. W roku 2007 liczba ta wzrosła w porównaniu z rokiem 2006 o 0,9 tys. i wyniosła 7,6 tys., ale w porównaniu do sytuacji sprzed czterech lat była nadal niższa (19,8 tys. w roku 2003). Większość mieszkańców stacjonarnych zakładów pomocy społecznej (86,5%) uczestniczyła przynajmniej w części w finansowaniu swego pobytu, pokrywając koszty z dochodów własnych, np. własnej emerytury, renty, zasiłku stałego, z czego zaledwie 4,5% w pełnej wysokości. Dla 7% mieszkańców pobyt opłacany był w całości przez gminę lub budżet państwa, a 3,3% przebywających w omawianych zakładach zwolniono z odpłatności¹². Według oszacowania Zespołu ekspertów ds. przygotowania projektu ustawy o ubezpieczeniu opiekuńczym (pielęgniacyjnym), powołanego w Ministerstwie Zdrowia w 2006 roku przez Prof. Z. Religę, w Polsce jest ponad 1 mln osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji. Większość z nich to osoby w wieku podeszłym. W polskim systemie zabezpieczenia społecznego nie ma rozwiązania problemu opieki nad ludźmi niezdolnymi do samodzielnej egzystencji¹³. Rozwiązanie problemu opieki nad osobami niezdolnymi do samodzielnej egzystencji na zasadach ubezpieczeniowych zostało wprowadzone w 1995 roku w RFN.

Z analiz przeprowadzonych przez zespół ds. opracowania ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym, powołany przez Prof. Z. Religę, wynika, że wprowadzenie w Polsce nowego rodzaju ubezpieczenia pielęgnacyjnego jest pilnym zadaniem wynikającym ze zmiany demograficznej struktury ludności (wzrost udziału ludzi starych, wysoki udział osób niepełnosprawnych¹⁴) oraz z wysokiego ujemnego salda migracji zagranicznych.

Polityka rodzinna. W Polsce polityka rodzinna pozostaje w bliskim związku z polityką socjalną (przez którą rozumieć pomoc ekonomiczną najbardziej niebezpiecznym grupom ludności) oraz z polityką zwalczania zjawisk patologii społecznych. W realizacji programów polityki rodzinnej przez samorządy lokalne często przyjmowane do programu zadania dotyczą zjawisk o charakterze patologicznym: brak opieki nad dzieckiem, stosowanie przemocy wobec słabszych członków rodziny, przestępstwa wobec rodziny, niewydolność wychowawcza rodzin, rozpad rodziny i jej dezorganizacja, uzależnienia i ich skutki dla rodziny. Ponadto problemy wynikające ze skrajnego ubóstwa rodzin, niezaradności w sprawach opieki i wychowania oraz z demoralizacji dzieci z powodu nagannego zachowania dorosłych członków rodziny. Łączenie w pracy samorządów lokalnych polityki rodzinnej z patologią społeczną nie może sprzyjać tworzeniu i umacnianiu w środowisku społecznego klimatu przyjaznego rodzinie. Polityka rodzinna to zagadnienie daleko szersze niż zwalczanie patologii społecznych. Połączenie polityki rodzinnej z polityką zwalczania ubóstwa i patologii wynika z powierzenia zadań polityki rodzinnej samorządom i zrównanie polityki rodzinnej z zadaniami pomocy społecznej. Zatem nieprzypadkowo, lecz z mocy prawa o pomocy społecznej polityka rodzinna wkomponowana została w zadania określone ustawą o pomocy społecznej. Jednak pomoc społeczna jest czymś zdecydowanie odmiennym od polityki rodzinnej. Polityka rodzinna jest wieloaspektowym działaniem różnych podmiotów skoncentrowanym na wspieraniu ogółu rodzin w wypełnianiu ich funkcji ekonomicznej, opiekuńczej, socjalizacyjnej i wychowawczej. Polityka rodzinna to stwarzanie rodzinom warunków do realizacji zadań związanych z wychowaniem nowego pokolenia, opieka nad niepełnosprawnymi z różnych przyczyn członkami rodziny. Polityka rodzinna skupiać się powinna nie na dzieleniu rodzin na potrzebujące pomocy społecznej i takie, którym zgodnie z ustawą o pomocy społecz-

¹² Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2007 r., GUS, Warszawa 2008.

¹³ W sierpniu 2007 r. Zespół zakończył opracowanie projektu *Ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym*. W związku z rozpisaniem wyborów parlamentarnych projekt nie trafił jednak do międzyresortowych konsultacji. W 2008 r. w Senacie powstał Międzyparlamentarny zespół ds. osób starszych, który powołał grupę zadaniową do przygotowania projektu rozwiązania problemu opieki długoterminowej. Por. szerzej P. Błędowski, A. Wilmonska-Pietruszyńska, *Organizacja opieki długoterminowej w Polsce – problemy i propozycje*, „Polityka Społeczna” 2009, nr 7. Od sierpnia 2007 roku nie prowadzi się w rządzie dalszych prac nad ustawą.

¹⁴ Z informacji MIPS przekazanej w odpowiedzi na interpelację poselską wynika, że rośnie liczba wydawanych orzeczeń o niepełnosprawności (w 2006 r. wydano 596 563 orzeczenia).

nej pomoc nie przysługuje. Polityka rodzinna realizowana w środowisku lokalnym ma budować więzi społeczne, a nie dzielić rodziny na biedne i niebiedne, patologiczne i normalne. Polityka rodzinna, mówiąc najogólniej, miałaby w założeniu tworzyć warunki budowy kapitału społecznego, łączyć różne grupy we wspólnym działaniu i uczyć wspólnego działania i współodpowiedzialności.

Czy rządowe programy polityki rodzinnej zmieniają sytuację rodzin w Polsce, sprzyjając rozwiązywaniu problemów ludnościowych? Rządowe programy polityki rodzinnej – opracowywane przez każdy niemal rząd od początku lat 90. XX wieku – są pewną próbą sformułowania całościowego programu polityki rodzinnej. Próbą rzadko opartą na solidnych diagnozach, badaniach i analizach, a bardziej na wyobrażeniach autorów programu o „dobrym społeczeństwie”. Mimo utopijnej podstawy takich programów, zawsze jego sformułowanie budzi nadzieję na istotne wsparcie pronatalistycznej polityki ludnościowej. W obecnej sytuacji demograficznej Polski ma to fundamentalne znaczenie dla zahamowania niekorzystnych trendów zmian demograficznej struktury ludności (zahamowanie narastającego udziału ludności w starszych grupach wieku w demograficznej strukturze Polski). Zawarte w programach polityki rodzinnej propozycje działań państwa odnoszą się do wzmocnienia przede wszystkim ekonomicznej funkcji rodziny przez zmiany zasiłków rodzinnych. Wyjątkiem w tym systemie jest program polityki rodzinnej (*Polityka prorodzinna 2007–2014*) ogłoszony w 2007 roku. Program ten proponuje zmiany w systemie podatkowym, tak aby system podatkowy w wymiarze wysokości podatku dochodowego (PIT) uwzględniał zobowiązania alimentacyjne w stosunku do niesamodzielnymi ekonomicznie członków rodziny. Ekonomiczna samodzielność rodziny ma być ponadto wzmocniona przez stworzenie korzystniejszych warunków zatrudnienia kobiet wychowujących małe dzieci (promocja hasła *pracodawca przyjazny rodzinie, mama w pracy*). Znaczącą rolę w tym zakresie mogliby wypełniać pracodawcy, stwarzając pracownikom warunki do łączenia zatrudnienia z możliwością wypełniania przez pracujących rodziców funkcji opieki nad dziećmi.

Program wskazuje też na role różnych podmiotów publicznych w tworzeniu przyjaznego klimatu dla rodzin z dziećmi (*środowisko przyjazne rodzinie*). Program zawiera też instrumenty umocnienia funkcji opiekuńczej rodziny w stosunku do małych dzieci (wydłużenie urlopów macierzyńskich), co jest szczególnie cenne dla zapewnienia prawidłowych warunków opieki nad najmłodszymi dziećmi.

Program nadaje także istotne znaczenie 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 znacznie ułatwić rodzinom wypełnianie tej funkcji.

Program polityki rodzinnej wskazuje też kierunki rozwiązywania niektórych problemów, a w niektórych sprawach proponuje konkretne rozwiązania. Program ten, podobnie jak wiele poprzednich, nie odnosi się jednak do demograficznej sytuacji Polski. Nie wykorzystuje dorobku analitycznego i diagnostycznego oraz prac m.in. Rządowej Rady Ludnościowej, w tym ważnych materiałów programowych I Kongresu Demograficznego oraz *Założeń polityki ludnościowej Polsce* wypracowanych przez zespoły ekspertów (programu przyjętego przez RRL w 2005 roku).

Opracowane w okresie transformacji programy polityki rodzinnej mają wiele wad. Są to programy działania *bezpośredniego* skierowane na osiągnięcie szybkich, widocznych efektów. Nie ma w nich długiej perspektywy działania, osiągnięcia długofalowych celów. Programy te mają charakter resortowy, opracowane są najczęściej w Ministerstwie Polityki Społecznej (lub w Biurze Pełnomocnika Rządu ds. Rodziny), podczas gdy program polityki rodzinnej wymaga współdziałania wielu podmiotów także na szczeblu władzy centralnej (m.in. resortów: zdrowia, edukacji, kultury, gospodarki, rolnictwa, rozwoju regionalnego, administracji) oraz samorządów regionalnych i lokalnych. Dokument opracowany jako program resortowy pozostaje w większości przypadków materiałem o charakterze politycznym, wykorzystywanym w kampaniach wyborczych w celu zdobycia poparcia wyborców. Przygotowane przez jedną partię polityczną programy polityki społecznej po przegranych wyborach są odrzucane przez partie przejmujące władzę, gdyż mają one własne programy do zrealizowania (w okresie transformacji rządy i koalicje zmieniają się po każdym wyborach do parlamentu). Dlatego dotychczasowe programy polityki rodzinnej w zdecydowanej większości mają charakter zbioru dobrych pomysłów bez uwzględnienia możliwości ich realizacji wynikających z ekonomicznej sytuacji kraju. Dzieje się tak nie bez zasadniczej przyczyny, jaką jest przyjęty w Polsce w okresie transformacji model polityki społecznej (*social welfare regime*).

Model polityki społecznej przyjęty w Polsce w okresie transformacji systemowej i jego skutki. W Polsce w okresie transformacji przyjęto do realizacji model (reżim) liberalnej polityki społecznej¹⁵, a politycy interpretują cele polityki społecznej przez sumę środków, jakie przekazuje się osobom żyjącym w niedostatku. W przyjętym modelu głównym instrumentem polityki społecznej jest właśnie suma świadczeń przekazywanych przez instytucje pomocy społecznej rodzinom (gospodarstwom domowym) żyjącym w niedostatku (w ubóstwie). Ten model rozwiązywania problemów społecznych mieści się też w głównym nurcie współczesnej ekonomii. W modelu liberalnym głównym podmiotem odpowiedzialnym za dostarczenie jednostce (rodzinie) środków, które mają zaspokoić potrzeby, jest rodzina. Ani państwo (społeczność), ani rynek nie pełnią w tym modelu polityki społecznej istotnej roli, gdyż wszystkie potrzeby może zaspokoić rynek w warunkach wolności i konkurencji, pod warunkiem posiadania odpowiedniej puli środków na zakup dóbr i usług. Jeśli rynek nie może ich zaspokoić, to środków na zaspokojenie elementarnych potrzeb *dostarczy* pomoc społeczna.

Są jednak takie dobra, których lokalna pomoc społeczna nie jest w stanie dostarczyć. Takim dobrem niezbędnym rodzinie jest mieszkanie. Od początku okresu transformacji polityka mieszkaniowa państwa została przekazana instytucjom wolnego rynku, co niewątpliwie spowodowało znaczne pogłębienie zróżnicowania sytuacji mieszkaniowej ludności. Wolny rynek *odciął* dostęp do własnego mieszkania znacznej części młodych rodzin. Narodowy Spis Powszechny z 2002 roku wykazał, że w Polsce brakuje ponad 1,6 mln mieszkań (w stosunku do liczby gospodarstw domowych), a sytuacja mieszkaniowa jest głęboko zróżnicowana. Wskutek dominacji wolnego rynku w mieszkalnictwie postępuje drastyczne zróżnicowanie mieszkaniowej sytuacji ludności. Wiele rodzin z dziećmi skazuje się na wychowywanie dzieci w warunkach, w których skrajne ubóstwo połączono ze skrajną patologią społeczną.

W Polsce w poprawie sytuacji rodzin wielodzietnych, niepełnych, rodzin wiejskich, bezrobotnych używa się instrumentów pomocy społecznej typowych dla liberalnej polityki społecznej. W koncepcji liberalnej nie ma miejsca na systemowe działania polityki społecznej o szerszym charakterze i zakresie, w tym na działania polityki rodzinnej, ludnościowej, edukacyjnej, zabezpieczenia społecznego, ochrony zdrowia czy mieszkalnictwa. Dlatego zarówno programy, jak i realne działania polityki społecznej mają charakter doraźny, fragmentaryczny, skoncentrowany na zwalczaniu najostrejszych przejawów niedostatku (i towarzyszącej mu nierzadko patologii).

Konsekwencją przyjęcia modelu liberalnego w polityce społecznej jest zastosowanie instrumentów pomocy społecznej w lokalnej polityce społecznej, co skutkuje koncentrowaniem się na zwalczaniu zjawisk materialnego niedostatku w jego skrajnej postaci i patologii społecznych. Taki charakter ma zakres zadań sformułowany w ustawie o pomocy społecznej z 2004 roku dla samorządów gminnych, powiatowych i regionalnych, gdzie polityka społeczna ma charakter marginalny, skoncentrowany na łagodzeniu najostrejszych przejawów patologii i ubóstwa (traktowanego jak patologia).

Szczególnym problemem demograficznym współczesnej Polski jest **masowa emigracja zarobkowa młodych Polaków**. Liberalna polityka społeczna nie ma też istotnych instrumentów regulowania strumieni migracyjnych. Otwarcie granic, wstąpienie Polski do struktur Unii Europejskiej wywołało w Polsce falę emigracji za pracą, za lepszymi warunkami życia, za mieszkaniem, za lepszym losem dla własnych dzieci. Emigrują głównie ludzie młodzi, w znacznej części wykształceni. Z punktu widzenia emigrantów ich decyzje są racjonalne, z punktu widzenia władz samorządowych także – zmniejsza się liczba potrzebujących miejsc w przedszkolach, szkołach, instytucjach opieki i ochrony zdrowia. Zmniejszają się wydatki państwa i samorządu na zasiłki i pomoc socjalną dla rodzin. Warto jednak zastanowić się nad skutkami obecnych emigracji zarobkowych dla obecnej i przyszłej sytuacji demograficznej kraju. GUS szacuje, że z Polski wyemigrowało ponad 2,2 mln osób. Ile wyemigrowało rzeczywiście? Czy utrata narzędzi pomiaru i zaniechanie pomiaru ruchu wędrownego ludności jest działaniem przypadkowym czy zamierzonym? Nie ma odpowiedzi na pytanie: czy brak pracy, niskie dochody, brak możliwości uzyskania mieszkania i założenia rodziny były tymi czynnikami, które *wypchnęły* ponad 2 mln młodych ludzi z Polski w poszukiwaniu lepszego (innego?) życia?

Analiza procesów migracyjnych polskich kobiet pokazuje, że przejmują one funkcję ojca rodziny w dostarczaniu środków utrzymania, natomiast nikt nie przejmuje funkcji wobec dzieci w rodzinach

¹⁵ Por. m. in. *Welfare States in Transition. National Adaptations in Global Economies*, G. Esping-Andersen ed., Sage Publications, London 1996.

opuszczonych przez migrujące za pracą matki¹⁶. Jakie będą skutki tej zamiany ról społecznych, skutki opuszczonych przez matki i ojców ról rodziców wobec własnych dzieci? Czy problemy dezintegracji i demoralizacji opisane przez F. Znanieckiego w badania losów polskich chłopów powtórzą się w XX wieku? Na te pytania nie ma dziś odpowiedzi, gdyż wymaga to pogłębionych wielokierunkowych badań o charakterze jakościowym.

Wprowadzona w Polsce w okresie transformacji **liberalna polityka społeczna** wymaga szerszej **oceny jej skutków**, także w odniesieniu do procesów i zjawisk demograficznych. Oceny wymagają też wprowadzone w 1999 roku cztery reformy systemowe, które nie uwzględniały w wystarczającym stopniu przedmiotowych powiązań zakresów polityki społecznej, zmian demograficznych oraz konsekwencji tych zmian. W liberalnym modelu polityki społecznej, gdzie wszystkie problemy *rozwiązuje* wolny rynek lub pomoc społeczna, nie ma bowiem miejsca na długofalowe zintegrowane działania.

¹⁶ I. Szczygielska, „Migracje zarobkowe kobiet oraz ich wpływ na funkcjonowanie rodzin”, rozprawa doktorska, ISNS UW, Warszawa 2009 (maszynopis niepublikowany).

KULTUROWE I INDYWIDUALNE ASPEKTY WARTOŚCI DZIECKA A PRZYSZŁOŚĆ DEMOGRAFICZNA POLSKI

W wieku XX wystąpiło szerokie zainteresowanie dzieckiem, poszerzyła się o nim wiedza i troska o nie. Ukształtowały się specjalne dziedziny nauki i badań o dziecku, jak pedagogika i psychologia dziecka, medycyna dziecięca (pediatria). Sformułowano liczne teorie na temat rozwoju dziecka oraz jego praw¹. Na początku XX wieku dziecko przedstawiano jako pierwszą i pierwotną formę człowieka, niemal jako mityczny byt otwarty na dopełnienie, jako całość życia i pomost między człowiekiem, naturą i uniwersum. W latach międzywojennych i po II wojnie światowej dziecko symbolizowało lepszy świat i lepszą przyszłość. Było ono ulubionym tematem twórczości artystycznej malarzy i rzeźbiarzy. Politycy chętnie pokazywali się z dziećmi, aby tłumy kojarzyły ich z lepszą przyszłością. Tak właśnie czynili Adolf Hitler w Niemczech, a w okresie PRL Bolesław Bierut i Edward Gierek. Ellen Key, przeczuwając to ogromne zainteresowanie dzieckiem i jego znaczenie symboliczne, już w 1900 roku wiek XX nazwała „stuleciem dziecka” i pod takim tytułem wydała książkę, którą przetłumaczono na wiele języków.

Rozwój laickich poglądów na temat człowieka, pozytywizmu prawnego i liberalizmu etycznego ostatnich dziesięcioleci, eksperymenty wzbudzania ludzkiego życia w sposób sztuczny, silne tendencje do polepszania standardu życia, rozwój postaw indywidualistycznych oraz upowszechnianie się zjawisk patologicznych związanych z dzieckiem, jak pornografia dziecięca i różne formy uzależnienia młodocianych, osłabiły pozycję dziecka w społeczeństwie i jednocześnie spowodowały załamanie się norm etyczno-religijnych chroniących dziecko i życie ludzkie. W nowoczesnych społeczeństwach pojawiły się koncepcje ściśle wiążące dobrobyt rodziny i społeczeństwa oraz rozwój osobowości kobiety z liczbą dzieci w rodzinie. Zaczęto więc formułować tzw. optymalny model dzietności rodziny. Jako następstwo przyjęcia tego modelu wystąpiła silna tendencja ograniczania liczby dzieci w rodzinie i w społeczeństwie. Wiele ugrupowań polityczno-społecznych opanowała wprost histeria antynatalistyczna. Najsilniej takie postawy wystąpiły w Chinach, gdzie drastycznie ograniczono liczbę urodzeń do jednego dziecka w rodzinie. Na Konferencji demograficznej ONZ w Kairze (1994 r.) domagano się od krajów ubogich i rozwijających się drastycznego obniżenia liczby urodzeń. Od przyjęcia takiej polityki społecznej przez te kraje uzależniano nawet dalsze udzielanie im pomocy.

W celu ograniczenia liczby urodzeń stosuje się dzisiaj powszechnie antykoncepcję i aborcję. Aborcję ustawowo wprowadzały kolejno państwa europejskie od lat 50. minionego wieku. Dzisiaj, z wyjątkiem Grecji, jest ona możliwa pod określonymi warunkami we wszystkich krajach Europy i w niektórych krajach przybrała obecnie masowe rozmiary². Z kolei środki antykoncepcyjne produkowane są na niebywale wielką skalę i rozprowadzane we wszystkich krajach świata. W efekcie powyższych działań i na skutek osłabienia się postaw pronatalistycznych nastąpił drastyczny spadek przyrostu naturalnego w wielu krajach i społeczeństwa zaczęły się gwałtownie starzeć.

W Polsce od lat 50. XX wieku systematycznie spada całkowita dzietność kobiet. W 1950 roku wskaźnik dzietności wynosił 3,705, w 1960 r. – 2,980, w 1970 r. – 2,200, w 1980 r. – 2,276, w 1990 r. – 1,991, w 2000 r. – 1,367, a w 2007 r. już tylko 1,306³. W ciągu jednego pokolenia (w latach 1982–2007) liczba urodzeń żywych na 1000 ludności w Polsce zmalała z 19,5 do 9,7⁴. Jednocześnie gwałtownie przybywa ludzi starszych. W latach 1988–2007 na 1000 dzieci w wieku 0–14 lat liczba osób w wieku 65 lat i więcej wzrosła ponad dwukrotnie, z 382,0 tys. do 869,6 tys.⁵. W statystycznie przeciętnej rodzinie polskiej coraz więcej jest dziadków i pradiadków, a coraz mniej wnuków i prawnuków. Na początku XX wieku na 100 wnuków przypadało 13 dziadków, w 1995 roku już 51⁶.

Co spowodowało spadek liczby urodzeń i dzietności kobiet polskich w tak krótkim czasie? Dlaczego dzisiejsze państwa i rodziny są tak bardzo "niezycżliwe" dla dziecka, tzn. dlaczego z takim wyrachowa-

¹ Kolejne zbiory praw dziecka: Genewska Deklaracja Praw Dziecka uchwalona w 1924 roku, Deklaracja Praw Dziecka przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne NZ 20 XI 1959 r., Konwencja o prawach dziecka z 20 XI 1989 roku.

² L. Dyczewski, *Los dziecka poczętego* (w:) *W imieniu dziecka poczętego*, red. J. Gałkowski, J. Gula, wyd. 2, Rzym-Lublin 1991, s. 99–128.

³ *Roczniki Demograficzne*, GUS (za lata 1973–1998); *Rocznik Statystyczny 2001*, GUS, Warszawa 2001, s. 108, tabl. 17; *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2007–2008*, RRL, Warszawa 2008, s. 71, tablica 23.

⁴ *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2007–2008*, ed. cit., s. 58–59, tablica 19.

⁵ Tamże, s. 27, tablica 8.

⁶ B. Szatur-Jaworska, *Solidarność i partnerstwo w relacjach międzypokoleniowych w rodzinie* (w:) *Partnerstwo w rodzinie i na rzecz rodziny*, „Raport IPiSS”, zeszyt nr 13, Warszawa 1997, s. 33.

niem ograniczają liczbę dzieci, z takim zapalem upowszechniają środki antykoncepcyjne i propagują aborcję? Dlaczego niektóre państwa więcej wysiłku wkładają w rozwój metod i środków antykoncepcyjnych oraz usuwania poczętego już życia ludzkiego niż w jego obronę i wspieranie jego rozwoju. Są to niezmiernie trudne pytania, a odpowiedź na nie jest wieloaspektowa. Ograniczę się tylko do tych wyjaśnień, które wiążą się ze sposobem widzenia i oceny dziecka, bo właśnie od tego, jak dziecko widzą i oceniają ludzie danej epoki, przede wszystkim rodzice i politycy, zależy dbałość o nie i przestrzeganie nienaruszalności jego istnienia już od momentu poczęcia.

1. Różne spojrzenia na dziecko

W ostatnich dziesięcioleciach dokonały się daleko idące zmiany w traktowaniu dziecka jako wartości. Jeszcze do niedawna w powszechnej opinii dziecko było widziane jako wartość autoteliczna, wartość bezwzględna. Dzisiaj dziecko traktowane jest jako wartość cenna, ale względna. Można je mieć, ale niekoniecznie w każdych warunkach. Można się go pozbyć, kiedy jego rodzice z takich czy innych racji nie będą chcieli, aby się urodziło. A powodów do tego może być wiele.

Na podstawie obserwacji i wyników licznych badań przeprowadzonych na temat rodziny, szczególnie na temat posiadania dziecka przez osoby dorosłe, można sformułować następujące stwierdzenie: Dziecko w świadomości społecznej jest dzisiaj wartością cenną, ale względną, uzależnioną od innych wartości, takich jak: dostatek, wygoda, stabilność, rozwój własnych upodobań i aspiracji. Takie stwierdzenie wywołuje wiele pytań, m.in. następujące. Czy dziecko widziane jako wartość względna ma zapewnione bezpieczeństwo, które jest nieodzowne dla jego istnienia i prawidłowego rozwoju? Czy traktowanie dziecka jako wartości względnej sprzyja prawidłowemu rozwojowi więzi między rodzicami i dzieckiem? Czy sprzyja to rozwojowi demograficznemu polskiego społeczeństwa?

Widzenie dziecka jako wartości, oczywiście bardzo cennej, może być różne. Zależy to od tego, jakie aspekty w nim się dostrzega, przede wszystkim dlaczego pragnie się mieć dziecko, dlaczego się je ochrania i wspiera jego rozwój. W zależności od tego, jakie odpowiedzi na te pytania dominują w świadomości rodziców i większości dorosłych w danym społeczeństwie oraz w danej epoce, określa się uprawnienia dziecka, kształtuje się odpowiednie warunki dla jego rozwoju i mniej bądź bardziej otwartą postawę wobec dziecka we własnym życiu. W dotychczasowej kulturze europejskiej dziecko było i jest widziane następująco.

1.1. Dziecko jako element życia gospodarczego, przy czym może ono być postrzegane jako przyszły pracownik wykonujący określone zadania oraz jako konsument. W pierwszym przypadku dziecko jest widziane w aspektach jego przydatności produkcyjnej i usługowej. Liczbę dzieci w rodzinie i społeczeństwie wyznacza wówczas liczba miejsc pracy. Jeżeli więc rodzina posiada warsztat pracy, a szczególnie kiedy jest on duży, każde dziecko jest mile widziane jako potencjalny pracownik. W sytuacji, kiedy rodzina pozbywa się warsztatu pracy lub kiedy go mechanizuje, wówczas też ogranicza liczbę dzieci. Podobnie postępuje państwo. Mechanizując i automatyzując produkcję oraz usługi, nie potrzebuje tylu ludzi co dawniej. Powstaje zjawisko "nadmiaru ludzi", "ludzi zbyt technicznych", którzy w oczach rządzących nie tylko że niczego nie produkują, nie są do niczego potrzebni, ale stają się obciążeniem dla państwa, obniżają jego zdolność. Nadmiar dzieci jako potencjalnych pracowników w stosunku do miejsc pracy powoduje bezrobocie, które jest bardzo trudną sytuacją dla osób nim dotkniętych i obciążeniem dla państwa. Wniosek jest bardzo prosty: nie powinny się rodzić dzieci nieprzewidziane. Wniosek drugi: państwo, chcąc być bogatsze, rodziny, które chcą mieć wyższy standard życia, określają tak zwaną optymalną liczbę dzieci dla potrzeb gospodarczych. Dotychczas liczba ta jest wciąż redukowana.

W przypadku spojrzenia na dziecko jako konsumenta sprawa jest bardziej skomplikowana. Producenci wartości gospodarczych widzą w dziecku doskonałego konsumenta towarów i przeróżnych usług, dlatego są zwolennikami większego przyrostu naturalnego. Większa liczba dzieci ożywia rynek, bo są one doskonałymi konsumentami. Natomiast rodzina przy dużej liczbie dzieci obciążona jest nadmiernymi wydatkami, dlatego, chcąc podwyższyć standard życia, zainteresowana jest obniżeniem liczby dzieci i obecnie polska rodzina najczęściej ogranicza ją do dwojga, a następnie do jednego dziecka.

1.2. Dziecko jako element życia politycznego. Politycy, szczególnie do II wojny światowej, wielkość i znaczenie swojego państwa ściśle wiązali z liczbą jego obywateli, dlatego wspierali politykę pronatali-

styczną, chronili życie dzieci poczętych i wyróżniali pozytywnie rodziny wielodzietne. Dzisiaj znaczenie swojego państwa politycy bardziej wiążą z nowoczesną technologią i potencjałem gospodarczym, a jeżeli już z potencjałem ludzkim, to przede wszystkim z jego jakością, mniej zaś z jego liczebnością.

1.3. Dziecko jako przedłużenie rodu i jako oparcie dla rodziców. Zgodnie z takim traktowaniem dziecka, całe wieki panowało powszechne przekonanie, że im więcej dzieci, tym rodzice mają lepiej zagwarantowaną starość, a ród trwałość. Oba te motywy posiadania licznego potomstwa, mocno broniące nienaruszalności ludzkiego życia od samego jego początku, osłabły. W nowoczesnych społeczeństwach upadło znaczenie rodu, a o starość każdy może zadbać sam. Dzięki rozwojowi ubezpieczeń społecznych i różnego rodzaju instytucji opiekujących się człowiekiem, można zupełnie niezłe spędzić starość z jednym dzieckiem lub w ogóle bez dzieci.

1.4. Dziecko jako dar Boga. Takie traktowanie dziecka funkcjonowało bardzo silnie w jednostkowej i społecznej świadomości, nakazywało przyjąć każde dziecko z radością i wdzięcznością Bogu, ponieważ było ono ewidentnym dowodem Jego błogosławieństwa i wyróżnienia. To widzenie dziecka doskonale wyraża polskie przysłowie „Bóg dał, Bóg wziął”, które dzisiaj niemal wypadło z obiegu. Dawało ono dziecku najmocniejszą podstawę jego nienaruszalności. Stał za nim Bóg. Owo wertykalne widzenie dziecka osłabło dzisiaj i to nawet wśród osób wierzących. Dochodzi natomiast do głosu czysto ludzkie widzenie dziecka: dziecko dziełem rodziców.

1.5. Dziecko jako owoc wzajemnej miłości mężczyzny i kobiety. Jest to szeroko dzisiaj upowszechniające się traktowanie dziecka. Może ono mieć interpretację laicką i religijną. W przypadku interpretacji religijnej dziecko jest widziane jako owoc współpracy, współdziałania człowieka ze Stwórcą. Zyskuje ono mocne oraz trwałe podstawy swojego istnienia i rozwoju w płaszczyźnie czysto ludzkiej hierarchii wartości, otrzymuje też wzmocnienie ze strony Boga. Dziecko jest źródłem radości i jest nienaruszalne w swoim istnieniu. W przypadku interpretacji czysto laickiej wartość dziecka jest także bardzo wysoko ceniona, ale jest oddana tylko w ręce ludzkie, a te nie gwarantują dziecku tak stabilnego bezpieczeństwa jak w pierwszym przypadku. Dziecko widziane tylko i wyłącznie jako owoc czysto ludzkiej miłości staje się niczyje, jeżeli tej miłości w ogóle nie było przy jego poczęciu lub jeżeli ona temu faktowi towarzyszyła, ale po jakimś czasie zaczyna słabnąć i wygasnąć między rodzicami.

1.6. Dziecko jako spełnienie osobistych dążeń rodziców, jako realizacja potrzeby macierzyństwa i ojcostwa. To widzenie bardzo prywatyzuje dziecko. Osobista potrzeba rodzicielstwa może być zaspokojona już przy jednym dziecku, każde następne może być traktowane nawet jako przeszkoda w spokojnym i doskonałym realizowaniu osiągniętego już rodzicielstwa.

1.7. Dziecko może wreszcie być widziane jako przeszkoda w realizacji własnych osobistych celów, jakimi są, na przykład: zdobywanie wykształcenia, doskonalenie zawodowe, realizacja swoich zamiłowań, turystyka, nieskrępowane życie towarzyskie. W przypadku takiego spojrzenia na dziecko, jeżeli kobieta i mężczyzna decydują się na nie, to szybko uwalniają się od bycia rodzicami małego dziecka. Swoją prokreację kończą najczęściej na jednym potomku.

W ostatnich dziesięcioleciach nastąpiła zmiana w sposobie patrzenia na dziecko. W świadomości jednostkowej i społecznej osłabły się religijne i społeczne aspekty w spojrzeniu na dziecko, a upowszechniły się czysto ludzkie, mocno je prywatyzując. Dziecko w świadomości współczesnych, nie mając tak silnego wsparcia od Boga jak dawniej, albo tracąc je zupełnie, bardziej lub całkowicie zostało uzależnione od człowieka: przede wszystkim od upodobań, światopoglądu i warunków życiowych rodziców, a nawet od ich kaprysów i słabości charakteru. Zmniejsza się więc liczbę dzieci, motywując to najczęściej chęcią dania im lepszych warunków życia i rozwoju. Biada temu dziecku, które pocznie się „poza planem” w rodzinie, która nie liczy się z Bogiem i która nie ma właściwego rozumienia człowieka – jego wartości i godności. Może być ono przez nią traktowane jako zbyteczne, obciążające i obniżające standard życia rodziny. Współcześni rodzice mają na ogół bardzo sztwywny model dietności swojej rodziny; kobiety wcześniej zamykają swoją prokreację i coraz częściej później ją rozpoczynają. Jeżeli więc pocznie się nowe dziecko poza założony model dietności i poza wiekiem określanym jako stosowny do rodzenia i wychowywania małego dziecka, wówczas zamyka się przed nim rodzina, jego narodziny są zagrożone.

1. Dziecko upragnioną wartością

Pomimo wielu zmian stosunku społeczeństw, szczególnie nowoczesnych, do dziecka, badania przeprowadzone w ostatnich dziesięcioleciach ukazują niezmiennie, że wartościami najbardziej upragnionymi przez młode pokolenie Polaków są: udane małżeństwo, udane życie rodzinne, dzieci (tab. 1). Wartości te wyprzedzają, i to znacznie, wszelkie inne wybierane przez młodzież wartości. Młodzi ludzie, niezależnie od tego, czy pochodzą z udanej, czy z nieudanej rodziny, pragną założyć własną rodzinę i mieć dzieci⁷.

Tabela 1. Wartości/cele życiowe/zasady życia wybierane przez młodzież

„Są w życiu rzeczy, do których przywiązuje się szczególnie wagę”. Poniżej przedstawiliśmy kilka z nich. Jakie mają dla Ciebie znaczenie? Proszę zaznaczyć kółkiem przy każdej odpowiedzi wartość w skali od 1 do 6, gdzie 6 oznacza „bardzo ważne”, a 1 – „nieważne”.	Średnia skali ocen				
	Polonia	Niemcy	Hiszpania	Korea Połud.	Litwa
Odnieść sukces w zawodzie	5,1	4,7	5,3	5,3	5,4
Mieć dobrych przyjaciół	<u>5,5</u>	<u>5,7</u>	<u>5,7</u>	<u>5,5</u>	<u>5,4</u>
Móc urzeczywistnić swoje marzenia	<u>5,4</u>	5,1	<u>5,7</u>	<u>5,4</u>	5,0
Modnie się ubierać	3,6	3,3	3,1	3,4	4,0
Realizować się w pracy	5,1	5,1	5,2	5,2	5,1
Założyć własną rodzinę	5,3	5,1	5,1	4,2	<u>5,5</u>
Mieć duże dochody	4,8	4,2	4,4	5,1	5,1
Mieć dużo wolnego czasu	4,3	4,3	4,5	4,9	4,0
Prowadzić ciekawe życie	5,1	4,1	5,0	5,0	3,4
Nie odczuwać stresu	4,9	3,8	5,0	5,0	5,1
Pomagać innym ludziom	4,8	4,6	4,8	4,4	4,6
Cieszyć się uznaniem innych ludzi	4,8	5,1	5,3	3,2	4,7
Żyć zgodnie z religią	4,2	2,3	2,1	3,1	2,8
Żyć szczęśliwie w rodzinie	<u>5,7</u>	<u>5,3</u>	<u>5,7</u>	<u>5,5</u>	<u>5,8</u>

Źródło: badania własne.

Dziecko jest upragnioną wartością Polaków i tylko nieliczne jednostki nie przewidują go w swojej rodzinie⁸. O takiej postawie życiowej Polaków mówią wyniki ogólnokrajowych sondaży na temat rodziny i dziecka. Według sondażu CBOS z 2006 roku na temat potrzeb prokreacyjnych dorosłych Polaków

⁷ L. Dyczewski, *System wartości w świadomości młodego pokolenia*, „Roczniki Nauk Społecznych” 1980, nr 8, s. 259–271; J. Mariański, *Młodzież między tradycją a nowoczesnością. Wartości moralne w świadomości maturzystów*, Lublin 1995, s. 277–334; L. Dyczewski, *Wartości dorastającego pokolenia Polaków w okresie transformacji systemowej (w:) Trudne problemy dorastającego pokolenia*, red. T. Sołtysiak, Irena Łabuć-Kryski, Bydgoszcz 1998, s. 35–54; *Plany, dążenia i aspiracje życiowe młodzieży. Komunikat z badań*, CBOS, Warszawa, czerwiec 1999, s. 2; *Cele i dążenia życiowe Polaków. Komunikat z badań*, CBOS, Warszawa, kwiecień 2006, BS/69/2006, s. 4.

⁸ W Polsce tylko 10% ludności w wieku 40 lat nie ma dzieci, w Niemczech – 23%, w Szwajcarii – 21%, w Holandii – 20%. Por. K. Jagiełło, *Niemcy na kocią łapę*, „Życie” z 8–9 IV 2000 r.

i upragnionego przez nich modelu rodziny, prawie wszyscy dorośli Polacy deklarują, że chcą mieć dzieci, tylko 4% ankietowanych stwierdzała, że w ogóle nie chciałoby mieć dzieci⁹.

Warto podkreślić, że pragnienie posiadania dziecka jest powszechne u młodzieży. Mówią o tym zarówno badania ogólnokrajowe, jak i bardziej szczegółowe, prowadzone przez różne ośrodki, m.in. badania przeprowadzone przez pracowników Katedry Socjologii Kultury KUL. Przeprowadzono je w 2005 roku wśród młodzieży w wieku 18–26 lat w województwie mazowieckim i lubelskim (N=1335) w ramach projektu międzynarodowego, dlatego będą przytaczane dane porównawcze z Hiszpanii, Korei Południowej, Litwy, Niemiec i Polski¹⁰. Tylko nieliczni spośród młodych ludzi z pięciu tak zróżnicowanych kulturowo społeczeństw, nie przewidują dzieci w swojej przyszłości. Ogromna większość badanej na ten temat młodzieży z wymienionych krajów jednoznacznie stwierdza, iż chce mieć dzieci. Pragnienie posiadania dziecka najczęściej deklaruje młodzież litewska i polska, ale w ogromnej większości wyraża je młodzież hiszpańska (85,0%), która dość często ma krytyczny stosunek do wielu tradycyjnych wzorów życia małżeńskiego i rodzinnego. Natomiast młodzież Korei Południowej deklaruje dość umiarkowaną chęć posiadania dziecka. Co dziesiąty młody Koreańczyk nie wyraża chęci posiadania dziecka, co może budzić zdziwienie, gdyż młodzież tego kraju wykazuje dość silne postawy prorodzinne (tab. 2).

Tabela 2. Dziecko w planach życiowych młodzieży

Czy chciałbyś/chciałabyś mieć dzieci	Polska		Niemcy	Litwa	Hiszpania	Korea Połud.
	1	0,1				
Bez odpowiedzi	1	0,1				
Tak	1185	88,8	76,3	90,0	85,0	74,0
Nie	20	1,5	5,9	3,3	3,0	10,0
Jeszcze nie wiem	129	9,7	17,8	6,7	12,0	16,0
Ogółem	1335	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Źródło: badania własne.

Nieliczni młodzi Polacy, którzy nie chcą mieć dzieci (20 osób spośród 1335 – 1,5%), swoją postawę usprawiedliwiają brakiem umiejętności w pełnieniu roli ojca lub matki, sytuacją bytową, niepewną przyszłością osobistą i ogólnospołeczną. Można przypuszczać, że takie obawy mają także osoby wykazujące silne postawy prokreacyjne, ale one nie zdominowały pragnienia posiadania dziecka.

Do niedawna dzieci wiązano przede wszystkim z kobietą. Ich rodzenie i wychowanie było przede wszystkim jej domeną. Tymczasem chęć posiadania dzieci u młodego pokolenia Polaków jest tak silna, że w niewielkim stopniu różnicują ją płeć i wiek. Mężczyźni niemal na równi z kobietami pragną mieć dzieci. Młodzi respondenci częściej jednak uważają, że dziecko czyni kobietę bardziej szczęśliwą (48,24%) niż mężczyznę (38,43%). Choć w niedawnej jeszcze przeszłości nie wyobrażano sobie szczęśliwej kobiety bez dzieci, to znaczny odsetek badanej młodzieży obecnie uważa, że ani szczęście kobiety (39,48%), ani szczęście mężczyzny (43,22) nie jest uzależnione od posiadania dzieci (tab. 3). A zatem w wyobrażeniach młodzieży występuje podkreślenie osobistego wyboru swojego macierzyństwa czy ojcostwa.

⁹ *Potrzeby prokreacyjne oraz preferowany i realizowany model rodziny. Komunikat z badań*, CBOS, BS/52/2006, s. 1–2.

¹⁰ Badania na temat „Wyobrażenia młodzieży o małżeństwie i rodzinie” przeprowadzono w latach 2004–2006 na podstawie identycznego kwestionariusza w siedmiu krajach o zróżnicowanej kulturze, religijności i odmiennym poziomie rozwoju gospodarczego: Chile, Hiszpanii, Korei Południowej, Litwie, Niemczech, Polsce i Ukrainie. Do analizy w niniejszym opracowaniu wzięto dane tylko z pięciu krajów. W Polsce badania przeprowadzono w dobrze (mazowieckim) i słabo (lubelskim) rozwijających się gospodarczo województwach w celowo dobranych miastach dużych (Warszawa, Lublin), średnich (Płock, Tomaszów Lubelski, Zamość) i małych (Sochaczew) oraz w środowisku wiejskim (Adamów). Opracowania całościowe na podstawie przeprowadzonych badań zob.: *Familienvorstellungen zwischen Fortschrittlichkeit und Beharrung*, Hrsg. F. W. Busch, W-D. Scholz, Ergon Verlag, Wuerzburg 2006; L. Dyczewski, T. Biernat, P. Sobierajski, J. Szulich-Kaluża, *Wyobrażenia młodzieży w Polsce o małżeństwie*. „Pedagogia Christiana” 2007, nr 1(19), s. 137–156; L. Dyczewski, *Małżeństwo i rodzina upragnionymi wartościami młodego pokolenia (w:) Małżeństwo i rodzina w nowoczesnym społeczeństwie*. red. L. Dyczewski, Wydawnictwo KUL, Lublin 2007, s. 11–34; L. Dyczewski, *Wyobrażenia młodzieży o małżeństwie i rodzinie. Pomiędzy tradycją a nowoczesnością*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2009.

Tabela 3. Posiadanie dziecka źródłem szczęścia kobiety i mężczyzny

Jaka kobieta będzie według Ciebie ogólnie szczęśliwsza: kobieta z dziećmi czy kobieta bez dzieci?	Który mężczyzna będzie według Ciebie ogólnie szczęśliwszy: mężczyzna z dziećmi czy mężczyzna bez dzieci?
Kobieta z dziećmi N – 644; 48,24%	Mężczyzna z dziećmi N – 513; 38,43%
Kobieta bez dzieci N – 17; 1,27%	Mężczyzna bez dzieci N – 50; 3,75%
Szczęście kobiety nie jest uzależnione od posiadania dzieci N – 527; 39,48%	Szczęście mężczyzny nie jest uzależnione od posiadania dzieci N – 577; 43,22%
Nie wiem N – 147; 11,01%	Nie wiem N – 191; 14,31%
Bez odpowiedzi 0	Bez odpowiedzi N – 4; 0,30%
Razem N – 1335; 100,00%	Razem N – 1335; 100,00%

Źródło: badania własne.

2. Upragniona liczba dzieci

Spośród tych badanych osób, które chcą mieć dzieci, znaczna większość chce mieć ich dwójkę (62,4%), co czwarta osoba trójkę (25,0%), 7,1% czworo i więcej, a 5,5% tylko jedno dziecko. W Niemczech upragniona przez badaną młodzież przeciętna liczba dzieci we własnej rodzinie wyniosła 2,46, na Litwie 2,05¹¹. Według sondażu CBOS, przeprowadzonego w lutym 2006 r., 55% respondentów wyraziło chęć posiadania dwójki dzieci, 17% – trójki, 7% – czwórki i więcej, 13% badanych zadowoliliby się jednym dzieckiem, 5% nie chce mieć żadnego dziecka, a 3% badanych trudno było na ten temat cokolwiek powiedzieć¹² (tab. 4). A zatem upragniony model dzietności badanej młodzieży w Polsce jest nieco szerszy niż upragniona liczba dzieci określana przez dorosłych Polaków w sondażu, a także niż faktyczna liczba rodzących się dzieci w dzisiejszej młodej rodzinie polskiej.

Tabela 4. Upragniona liczba dzieci we własnej rodzinie, we własnym życiu

Liczba upragnionych dzieci	Sondaże CBOS				Badania młodzieży		
	IX 1996	II 2000	V 2004	II 2006	Polska	Litwa	Korea Połud.
Nie dotyczy, bez odpowiedzi					11,06	8,5	26
Żadnego	1	2	2	5			
Jedno	9	12	12	13	4,87	11,0	9
Dwoje	58	57	59	55	54,83	53,5	44
Troje	20	20	17	17	22,02	23,0	17
Czworo i więcej	5	4	4	5	4,94	2,5	3
Tyle, ile się zdarzy, ile będzie	2	2	3	3	1,27	1,5	1
Trudno powiedzieć	2	2	3	3			

Źródło: *Potrzeby prokreacyjne oraz preferowany i realizowany model rodziny*, CBOS, BS/52/2006 oraz badania własne.

Postawy prokreacyjne badanej młodzieży zależą najbardziej od jej religijności i oceny związku rodziców: im wyższa ocena własnej religijności (tab. 5) i niższy stopień laickości oraz im wyższa ocena związku rodziców, tym więcej młodych osób deklaruje chęć posiadania dzieci i większą otwartość na ich liczbę¹³. Osoby zdecydowanie religijne (37,8%) dwukrotnie częściej niż niereligijne (18,1%) wyrażają chęć posiadania trójki i więcej dzieci oraz trzykrotnie rzadziej chcą mieć tylko jedno dziecko. Z kolei im sto-

¹¹ *Familienvorstellungen zwischen Fortschrittlichkeit und Beharrung*, Hrsg. F. W. Busch, W.-D. Schulz, Ergon Verlag, Würzburg 2006, s. 43, 206.

¹² *Potrzeby prokreacyjne oraz preferowany i realizowany model rodziny. Komunikat z badań*, CBOS, BS/52/2006, s. 3.

¹³ Por. F. Adamski, *Rodzina. Wymiar społeczno-kulturowy*, Kraków 2002, s. 197.

pień laickości jest wyższy, tym bardziej zawężona postawa prokreacyjna. Co czwarta osoba o wysokim stopniu laickości chce mieć tylko jedno dziecko i żadna spośród nich nie chce mieć więcej dzieci niż troje, gdy tymczasem prawie co dziesiąta osoba o bardzo niskim stopniu laickości jest otwarta na większą niż trójka liczbę dzieci. Religijność zatem i pozytywne wzory relacji między rodzicami sprzyjają kształtowaniu się pozytywnej postawy prokreacyjnej u młodzieży.

Tabela 5. Upragniona liczba dzieci a ocena własnej religijności

Ile chciałbyś mieć dzieci	Czy uważasz się za osobę religijną?							
	Niereligijny/a		Raczej religijny/a		Zdecydowanie religijny/a		Ogółem	
	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%
Jedno	13	15,7	44	4,7	8	5,1	65	5,5
Dwoje	52	62,7	595	63,8	84	53,8	731	62,4
Troje	15	18,1	233	25,0	45	28,8	293	25,0
Czworo i więcej	0	0,0	52	5,6	14	9,0	66	5,6
Tyle ile będzie	3	3,6	9	1,0	5	3,2	17	1,5
Ogółem	83	100,0	933	100,0	156	100,0	1172	100,0

$\chi^2=36,43$, $df=8$, $p=0,001$; $\varphi=0,176$, $V=0,125$, $C=0,174$; $p=,001$, $\tau_b=,105$

Źródło: badania własne.

Stwierdzenia te jak najbardziej są zgodne z tymi, które wynikają z ogólnokrajowych badań prowadzonych przez OBOP, według których Polacy tym częściej są zwolennikami większej liczby dzieci w rodzinie, im lepiej oceniają swoją sytuację materialną, im bardziej zaangażowani są w praktyki religijne oraz im bardziej ze względu na poglądy polityczne lokują siebie z prawej strony sceny politycznej.

Preferowany przez młodzież model dzietności własnej rodziny jest nieco szerszy niż faktyczna liczebność dzieci w dzisiejszej młodej rodzinie, a także szerszy niż model wyrażony w badaniach ogólnokrajowych na dorosłej populacji Polaków. Gdyby postawy prokreacyjne badanej młodzieży zostały zrealizowane, współczynnik dzietności wyniósłby dla badanej kategorii kobiet (18–26 lat) 2,07 i byłby zdecydowanie wyższy od obecnego. Zagwarantowałby on prostą zastępowalność pokoleń, co ma miejsce przy współczynniku dzietności na poziomie około 2,10–2,15, który to współczynnik zanotowano w Polsce po raz ostatni w 1988 r. (2, 126), a w roku 2005 wynosił on zaledwie 1,243¹⁴.

4. Znaczenie dziecka

Badania wskazują, że w Polsce młodzi ludzie, nie mając jeszcze dzieci, myślą o dziecku i z nim wiążą swoją przyszłość. Chcąc dowiedzieć się, jakie znaczenie mają dzieci w ich planach na przyszłość, postawiono im kilka pytań. W jednym z nich („Jakie znaczenie – w Twoich planach na przyszłość – mają dzieci?”) poproszono, aby określili swoje postawy wobec tego problemu w skali od 1 do 6, gdzie „1” oznaczało, że dzieci nie mają dla respondenta żadnego znaczenia, a „6” – że mają one dla niego duże znaczenie¹⁵ (tab. 6).

Tabela 6. Znaczenie dzieci w planach na przyszłość (w %, N=1207)

%	0,75	1,72	3,52	10,26	28,39	45,77
Ranga	1	2	3	4	5	6

Źródło: badania własne.

¹⁴ *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2007–2008*, RRL, Warszawa 2008, s. 71, tablica 23.

¹⁵ Do wyboru była jeszcze odpowiedź „7” – „Nie wiem, nie umiem tego określić”.

Odpowiedzi udzieliło 90,4% badanych, a 9,6% nie potrafiło określić swojego stanowiska. Ogromna większość (84,42%) respondentów ułokowała swoje oceny w prawej części skali, tym samym uznając, że w ich planach na przyszłość dzieci odgrywają dużą rolę. Wzmacnia to wcześniejsze stwierdzenie o prorodzinnej orientacji życiowej młodych Polaków. Przy czym kobiety (57,4%) znacznie częściej niż mężczyźni (43,9%) wskazywały na kategorię „6”, oznaczającą, że dzieci mają dla nich bardzo duże znaczenie.

Odpowiedzi na pytanie o znaczenie dzieci w planach na przyszłość silnie różnicują: ocena własnej religijności, stopień laickości, ocena związku rodziców, upragniona liczba dzieci i płeć. We wszystkich przypadkach występuje statystycznie istotna zależność:

- Im wyższa ocena własnej religijności, tym większe znaczenie mają dzieci w planach życiowych młodzieży na przyszłość – 74,3% osób zdecydowanie religijnych przyznaje bardzo duże (ranga „6”) znaczenie dzieciom w swoich planach życiowych, natomiast osoby niereligijne takie samo znaczenie przypisują o połowę rzadziej (37,4%) – tabela 7;
- Im wyższy stopień laickości, tym mniej osób przyznaje dziecku najwyższe znaczenie w swych planach życiowych na przyszłość. Spośród osób o bardzo wysokim stopniu laickości najwyższe znaczenie przyznaje dziecku nieco częściej niż co piąta osoba (22,6%), natomiast odsetek tego typu ocen wśród osób o bardzo niskim stopniu laickości jest trzykrotnie wyższy i wynosi 63,5%;
- Im więcej dzieci pragną respondenci w swojej przeszłości, tym bardziej je cenią: spośród tych, którzy chcą mieć czwórkę i więcej dzieci, 72,3% przypisuje najwyższe znaczenie dziecku w swojej przeszłości, a 29,6% tych, którzy pragną mieć tylko jedno dziecko.

Tabela 7. Znaczenie dzieci w planach na przyszłość a ocena własnej religijności

Jakie znaczenie w twoich planach na przyszłość mają dzieci?	Czy uważasz się za osobę religijną?							
	Niereligijny/a		Raczej religijny/a		Zdecydowanie religijny/a		Ogółem	
	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%
1	3	3,3	7	0,7	0	0,0	10	0,8
2	5	5,5	17	1,8	1	0,7	23	1,9
3	10	11,0	34	3,5	3	2,0	47	3,9
4	13	14,3	115	12,0	9	5,9	137	11,4
5	26	28,6	325	33,8	26	17,1	377	31,3
6	34	37,4	464	48,2	113	74,3	611	50,7
Ogółem	91	100,0	962	100,0	152	100,0	1205	100,0

$\chi^2=66,97$, $df=10$, $p=0,001$; $\phi=0,236$, $V=0,167$, $C=0,229$; $p=,001$, $\tau_b=,180$

Źródło: badania własne.

Potwierdzeniem obserwacji o silnej postawie prokreacyjnej badanej młodzieży są jej odpowiedzi na pytanie o przyszłość. Proszono respondentów o ocenę znaczenia (w skali 1 do 6) określonych wartości, zasad i celów życiowych w perspektywie przyszłościowej („Co będzie ważne za 25 lat?”). Spośród 12 zaprezentowanych wartości najwyżej oceniono dwie, które odnoszą się właśnie do dzieci: „Dobrze rozumiem się z dziećmi” ($x=5,39$) i „Mam dzieci” ($x=5,16$). Oceny te potwierdzają uprzednie stwierdzenie, że posiadanie dzieci ma dla badanych duże znaczenie.

Jakie są motywy posiadania dzieci? Najczęściej badani zwracają uwagę na to, że kontakt z dzieckiem wzbogaca życie osobiste i rodzinne, dzieci nadają sens życiu (58,5%), sprawiają, iż rodzina jest prawdziwa (42,8%), wzbogacają życie (40,0), wzmacniają więź między rodzicami (26,4%). Dziecko widziane jest zatem przez młodzież jako ważny czynnik wzbogacający osobowość rodziców i jako czynnik jednoczący małżonków-rodziców (tab. 8).

Tabela 8. Motywy posiadania dzieci

Dlaczego chciałbyś/chciałabyś mieć dzieci?						
Lp.	Kategoria	Polska	Litwa	Niemcy	Hiszpania	Korea Połud.
0	Bez odpowiedzi	0,6	0,0	0,0	0	0
1	Chcę żeby moje nazwisko nie zginęło	17,0	10,0	6,4	8	15
2	Ponieważ nadaje to sens mojemu życiu	58,5	50,4	39,4	19	61
3	Ponieważ jako małżonek/małżonka dopiero coś znaczę, kiedy jest dziecko	2,3	1,7	0,2	1	3
4	Ponieważ dzieci należą do małżeństwa	6,6	32,4	5,3	4	15
5	Ponieważ ludzie bez dzieci są samotni w starszym wieku	16,6	19,9	26,5	13	24
6	Ponieważ dzieci wzbogacają moje życie	40,0	64,0	84,4	89	39
7	Ponieważ dzieci sprawiają, iż rodzina jest prawdziwa	42,8	23,2	26,2	17	21
8	Ponieważ dzieci wzmacniają więź między rodzicami	26,4	15,9	14,0	31	25
9	Ponieważ posiadanie dzieci uważam za mój obowiązek wobec społeczeństwa	2,9	4,0	8,0	2	5
10	Ponieważ małżeństwa z dziećmi są szczęśliwsze	12,7	12,5	5,8	0	34
11	Chcę mieć dzieci, aby być potrzebnym	19,1	5,6	13,0	0	16
12	Ponieważ oczekuję od nich ekonomicznej i praktycznej pomocy	0,4	0,8	0,8	2	2
13	Ponieważ wyrastałem wśród rodzeństwa od dzieciństwa i podoba mi się życie w rodzinie z dziećmi	18,6	23,6	52,2	44	16
14	Ponieważ posiadanie dzieci podoba się Bogu	5,1	1,5	2,7	2	11
15	Ponieważ w ten sposób uzyskam uznanie ze strony rodziców, przyjaciół, krewnych	0,2	1,5	1,2	0	3
16	Inne	2,0	2,1	11,5	5,5*	0

*Ponieważ to naturalna część życia.

Źródło: badania własne.

Wybór takich motywów posiadania dzieci, jak: „ponieważ nadaje to sens mojemu życiu”, „ponieważ dzieci wzbogacają moje życie”, w sposób statystycznie istotny różnicuje płeć. W obu przypadkach częściej wskazują na nie kobiety. Także wraz z rosnącą religijnością rośnie odsetek osób, które są takiego zdania. A zatem płeć i religijność wzmacniają postawę prokreacyjną młodzieży.

Jakie warunki – zdaniem młodzieży – są niezbędne, aby mieć dzieci? Z niewiadomych powodów tylko niewielka liczba młodych odpowiedziała na to pytanie, najczęściej wymieniając następujące warunki niezbędne do posiadania dziecka: gdy chcą tego oboje partnerzy (5,77%), posiadanie stałego miejsca pracy (5,54%), posiadanie własnego domu (5,32%), kiedy się ma niezależność finansową (4,42%), kiedy się posiada doświadczenie życiowe (4,27%) – tabela 9.

Tabela 9: Warunki niezbędne do posiadania dzieci

Jakie, według Ciebie trzeba mieć warunki, aby mieć dzieci	Liczba	%
Bez odpowiedzi	1176	88,09
Kiedy posiada się zawód	19	1,42
Kiedy posiada się stałe miejsce pracy	74	5,54
Kiedy ma się już doświadczenie życiowe	57	4,27
Kiedy posiada się własny dom	71	5,32
Kiedy jest się niezależnym finansowo	59	4,42
Kiedy można liczyć na wsparcie ze strony przyjaciół, krewnych	18	1,35
Kiedy zna się wystarczająco partnera/partnerkę	32	2,40
Kiedy czuje się taką potrzebę	26	1,95
W przypadku, gdy chcą tego oboje partnerzy	77	5,77
Kiedy jest się jeszcze dość młodym	1	0,07
Inne	2	0,15
Ogółem (odsetki nie sumują się do 100%, ponieważ respondenci mogli wybrać więcej niż jeden motyw)	1335	

Źródło: badania własne.

Odpowiedzi młodzieży na temat warunków do posiadania dzieci wskazują na jej poczucie odpowiedzialności za sytuację, jaką rodzice powinni stworzyć dla rozwoju dziecka. Można jedynie dociekać, o jaki poziom tych warunków chodzi młodzieży, mając na uwadze tendencję odraczania poczęcia dziecka na rzecz kariery zawodowej i osiągnięcia określonego statusu społecznego. Można sądzić, że chodzi tu zarówno o warunki bytowe, jak też o pozycję społeczno-zawodową, jaką chcą osiągnąć przyszli rodzice.

5. Postulaty dla polityki społecznej

Ogromna większość badanej młodzieży nie wyobraża sobie życia bez dzieci. Bez odpowiedniej ich liczby trudno też sobie wyobrazić przyszłe polskie społeczeństwo. „Dzieci dają światu życie i nadzieję. Z każdą nową generacją rośnie nowa odwaga życiowa, pojawiają się nowe impulsy i innowacje, idee i inicjatywy. Kiedy my, starzy, stajemy się słabi i poddajemy się rezygnacji, niezużyta generacja naszych dzieci i wnuków rozpoczyna wszystko od nowa”¹⁶. Gdyby ich liczba nadal w Polsce malała, przez jakiś czas byłoby wprawdzie przestrzenie luźniej, a także dostatniej, ale smutniej i bez perspektyw rozwojowych. Zatem w interesie obecnie żyjących pokoleń i pokoleń przyszłych leży wyższa dzietność obecnego młodego pokolenia Polaków. Pytanie, czy można wzmocnić – i w jaki sposób – pronatalistyczną postawę młodzieży, aby była ona chętna do realizowania swoich planów posiadania dziecka, które to plany są bardziej otwarte na trzecie i kolejne dziecko niż plany obecnych rodziców? Teoretycznie odpowiedź jest prosta: – tak, można. I w niektórych krajach już się to udało, na przykład w Szwecji. Posiadanie większej liczby dzieci w określonych kręgach społecznych stało się w tym kraju nawet modą. Podobna sytuacja występuje we Francji. W obu krajach kompleksowe działania wzmacniają postawę prokreacyjną tych osób, które chcą mieć więcej dzieci. Działania w tym kierunku powinny być także podjęte w Polsce, ale muszą one być bardziej kompleksowe niż dotychczas. Motywacje czysto ekonomiczne, na które zwraca się szczególną uwagę w Polsce, są niewystarczające. W duchu owej kompleksowości działania na rzecz wzmacniania postaw prokreacyjnych młodego pokolenia należy:

- Ukazywać dziecko w różny sposób i we wszystkich sytuacjach życiowych, tak by ono wyraźnie zaistniało w wyobraźni przeciętnego człowieka, aby było stałą ikoną życia młodego pokolenia, aby bez dziecka trudno mu było wyobrazić sobie życie osobiste i społeczne.
- Kształtować postawę otwartości wobec dziecka i postawę aprobaty dziecka w życiu osobistym, rodzinnym i najbliższego środowiska, a nie postawę uwalniania się od dziecka, od obowiązków z nim związanych i ograniczania liczby dzieci w rodzinie.
- Wzmacniać wzajemne powiązania motywów posiadania dziecka, a więc łączyć motywów osobiste, społeczne, etyczne, wychowawcze, religijne.
- Kształtować formy lepszego wspierania opieki nad dzieckiem i jego wychowywania, co można robić poprzez bardziej sprawiedliwe niż dotychczas dodatki rodzinne, ulgi podatkowe itp.
- Kształtować bardziej elastyczny system pracy zawodowej dla kobiet i mężczyzn mających dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, tzn. rozwijać zatrudnienie na część etatu i godziny zleczone, harmonijnie łączyć godziny pracy zawodowej z rytmem życia małego dziecka i życia rodzinnego, czyli uelastyczniać godziny pracy zawodowej rodziców.
- Rozbudowywać infrastrukturę ułatwiającą pielęgnację, opiekę i wychowanie małego dziecka przez odpowiednio gęstą sieć przedszkoli, ich właściwe wyposażenie i funkcjonowanie, rozwijać place zabaw dla dzieci, opiekę lekarską, pielęgniarską itp.

¹⁶ U. Beer, *Rodzina – model z przyszłością. Jedynek – charakter i szanse*, przekład: M. Dąbrówka, M. Jatowska, Wyd. Best-Press, Łódź 2005, s. 9.

PROBLEMATYKA ZDROWIA PUBLICZNEGO W DZIAŁALNOŚCI RZĄDOWEJ RADY LUDNOŚCIOWEJ ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM LAT 2000–2009

Wprowadzenie

Rządowa Rada Ludnościowa jako organ doradczy Prezesa Rady Ministrów w sprawach dotyczących zagadnień demograficznych i polityki ludnościowej w swej dotychczasowej działalności wiele miejsca poświęcała problematyce zdrowia publicznego. W tym obszarze polityki społecznej Rada inicjowała prace legislacyjne, opiniowała akty prawne, monitorowała stan zdrowia ludności ogółem oraz wybranych populacji, uczestniczyła w pracach analityczno-programowych, organizowała lub współuczestniczyła w organizacji sesji naukowych, publikowała raporty, stanowiska i prace eksperckie, reprezentowała stanowisko Polski w gremiach międzynarodowych.

Ekspertyzy Rady zostały wykorzystane m.in. do wypracowania stanowisko rządu RP na temat praw prokreacyjnych i zdrowia prokreacyjnego, ze szczególnym odniesieniem do doświadczeń w zwalczaniu chorób związanych z zarażeniem wirusowym ludzkiego systemu odpornościowego HIV, zgodne z polskim prawodawstwem. Stanowisko to delegacja polska przedstawiła na 35. Sesji ONZ Komisji Ludności i Rozwoju (Nowy Jork 1–5 kwietnia 2002 r.). Na 37. Sesji Komisji (Nowy Jork, 22–26 marca 2004 r.) delegacja polska przedstawiła stanowisko rządu RP na temat: „Dziesięć lat po Kairze. Raport Narodowy Polska”. W stanowisku zawarto informację o sytuacji demograficznej Polski, o problemach zdrowia prokreacyjnego, o powszechnym dostępie do edukacji (w tym edukacji kobiet), o zagadnieniach równości płci i statusu kobiet w Polsce oraz o zagadnieniach polityki ludnościowej w kontekście celów przyjętych w Programie Działania ICPD, Kair 1994. Na 38. Sesji Komisji (Nowy Jork, 4–8 kwietnia 2005 r.) delegacja polska przedstawiła stanowisko rządu RP na temat rozwoju ludności w Polsce w kontekście epidemii HIV/AIDS.

Współdziałanie Rady z międzynarodowymi organizacjami – ONZ, Rada Europy, OECD – przyniosło wymierne korzyści dla Polski w sferze zdrowia publicznego. We współpracy z UNFPA w latach 1997–1999 zrealizowano projekt badawczy pt. „Polityka ludnościowa i strategia jej wdrażania”. Obejmował on dwa skoordynowane przez Rządową Radę Ludnościową tematy: „Promocja zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego w systemie edukacji i poprzez system edukacji”, wykonany w Centrum Metodycznym Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN, oraz „Promocja zdrowia matki i dziecka, ze szczególnym uwzględnieniem planowania rodziny”, wykonany w Instytucie Matki i Dziecka. Kolejnym obszarem współpracy Rady z UNFPA była realizacja w latach 2000–2005 we wschodnich i środkowych regionach Polski programu pt. „Szkolenie dla pielęgniarek szkolnych i pediatrycznych na temat zdrowia prokreacyjnego, chorób przenoszonych drogą płciową i profilaktyki HIV/AIDS”.

Wykonując swe statutowe zadania w obszarze problematyki ludnościowej Rada dokłada starań, aby we wszystkich składowych tej problematyki były obecne zagadnienia zdrowia publicznego.

Początek pierwszej dekady XXI wieku zaowocował bezprecedensowym wydarzeniem w życiu społecznym kraju. Zorganizowany z inicjatywy Rządowej Rady Ludnościowej I Kongres Demograficzny w Polsce (wrzesień 2001 r. – listopad 2002 r.) przyniósł ogromne ożywienie środowisk naukowych, zawodowych i obywatelskich zarówno na szczeblu krajowym, regionalnym, jak i lokalnym. Trwająca ponad rok debata pozwoliła na dokonanie pogłębionej diagnozy ogólnokrajowych i regionalnych uwarunkowań oraz skutków procesów demograficznych, a także ich implikacji dla rozwoju ekonomicznego i społecznego. Na tej podstawie możliwe było opracowanie propozycji metod i środków sprzyjających integracji społecznej oraz przeciwdziałających społecznym patologiom i marginalizacji różnych grup społecznych. Obok wniosków odnośnie do kondycji polskiej rodziny szczególnie cenne okazały się rekomendacje dotyczące zdrowia publicznego. Problemy zdrowotne kobiet, dzieci i młodzieży, osób starszych i niepełnosprawnych, a także problemy onkologii i kardiologii, mające szerokie uwarunkowania pozamedyczne, zostały opracowane w sposób analityczno-programowy stwarzający szansę praktycznego wdrożenia do polityki zdrowotnej państwa. Pokłosem Kongresu było 21 tomów publikacji książkowych. Cztery z nich bezpośrednio dotyczyły problemów zdrowia publicznego:

- Tom. III: *Medycyna szkolna. Główne problemy i kierunki rozwiązań systemowych* (2002), red. J. Szymborski, Rządowa Rada Ludnościowa, RCSS, Warszawa.

- Tom. IX: *Kardiologia i onkologia w Polsce na początku XXI wieku. Stan, wyzwania i perspektywy* (2002), red. M. Nowacki, Z. Religa, W. Zatoński, Rządowa Rada Ludnościowa RCSS, Warszawa.
- Tom. XI: *Miejsce Polski w Europie w rozwiązywaniu problemów profilaktyki, wykrywania wczesnych form i leczenia raka ginekologicznego* (2002), red. J. Zieliński.
- Tom. XVI: *Zdrowie reprodukcyjne w Polsce – stan obecny i perspektywy rozwoju* (2003), red. K. Niemiec i B. Balińska, Rządowa Rada Ludnościowa, RCSS, Warszawa.
W ośmiu innych tomach treści z zakresu zdrowia publicznego stanowiły istotną część publikacji:
- Tom I: *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku. I Kongres Demograficzny w Polsce. Sesja Inauguracyjna* (2001), red. Z. Strzelecki, A. Ochocki, Rządowa Rada Ludnościowa, RCSS, Warszawa.
- Tom IIA: *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Proces starzenia się ludności Polski i jego społeczne konsekwencje* (2002), red. L. Frąckiewicz, Polskie Towarzystwo Polityki Społecznej, Katowice.
- Tom IIB: *Proces starzenia się ludności. Potrzeby i wyzwania* (2002), red. J. Kowaleski, P. Szukalski, Zakład Demografii Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Tom V: *Społeczne problemy osób niepełnosprawnych* (2002), red. J. Sikorska, Instytut Filozofii i Socjologii, PAN, Warszawa.
- Tom VII: *Polska a Europa. Rozwój demograficzny a niepełnosprawność dzieci i młodzieży w społeczności lokalnej* (2002), red. T. Sikoń, E. Nawracała, SIKOŃ – Fundacja dla Dzieci Niepełnosprawnych, Rządowa Rada Ludnościowa, RCSS, Zielona Góra.
- Tom VIII: *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Proces starzenia się społeczeństwa i jego wyzwania dla polityki społecznej* (2002), red. L. Frąckiewicz, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Karola Adameckiego w Katowicach, Katowice.
- Tom XVII: *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku. I Kongres Demograficzny w Polsce. Sesja Końcowa* (2003) red. Z. Strzelecki, Rządowa Rada Ludnościowa RCSS, Warszawa.
- *Problemy demograficzne Polski przed wejściem do Unii Europejskiej. Demographic Problems of Poland before the Accession to the European Union* (2003), red. Z. Strzelecki, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa.

Najważniejszym efektem debat kongresowych było, jak się wydaje, podjęcie prac nad przygotowaniem założeń programu polityki ludnościowej w Polsce. Inicjatywa Rządowej Rady Ludnościowej w tej sprawie była następstwem zapisów *Deklaracji I Kongresu Demograficznego w Polsce*, w której uczestnicy Kongresu domagali się podjęcia skoordynowanych działań pozwalających na zahamowanie niekorzystnych trendów demograficznych. Rada powołała Zespół ds. opracowania założeń programu polityki ludnościowej, składający się z pracowników naukowych z różnych ośrodków w kraju oraz przedstawicieli resortów realizujących zadania związane z polityką ludnościową. Zostały opracowane „Założenia polityki ludnościowej w Polsce” pod kierunkiem dr hab. Bożeny Balcerzak-Paradowskiej oraz projekt „O polską politykę migracyjną” pod kierunkiem prof. dr. hab. Antoniego Rajkiewicza. W efekcie w 2004 roku powstał jednolity dokument *Założenia polityki ludnościowej w Polsce*, który przekazano Radzie Ministrów. Celem niniejszego opracowania jest próba oceny stanu realizacji tych zapisów *Założeń polityki ludnościowej*, które dotyczą problemów zdrowia publicznego.

Miejsce i rola zdrowia publicznego w Założeniach polityki ludnościowej

W zaproponowanej w *Założeniach* definicji polityki ludnościowej politykę w obszarze ochrony zdrowia uznano za równoważną z innymi obszarami polityki społecznej, jak: rodzinna, mieszkaniowa, edukacyjna, zabezpieczenia społecznego, zatrudnienia. Tak postrzegana polityka społeczna stanowi, obok polityki gospodarczej, ekologicznej i migracyjnej, warunek pożądanego przebiegu procesów demograficznych zapewniających biologiczną ciągłość narodu i zrównoważony rozwój społeczno-ekonomiczny. Przyjęta definicja implikuje główny cel polityki ludnościowej, jakim jest oddziaływanie na procesy związane z tworzeniem się i funkcjonowaniem rodzin, rozrodznością, poprawą stanu zdrowia i ograniczaniem umieralności oraz na procesy migracyjne.

Pośród czterech celów ogólnych bezpośrednio zdrowia publicznego dotyczy cel III. – „Poprawa stanu zdrowia ludności i ograniczanie umieralności”. Należy jednak zauważyć, że zadania szczegółowe ściśle związane z ochroną zdrowia zawarte są zarówno w celu ogólnym I – „Poprawa warunków powstawania

i funkcjonowania rodzin oraz sprzyjających rodzeniu dzieci i zwiększaniu liczby urodzeń”, jak i w celu ogólnym II – „Tworzenie warunków sprzyjających integracji w starzejącym się społeczeństwie”.

Do osiągnięcia **celu ogólnego I** zostały sformułowane cele szczegółowe, m.in. cel ukierunkowany na tworzenie warunków sprzyjających rozwojowi młodego pokolenia w rodzinie i w środowiskach pozarodzinnych jako czynnika poprawy jakości kapitału ludzkiego. Zostały tu wymienione działania realizacyjne na rzecz rozwoju usług społecznych dla dzieci i młodzieży sprzyjających rozwojowi młodej generacji. W ramach tych działań położono nacisk na zwiększenie socjalnej funkcji szkoły m.in. poprzez rozwój systemu żywienia uczniów we wszystkich typach szkół oraz rozwój usług społecznych sprzyjających poprawie zdrowia dzieci i młodzieży, w tym:

- przywrócenie opieki medycznej (pielęgniarsko-lekarskiej, w tym stomatologicznej, prowadzenie szczepień) w szkołach, co zapewniłoby właściwą opiekę zdrowotną dla dzieci, sprzyjałoby prowadzeniu działań profilaktycznych oraz promocji zdrowia wśród uczniów i ich rodzin;
- poprawę stanu bezpieczeństwa i higieny w szkołach;
- edukację żywieniową uczniów w ramach ścieżki edukacyjnej „wychowanie prozdrowotne”, kształtującej umiejętności i postawę odpowiedzialności za swój sposób żywienia;
- rozwój kompleksowego, powszechnie dostępnego poradnictwa nad uczniami z zaburzeniami rozwoju, wadami i chorobami przewlekłymi;
- zapewnienie powszechnych szczepień ochronnych;
- zapewnienie wczesnego wykrywania zagrożeń i odchyłeń w stanie zdrowia oraz zapewnienie orzecznictwa lekarskiego dla potrzeb ucznia i szkoły;
- promocję wśród dzieci i młodzieży oraz rodziców aktywnych form spędzania czasu wolnego w ośrodkach młodzieżowych, domach kultury, ośrodkach rekreacyjnych w miejscu zamieszkania.

Także w pozostałych celach szczegółowych – „Tworzenie warunków sprzyjających powstawaniu rodzin (zawieraniu małżeństw) i decyzjom prokreacyjnym” oraz „Pomoc rodzinom w trudnych sytuacjach” – zostały zawarte działania ważne z punktu widzenia zdrowia publicznego. Chodzi m.in. o budowanie warunków sprzyjających podejmowaniu świadomych decyzji macierzyńskich i rodzicielskich poprzez rozwój edukacji i poradnictwa rodzinnego, a także o poprawę zdrowia jako czynnika ograniczającego umieralność osób w okresie aktywnego rodzicielstwa poprzez promocję zdrowia obejmującą osoby w okresie aktywnego rodzicielstwa, szerokie działania profilaktyczne na rzecz wczesnej wykrywalności niektórych chorób, w tym chorób nowotworowych u kobiet, działania profilaktyczne i edukację zdrowotną mającą na celu ograniczanie zachorowalności i umieralności mężczyzn na choroby układu krążenia, nowotwory i inne.

Do osiągnięcia **celu ogólnego II** zostały również sformułowane cele szczegółowe i zadania realizacyjne mieszczące się w obszarze zdrowia publicznego, w tym *tworzenie warunków sprzyjających godnej i aktywnej starości* poprzez m.in. poprawę ochrony zdrowia i dostępu do usług medycznych i pielęgnacyjnych oraz system pomocy w organizowaniu samodzielnego życia. Formy świadczenia usług medycznych i opiekuńczych powinny być ukierunkowane na działania podtrzymujące aktywność ludzi starszych i ich samodzielność w zaspokajaniu potrzeb związanych z codziennym funkcjonowaniem w domu i środowisku lokalnym. Chodzi o rozwój usług innych niż tylko leczenie szpitalne i domy opieki społecznej. Usługi medyczne powinny być wspierane działaniami o charakterze rehabilitacyjnym i terapeutycznym, wspomagającym dodatkowo samodzielność w zaspokajaniu codziennych potrzeb tych osób. Realizacji tych zamierzeń sprzyjać powinno:

- rozwijanie sieci geriatrycznych placówek opiekuńczych i medycznych w celu zapewnienia równego dostępu do ich usług bez względu na miejsce zamieszkania pacjentów oraz w celu skrócenia czasu oczekiwania na miejsce w domach pomocy społecznej;
- zweryfikowanie zasady odpłatności za usługi medyczne i opiekuńcze i dostosowanie ich do sytuacji dochodowej pacjentów, umożliwiając w ten sposób korzystanie z nich osobom najuboższym; zwłaszcza samotnym i niepełnosprawnym;
- rozwijanie zakresu i rodzajów usług medycznych i opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania;
- wzmocnienie nadzoru nad wypełnianiem standardów w zakresie jakości usług opiekuńczych świadczonych przez placówki opiekuńcze;
- wspieranie – poprzez rozwijanie usług wspierających i świadczeń – rodzinnych form opieki nad osobą starszą w środowisku zamieszkania;
- rozwijanie zatrudnienia wolontariuszy w opiece nad ludźmi starymi;

- wprowadzenie ubezpieczeń opiekuńczych, finansowanych ze składek osób indywidualnych w okresie aktywności zawodowej;
- poszerzenie zakresu ryzyka uprawniającego do świadczeń z pomocy społecznej o kryterium starości (w ustawie o pomocy społecznej);
- rozwijanie pracy socjalnej ośrodków pomocy społecznej i centrów pomocy rodzinie, pozwalającej zarówno na rozpoznanie potrzeb ludzi starszych w środowisku lokalnym, jak i dostosowanie do tych potrzeb form udzielanej pomocy.

W kolejnym celu szczegółowym – *wspieranie rodzin z osobą niepełnosprawną (jako czynnik ograniczania skutków pogarszania się stanu zdrowia społeczeństwa i starzenia się ludności)* – zostały sformułowane, jako warunek integracji, działania kierunkowe i zadania realizacyjne gwarantujące osobom niepełnosprawnym, dorosłym i dzieciom, m.in.:

- dostęp do usług społecznych w zakresie zdrowia, rehabilitacji zdrowotnej i społeczno-zawodowej, zwłaszcza niepełnosprawnym zamieszkałym na wsi;
- zapewnienie większego zakresu usług opiekuńczych, zarówno dla starszych osób samotnych, jak i dla rodzin z dziećmi niepełnosprawnymi;
- rozwój poradnictwa i szkoleń w zakresie pielęgnacji i opieki nad osobami niepełnosprawnymi dla członków ich rodzin;
- rozwój systemu poradnictwa psychologicznego, pozwalający opiekunom na radzenie sobie w trudnej sytuacji oraz zwiększenie dostępu do informacji o istniejących formach pomocy;
- upowszechnienie szkolnictwa integracyjnego wszystkich szczebli (począwszy od przedszkola) z odpowiednio przygotowaną kadrą psychologów i pedagogów;
- docenienie roli organizacji pozarządowych we wzbogacaniu usług społecznych wobec niepełnosprawnych (opiekuńczych, specjalistycznych, edukacyjnych i innych związanych z integracją społeczną), zwłaszcza na terenie wsi i małych miast.

Wymienione powyżej przedsięwzięcia kierunkowe i zadania realizacyjne zostały rozwinięte i uzupełnione w **trzecim celu ogólnym Założeń**, gdzie szeroko udokumentowano zależność *poprawy stanu zdrowia ludności i ograniczania umieralności* od działań operacyjnych ukierunkowanych na: poprawę opieki medycznej nad matką i dzieckiem; ograniczenie zachorowań i umieralności z powodu chorób układu krążenia i chorób nowotworowych; promocję zdrowia.

Poprawa opieki medycznej nad matką i dzieckiem

Zdrowy start do życia i harmonijny rozwój młodego pokolenia są wyodrębnionymi, ważnymi celami programu Światowej Organizacji Zdrowia – „Zdrowie 21”, zajmują istotne miejsce wśród celów i zadań Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) oraz mają szczególną podbudowę legislacyjną w zapisach Konstytucji RP, Konwencji o prawach dziecka i dokumentach Światowego Szczytu w Sprawach Dzieci ONZ. Rozpatrując problematykę opieki nad matką i dzieckiem w kontekście polityki ludnościowej w *Założeniach* skupiono się na trzech priorytetowych z tego punktu widzenia zagadnieniach: 1) poprawie jakości prokreacji, 2) ograniczeniu zachorowań i zgonów wśród dzieci i młodzieży, 3) medycynie szkolnej.

W pierwszym przypadku zalecono m.in. podjęcie skoordynowanych działań na rzecz:

- kształtowania prozdrowotnych i przeciwdziałania antyzdrowotnym postawom i zachowaniom kobiet w wieku rozrodczym,
- poprawy dostępności i jakości świadczeń profilaktyczno-leczniczych dla kobiet w ciąży, podczas porodu i pòłogu,
- zapewnienia kompleksowej opieki medycznej noworodkom o niskiej masie i wcześniakom, z realizacją sprawdzonego w praktyce trójstopniowego systemu referencyjnego,
- przywrócenia wypracowanego w latach 2000–2001 systemu nadzoru i monitorowania, wdrożenie najnowszych osiągnięć nauki i technologii medycznej, w tym telematyki,
- zapewnienie adekwatnej do potrzeb systemowej pomocy socjalnej i świadczeń rodzinnych w szczególności dla środowisk upośledzonych pod względem społeczno-ekonomicznym i dotkniętych patologią.

W celu poprawy sytuacji w zakresie chorobowości i ograniczania umieralności dzieci i młodzieży w *Założeniach* zalecono podjęcie skoordynowanych działań na wszystkich szczeblach zdrowotnej polityki publicznej, a w szczególności w zakresie:

- eliminacji czynników usposabiających i przyczynowych mających wpływ na powstawanie wad rozwojowych, chorób przewlekłych i niepełnosprawności, w tym czynników środowiskowych i wynikających z roli dziecka jako konsumenta,
- pełnej realizacji powszechnych badań profilaktycznych w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej i w placówkach oświatowo-wychowawczych z kluczową rolą pediatrów,
- utrzymania osiągnięć hematologii i kardiologii dziecięcej poprzez zapewnienie adekwatnego do potrzeb finansowania świadczeń,
- rozwój wczesnej diagnostyki m.in. wad rozwojowych, chorób uwarunkowanych genetycznie, chorób metabolicznych, alergicznych, neurologicznych,
- adekwatnej do potrzeb opieki zdrowotnej i pomocy socjalnej dla dzieci i rodzin obarczonych wadami rozwojowymi, chorobami przewlekłymi, niepełnosprawnością, w tym upośledzeniem umysłowym, w szczególności dla środowisk znajdujących się w trudnej sytuacji społeczno-ekonomicznej i dotkniętych patologią,
- opracowanie i wdrożenie Narodowego Programu Zapobiegania i Ograniczania Następstw Zdrowotnych Wypadków u Dzieci i Młodzieży, z uwzględnieniem problematyki przemocy w rodzinie, społeczności lokalnej i szkole,
- restytucję i rozwój ogólnokrajowego, zintegrowanego systemu organizacji, monitorowania i nadzoru w opiece nad dzieckiem.
- Potrzeba przywrócenia w Polsce medycyny szkolnej została w *Założeniach* szeroko uzasadniona m.in. jej znaczeniem dla harmonijnego rozwoju i poprawy stanu zdrowia populacji wieku rozwojowego. Zaproponowano następujące kierunki działań:
- prace legislacyjne prowadzące do przyjęcia ustawy o medycynie szkolnej, na wzór ustawy o medycynie pracy,
- zorganizowanie systemu edukacji zdrowotnej dla wszystkich dzieci w wieku obowiązkowego nauczania w celu ukształtowania prozdrowotnych postaw, zachowań, umiejętności i motywacji oraz w celu zapobiegania zachowaniom antyzdrowotnym,
- upowszechnienie systemu dożywiania w szkołach,
- poprawę technicznych i sanitarnych warunków szkół,
- rozwój sieci szkół promujących zdrowie,
- propagowanie wykonawstwa szczepień ochronnych na terenie szkół,
- wdrożenie systemu wczesnego wykrywania zagrożeń, odchyłeń w stanie zdrowia i w rozwoju psychicznym i somatycznym, z uwzględnieniem badań przesiewowych bilansów zdrowia, profilaktyki stomatologicznej, w szkołach i w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej,
- zapewnienie dostępu do adekwatnej do potrzeb opieki specjalistycznej, w tym rehabilitacji i korektywy oraz do opieki stomatologicznej,
- wdrożenie systemu orzecznictwa lekarskiego dla potrzeb ucznia i szkoły, w tym do oceny dojrzałości szkolnej, kwalifikacji do zajęć wychowania fizycznego i sportu oraz poradnictwa zawodowego,
- rozwój systemu kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego nauczycieli, psychologów, lekarzy i pielęgniarek w zakresie edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i wczesnego wykrywania zdrowotnych problemów uczniów,
- stworzenie zintegrowanego, trójstopniowego systemu organizacji, nadzoru i monitorowania w medycynie szkolnej,
- przywrócenie specjalizacji lekarskiej z zakresu medycyny szkolnej,
- zapewnienia finansowania systemu medycyny szkolnej opartej na finansach samorządów terytorialnych (warunki do sprawowania opieki medycznej w szkole, w powiecie i województwie, promocja zdrowia) oraz funduszu zdrowia (świadczenia zdrowotne, programy profilaktyczne, programy promocji zdrowia), budżetu państwa (programy polityki zdrowotnej, nadzór specjalistyczny i metodyczno-organizacyjny, inspekcja sanitarna, kształcenie, badania naukowe).

Ograniczanie zachorowań i umieralności z powodu chorób układu krążenia

Podstawową przesłanką działań w obszarze kardiologii były, z jednej strony, nadal niezadowalające współczynniki zachorowalności i umieralności w Polsce w porównaniu do krajów zachodnioeuropejskich,

a drugiej – pozytywne efekty *Narodowego Programu Ochrony Serca* (NPOS) opracowanego przez środowisko kardiologów skupionych w Polskim Towarzystwie Kardiologicznym i zatwierdzonego przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej oraz Komisję Zdrowia Sejmu RP w 1993 roku. W jego ramach podjęto szerokie działania w zakresie promocji zdrowia i prewencji chorób serca i naczyń wśród całego społeczeństwa, a także uzyskano znaczną poprawę dostępności i skuteczności świadczeń diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych dla pacjentów z chorobami układu krążenia. W *Założeniach* rekomendowano kontynuację NPOS jako kluczowego warunku realizacji strategicznego celu, jakim jest zmniejszenie zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia i uzyskanie odpowiednich wskaźników istniejących w krajach Unii Europejskiej. Określono, że do osiągnięcia strategicznego celu NPOS konieczna jest realizacja wielu celów operacyjnych.

1. Rozwój pierwotnej prewencji chorób układu krążenia dzieci i dorosłych, co łączy się z:
 - rozwijaniem i upowszechnieniem działań w zakresie promocji zachowań prozdrowotnych (właściwe odżywianie, odpowiednia kultura fizyczna, harmonijne stosunki między ludźmi);
 - zapobieganiem i zwalczaniem zachowań antyzdrowotnych, w tym zwłaszcza palenia tytoniu, walką z otyłością, nadciśnieniem tętniczym, stresem;
 - wdrażaniem i udostępnianiem systemowych programów umożliwiających przesiewową ocenę czynników ryzyka, w tym badań cholesterolemii i glikemii;
 - koniecznością nadania odpowiedniej rangi poczynaniom prewencyjnym w zdrowotnej polityce publicznej we wszystkich sektorach życia społecznego i politycznego, na wszystkich szczeblach zarządzania;
 - znalezieniem sposobów nadania odpowiedniego miejsca i roli prewencji pierwotnej chorób układu krążenia w pracy personelu medycznego, a zwłaszcza lekarzy pierwszego kontaktu; muszą na to być przeznaczone odpowiednie środki finansowe oraz wsparcie dydaktyczne i organizacyjne. Na podkreślenie zasługuje fakt uznania, że **warunkiem efektywnej prewencji pierwotnej chorób układu krążenia jest także przywrócenie i rozwój zintegrowanego systemu medycyny szkolnej.**
2. Zapewnienie powszechnego dostępu wszystkim potrzebującym do wysokospecjalistycznych procedur kardiologicznych i kardiochirurgicznych, co wiąże się z koniecznością: wdrożenia ujednoliconego, zintegrowanego systemu ratownictwa, w tym organizacji całodobowych dyżurów hemodynamicznych oraz intensywnego rozwoju nowoczesnych technik kardiologii inwazyjnej, elektroterapii i kardiochirurgii; z umocnieniem istniejących regionalnych i centralnych ośrodków kardiologicznych i kardiochirurgicznych tak, aby mogły one rozwijać i wdrażać najnowsze osiągnięcia światowe w zakresie technologii medycznej oraz diagnostyki i leczenia chorób układu krążenia.
3. Wprowadzenie i zapewnienie dostępności nowoczesnych metod diagnostycznych i terapeutycznych w celu właściwego leczenia osób z chorobami układu krążenia, co wymaga: poprawy bazy łóżkowej dla potrzeb intensywnej opieki kardiologicznej i rehabilitacji kardiologicznej oraz wyposażenia ośrodków kardiologicznych w ultrasonografię, angiokardiografię i aparaturę do elektroterapii.
4. Upowszechnienie stosowania i monitorowania skuteczności odpowiednich leków kardiologicznych, co pociąga za sobą konieczność: udostępnienia możliwości adekwatnego do potrzeb stosowania leków kardiologicznych zmniejszających ryzyko zgonu, zawału serca i udaru mózgu (leki przeciwpłytkowe, inhibitory konwertazy angiotenzyny, statyny, beta-adrenolityki) oraz monitorowania farmakoterapii w opiece ambulatoryjnej to istotne warunki osiągnięcia poprawy efektywności opieki nad chorymi; prowadzenia odpowiednich szkoleń dla personelu medycznego.
5. Optymalizacja funkcjonowania systemu organizacji i nadzoru w opiece kardiologicznej zarówno na szczeblu krajowym, jak i regionalnym z wprowadzeniem systemu akredytacji ośrodków kardiologicznych wypracowanego przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne.

Ograniczanie zachorowalności i umieralności z powodu chorób nowotworowych

Rosnące wskaźniki zachorowalności i umieralności oraz znaczący dystans dzielący Polskę od krajów zachodnioeuropejskich stanowiły istotną podstawę do nadania onkologii priorytetowego znaczenia w *Założeniach polityki ludnościowej*. Celem strategicznym Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych (NPZChN) w Polsce, przygotowanego w wyniku działań wielu środowisk, w tym głównie środowiska onkologów, jest zahamowanie wzrostu zachorowań i zmniejszenie umieralności na nowotwory. Z doświadczeń wielu krajów wynika ponadto, że skoordynowane przedsięwzięcia ujęte w narodowe programy, prowadzą zarówno do stopniowego ograniczenia zachorowań na nowotwory, jak i do bardzo znacznego wzrostu odsetka wyleczonych chorych. *Założenia* zawierają katalog działań niezbędnych do realizacji celów NPZChN.

1. Rozwój edukacji zdrowotnej i promocja zdrowia ukierunkowane na ograniczenie palenia tytoniu i kształtowanie właściwych nawyków żywieniowych oraz redukcję narażeń rakotwórczych w środowisku pracy i środowisku zamieszkania. Działania te, koordynowane w ramach programu polityki zdrowotnej państwa, powinny uzyskać odpowiednie finansowanie w celu utrzymania dotychczasowych wyników i uzyskania dalszego postępu w zakresie prewencji nowotworów tytoniozależnych.
2. Kształtowanie i upowszechnianie zasad zdrowego żywienia, które powinny przyczynić się do zmniejszenia liczby zachorowań na nowotwory przewodu pokarmowego i piersi. **Uzyskanie rzeczywistych efektów edukacji prozdrowotnej i ekologicznej wiąże się z pilną potrzebą odbudowania systemu medycyny szkolnej.**
3. Upowszechnianie populacyjnych, prowadzonych przez wyspecjalizowane ośrodki badań przesiewowych w celu wykrywania stanów przedrakowych i nowotworów we wczesnej fazie rozwoju: raka szyjki macicy (badania cytologiczne), raka piersi (badania mammograficzne), raka jelita grubego i żołądka (badania endoskopowe), raka gruczołu krokowego (badanie PSA). Wymaga to działań edukacyjnych skierowanych do całego społeczeństwa, odpowiednich zmian przeddyplomowego kształcenia personelu medycznego oraz stworzenia systemu permanentnego szkolenia lekarzy różnych specjalności i systemu szkolenia pielęgniarek onkologicznych, cytotechników i techników radiologii.
4. Upowszechnienie nowoczesnych metod wczesnej diagnostyki nowotworów: szyjki macicy, piersi, zwłaszcza u kobiet po 50. roku życia i kobiet z rodzin o podwyższonym ryzyku zachorowań (mammografia, sonomammografia, biopsja aspiracyjna cienkoigłowa – BAC), gruczołu krokowego przewodu pokarmowego, czerniaka skóry.
5. Modernizacja bazy specjalistycznego leczenia nowotworów, w tym dalsza rozbudowa i modernizacja bazy do leczenia promieniami (radioterapia), tak aby metoda ta była powszechnie dostępna wszystkim potrzebującym (60–70% wszystkich chorych na nowotwory złośliwe w różnych stadiach ich zaawansowania), z jednoczesnym wdrożeniem standardów zapewnienia jakości w radioterapii.
6. Wdrożenie w sieci specjalistycznych szpitali onkologicznych i akademiach medycznych nowych metod leczenia skojarzonego (chirurgia + chemioterapia + radioterapia) nowotworów w kilku częstych lokalizacjach. Głównym celem sieci szpitali onkologicznych jest zapewnienie specjalistycznej opieki onkologicznej dla około 50% wszystkich chorych na nowotwory złośliwe, którzy wymagają leczenia skojarzonego (chirurgia i/lub radioterapia i/lub chemioterapia) oraz dla wszystkich chorych wymagających radioterapii, uwzględniając wskazania do radioterapii jako samodzielnej metody leczenia radykalnego, leczenia uzupełniającego lub paliatywnego.
7. Wdrażanie metod molekularnych i immunologicznych umożliwiających przewidywanie zagrożenia chorobą nowotworową, zwiększenie odsetka wczesnych rozpoznań nowotworów złośliwych, przewidywanie odpowiedzi na różne metody leczenia jako podstawy do optymalizacji terapii, rozwój skuteczniejszych metod leczenia nowotworów.
8. Upowszechnienie metod rehabilitacji po leczeniu onkologicznym oraz wdrożenie nowych metod leczenia objawowego i walki z bólem. Wskazania do takiego postępowania istnieją u 30–50% pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową i w tym zakresie niezbędna jest współpraca z ukształtowanym już w Polsce pionem medycyny paliatywnej.
9. Zapewnienie warunków do dalszego rozwoju, w oparciu o wdrażanie i upowszechnianie postępów wiedzy, diagnostyki i leczenia białaczek i nowotworów limfoidalnych u dorosłych oraz nowotworów u dzieci.
10. Wdrożenie systemu monitorowania skuteczności interwencji w zwalczaniu chorób nowotworowych, co wymaga rozwoju i modernizacji systemu rejestracji zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe w Polsce tak, aby można było uzyskać pełne informacje o zachorowaniach, o stopniach zaawansowania w czasie podjęcia leczenia i o 5–letnich przeżyciach chorych we wszystkich regionach kraju. Wiąże się to z koniecznością rozbudowy systemu informatycznego Centrum Onkologii i włączenie do niego ośrodków terenowych w celu uzyskania wiarygodnych danych o wynikach leczenia i stworzenia systemu kontroli jakości leczenia.
11. Środki na walkę z chorobami nowotworowymi będą pochodzić przede wszystkim z budżetu państwa. Przemawia za tym doświadczenie wszystkich krajów – w tym zwłaszcza USA i krajów skandynawskich – które osiągnęły wymierne efekty w tym zakresie.
12. Nadzór nad realizacją Programu powinna sprawować Rada, w skład której, obok onkologów i specjalistów z zakresu zdrowia publicznego i finansów, powinny wchodzić osoby cieszące się zaufaniem publicznym.

Godne podkreślenia jest znaczenie, jakie w *Zalożeniach* przydano uwarunkowaniom realizacji celów NPZChN. Pod adresem kreatorów zdrowotnej polityki publicznej i, szerzej, polityki społeczno-gospodarczej skierowano postulaty: docenienia i zapewnienia warunków organizacyjnych i finansowych do działań prewencyjnych; ukierunkowania wielodyscyplinarnych i międzysektorowych wysiłków na edukację zdrowotną, promocję zdrowia i profilaktykę; uwzględniania równoważnej roli promocji zdrowia, prewencji zagrożeń i chorób oraz restytucji zdrowia w długofalowych narodowych programach polityki zdrowotnej; wzmocnienia wysiłków na rzecz ograniczania nierówności w ochronie zdrowia, głównie poprzez podniesienie szans zdrowotnych regionów i środowisk upośledzonych w tym względzie, opracowania i wdrożenia nowoczesnych, systemowych rozwiązań w zakresie informacji medycznej. Do środowiska medycznego, zwłaszcza lekarzy i pielęgniarek pracujących w bezpośrednim kontakcie z osobami chorymi, zwrócono się o lepsze zrozumienie potrzeby wprowadzania rozwiązań systemowych przy zachowaniu dbałości o losy każdego indywidualnego pacjenta, mimo pracy w sytuacji permanentnego niedofinansowania opieki medycznej i pogłębiających się problemów organizacyjno-prawnych.

Promocja zdrowia jako czynnik poprawy zdrowia ludności i związanej z nim jakości życia

Wychodząc z udokumentowanych ocen, iż stan zdrowia społeczeństwa polskiego wymaga intensywnych działań umożliwiających jego poprawę i rozwój w *Zalożeniach* zwrócono uwagę na stale zmieniające się uwarunkowania zdrowia w zależności od zmian zachodzących w życiu politycznym, społecznym i gospodarczym. W związku z tym konieczne jest podjęcie wielu interdyscyplinarnych działań.

1. Uchwalenie ustawy o nowym Narodowym Programie Zdrowia, z wyraźnym określeniem warunków i zakresu finansowania działań wynikających z realizacji celów Programu.
2. Lepsza realizacja zadań samorządu terytorialnego w zakresie polityki zdrowia publicznego wynikającej z tzw. ustaw samorządowych obligujących samorządy wszystkich szczebli do ochrony i promocji zdrowia.
3. Ustanowienie Państwowego Monitoringu Zdrowia, który służyłby jako jednorodne źródło informacji dotyczących zdrowia, bez potrzeby konstruowania systemu monitoringu wyników i realizacji celów operacyjnych każdej wersji Narodowego Programu Zdrowia. W przyszłości Państwowy Monitoring Zdrowia mógłby być rozbudowany i połączony z Państwowym Monitoringiem Środowiska, co w sposób naturalny łączyłoby monitorowanie zasadniczych czynników tak ściśle powiązanych ze sobą w oddziaływaniu na zdrowie człowieka.
4. Utworzenie – w ramach istniejącego (od końca ubiegłego roku) Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – struktur zajmujących się w szerokim zakresie promocją zdrowia.
5. Realizacja projektów i programów Światowej Organizacji Zdrowia, takich jak: Zdrowe Miasta, Zdrowe Miejsce Pracy, Szkoła Promująca Zdrowie, Szpital Promujący Zdrowie, projekt CINDI, którego działalność polega na promowaniu zdrowia, głównie poprzez zapobieganie chorobom niezakaźnym i kształtowanie postaw umożliwiających zachowanie zdrowia. Wskazane byłoby wdrażanie i rozwijanie projektów i programów „rodzimych”, takich jak: Samorządowy Ośrodek Ekologii i Zdrowia, Zdrowy Dom, Promocja Zdrowia w Podstawowej Opiece Zdrowotnej.
6. Organizacja i koordynacja działań w zakresie zapobiegania i ograniczania skutków urazów i wypadków. Utworzenie Krajowego Centrum Zapobiegania Urazom i Zwalczania Następstw Wypadków powinno znacznie zmniejszyć liczbę zgonów możliwych do uniknięcia poprzez odpowiednią organizację działań i edukację, pozwalając również na lepsze wykorzystanie środków finansowych przeznaczanych na te cele.
7. Rozwój istniejącego systemu opieki zdrowotnej i promocji zdrowia, co wiąże się z koniecznością rozwijania i wdrażania działań i metod umożliwiających korzystanie z systemu opieki zdrowotnej i programów promocji zdrowia oraz przygotowywania tzw. bezpiecznych programów polityki zdrowotnej, do których należą: rozwijanie umiejętności odczytywania zdrowia, ocena wpływu na zdrowie (Health Impact Assessment) przygotowywanych i realizowanych programów polityki zdrowotnej.

Próba oceny wprowadzenia w życie rekomendacji Rządowej Rady Ludnościowej w obszarze zdrowia publicznego

Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015 przyjęty Uchwałą Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015 nie doczekał się jeszcze analiz ewaluacyjnych.

Rządowa Rada Ludnościowa w Stanowisku z dnia 20.11.2008 r. w sprawie „Bezpieczeństwo zdrowotne ludności Polski” odniosła się do bezpieczeństwa zdrowotnego, jako strategicznego priorytetu UE, czego podstawową przesłanką jest nasilanie się m.in. takich czynników determinujących zdrowie, jak:

- zmiany demograficzne, w tym starzenie się społeczeństw, co wpływa na zmianę struktury chorób, znacząco podnosi koszty i zagraża równowadze unijnych systemów zdrowotnych;
- zmiany warunków środowiskowych, w tym związanych z klimatem, poszerzającą się sfera nierówności społecznych i przemieszczanie się grup ludności, co sprzyja występowaniu katastrof naturalnych o szerokim, niekiedy globalnym zasięgu oraz zwiększa zagrożenie epidemiczne i bioterroryzmem;
- rozwój nowych technologii, które rewolucjonizują sposób, w jaki promuje się zdrowie, zapobiega zagrożeniom zdrowotnym i leczy choroby.

W obliczu tych wyzwań Komisja Wspólnoty Europejskiej przyjęła na lata 2008–2013 trzy cele strategiczne:

- 1) propagowanie zdrowia w starzejącej się Europie,
- 2) ochrona obywateli przed zagrożeniami dla zdrowia;
- 3) monitorowanie funkcjonowania systemów zdrowotnych i nowych technologii.

Rządowa Rada Ludnościowa podkreśliła, że istotą strategii UE z punktu widzenia bezpieczeństwa zdrowotnego jest równość obywateli w dostępie do opieki zdrowotnej, tak aby każdy, bez względu na wiek, płeć, miejsce zamieszkania i zaamożność, w razie poczucia zagrożenia zdrowotnego mógł skorzystać z odpowiedniej opieki zdrowotnej.

Odnosząc się w tym kontekście do bezpieczeństwa zdrowotnego ludności Polski Rada zwróciła uwagę na zmieniającą się w okresie ostatniego 20-lecia sytuację zdrowotną. W pierwszej dekadzie transformacji ustrojowej nastąpiły w Polsce korzystne procesy, w tym przede wszystkim systematyczny spadek umieralności niemowląt i znaczące obniżenie umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca, co przyczyniło się do stałego wzrostu przeciętnej długości życia. Te korzystne zmiany były wynikiem zarówno realizowanych programów polityki zdrowotnej państwa, jak i prozdrowotnych zmian w stylu życia ludności, zwłaszcza wzrostu spożycia tłuszczów roślinnych. W kolejnej dekadzie obejmującej początek XXI wieku wystąpiły w Polsce pewne niepokojące zjawiska sytuacji zdrowotnej, które przyczyniają się do zmniejszenia poczucia zdrowotnego bezpieczeństwa obywateli.

Długość życia, choroby układu krążenia, nowotwory, wypadki i urazy

Długość życia jest silnie różnicowana przez czynniki społeczne, w tym warunki socjalne, wykształcenie, środowisko zamieszkania, charakter miejsca zamieszkania. Po roku 2002 obserwowany w pierwszej dekadzie okresu transformacji ustrojowej wzrost długości życia uległ spowolnieniu. Obserwuje się narastanie dysproporcji w stosunku do przeciętnych wskaźników w krajach Unii Europejskiej. Długość życia mieszkańców Polski jest wyraźnie krótsza niż przeciętna w krajach Unii Europejskiej – w przypadku mężczyzn o 4,6 lat, a w przypadku kobiet o 2 lata. O ile nie zostaną podjęte bardziej intensywne działania na rzecz poprawy zdrowia naszego społeczeństwa czas osiągnięcia w Polsce długości życia, jaka obecnie jest przeciętna w UE, może w przypadku mężczyzn zająć kilkadziesiąt lat.

Na uznanie zasługuje fakt rozpoczęcia realizacji narodowych programów w zakresie kardiologii i onkologii. W programach tych zostały zawarte cele główne na ogół zbieżne z rekomendacjami I Kongresu Demograficznego w Polsce i z zapisami *Założeń Polityki Ludnościowej*. Wydaje się, że mimo istotnych osiągnięć w zakresie lecznictwa, zwłaszcza w odniesieniu do poprawy zaopatrzenia w aparaturę medyczną, oba programy powinny w większym stopniu odpowiadać na współczesne zagrożenia i dostosować zadania realizacyjne do uzyskania lepszych efektów w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej chorób układu sercowo-naczyniowego i chorób nowotworowych.

W *Narodowym Programie Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego* (NPPiL-ChUSN) na lata 2003–2005 założono utrzymanie tempa redukcji umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce co najmniej na poziomie obserwowanym w latach 1990–2000 oraz ponad 30% redukcję umieralności u osób poniżej 65 roku życia do 2012 roku. Z kolei celem głównym *Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego* na lata 2006–2008 było utrzymanie tempa redukcji umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce co najmniej na poziomie obserwowanym w latach 1990–2004 i utrzymano założenie redukcji umieralności do roku 2012 o ponad 30% u osób poniżej 65 roku życia, tj. co najmniej 3% rocznie. Celem ogólnym *Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego* na rok 2009 *POLKARD* jest prowadzenie takich działań, które w sposób bezpośredni, poprzez określone interwencje, lub pośredni, poprzez wzmacnianie działań realizowanych w systemie zdrowotnym w Polsce, spowodują redukcję przedwczesnej i ogólnej z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego, w szczególności przedwczesnej umieralności w latach 2003–2012 co najmniej o 30% oraz redukcję umieralności i niepełności u osób poniżej 80 roku życia.

Prewencja chorób sercowo-naczyniowych wymieniana jest jako podstawowy cel w kolejnych edycjach. W założeniach programowych chodzi o upowszechnienie nowoczesnej prewencji, opartej na metodach, których skuteczność udowodniono naukowo, oraz na wzorcach, które zostały sprawdzone w Europie i w Stanach Zjednoczonych. Przewidywany zakres działań obejmuje prewencję pierwotną i wtórną w ramach strategii ogólnopopulacyjnej i strategii wysokiego ryzyka.

Tymczasem choroby układu krążenia są znacznie częstszą przyczyną przedwczesnych zgonów mieszkańców Polski niż przeciętnie w UE. Niestety w ostatnich latach w Polsce, mimo realizacji NPIZChU-SN, obserwowany w latach 90. spadek przedwczesnej umieralności z ich powodu uległ spowolnieniu. Polska wyróżnia się także spośród innych krajów UE wysokimi współczynnikami hospitalizacji z powodu nadciśnienia tętniczego w prawie wszystkich grupach wieku jednak, jak wynika z danych GUS, tylko 65,8% młodzieży w wieku 15–19 lat miała zmierzone dotąd ciśnienie tętnicze.

Niedocenie prewencji i deklaracyjny do niej stosunek kreatorów polityki zdrowotnej uwidacznia się także w postaci barier i zagrożeń stawianych w odniesieniu do realizacji od 2007 r. *Narodowego Programu Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym poprzez Poprawę Żywności i Aktywności Fizycznej*. Wdrożenie tego programu stanowi zobowiązanie Polski w stosunku do Komisji oraz Światowej Organizacji Zdrowia. Przygotowany jednak został przede wszystkim ze względu na rozpowszechnienie nadwagi i otyłości w Polsce i dotychczasowy brak, w przeciwieństwie do wielu innych krajów, szerokich, skoordynowanych przedsięwzięć w zakresie zapobiegania i zwalczania tym zagrożeniom, a także zmniejszania częstości występowania żywieniowych czynników ryzyka przewlekłych chorób niezakaźnych. Finansowanie w latach 2007–2008 jednak było niemal sześciokrotnie niższe w stosunku do planowanych kosztów, co postawiło pod znakiem zapytania możliwość realizacji założonych celów Programu.

Nowotwory są najważniejszą przyczyną przedwczesnych zgonów kobiet, ale ogólnie bardziej zagrażają życiu mężczyzn. W przypadku mężczyzn nowotworem zdecydowanie dominującym co do częstości zachorowań jest rak oskrzeli i płuc, a poziom zachorowań w Polsce należy do jednego z najwyższych w UE. Systematycznie zwiększa się ryzyko zachorowania mężczyzn na nowotwory złośliwe gruczołu krokowego (w okresie 1999–2005 o 44%), skóry (o 40%) i jelita grubego (o 14%), natomiast zmniejsza się ryzyko zachorowania na raka żołądka (w latach 1999–2005 spadek o 20%). Wśród zachorowań na nowotwory złośliwe kobiet w Polsce najczęstszy jest rak sutka. Rosną współczynniki zachorowań Polek na nowotwory złośliwe skóry, trzonu macicy, sutka oraz oskrzeli i płuc. W porównaniu z pozostałymi mieszkankami UE Polki charakteryzują się wysoką zachorowalnością na raka szyjki macicy i raka żołądka.

Zbliżonemu do średniego dla krajów UE poziomowi zachorowalności na nowotwory złośliwe w Polsce towarzyszy wyższy od przeciętnego poziom umieralności z powodu tych chorób, co jest to wynikiem wyższej w naszym kraju śmiertelności osób chorych na nowotwory. Jak pokazują wyniki najnowszych analiz przeżywalności tych osób w 19 krajach UE, w przypadku nowotworów ogółem przeżywalność należy w Polsce do najniższych w analizowanych krajach. Lekarze z realizacją *Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych* (NPZChN) wiążą nadzieję na osiągnięcie średnich europejskich wskaźników w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów oraz osiągnięcie średnich europejskich wskaźników skuteczności. Program został wdrożony na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania nowotworów” (Dz. U. Nr 143, poz. 1200) i niewątpliwie przyczynił się już do wyraźnej poprawy wyposażenia ośrodków onkologicznych w aparaturę diagnostyczną i leczniczą.

Poważne zastrzeżenia budzą natomiast efekty działań prewencyjnych. Przykładowo w odniesieniu do liczby kobiet w grupie wiekowej uprawnionej do objęcia populacyjnym programem profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy, zaplanowanej do przebadania w 2006 r., przebadano 12,3 % populacji, w 2007 r. przebadano 21,27% zaplanowanej populacji, a w odniesieniu do liczby wysłanych zaproszeń 7,8%. Z kolei w odniesieniu do liczby kobiet w grupie wiekowej uprawnionej do objęcia populacyjnym programem wczesnego wykrywania raka piersi, zaplanowanej do przebadania w 2006 r., przebadano 22,6 % populacji. Rok później w odniesieniu do połowy całkowitej liczby kobiet w grupie wiekowej uprawnionej do objęcia programem, zaplanowanej do przebadania w roku 2007, przebadano 40,5% populacji (tj. 20,5% w odniesieniu do pełnej populacji). Przedmiotem troski jest nie tylko ilość, ale i jakość realizowanych zadań w ramach prewencji wtórnej nowotworów piersi i szyjki macicy.

Realizowany równolegle, w przeważającej części ze środków finansowych Głównego Inspektoratu Sanitarnego, *Program Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce* w 2008 roku nie dysponuje możliwościami pełnej realizacji wypracowanych pod koniec poprzedniej dekady szkolnych programów edukacji antytytoniowej. Dopiero w 2008 roku powrócono w bardzo ograniczonym zakresie do realizacji programu w przedszkolach.

Nie został dotąd zrealizowany postulat przeznaczenia 0,5% wartości podatku akcyzowego od wyrobów tytoniowych na realizację programu walki z nikotynizmem. Dzieci w Polsce wypalają rocznie około 3–4 mld papierosów, od czego fiskus pobiera podatek akcyzowy szacowany na około 250 mln złotych. Z danych tych wynika, że około 1,25 mln złotych z akcyzy od papierosów wypalanych przez dzieci powinno przeznaczyć się na zapobieganie paleniu. Środki te są niezbędne do zwiększenia efektywności ochrony dzieci przed skutkami biernego i czynnego palenia oraz do podjęcia konkretnych kroków zaradczych.

Natężenie zgonów z powodu ogółu przyczyn zewnętrznych trzeciej co do znaczenia grupy przyczyn zgonów w Polsce wykazuje powolny trend spadkowy tylko w przypadku kobiet, natomiast w przypadku mężczyzn nie zmienia się w ostatnich latach i jest znacznie wyższe od przeciętnego w UE. Wśród zewnętrznych przyczyn zgonów dominujące znaczenie mają wypadki komunikacyjne, w wyniku których ginie jednak coraz mniej osób, a także samobójstwa, których częstość jest dosyć ustabilizowana w pierwszym dziesięcioleciu XXI wieku, a które powodują taką samą utratę potencjalnych lat życia mężczyzn jak wypadki komunikacyjne, a większą niż zawał serca.

Zdrowie młodzieży. Medycyna szkolna

Zgodnie z Rekomendacją Rządowej Rady Ludnościowej, Rada Ministrów przyjęła w dniu 14 stycznia 2003 roku stanowisko w sprawie konieczności reaktywowania przez Ministerstwo Zdrowia medycyny szkolnej we wszystkich jej funkcjach: promocji zdrowia i profilaktyki oraz leczenia i rehabilitacji.

Niestety, w miejsce rozwiązań systemowych i kompleksowych obejmujących nadzór, monitorowanie, organizację, promocję zdrowia, profilaktykę zagrożeń i chorób, diagnostykę, leczenie, rehabilitację i orzecznictwo ze współpracą na terenie szkół i poza nimi wszystkich niezbędnych partnerów, w tym lekarzy i stomatologów, uporczywie lansowana przez Ministerstwo Zdrowia tzw. profilaktyczna opieka zdrowotna została sprowadzona w istocie do ograniczonych czynności pielęgniarskich, których realizacja często okazuje się z przyczyn finansowych iluzoryczna. Nie została dotąd uregulowana prawnie kwestia nadzoru nad profilaktyczną opieką zdrowotną nad uczniami sprawowanego przez wojewódzkie centra zdrowia publicznego. Działania tych centrów w zakresie sprawowania tego nadzoru są niewystarczające i systematycznie się zmniejszają. Nadzór nad profilaktyczną opieką zdrowotną nad uczniami powinien stanowić element całego systemu nadzoru w ochronie zdrowia matek, dzieci i młodzieży.

Najwyższa Izba Kontroli (nr P/07/132) negatywnie oceniła organizację profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami, w tym brak koordynacji sprawowania nadzoru i kontroli tej opieki przez zobowiązane i upoważnione instytucje. Organizacja profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, sprawowana przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzy dentyistów i pielęgniarki bądź higienistki szkolne nie zapewniała uczniom równego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Istotną wadą tej organizacji było znaczne rozproszenie podmiotów świadczących usługi w zakresie profilaktyki, a także instytucji sprawujących nadzór nad tymi podmiotami. Zdaniem NIK, Minister Zdrowia, odpowiedzialny za funkcjonowanie systemu i tworzenie podstaw prawnych opisujących szczegóły jego funkcjonowania, wykonując założenia rządowego programu z 2004 r., ograniczył się do wydania rozporządzenia z dnia 22 grudnia 2004 r. w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą.

Z opublikowanych raportów naukowych wynika, że poziom sprawności i wydolności fizycznej dzieci i młodzieży w Polsce ulega systematycznemu pogorszeniu, co kontrastuje z obserwowaną w tym samym czasie poprawą wskaźników rozwoju somatycznego. W żadnej kategorii wiekowej chłopcy nie dorównują rówieśnikom sprzed 20 lat. Dwie trzecie chłopców ma wyniki gorsze – jeszcze dziesięć lat temu przeciętny siedmioletni chłopiec potrafił przebiec w ciągu 12 minut dystans o 200 m dłuższy.

Docierające do opinii publicznej informacje o zgonach dzieci w szkole podczas zajęć wychowania fizycznego (3.09.2009 r. – chłopiec 14-letni; 17.09.2009 r. – chłopiec 13-letni) mogą stanowić tragiczny przejaw skutków destrukcji medycyny szkolnej i powinny stać się istotną przesłanką do weryfikacji polityki Ministerstwa Zdrowia wobec dzieci i młodzieży szkolnej.

Nie wydaje się racjonalne, aby alternatywą dla systematycznej, skoordynowanej opieki zdrowotnej nad uczniami mogły być doraźne, ograniczone akcje. Przykładem może być Program Szansa dla Młodego Serca, który jest realizowany przez PBS Medical NZOZ w Sopocie na zlecenie Ministerstwa Zdrowia i finansowany z jego środków w ramach *Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD 2006–2008*. Choć głównym celem tego programu jest edukacja uczniów w zakresie zasad zdrowego odżywiania, znaczenia wysiłku fizycznego, a także odpowiedź między innymi na pytania, dlaczego palenie tytoniu jest szkodliwe i jak radzić sobie ze stresem, to jednak obecnie w systemie sms.edu.pl mogą zarejestrować się wyłącznie uczniowie z klas piątych 550 szkół uczestniczących w pilotażowej wersji programu „Szansa dla Młodego Serca”. Nie jest możliwe, aby stosu-

jący dyskryminacyjne wobec dzieci praktyki rynkowe Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej mógł wypełnić zadania zapisane w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2004 r. (Dz. U. Nr 282, poz. 2814 oraz z 2007 r. Nr 56, poz. 379) w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą.

Nadal aktualne pozostaje stanowisko Rządowej Rady Ludnościowej, iż warunkiem efektywnej prewencji pierwotnej chorób układu krążenia oraz chorób nowotworowych jest pilne przywrócenie i rozwój zintegrowanego systemu medycyny szkolnej.

Negatywne następstwa destrukcji medycyny szkolnej nie ograniczają się do niedostatecznej profilaktyki zagrożeń i chorób, w tym schorzeń jamy ustnej, i do zakłóceń wykonawstwa szczepień ochronnych. Narasta problem dyskryminacyjnych praktyk wobec uczniów niepełnosprawnych i przewlekle chorych w szkołach ogólnodostępnych oraz niedostatków opieki medycznej w szkolnictwie specjalnym.

Zdrowie matki i małego dziecka

Zgodnie z Rekomendacją Rządowej Rady Ludnościowej, Rada Ministrów w przyjętym w dniu 14 stycznia 2003 roku stanowisku uznała, że stan zdrowia dzieci i młodzieży kształtuje się w najwcześniejszych okresach rozwoju, wobec czego konieczne jest nadanie priorytetu opiece okołoporodowej oraz usprawnienie zbierania i analizy informacji dotyczących zachorowalności i zgonów w opiece nad matką i dzieckiem. Ministerstwo Zdrowia zostało zobowiązane do dokonania stosownych przewartościowań w realizacji Narodowego Programu Zdrowia.

Niestety, w tym samym czasie Ministerstwo Zdrowia odstąpiło od realizacji trójstopniowego systemu opieki okołoporodowej jako programu polityki zdrowotnej państwa. Dane epidemiologiczne wskazują, że umieralność niemowląt w Polsce uległa w 2007 r. zahamowaniu, ale poziom umieralności jest jeszcze wyraźnie (o 1/4) wyższy od przeciętnego w UE. Głównym problemem jest umieralność wczesna niemowląt, tzn. w pierwszym tygodniu życia, która w dużym stopniu zależy od jakości opieki medycznej. Najnowszy raport Fundacji Rodzic po Ludzku wykazał, że zbyt ogólne zapisy ustaw ustrojowych oraz brak precyzyjnie sformułowanych ustaw prawa materialnego, konkretyzujących przedmiotowo i podmiotowo zadania samorządu terytorialnego w zakresie zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem powodują, że władza publiczna nie w pełni wywiązuje się z konstytucyjnych zapisów i obowiązków. Wiele jednostek samorządu terytorialnego uznaje, że nie ponosi odpowiedzialności za realizację zadań w zakresie opieki nad matką i dzieckiem lub odpowiedzialność tę rozumie wąsko, jedynie jako nadzór nad zakładami opieki zdrowotnej, dla których są one organami założycielskimi. Rzadkością jest dokonywanie pełnej diagnozy opieki nad matką i dzieckiem, mającej na celu określenie potrzeb kobiet w okresie okołoporodowym (zarówno ściśle zdrowotnych, jak i dotyczących edukacji oraz profilaktyki), oceny zasobów lokalnego systemu ochrony zdrowia, satysfakcji kobiet z usług medycznych, stopnia przestrzegania praw pacjenta. Niska jest świadomość co do jakości oferowanej na danym terenie opieki okołoporodowej oraz tolerowane jest naruszające prawa pacjenta pobieranie opłat. Zwraca uwagę brak współdziałania różnych szczebli samorządu w obszarze opieki nad matką i dzieckiem.

Zakażenia i choroby zakaźne

Mimo stałej poprawy sytuacji epidemiologicznej, zapadalność na wiele chorób zakaźnych w Polsce jest wyższa niż przeciętna w krajach Unii Europejskiej. Nadzór nad HIV/AIDS w Polsce nie dostarcza kluczowych informacji dotyczących bieżących dróg szerzenia się wirusa w populacji, a niezajomość głównych dróg transmisji wirusa HIV w danym miejscu i danym czasie wyklucza możliwość prowadzenia racjonalnych działań ograniczających szerzenie się zakażeń. Niebezpiecznie wzrasta liczba zakażeń wczesnych C, niepokojący jest trend wzrostowy zachorowań na kiłę wrodzoną. Od 2004 roku obserwuje się silny trend wzrostowy zachorowań na biegunki u dzieci do lat 2; trend ten w 2008 roku przybrał alarmistyczne rozmiary. Jak się wydaje, jedyną widoczną w praktyce formą reakcji organów odpowiedzialnych za bezpieczeństwo zdrowotne kraju było zaniechanie publikowania dwutygodniowych raportów o sytuacji epidemiologicznej. Niewystarczający rozwój diagnostyki laboratoryjnej i jej zbyt mała dostępność utrudniają rozpoznanie sytuacji epidemiologicznej niektórych chorób, co opóźnia wypracowywanie skutecznych metod zapobiegania tym chorobom, niska jest wiarygodność danych epidemiologicznych, w tym danych z rejestracji zachorowań.

Dysfunkcja systemu ochrony zdrowia

Od 2002 roku nasila się dysfunkcja systemu publicznej ochrony zdrowia, czego wyrazem są zakłócenia w funkcjonowaniu opieki podstawowej, zwłaszcza opieki profilaktycznej nad kobietami, dziećmi i mło-

dzieżą, niedostatki ambulatoryjnego leczenia specjalistycznego, zwłaszcza w opiece nad dziećmi, młodzieżą, pacjentami z zaburzeniami zdrowia psychicznego, osobami w wieku podeszłym. Występują poważne problemy w funkcjonowaniu leczenia stacjonarnego, w tym oddziałów położniczo-noworodkowych, pediatricznych i wysoko specjalistycznych. Do tej dysfunkcji systemu przyczyniła się także migracja lekarzy i pielęgniarek spowodowana brakiem satysfakcji finansowej pracowników ochrony zdrowia.

W swym stanowisku Rządowa Rada Ludnościowa podkreśla, że zasygnalizowane zjawiska przyczyniają się do zmniejszenia poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. W kontekście tych wyzwań Rada zwraca uwagę, że wydatki na ochronę zdrowia w Polsce zarówno w przeliczeniu na jednego mieszkańca jak i jako procent PKB należą do jednych z najniższych w krajach Unii Europejskiej. Udział wydatków na hospitalizację w wydatkach na ochronę zdrowia jest niższy niż w większości krajów UE, niemniej jednak poziom współpłacenia pacjentów jest również niski, natomiast udział wydatków na leki w wydatkach na ochronę zdrowia jest wysoki, przy jednocześnie niskim udziale środków publicznych.

Zalecenia Rządowej Rady Ludnościowej odnośnie do poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego

W opinii Rządowej Rady Ludnościowej konieczne jest podjęcie i realizacja następujących działań w sferze zdrowotnej polityki państwa, które przyczynią się do poprawy kondycji zdrowotnej populacji i zmniejszenia chorobowości i umieralności z przyczyn poddających się zapobieganiu:

- 1) zapoczątkowanie budowania systemu międzysektorowej współpracy na rzecz stwarzania warunków do upowszechnienia zdrowego stylu życia z myślą o redukcji społecznych nierówności w zdrowiu w ramach *Narodowego Programu Zdrowia 2007–2015*;
- 2) zwiększenie skuteczności realizowanych programów polityki zdrowotnej państwa w zakresie kardiologii i onkologii poprzez wnikliwą ocenę dotychczasowych efektów działań i zwrócenie większej uwagi na promocję zdrowia i profilaktykę, w tym na zadania edukacyjne;
- 3) dobra jakość leczenia szpitalnego pacjentów z zawałami serca powinna być utrzymana, natomiast istnieje pilna potrzeba zajęcia się problemem udarów mózgu;
- 4) profilaktyka chorób zależnych od tytoniu, w tym raka płuca, wymaga dofinansowania, natomiast całkowitej weryfikacji ze względu na obserwowane załamania się profilaktyki wymaga podejście do zachorowań kobiet na raka szyjki macicy i raka piersi;
- 5) ze względu na narastanie epidemii otyłości i nadwagi konieczne jest nadanie *Narodowemu Programowi Zwalczania Nadwagi i Otyłości oraz Przewlekłych Chorób Niezakaźnych poprzez poprawę żywienia i aktywności fizycznej (POLHEALTH) 2007–2011* rangi programu rządowego z zapewnieniem finansowania jego realizacji;
- 6) zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i ich zwalczania, co wymaga: podniesienia wiarygodności danych epidemiologicznych, w tym danych z rejestracji zachorowań, stanowiących podstawę większości podejmowanych decyzji; konsekwentnego prowadzenia i uowocześniania wieloletnich programów szczepień ochronnych; zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych i wzmożonej kontroli higieny w instytucjach medycznych, zakładach kosmetycznych i innych, w których może dochodzić do przerwania ciągłości tkanek; stworzenia systemowych mechanizmów skutecznie przeciwdziałających ograniczaniu zakresu diagnostyki laboratoryjnej wykonywanej w celach epidemiologicznych, czyli na potrzeby zdrowia publicznego, a nie w celu określenia postępowania terapeutycznego;
- 7) zbudowanie systemu kompleksowej, międzysektorowej opieki gerontologicznej; subwencjom ze strony sektora ochrony zdrowia musi towarzyszyć wsparcie sektora opieki społecznej i utworzenie systemu ubezpieczenia pielęgnacyjnego;
- 8) poprawa opieki zdrowotnej nad osobami niepełnosprawnymi (w Polsce liczba tych osób w populacji w i wieku produkcyjnym jest według szacunków UE najwyższa wśród krajów członkowskich i wynosi 16%), co wymaga rozwoju kompleksowej rehabilitacji;
- 9) zapobieganie zewnętrznym przyczynom zgonów musi być stałym priorytetem zdrowia publicznego;
- 10) rozpowszechnienie zaburzeń zdrowia psychicznego w Polsce i ich skutki społeczne warunkują pilną potrzebę wdrożenia Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego;
- 11) konieczna jest poprawa opieki nad osobami cierpiącymi na choroby przewlekłe, w tym jakości życia osób chorujących na tzw. choroby rzadkie, poprawa systemu zwalczania bólu i ustalenie standardów opieki paliatywno-hospicyjnej dla dorosłych i odrębnie dla dzieci;
- 12) konieczne jest reaktywowanie przez Ministerstwo Zdrowia medycyny szkolnej we wszystkich jej funkcjach: promocji zdrowia i profilaktyki oraz leczenia i rehabilitacji; umożliwienia dzieciom i młodzieży realizowania pełnego ich potencjału życiowego; rozwoju medycyny szkolnej w szczególności

badań słuchu, wzroku dla grup dyspersyjnych, które, jeśli nie są wykryte wcześniej, powodują ogromne straty w jakości życia młodych ludzi i przyczyniają się do niepełnosprawności w późniejszym wieku;

- 13) konieczne jest nadanie w polityce państwa rzeczywistego priorytetu opiece zdrowotnej nad matką i dzieckiem, co wymaga: przestrzegania formalnych i merytorycznych zasad trójstopniowego systemu opieki okołoporodowej, podniesienia zakresu jakości opieki profilaktycznolecniczej nad kobietą ciężarną i rodzącą, przestrzegania standardów tej opieki i zapewnienia jej pełnej dostępności, zwiększenia zaangażowania państwa w zapobieganie i leczenie niepłodności (łącznie z rozwojem metody *in vitro*), zwiększenia liczby badań prenatalnych; przywrócenie roli pediatry jako lekarza sprawującego opiekę podstawową nad dzieckiem, zahamowania dysfunkcjonalności pediatrycznego lecznictwa szpitalnego, w tym wysoko specjalistycznego;
- 14) najważniejszą sprawą do rozwiązania większości lub wszystkich problemów związanych z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia i zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów jest zapewnienie odpowiedniego finansowania systemu opieki zdrowotnej; istotna część funkcji systemu opieki zdrowotnej pozostaje i musi pozostać dobrem publicznym, za które odpowiedzialność musi ponosić państwo; na podstawie dogłębnej analizy aktualnej sytuacji i wyważenia proporcji pomiędzy obciążeniem publicznym, obciążeniem państwa a obciążeniem indywidualnym na zdrowie; powinny zostać podjęte kroki zaradcze w kierunku systemowych zmian w ochronie zdrowia; a przy podejmowaniu takich decyzji należy pamiętać, że zmiana systemu nie jest celem samym w sobie i musi jej towarzyszyć naczelne przesłanie, jakim jest zdrowie narodu i pojedynczego obywatela; działania mające na celu zwiększenie możliwości dostępu pacjentów do świadczeń zdrowotnych, zniesienie limitów w rozumieniu dostępności do świadczeń, podniesienie jakości świadczeń medycznych, rzeczywistą wycenę świadczeń zdrowotnych, zwiększenie limitów przyjęć na studia medyczne (lekarze, pielęgniarki) powinny być połączone z reorientacją opieki medycznej i dostrzeżeniem istotnej roli promocji zdrowia, oświaty zdrowotnej oraz profilaktyki zagrożeń i chorób.

W „Stanowisku Rządowej Rady Ludnościowej” wyrażone jest przekonanie, że działania na rzecz poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli powinny być podejmowane przy współdziałaniu wszystkich zainteresowanych, w tym m.in. przedstawicieli nauki, organizacji pozarządowych, przedstawicieli pracodawców i środków masowego przekazu. Zdaniem Rady, w procesie przygotowania kompleksowego programu polityki rządu w kwestii zabezpieczenia zdrowotnego 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.

Literatura:

Monitoring realizacji działań administracji samorządowej w zakresie opieki nad matką i dzieckiem, U. Kubicka-Kraszyńska, A. Siemińska – oprac. i red., Fundacja Rodzic po Ludzku, Warszawa 2009.

Raport o korespondencji i kontaktach między Rzecznikiem Praw Obywatelskich i Ministrem Zdrowia w sprawie przestrzegania praw obywateli do ochrony zdrowia w okresie od 14 lutego 2006 do 30 kwietnia 2009, J. Szymborski – red., „Biuletyn RPO”, BRPO, Warszawa 2009.

Sytuacja demograficzna Polski i Założenia polityki ludnościowej w Polsce. Raport 2004, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2006.

Stanowisko Rządowej Rady Ludnościowej w sprawie „Bezpieczeństwo zdrowotne ludności Polski”, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa, 20 listopada 2008.

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

Szymborski J., *System opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w Polsce. Stan i zagrożenia*, Rządowa Rada Ludnościowa, „Biuletyn” nr 53, Warszawa 2008.

Szymborski J., *Zdrowie dzieci – zapomniany priorytet*, „Polityka Społeczna” 2009, w druku.

Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce, J. Szymborski, K. Jakubik – red., „Biuletyn RPO. Materiały”, nr 62, BRPO, Warszawa 2008.

Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49 lat. Polska 2006, T. Niemiec – red., UNDP i Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2007.

BADANIA NAUKOWE PODSTAWĄ PRAC RZĄDOWEJ RADY LUDNOŚCIOWEJ W OBSZARZE RYNKU I ZASOBÓW PRACY

Wstęp

Opisując proces tworzenia, rozwoju i rozwiązywania rodzin z perspektywy demograficznej, demografowie odwołują się do licznych mierników oferowanych przez demografię, które pozwalają na ocenę zmian zachowań demograficznych związanych z rodziną. Mówimy o zróżnicowaniu demograficznych modeli rodziny w Europie, charakteryzując je zwykle na podstawie wskaźników demograficznych dotyczących natężenia zawierania małżeństw, charakterystyk rozkładu zawierania małżeństw według wieku (średnia wieku zawierania związków małżeńskich), częstości występowania związków kohabitacyjnych, prokreacji pozamałżeńskiej (odsetek urodzeń pozamałżeńskich), płodności i jej wzorca według wieku (współczynnik dzietności, średni wiek rodzenia pierwszego dziecka, średni wiek macierzyństwa), natężenia rozwodów (np. Kuijsten, 1996; Hantrais, 2006). Zmiany tych mierników wskazują na zmiany, które najogólniej można określić jako proces opóźniania tworzenia rodziny i jej rozwoju, deinstytucjonalizacji i destabilizacji rodziny (Hantrais, 2006). Pokróćce opiszę te przemiany w krajach europejskich, zwracając uwagę na konieczność ich odpowiedniej dokumentacji empirycznej.

Zachowania demograficzne dotyczące rodziny są w coraz większym stopniu rozpatrywane w powiązaniu z rynkiem pracy. Wynika to z kilku przesłanek. Pierwszą z nich jest niewątpliwie wzrost aktywności zawodowej kobiet. Jest to proces nieodwracalny, wynikający zarówno ze zmian popytu na pracę kobiet (proces industrializacji, a następnie rozwoju gospodarki postindustrialnej z dominującym udziałem sektora usług), wzrostu poziomu wykształcenia kobiet jak i ze zmian systemu wartości i norm dotyczących ról społecznych kobiet, a także ich aspiracji życiowych. Wkroczenie kobiet do sfery publicznej, ich rosnący udział na rynku pracy i generalnie w aktywnościach poza sferą rodzinną jest tak ważną zmianą, że niektórzy badacze nie wahają się jej nazwać rewolucją społeczną (np. Esping-Andersen, 2005). Za drugą przesłankę można uznać fakt, iż w dyskusjach o konsekwencjach zmian struktury wieku ludności Europy prowadzonych w ostatnich latach akcentuje się konieczność wzrostu zatrudnienia, w tym zatrudnienia kobiet, jako sposobu przeciwdziałania niekorzystnym zmianom tych struktur, tzn. starzeniu się ludności, któremu towarzyszy spadek ludności w wieku produkcyjnym (np. EC, 2000, 2002, 2005; OECD, 2001; Jaumotte, 2003; Burniaux et al., 2004). Dodatkowo zmiana korelacji przekrojowej między współczynnikiem dzietności ogólnej a wskaźnikiem zatrudnienia kobiet zwróciła uwagę na fakt, iż w niektórych krajach praca zawodowa kobiet może nie przeszkadzać decyzjom prokreacyjnym (por. np. Ahn, Mira, 2002; Engelhardt, Prskawetz, 2004). Dostrzeżenie strategicznego znaczenia wzrostu dzietności w Europie (Vignon, 2005; EC 2005, 2006b, 2007, 2008a, 2008b, 2008c, 2009a) pozwala na postawienie pytania, w jakich warunkach społeczno-ekonomicznych praca zawodowa kobiet nie ogranicza płodności (np. Liefbroer, Corijn, 1999; Del Boca et al., 2005, Del Boca, Locatelli, 2007; Kotowska et al., 2006; Muszynska, 2007; Kotowska, Matysiak, 2008; Matysiak, 2008). I wreszcie trzecią przesłankę rozważania zmian rodziny w powiązaniu z rynkiem pracy stanowią przeobrażenia na współczesnym rynku pracy. Są one generowane głównie przez postęp technologiczny i procesy globalizacyjne, a szczególnie przez dynamikę zmian popytu na pracę, rosnące wymagania wobec pracowników (kwalifikacje, mobilność, dyspozycyjność), niestabilność zatrudnienia i zróżnicowanie jego form. Tymi zagadnieniami zajmę się w części drugiej tekstu.

1. Przemiany rodziny w Europie

Analizy przemian demograficznych dotyczących rodziny w krajach europejskich prowadzą do wniosku, iż cechują się one wspólnymi trendami:

- opóźniania tworzenia związków i rodzenia pierwszego dziecka,
- postępuje proces deinstytucjonalizacji, który przejawia się poprzez zmniejszenie się znaczenia małżeństwa jako instytucji na rzecz instrumentalnego jej traktowania jako formy kontraktu ułatwiającego funkcjonowanie pary, zwłaszcza pary z dziećmi,
- postępuje destabilizacja rodziny, przejawiająca się rosnącym ryzykiem rozpadu związku także wskutek coraz częstszych związków nieformalnych.

Jednocześnie występuje wyraźne zróżnicowanie nasilenia tych trzech podstawowych procesów dotyczących przemian rodziny (np. Hantrais, 2006; Sobotka, Toulemon, 2008; Frejka, Sobotka, 2008; Kotowska, 2009). Prowadzi to do zróżnicowania demograficznych modeli rodziny, przy czym nie można określić

wyraźnego podziału Wschód-Zachód czy Północ-Południe. Wydaje się, że podział Wschód-Zachód w odniesieniu do średniego wieku zawierania pierwszego związku małżeńskiego przez kobiety jeszcze się utrzymuje. Opóźnianie zawierania związku w krajach Europy Środkowo-Wschodniej rozpoczęło się znacznie później niż w pozostałej części Europy (w latach 90.), zatem mimo dokonujących się stopniowo zmian średniego wieku zawierania związku nadal utrzymują się różnice wzorca zawierania małżeństw w tych regionach występujące poprzednio, tzn. kobiety zawierające pierwszy związek małżeński z krajów Europy Środkowo-Wschodniej są młodsze niż kobiety z Europy Północnej, Południowej i Zachodniej. Ze względu na poziom dzietności można raczej mówić o różnicach między krajami Europy Północnej i Zachodniej a Europą Południową i Środkowo-Wschodnią. Późne zakładanie rodziny i późne rodzicielstwo, duże znaczenie alternatywnych do małżeństwa form rodziny oraz wysokie natężenie rozpadu związków charakteryzuje przemiany rodziny w krajach Europy Północnej, podczas gdy w Europie Południowej zarówno decyzje o związku jak i o dziecku są także podejmowane w późniejszym wieku, ale małżeństwo jest dominującą formą rodziny, przy czym jego trwałość jest znacznie większa. Stopień deinstytucjonalizacji i destabilizacji rodziny w pozostałych krajach europejskich jest mniejszy niż krajach skandynawskich, zaś opóźnianie tworzenia i rozwoju rodzin zbliżone. Z kolei kraje Europy Środkowo-Wschodniej znajdują się w początkowej fazie procesu opóźniania, natomiast są niejednorodne ze względu na znaczenie małżeństwa dla tworzenia rodziny oraz stabilność rodziny.

Z kolei czwarty proces konstytuujący przemiany rodziny w Europie, czy zmiany płodności najlepiej – moim zdaniem – charakteryzuje tytuł rozdziału w pracy T.Frejki i T.Sobotki (2008): „*Fertility in Europe: diverse, delayed and below replacement*”. Opóźnianie rodzicielstwa i dzietność nie gwarantująca zastępowalności pokoleń dotyczą całego kontynentu, jednak zarówno zróżnicowanie zmian średniej liczby dzieci rodzonych przez kobiety, jak i zmian kalendarza urodzeń określają zróżnicowanie poziomu dzietności w krajach europejskich. Generalnie ze względu na poziom dzietności można raczej mówić o podziale na kraje Europy Północnej i Zachodniej oraz kraje Europy Południowej i Środkowo-Wschodniej. Obecnie pierwsza grupa krajów charakteryzuje się przekrojowym współczynnikiem dzietności ogólnej (TFR) powyżej 1,5, zaś druga grupa – poniżej 1,5.

Oceniając zmiany procesu tworzenia, rozwoju i rozwiązywania rodzin w Polsce po 1989 r. na tle zmian dokonujących się w innych krajach Europy, należy stwierdzić, że rosnąca częstość rozwodów i separacji, zwłaszcza w ostatnich latach, jest przejawem procesu destabilizacji związków małżeńskich, ale proces ten jest stosunkowo słabo zaawansowany. Podobna ocena dotyczy procesu deinstytucjonalizacji rodziny – małżeństwo jest podstawową formą tworzenia rodziny, choć rośnie popularność związków partnerskich oraz stale zwiększa się odsetek urodzeń pozamałżeńskich, szczególnie widocznie po 2000 roku. Poziom dzietności należy do najniższych w Europie, mimo stopniowego wzrostu po 2003 roku. Niewątpliwie następuje wyraźne opóźnianie decyzji o pierwszym związku małżeńskim oraz o pierwszym dziecku, lecz charakterystyki tego procesu (średni wiek zawierania pierwszego małżeństwa przez kobiety, średni wiek rodzenia pierwszego dziecka przez kobiety) sytuują jeszcze Polskę w grupie krajów o relatywnie niższych wartościach tych miar, czyli na stosunkowo wczesnym etapie procesu opóźniania tworzenia i rozwoju rodzin. Proces opóźniania związków małżeńskich i prokreacji jest więc jeszcze w początkowej fazie, podobnie jak w innych krajach Europy Środkowo-Wschodniej (Węgry, Czechy, Słowacja, Łotwa i Litwa). Ponadto, zmiany cząstkowych współczynników płodności w ostatnich latach wskazują, iż proces opóźniania decyzji o dziecku w Polsce osiągnął drugą fazę (tzw. *recuperation phase*), w której stopniowo wygasa spadek płodności w młodszych grupach wieku, natomiast wzrasta płodność w starszych grupach wieku (de Beer, 2006). W trzeciej fazie (*recovery phase*) następuje zakończenie spadku płodności kobiet najmłodszych, a kontynuowany wzrost płodności kobiet w starszych grupach może stopniowo ulegać spowolnieniu. Można więc oczekiwać dalszego wzrostu dzietności, który obserwowany jest od 2004 roku, oraz zwiększania się średniego wieku rodzenia (pierwszego) dziecka.

Kolejną ważną cechą przemian rodziny w Europie jest zmiana relacji między trzema pierwszymi procesami (opóźnianie, desinstytucjonalizacja i destabilizacja rodziny) a dzietnością. W tych krajach, gdzie założenie rodziny oznacza przede wszystkim zawarcie małżeństwa, przy czym małżeństwo jest względnie stabilne, występuje bardzo niska lub niska dzietność (Europa Południowa, Polska, Słowacja, a także Niemcy, Austria i Szwajcaria). Natomiast kraje o mniejszym znaczeniu małżeństwa dla tworzenia rodziny, czyli o bardziej zaawansowanym procesie deinstytucjonalizacji rodziny, oraz większej częstotliwości rozwodów mają na ogół wyższą dzietność (Europa Północna, Holandia, Belgia, Francja). W latach 90. zmieniła się z ujemnej na dodatnią przekrojowa korelacja między przekrojowym TFR oraz odsetkiem urodzeń pozamałżeńskich, a także zanikła korelacja między TFR i ogólnym współczynnikiem zawierania pierwszych małżeństw (Sobotka, Toulemon, 2008, s.127–128). Oczywiście tych ustaleń nie można interpre-

tować w kategoriach przyczynowo-skutkowych, niemniej jednak sygnalizują one, iż utrzymujące się znaczenie małżeństwa oraz jego stabilność nie gwarantują wysokiej płodności według standardów europejskich (TFR bliskie 2,0). Wprowadzenie do rozważań wątku aktywności zawodowej kobiet sprawia, że pojawia się nowy wymiar uwarunkowań dzietności.

Opisane powyżej zmiany procesu tworzenia rodziny, jej rozwoju i rozpadu są zazwyczaj charakteryzowane poprzez odpowiednie mierniki demograficzne wyznaczone na podstawie danych pochodzących z rejestracji, przy czym są to głównie miary przekrojowe. Jednakże, mimo doskonalenia statystyki ludności, coraz więcej zdarzeń demograficznych pozostaje poza rejestracją. Na przykład, rosnące znaczenie alternatywnych do małżeństwa form tworzenia rodzin (kohabitacja, *Living-Apart-Together*) prowadzi do tego, że analizując tworzenie i rozpad rodzin na podstawie danych o małżeństwach, pomija się znaczącą część tego procesu. Można zatem stwierdzić, że dokonujące się z różną intensywnością w krajach europejskich zmiany zachowań dotyczących rodziny prowadzą do destandardyzacji tych zachowań i ich segmentacji. Ich przejawami są: rosnące zróżnicowanie decyzji podejmowanych w różnych fazach przebiegu życia, zmiany sekwencji zdarzeń oraz osłabienie lub zerwanie powiązań między nimi (np. małżeństwo a urodzenie dziecka). Bez lepszej dokumentacji faktycznych zachowań demograficznych dotyczących rodziny luka między rzeczywistym przebiegiem procesów, będących wynikami tych zachowań w skali makro, a informacją o nich generowaną na podstawie danych statystyki ludności będzie się powiększać. Jednym z możliwych rozwiązań jest pozyskiwanie informacji o tych zachowaniach z odpowiednich badań reprezentatywnych¹. Kolejną kwestią wymagającą odpowiedniej dokumentacji empirycznej na poziomie rodziny jest mobilność członków rodziny. Skala ruchów migracyjnych oraz ich złożoność sprawiają, iż coraz więcej zdarzeń związanych z migracją wymyka się ewidencji. Identyfikacja wpływu migracji na zachowania dotyczące rodziny wymaga szczególnego rodzaju danych – danych retrospektywnych lub danych panelowych, które pozwalają na rozpatrywanie przebiegu poszczególnych karier: rodzinnej, zawodowej i migracyjnej, składających się na przebieg życia jednostki w ich wzajemnych powiązaniach. Rośnie zatem znaczenie analiz prowadzonych w skali mikro. Jednak rozpoznanie uwarunkowań zachowań demograficznych wymaga odwołania się do ich kontekstu ekonomicznego, społecznego czy instytucjonalnego. Takie podejście badawcze rozumiane jest jako zmiana paradygmatu w badaniach demograficznych – przejście od badań struktur demograficznych do badań procesów oznacza, że przedmiotem badań są procesy demograficzne rozpatrywane z perspektywy zmian zachowań indywidualnych, które z kolei są ujmowane w kategoriach zmian biografii demograficznych (przebiegu życia) jednostek (Willekens, 1991, 1999). Pociąga to za sobą konieczność prowadzenia badań na poziomie mikro, łączenia w badaniach skali mikro oraz skali makro, a także odejścia od ujęcia przekrojowego do ujęcia dynamicznego (identyfikacja sekwencji zdarzeń demograficznych) oraz rozszerzenia zakresu badań o kontekst zachowań jednostek, który obejmuje czynniki z różnych poziomów (skala mikro, mezo i makro). Ta zmiana paradygmatu narzuca określony sposób pozyskiwania danych – są to głównie badania reprezentatywne, w których zamiast podejścia przekrojowego stosowane jest podejście retrospektywne, a przede wszystkim podejście panelowe.

2. Rodzina a rynek pracy w Europie

Wzrost aktywności zawodowej kobiet w drugiej połowie XX jest tendencją ogólną, jednak jej nasilenie było silnie zróżnicowane między krajami, a także przebiegało odmiennie w różnych grupach wieku. Aktywność kobiet w wieku 25–54 lata wzrastała systematycznie, w szczególności dla grupy wieku 25–44 lata. Wskaźniki dla pozostałych grup wieku nie wykazują już tak jednorodnego wzorca zmian. W większości krajów zanotowano także wzrost aktywności zawodowej kobiet w wieku 55–59 lat, podczas gdy aktywność zawodowa kobiet w wieku 60–64 lat spadała. Aktywność kobiet w wieku powyżej 65 lat była niska i zmalała (Kotowska et al., 2006). Rozpatrując nasilenie tych zmian w czasie dla krajów rozwiniętej

¹ Na przykład dane przekrojowe używane do oceny zakresu kohabitacji zaniżają jego skalę. A. Matysiak (2009b), wykorzystując dane pochodzące z badania retrospektywnego „Biografie zawodowe, rodzinne i edukacyjne”, pokazała, że wzrasta częstość kohabitacji praktykowanej przez młode osoby. Kobiety urodzone w latach 1966–1981 coraz częściej tworzą związki kohabitacyjne przed zawarciem pierwszego związku małżeńskiego – w latach 2004–2006 związki takie stanowiły jedną trzecią ich pierwszych związków. Ponadto, co prawda kohabitacja dotyczyła głównie osób z niższymi kategoriami wykształcenia, zwłaszcza w latach 90., to jednak po 2000 r. wzrosła jej częstotliwość wśród kobiet z wyższymi kategoriami wykształcenia (średnie i wyższe), przy czym jednocześnie rzadziej związki te prowadziły do zawarcia małżeństwa. Zatem wyniki te zdają się wskazywać, iż – zgodnie z koncepcją przekształceń wzorców formowania związków Sobotki i Toulemona (2008) – przekształcenia te w Polsce osiągnęły drugą fazę, tzn. związki kohabitacyjne występują coraz częściej wśród różnych grup społecznych: jest to głównie kohabitacja przedmałżeńska, a ponadto kohabitacja nie jest jeszcze uznawana jako forma związku właściwa dla wychowywania dzieci.

gospodarki rynkowej, można wyodrębnić kraje o wysokiej aktywności zawodowej kobiet (np. kraje skandynawskie), kraje o średniej aktywności (np. Francja, Belgia, Niemcy, Holandia, Austria) i kraje o niskiej aktywności (kraje Europy Południowej) (Ahn, Mira, 2002). Jednak te ogólne tendencje wymagają uściślenia. Konieczne jest wyodrębnienie grupy byłych krajów socjalistycznych i pozostałych krajów. Do 1989 r. kraje postsocjalistyczne charakteryzowały się wysoką aktywnością zawodową kobiet; przejście do gospodarki rynkowej spowodowało spadek aktywności kobiet i mężczyzn, w niektórych krajach bardzo znaczny (np. Polska, Słowacja, Węgry, Litwa). Z punktu widzenia powiązań zachowań dotyczących rodziny z aktywnością zawodową kobiet ważne jest uwzględnienie zmian według wieku. W analizach powiązań między płodnością a aktywnością zawodową kobiet proponuje się uwzględniać wiek 20–44 lata (Matysiak, 2008). Analizy Anny Matysiak (2008)², w których nawiązuje do analiz przedstawionych w pracach: Ahn, Mira (2002) oraz Engelhardt and Prskawetz (2004), dotyczących zmian aktywności zawodowej kobiet w grupach krajów wyodrębnionych według ich poziomu aktywności, prowadzą do wyłonienia nieco innych grup jednorodnych krajów ze względu na poziom tej aktywności. Korzystała przy tym ze współczynników aktywności zawodowej i wskaźników zatrudnienia kobiet w wieku 20–44 lata zamiast ze współczynników ogólnych, jak to czyniono w wymienionych pracach. Ponadto włączyła ona do rozważań kraje postsocjalistyczne oraz rozszerzyła zakres czasowy analiz, uzupełniając dane do 2006 roku.

Wśród starych członków Unii Europejskiej zostały wyróżnione 3 grupy na podstawie średniej wartości tego wskaźnika dla okresów 10-letnich począwszy od 1970 r. (tab. 1). Dla krajów Europy Środkowo-Wschodniej podstawą wyodrębnienia grup krajów o niskiej, średniej i wysokiej aktywności zawodowej kobiet były dane dla okresu po 1989 roku.

Silny wzrost aktywności zawodowej kobiet w krajach Europy Zachodniej³ jest uwidocznił w zmianach wartości krytycznych LFP dla poszczególnych okresów. Mimo tego grupy krajów wyłonione ze względu na poziom aktywności nie zmieniają swego składu – jedynie Holandia i Irlandia przesunęły się z grupy o niskiej aktywności zawodowej kobiet do grupy o średnim poziomie tej aktywności.

Tabela 1. Jednородne grupy krajów ze względu na zmiany współczynnika aktywności ekonomicznej kobiet w wieku 20–44 lata (Labour force participation rate - LFP)

Grupy krajów	Niski LFP (< 45%)	Średni LFP (45–65%)	Wysoki LFP (>65%)
Europa Zachodnia 1970–1979 Europa Środkowo-Wschodnia około 1970	IR, IT, EL, NL, ES	AT, FR, DE, NO, PT, UK	DK, FI, SE
Europa Zachodnia 1980–1989 Europa Środkowo-Wschodnia około 1980	Niski LFP (< 55%) IR, IT, EL, NL, ES	Średni LFP (55 – 70%) AT, BE, FR, DE, LU, PT, UK	Wysoki LFP (> 70%) DK, FI, SE, NO
Grupy krajów Europa Zachodnia 1990–1999 Europa Środkowo-Wschodnia około 1990 i lata 90.	Niski LFP (< 65%) IR, IT, EL, LU, ES HU (1992–1999)	Średni LFP (65 – 75%) AT, BE, FR, DE, NL, PT, UK CZ (1993–1999) SK (1994–1999) PL (1992–1999) EE (1995–1999) LV (1996–1999) LT (1996–1999) RO (1996–1999)	Wysoki LFP (> 75%) DK, FI, SE, NO, CH Czechosłowacja (1980) HU (1980) PL (1978) BL (1975) RO (1977) CZ (1991) SK (1991) HU (1990) PL (1988) EE (1989) LV (1989) LT (1989) SI (1991, 1994–1999)
Grupy krajów Europa Zachodnia 2000–2006 Europa Środkowo-Wschodnia 2000–2006	Niski LFP (< 70%) IT, ES, LU, ES HU	Średni LFP (70 – 80%) AT, BE, FR, DE, IR, NL, PT, UK CZ, SK, PL, EE, LV, LT, RO, BL	Wysoki LFP (> 80%) DK, FI, NO, SE, IE, CH SI

Źródło: Matysiak, 2008, s.33–34.

² Dane wykorzystane do obliczeń A. Matysiak pochodziły z wyników badań aktywności zawodowej (*Labour force survey*) zamieszczonych w bazie „OECD Employment Database” dla Europy Zachodniej, przy czym dane dla Polski, Węgier, Czech i Słowacji dotyczyły lat 1992–2006, oraz w bazie „ILO Laborstat Database” dla pozostałych krajów Europy Środkowo-Wschodniej z okresu 1992–2006. Dane dotyczące okresu przed rokiem 1992 dla krajów Europy Środkowo-Wschodniej pochodzą ze spisów powszechnych i zostały pozyskane z bazy „ILO Laborstat Database”; dane pozyskano w styczniu 2008 roku.

³ Termin „Europa Zachodnia” stosuję za A. Matysiak (2008) w odniesieniu do krajów europejskich o rozwiniętej gospodarce rynkowej. Europa Środkowo-Wschodnia obejmuje zaś kraje o gospodarce centralnie planowanej przed 1989 rokiem.

Gospodarka centralnie planowana charakteryzowała się wysoką aktywnością ekonomiczną kobiet i mężczyzn. Kraje te miały niemal jednakowy poziom aktywności zawodowej mężczyzn, nieznacznie natomiast różniły się pod względem współczynników aktywności zawodowej kobiet⁴. Aktywność zawodowa uległa drastycznemu spadkowi w latach 90. W większości tych krajów reformy gospodarcze przyniosły gwałtowne załamanie się produkcji i zatrudnienia, któremu towarzyszył wzrost bezrobocia. Współczynniki aktywności zawodowej, obliczane na podstawie badań aktywności ekonomicznej ludności, spadły we wszystkich krajach – najsilniej w Bułgarii, na Węgrzech i w Polsce. Dynamika zmian aktywności zawodowej kobiet po 1989 r. w krajach postsocjalistycznych spowodowała przesunięcie części tych krajów z grupy o wysokiej aktywności zawodowej kobiet do grupy o średnim poziomie tej aktywności. Dla ostatniego rozważanego okresu (2000–2006) w grupie krajów o wysokiej aktywności została jedynie Słowenia.

Charakteryzując krótko zmiany aktywności zawodowej ludności po 1989 r. w Polsce, można stwierdzić, że „kobiety dzielą los mężczyzn na trudnym rynku pracy” (Sztanderska, 2005, s. 45), bowiem zmniejszenie zatrudnienia i wzrost bezrobocia oraz dezaktywizacja dotknęły zarówno kobiet jak i mężczyzn. Jednakże zmiany te nie były jednakowe dla obu płci, prowadząc do występowania na rynku pracy wyraźnych nierówności względem płci. Przejawia się to znacznie niższymi wskaźnikami zatrudnienia kobiet, wyższymi stopami bezrobocia, wyższym zagrożeniem bezrobociem długookresowym oraz utrzymującymi się różnicami wynagrodzeń, mimo że kobiety są lepiej wykształcone niż mężczyźni. Przystosowania kobiet do trudnych warunków rynku pracy polegały przede wszystkim na podnoszeniu poziomu wykształcenia i udziału w różnych formach kształcenia ustawicznego, a także akceptacji gorszych warunków pracy (głównie niższych wynagrodzeń) (por. Sztanderska, 2005; Sztanderska, Grotkowska, 2007, 2009).

Powyższym zmianom aktywności zawodowej kobiet, przejawiających się w zmianach wartości współczynników aktywności czy wskaźników zatrudnienia, towarzyszy znaczna zmiana wzorców aktywności ekonomicznej według wieku. Do ich opisu można posługiwać się współczynnikami aktywności zawodowej lub wskaźnikami zatrudnienia według wieku. Krzywe aktywności (zatrudnienia) według wieku odzwierciedlają w sposób ogólny zachowania kobiet na rynku pracy, wiążące się przede wszystkim ze sposobem łączenia pracy z obowiązkami rodzinnymi przez kobiety.

Jednomodalna krzywa aktywności zawodowej, z dominantą w wieku 20–24 lata, ilustruje zjawisko pełnego wycofywania się kobiet z rynku pracy po założeniu rodziny. Krzywa bimodalna, w której maksimum lokalne występuje zarówno w młodszym (20–24 lata), jak i w starszym wieku (40–44 lata), opisuje dwie strategie łączenia pracy zawodowej z życiem rodzinnym: część matek decyduje się na czasowe przerwanie kariery zawodowej, aby móc zająć się opieką nad dzieckiem, inne kobiety po założeniu rodziny i urodzeniu dziecka wycofują się całkowicie z rynku pracy. Krzywa o kształcie odwróconej litery U odnosi się do sytuacji, w której kobiety pozostają na rynku pracy niezależnie od aktualnej fazy w przebiegu życia rodziny. Ten wzorec aktywności jest zbliżony do wzorca obserwowanego dla mężczyzn, tylko wartości współczynników aktywności (zatrudnienia) są niższe dla kobiet niż dla mężczyzn (np. Kotowska et al., 2006; Stefańska, 2008; Kotowska, 2009).

Jednomodalny wzorec aktywności zawodowej kobiet był charakterystyczny dla krajów o niskim poziomie aktywności zawodowej kobiet (np. kraje śródziemnomorskie). Aktywność zawodowa kobiet według wieku w krajach o średnim poziomie aktywności kształtowała się zgodnie z wzorcem bimodalnym. Systematycznemu wzrostowi zaangażowania kobiet na rynku pracy towarzyszą przekształcenia krzywych aktywności – od krzywej jednomodalnej poprzez krzywą bimodalną do krzywej w kształcie odwróconej litery U. W krajach o wysokiej aktywności zawodowej kobiet przejście do wzorca aktywności odpowiadającego trzeciemu typowi krzywej nastąpiło stosunkowo szybko. Na ogół jednak krzywa aktywności kobiet ma nieznaczne spłaszczenie w grupach wieku 25–29 i 30–34 lata. Odzwierciedla to ograniczanie aktywności zawodowej kobiet w fazie rozwoju rodziny – jest to bowiem wiek największego natężenia płodności (Kotowska, 2009).

Powyższe zmiany wzorca aktywności zawodowej kobiet według wieku mogą być powiązane z ekonomicznymi modelami rodziny, tzn. koncepcji nawiązującej zarówno do zmian zaangażowania kobiet na rynku pracy, jak percepcji społecznych ról kobiet i mężczyzn przejawiającej się w tzw. konceptualizacji

⁴ Współczynniki te mogą być porównywalne ze wskaźnikami zatrudnienia dla rozwiniętych gospodarek rynkowych, które przed 1990 r. stosowały zasadę pełnego zatrudnienia i nie doświadczały otwartego bezrobocia.

pracy zarobkowej kobiet (np. Leira, 2002; Matysiak, 2005; Kotowska et al., 2006; Stefańska, 2008; Kotowska, 2009). Oznacza to określone podejście do pracy zawodowej kobiet: od uznawania pracy zawodowej kobiet jedynie jako koniecznej do uzupełniania dochodów rodziny i silnego podporządkowania jej fazom przebiegu życia rodziny, związanym z różnym nasileniem obowiązków opiekuńczych, do uznawania pracy zarobkowej zarówno kobiet jak i mężczyzn jako aktywności równoległej do aktywności rodzinnej, tzn. uznawania, że oboje małżonkowie dzielą odpowiedzialność za utrzymanie materialne rodziny i obowiązki związane z funkcjonowaniem rodziny, w tym obowiązki opiekuńcze. Stopniowy wzrost aktywności zawodowej kobiet spowodował przejście z modelu z mężczyzną jako jedynym żywicielem rodziny (*male breadwinner model-female home career*) do modelu, w którym kobiety także pracują, ale ich praca zarobkowa jest podporządkowana obowiązkom rodzinnym (*modernised male breadwinner model-female part-time home career*), a następnie do modelu z obojgiem rodziców pracujących (*dual earner model*). Na okres opieki nad małymi dziećmi matki albo się w ogóle wycofują z rynku pracy, albo ograniczają swoje zaangażowanie na rynku pracy, a zatem model z pracą kobiet podporządkowaną obowiązkom rodzinnym opiera się na koncepcji sekwencyjnego następowania w życiu matek okresów zatrudnienia i opieki nad dzieckiem. Natomiast dla modelu rodziny z dwoma żywicielami zasadnicze znaczenie ma podział obowiązków rodzinnych między kobiety i mężczyzn. Utrzymywanie się tradycyjnego podziału obowiązków rodzinnych sugeruje, że w tej grupie przeważa model, w którym zaangażowaniu kobiet na rynku pracy towarzyszy równoległe obciążenie obowiązkami rodzinnymi, czyli model z podwójnym obciążeniem kobiet (*dual earner mode I- double burden of females*). Występowanie modelu z obojgiem pracujących rodziców, odpowiedzialnych wspólnie za obowiązki rodzinne (*dual breadwinner model - dual career model*) uwarunkowane jest redystrybucją obowiązków rodzinnych między partnerów.

Jednoszytowy wzorzec aktywności ekonomicznej kobiet odpowiada pierwszemu z opisanych modeli, tj. *the male breadwinner model - female home career*, w którym kobieta po założeniu rodziny wycofuje się z rynku pracy. Wzorzec bimodalnej krzywej aktywności ekonomicznej może zostać przypisany modelowi drugiemu, tj. *the modernised male breadwinner model - female part-time home career*, w którym aktywność ekonomiczna matek podporządkowana jest cyklowi życia rodziny. Matki mogą przejąć na siebie część obowiązków związanych z zapewnieniem bytu rodzinie, pod warunkiem że nie kolidują one z ich obowiązkami rodzicielskimi. W tym modelu matki ponownie wchodzą na rynek pracy, gdy dzieci podrosną. Ze względu na fakt, że częściej matek nie wraca na rynek pracy, poziom zatrudnienia kobiet w starszych grupach wieku produkcyjnego jest znacząco niższy niż w najmłodszych grupach. Wzorzec aktywności zawodowej kobiet o kształcie odwróconej litery U odpowiada modelowi z dwojgim żywicielami rodziny, a jego forma zależy od podziału obowiązków rodzinnych między kobietę i mężczyznę.

Oceniając zmiany w czasie zakresu występowania różnych rodzajów ekonomicznych modeli rodziny, które towarzyszyły stałemu wzrostowi udziału kobiet na rynku pracy i zmianom ich wzorca aktywności według wieku, można uznać, iż dokonuje się stopniowe przejście od modelu z mężczyzną jako jedynym żywicielem rodziny do modelu z obojgiem pracujących partnerów. Kierunek zmian jest wspólny, jednak ich nasilenie różne (Kotowska, 2009). Odwołując się do wzorców zatrudnienia w rodzinie (kto pracuje i w jakim wymiarze czasu), można ocenić zakres praktykowania określonych modeli rodziny (np. Aliaga, 2005). W zdecydowanej większości krajów UE model z pracującymi w pełnym wymiarze czasu kobietą i mężczyzną jest najczęściej praktykowany, choć odsetek par, w których zarówno mężczyzna jak i kobieta pracowali w pełnym wymiarze czasu pracy jest silnie zróżnicowany – od 22% na Malcie do 77% w Słowenii wobec 45% w całej Unii Europejskiej. Wyjątkiem są Włochy i Malta, gdzie najczęściej występuje model z mężczyzną jako jedynym żywicielem rodziny, oraz Holandia, w której najczęściej mężczyzna pracuje w pełnym wymiarze, a kobieta w niepełnym wymiarze czasu. Ten ekonomiczny model rodziny jest także stosunkowo często praktykowany w Wielkiej Brytanii, Niemczech, Austrii i Luksemburgu. W pozostałych krajach odsetek par praktykujących ten model nie przekracza 20%. W Polsce odsetek ten wynosił 49%. Na zróżnicowanie zakresu praktykowania modelu z pracą zarobkową kobiet w niepełnym wymiarze czasu wpływa w głównym stopniu dostępność pracy w niepełnym wymiarze.

Analogiczna analiza dotycząca modeli rodziny praktykowanych przez pary z dziećmi do 12 lat pokazała spadek odsetka rodzin, w których rodzice pracują w pełnym wymiarze – wyjątkiem są Słowenia, Portugalia i Litwa. Częściej zaś występuje model z pracą matek w niepełnym wymiarze (Holandia, Wielka Brytania, Niemcy, Austria) albo model z pracującym jedynie ojcem (Czechy, Estonia, Węgry, Słowacja, Polska, Włochy, Grecja, Hiszpania) (Aliaga, 2005). Wiąże się to z niedostatkiem rozwiązań umożliwiających

łączenie obowiązków rodzinnych i zawodowych, zwłaszcza w przypadku opieki nad małymi dziećmi, który wymusza wycofywanie się kobiet z rynku pracy bądź znaczne ograniczenie ich zaangażowania na rynku w okresie, kiedy dzieci są małe.

Analizy powiązań aktywności zawodowej z sytuacją rodzinną na podstawie badań specjalnych w Polsce pokazują, że negatywny wpływ dzieci na aktywność zawodową dotyczy głównie kobiet. Zatrudnienie żonatych mężczyzn oraz ojców jest wyższe niż kawalerów, natomiast kobiety z małymi dziećmi ograniczają swój udział w rynku pracy w porównaniu do kobiet bez dzieci tym bardziej, im więcej mają dzieci (np. Matysiak, 2005; 2008; Sztanderska, Grotkowska, 2007, 2008). Analizy A. Matysiak (2008, 2009a), w których korzystano z danych o historiach zawodowych i rodzinnych kobiet, potwierdziły silny konflikt pomiędzy płodnością i pracą zawodową kobiet w Polsce po 1989 roku. Podjęcie pracy wpływa ujemnie na możliwość urodzenia dziecka. Wpływ dzieci na pracę zawodową matek jest jeszcze większy – pierwsze dziecko znacznie ogranicza szansę na podjęcie pracy i bardzo silnie zwiększa ryzyko wyjścia z zatrudnienia. Dzieci dalszej kolejności ograniczają możliwości podjęcia pracy jeszcze silniej, choć zwiększają ryzyko wycofania się z zatrudnienia. Szanse podjęcia i utrzymania pracy zwiększają się wraz ze wzrostem wieku dziecka, nie osiągając jednak poziomu sprzed jego urodzenia.

Odwolując się do ekonomicznych modeli rodziny, można stwierdzić, że w Polsce najczęściej stosowanym rozwiązaniem jest praca obojga rodziców w pełnym wymiarze czasu, a następnie rezygnacja matek z pracy zawodowej na rzecz zajmowania się (małymi) dziećmi. Ustalenia dotyczące dystrybucji zajęć domowych między kobietami i mężczyznami upoważniają do wniosku, że najczęściej występuje w Polsce model z podwójnym obciążeniem kobiet. Zmniejszenie czasu pracy matek w okresie nasilenia obowiązków opiekuńczych jest rzadko praktykowane (Matysiak, 2007; Baranowska, 2007).

Na zmiany wzorca aktywności zawodowej kobiet, silnie zróżnicowane między poszczególnymi krajami, wpływały zarówno przemiany społecznych ról kobiet i mężczyzn jak i zmiany popytu na pracę w poszczególnych krajach, a także czynniki strukturalne (struktury rynku pracy, a zwłaszcza polityka rodzinna i uregulowania dotyczące rynku pracy).

Niedostosowanie rozwiązań instytucjonalnych do pracy zawodowej kobiet określa tzw. konflikt strukturalny, zaś podejście do ról społecznych kobiet i mężczyzn, w tym zwłaszcza do relacji między pracą zawodową i rodziną, definiuje nasilenie tzw. konfliktu kulturowego (por. np. Liefbroer, Corijn, 1999). Zwykle te dwa konflikty współwystępują, ale ich nasilenie może być odmienne. Analizy pokazują, iż nasilenie tych konfliktów w krajach europejskich ma wpływ zarówno na zmiany aktywności zawodowej kobiet jak i na zmiany płodności (np. Liefbroer, Corijn, 1999; Muszyńska 2004, 2007; del Boca i inni, 2005; D'Addio, d'Ercole, 2005; del Boca, Locatelli, 2007; Matysiak, 2008). Ich wyniki pozwalają na modyfikację interpretacji, w której spadek płodności w drugiej połowie XX w. przypisywano, między innymi, rosnącemu udziałowi kobiet na rynku pracy. W niektórych krajach wysoka aktywność zawodowa kobiet współwystępuje z wysoką dzietnością (kraje skandynawskie), w innych niskiej dzietności towarzyszy niska aktywność zawodowa kobiet (kraje Europy Południowej). Na te relacje wpływają zarówno czynniki strukturalne jak i kulturowe kształtujące percepcje ról społecznych kobiet i mężczyzn, w tym zwłaszcza konceptualizację pracy kobiet i dystrybucję obowiązków opiekuńczych, jak i sposób łączenia pracy zawodowej z opieką nad (małymi) dziećmi (np. Kotowska et al., 2006; Kotowska, Matysiak, 2008; Katus, Pöstmä i Purr, 2008). Analizy Muszyńskiej (2004, 2007) i Matysiak (2008) pokazały, że kraje o dużym nasileniu konfliktów strukturalnego i kulturowego mają niską dzietność i aktywność zawodową kobiet, zaś w krajach, gdzie oba konflikty są słabsze, wysoka aktywność zawodowa kobiet współwystępuje ze stosunkowo wysoką dzietnością.

W Polsce podobnie jak w innych krajach Europy Środkowo-Wschodniej nasilenie obu konfliktów jest duże. To decyduje w głównej mierze o praktykowanych wzorcach zatrudnienia w rodzinie, odbiegających znacznie od preferowanych sposobów łączenia pracy z rodziną (Kotowska et al., 2006; Muszyńska, 2007; Matysiak, 2008). Matysiak (2008) dodatkowo pokazała, że najlepsze warunki dla łączenia pracy zawodowej z rodziną, definiowane poprzez nasilenie obu konfliktów oraz poziom płac, występują w krajach skandynawskich, zaś najgorsze w krajach Europy Środkowo-Wschodniej oraz Południowej.

W rozważaniach o powiązaniach między rodziną a rynkiem pracy konieczne jest uwzględnienie warunków uczestnictwa na rynku pracy. Ich zmiany są kształtowane głównie przez postęp technologiczny i procesy globalizacyjne, a szczególnie przez dynamikę zmian popytu na pracę, rosnące wymagania wobec pracowników i niestabilność zatrudnienia. Procesy transformacji na współczesnym rynku pracy prowadzą do zmian organizacyjnych oraz dywersyfikacji form i charakteru zatrudnienia oraz zwiększają popyt na

wysoko wykwalifikowanych pracowników. Oczekuje się od nich dyspozycyjności, mobilności oraz zdolności do szybkiego dostosowania się do zmieniających się warunków na rynku pracy. Nakłada to na uczestników rynku wymóg znacznego zwiększenia wysiłków w celu pozyskania pracy i jej utrzymania, w tym zwłaszcza ciągłego zdobywania kwalifikacji poszukiwanych na rynku. Funkcjonowanie na współczesnym rynku pracy jest więc trwale obciążone dużą niepewnością i wiąże się z koniecznością większego zaangażowania w zarządzanie własną pracą zawodową. Oznacza to, że efektywnie więcej czasu i wysiłku należy przeznaczyć nie tylko na świadczenie pracy, ale na jej pozyskanie i utrzymanie (np. Kotowska, 2004; Mills et al., 2006; Mills, 2008). Można zatem stwierdzić, iż znaczenie pracy jako czynnika kształtującego nie tylko aktywność jednostki w różnych obszarach, ale także przebieg jej życia znacznie wzrosło. Nasila się zatem konflikt czasu i dyspozycyjności szczególnie wówczas, gdy występują także zobowiązania rodzinne. Ten konflikt w szczególności dotyczy kobiet ze względu na to, że bardziej są zaangażowane w pełnienie obowiązków rodzinnych, w tym funkcji opiekuńczych.

Generalnie można więc uznać, iż zmiany dokonujące się na rynku pracy są zatem nieprzyjemne rodzinie. W warunkach dużej niepewności na rynku pracy i niestabilności zatrudnienia praca obojga rodziców powinna być zatem traktowana jako czynnik dywersyfikacji ryzyka związanego z utratą dochodów rodziny i sposób przeciwdziałania zagrożeniu ubóstwem. Ponadto wysokie wymagania i konkurencyjność rynku pracy wymuszają stałe podnoszenie kwalifikacji, zatem wycofywanie się z rynku na okres pełnienia obowiązków opiekuńczych w rodzinie przynosi ryzyko deprecjacji kapitału ludzkiego i zagrożenie pozostawania bez pracy bądź zatrudnienia na gorszych warunkach.

3. Uwagi końcowe

Opisane wyżej przemiany aktywności zawodowej kobiet wraz z transformacją rynku pracy w ostatniej dekadzie, z jednej strony, oraz z procesami deinstytucjonalizacji i destabilizacji rodziny i niską dzietnością w wielu krajach Europy – z drugiej ukazują nie tylko złożoność powiązań między tymi procesami, ale także konieczność ich rozpatrywania w kontekście uwarunkowań strukturalnych i kulturowych. Ponadto uznanie, że zwiększenie zatrudnienia kobiet oraz odnowa demograficzna Europy należą do celów strategicznych dla rozwoju kontynentu, prowadzi do pytania, w jakich warunkach wzrost aktywności zawodowej kobiet może współwystępować ze wzrostem płodności. Oznacza to dyskusję o warunkach łączenia pracy zawodowej z rodziną. Dyskusja ta powinna być prowadzona przy uwzględnieniu przesłanek na rzecz wzrostu znaczenia modelu rodziny z dwojgiem żywicieli, wynikających ze zmian zachodzących zarówno w makro- jak i mikroskali. Wymienię poniżej niektóre z nich.

Niestabilność i nieciągłość zatrudnienia wraz z rosnącym poczuciem niepewności wymaga od obojga rodziców (partnerów) obecności na rynku pracy w celu redukcji ryzyka pogorszenia się warunków i standardu życia rodziny w przypadku utraty pracy przez jednego z partnerów. Pozostawanie w związkach nieformalnych, narażonych stosunkowo bardziej na ryzyko rozpadu, jest dodatkowym bodźcem dla kobiet do podejmowania pracy i dysponowania niezależnym dochodem. Co więcej, zarówno wydłużanie życia ludzkiego, jak i różnice długości życia według płci sprawiają, iż kobiety muszą dbać o zapewnienie własnych dochodów w starszym wieku. Ponadto reformy systemów emerytalnych, które w znacznym stopniu uzależniają wysokość emerytury od indywidualnych oszczędności i składek, stanowią dodatkowy bodziec do aktywności zawodowej kobiet i wydłużania czasu pozostawania na rynku (zob. np. OECD, 2001; Burniaux i inni, 2004; Kotowska, 2004; Kotowska et al., 2008). Można zatem uznać, że w trakcie wspomnianego procesu przechodzenia od modelu z jednym żywicielem rodziny do modelu z dwojgiem pracujących małżonków (partnerów) jako modelu dominującego zwiększenie zatrudnienia kobiet zyskuje nowe uzasadnienie.

Wyniki analiz relacji między pracą zawodową kobiet a płodnością, do których się odwoływałam, upoważniają do wniosku, że postulowany trwały wzrost płodności współwystępujący ze wzrostem zatrudnienia kobiet jest zależny od zmniejszenia konfliktu strukturalnego i kulturowego. Takie ujęcie prowadzi do nieco innego podejścia do działań uznawanych za podstawowe w kontekście równoległego wzrostu dzietności i zatrudnienia kobiet. Otóż rozwiązania prawne dotyczące warunków pracy kobiet w okresie ciąży i macierzyństwa, opieki instytucjonalnej nad dziećmi, urlopów macierzyńskich i wychowawczych, świadczenia rodzinne oraz elastyczne formy zatrudnienia i organizacji pracy postrzegane dotąd zwykle odrębnie albo jako sprzyjające wzrostowi zaangażowania kobiet na rynku pracy i efektywnemu zarządzaniu zasó-

bami ludzkimi (narzędzia polityki rynku pracy), albo jako instrumenty polityki rodzinnej zwłaszcza w kontekście pełnienia przez rodzinę funkcji opiekuńczych, zaczęto traktować jako rozwiązania umożliwiające łączenie pracy zawodowej z rodziną (*reconciling work and family*), które nie tylko wpływają na zatrudnienie kobiet ale także mogą sprzyjać decyzjom prokreacyjnym. Do nich nawiązuje się coraz częściej, rozważając uwarunkowania spadku dzietności w Europie i działania na rzecz jego odwrócenia (por. np. EC, 2006, 2008; McDonald, 2002; Gauthier 2005; Balcerzak-Paradowska, 2004; Kotowska, 2005; Kotowska et al., 2006; Kotowska, Matysiak 2008; Muszyńska, 2007; Matysiak, 2008). Z definicji narzędzia te wpływają na nasilenie konfliktu strukturalnego, jednak ten wpływ zależy także od uwarunkowań kulturowych. Łączenie pracy zawodowej z rodziną postrzegane jest bowiem jako zagadnienie dotyczące kobiet, a nie rodziców (np. Leira, 2002; Kotowska et al., 2006; Saraceno 2007), co sprawia, że odpowiednie rozwiązania przysługują wyłącznie kobietom. Ponadto, nawet jeśli odpowiednie rozwiązania np. dotyczące urlopów czy elastycznego organizacji pracy są skierowane zarówno do kobiet jak i mężczyzn, to korzystanie z nich jest związane z percepcją społecznych ról płci. Na przykład, mimo iż w wielu krajach ojcowie są uprawnieni do urlopów wychowawczych, stopień korzystania z tego uprawnienia jest bardzo niski, podobnie jak z pracy w niepełnym wymiarze z powodów rodzinnych korzystają kobiety. Stąd bez zmiany w postrzeganiu ról obojga rodziców w rodzinie oraz na rynku pracy osłabienie konfliktu strukturalnego może dokonywać się bardzo wolno mimo uregulowań mających w zamierzeniu sprzyjać zmniejszeniu tego konfliktu. Innymi słowy, zmiana kulturowa dotycząca percepcji społecznych ról kobiet i mężczyzn warunkuje efektywne zmniejszanie konfliktu strukturalnego.

Wkroczenie kobiet do sfery publicznej pociąga za sobą konieczność redefinicji ról płci w sferze rodzinnej, a to z kolei określa oczekiwania wobec angażowania się mężczyzn w życie rodzinne. I właśnie trudny współczesny rynek pracy wraz z rosnącym wykształceniem kobiet oraz zmianą aspiracji życiowych kobiet i mężczyzn nasila presję na odchodzenie od tradycyjnego podziału zobowiązań w rodzinie. Partnerski model rodziny oznacza współodpowiedzialność zarówno za sferę materialną jak i obowiązki opiekuńcze, a sprostanie wymogom elastyczności na rynku pracy wiąże się z koniecznością elastycznego negocjowania także podziału obowiązków rodzinnych. Percepcja społecznych i rodzinnych ról kobiet i mężczyzn ze stosunkowo sztywnym przypisaniem mężczyźnie roli żywiciela, nie przystaje do elastyczności ról, wymaganej współcześnie na rynku pracy. Sztywność podziału obowiązków zawodowych przyczynia się do sztywności podziału ról rodzinnych, zaś elastyczność w pracy przekłada się także na elastyczność ról pełnionych w rodzinie. Widoczne w analizach rosnące poparcie osób młodszych, lepiej wykształconych, zwłaszcza kobiet, dla modelu partnerskiego może przyczynić się do odchodzenia od przypisywania mężczyźnie przede wszystkim roli żywiciela i traktowania pracujących kobiet głównie w kontekście ich zobowiązań opiekuńczych (np. Jaumotte, 2003a, 2003b; Kotowska i inni, 2006; Katus, Pöldma, Puur, 2008). Popieranie tej koniecznej zmiany kulturowej poprzez promocję partnerstwa w rodzinie może wpływać na wzrost korzystania z istniejących rozwiązań prawnych dotyczących organizacji pracy i jej form sprzyjających łączeniu pracy i rodziny, a także zmienić percepcję kobiety jako pracownika. Można zatem oczekiwać, że działania na rzecz zmiany percepcji społecznych ról płci poprzez promowanie równości płci podniosą efektywność rozwiązań dotyczących godzenia pracy z rodziną, co może także pozytywnie oddziaływać na płodność (por. też McDonald, 2002; Gauthier, 2005; Neyer, 2006).

Literatura

- Ahn N., P.Mira, 2002, *A note on the changing relationship between fertility and female employment rates in developed countries*, "Journal of Population Economics", No. 15, 667–682.
- Aliaga Ch., 2005, *Gender gaps in the reconciliation between work and family life*, "Statistics in Focus: Population and Social Conditions", No. 4, Eurostat.
- Balcerzak-Paradowska B., 2004, *Rodzina i polityka rodzinna na przełomie wieków*, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa.
- Baranowska A., 2007, *Poglądy i preferencje dotyczące ekonomicznych modeli rodziny*, w: I.E.Kotowska, U.Sztanderska, I. Wóycicka (red.), *Aktywność zawodowa i edukacyjna a obowiązki rodzinne w Polsce w świetle badań empirycznych*, Wydawnictwo SCHOLAR, Warszawa, 404–422.

- Burniaux J-M., Duval R., Jaumotte F., 2004, *Coping with ageing: a dynamic approach to quantify the impact of alternative policy options on future labour supply in OECD countries*, "Economics Department Working Paper", No. 371, OECD, Paris.
- de Beer J., 2006, *An assessment of the tempo effect for future fertility in the European Union*, Research Note, NIDI, The Hague.
- Del Boca D. et al., 2005, *Labour supply and fertility in Europe and the US*, w: Boeri T., D. Del Boca, and Ch. Pissarides (eds.), *Women at Work. An Economic Perspective, A Report for the Fondazione Rodolfo Debenedetti*, Oxford University Press, Oxford, 2005, 121–153.
- Del Boca D., Locatelli M., 2007, *Motherhood nad participation*, w: D. Del Boca, C. Wetzels, (eds.), *Social Policies, Labour Markets and Motherhood. A Comparative Analysis of European Countries*, Cambridge University Press, Cambridge, 155–181.
- D'Addio A.C., d'Ercole M.M., 2005, *Trends and Determinants of Fertility Rates in OECD Countries: The Role of Policies*, "OECD Social, Employment and Migration Working Papers", No. 27.
- Engelhardt H., Prskawetz A., 2004, *On the Changing Correlation Between Fertility and Female Employment over Space and Time*, "European Journal of Population", No. 20, 35–62.
- European Commission, 2000, *The Lisbon European Council – An agenda of economic and social renewal for Europe. Contribution of the European Commission to the special European Council in Lisbon*, 23–24th March 2000, COM(2000) 7.
- European Commission, 2002, *Communication from the Commission to the Spring European Council In Barcelona: The Lisbon Strategy – Making Change Happen*, Com(2002)14 Final.
- European Commission, 2004, *Employment in Europe 2004: Recent Trends and Prospects*, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- European Commission, 2005, *Green Paper: Confronting demographic change: a new solidarity between the generations*, *Communication from the Commission*, Brussels, 16.3.2005, COM(2005) 94 final.
- European Commission, 2006, *The Demographic Future of Europe – from Challenge to Opportunity*, *Communication from the Commission*, Brussels, 12.10.2006, COM(2006) 571final
- European Commission, 2007, *Europe's demographic future: facts and figures*, Commission Staff Working Document, Brussels, 11.05.2007 SEC (2007) 638.
- European Commission, 2008, *2nd European Demography Report: Meeting Social Needs in an Ageing Society*, Commission Staff Working Document, Brussels, SEC (2008).
- Esping-Andersen G., 2005, *A jobless and childless Europe?* w: T. Boeri, D. Del Boca, and Ch. Pissarides (eds.), *Women at work. An economic perspective, A Report for the Fondazione Rodolfo Debenedetti*, Oxford University Press, Oxford, 2005, 268–274.
- Frejka T., Sobotka T., 2008, *Overview Chapter 1: Fertility in Europe: diverse, delayed and below replacement*, w: T.Frejka, J.Hoem, T.Sobotka, L.Toulemon, *Childbearing Trends and Policies in Europe, An Overview*, "Demographic Research", Volume 19: Articles 1–10, Max Planck Demographic Institute, 15–46.
- Gauthier A., 2005, *Trends in policies for family-friendly societies*, w: M. Macura, A.L. MacDonald, W. Haug, (eds.) *The New Demographic Regime. Population Challenges and Policy Responses*, United Nations, New York and Geneva, 95–110;
- Hantrais L. (2006), *Living as a family in Europe*, w: L. Hintrais, D. Philipov, F. C. Billari, *Policy Implications of Changing Family Formation*, "Population Studies", No. 49, Council of Europe Publishing, 117–181.
- Jaumotte F., 2003, *Female labour force participation: past trends and main determinants in OECD countries*, "Economics Department Working Paper", No 376, OECD, Paris.
- Katus K., Pöldma A., Puur A., 2008, *Work-family orientation and female labour market participation*, w: Ch. Höhn, D. Avramov., I.Kotowska (eds.), *People, Population Change and Policies: Lessons from*

- the Population Policy*, "Acceptance Study", Vol. 1, European Studies of Population, Springer, 319–343.
- Kotowska I.E., 2004, *Zmiany demograficzne a przyszły rynek pracy*, [w:] S. Borkowska (red.). *Przyszłość rynku pracy w XXI wieku*, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, 115–138.
- Kotowska I.E., 2005, *Europa wobec przeobrażeń rodziny. Czy potrzebna jest europejska strategia prorodzinna?* w: M.J. Radło (red.), *Polska wobec redefinicji Strategii Lizbońskiej, Zielona Księga Polskiego Forum Strategii Lizbońskiej*, Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową, Warszawa-Gdańsk, 2005, 223–241.
- Kotowska I.E., 2009, *Zmiany modelu rodziny a zmiany aktywności zawodowej kobiet w Europie*, w: I.E. Kotowska (red.), *Strukturalne i kulturowe uwarunkowania aktywności zawodowej kobiet w Polsce*, Wydawnictwo SCHOLAR, Warszawa, 15–56.
- Kotowska I.E., Matysiak A., Muszyńska M., Abramowska A., 2006, *Work and parenthood*, „DIALOG Paper Series”, No. 6, Wiesbaden.
- Kotowska I. E., Sztanderska U., 2007, *Zmiany demograficzne a zmiany na rynku pracy w Polsce*, w: I.E. Kotowska, U. Sztanderska, and I. Wóycicka (red.), *Aktywność zawodowa i edukacyjna a obowiązki rodzinne w świetle badań empirycznych*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa, 13–46.
- Kotowska I.E., Matysiak A., 2008, *Reconciliation of work and family under different institutional settings*, [w:] Höhn Ch., Avramov D., Kotowska I., (eds.), *People, Population Change and Policies: Lessons from the Population Policy*, "Acceptance Study", Vol.1, European Studies of Population, Springer, 299–318.
- Kotowska I.E., Stachura J., Strzelecki P., 2008, *Equality of retirement benefits received by men and women in selected European countries. Childbearing and future benefits*, "ENEPRI Research Report" No. 56, AIM WP6, Task 6.4.1, June 2008, http://shop.ceps.eu/BookDetail.php?item_id=1664).
- Kuijsten A., 1996, *Changing family patterns in Europe*, "European Journal of Population", No. 12, 115–143.
- Leira A. 2002, *Working Parents and the Welfare State. Family Change and Policy Reform in Scandinavia*, Cambridge University Press.
- Liefbroer A. C., M. Corijn, 1999, *Who, what, where, and when? Specifying the impact of educational attainment and labour force participation on family formation*. "European Journal of Population", No. 15, 45–75.
- Matysiak A., 2005, *Sharing professional and household duties within the Polish couples – preferences and actual choices*, "Studia Demograficzne", nr 1/147, 122–153.
- Matysiak A., 2008, *On the interdependencies between fertility and female labour supply*, PhD thesis, Institute of Statistics and Demography, Warsaw School of Economics.
- Matysiak A., 2009a, *Zatrudnienie kobiet w Polsce a posiadanie dzieci: bariera czy warunek?*, w: I.E. Kotowska (red.), *Strukturalne i kulturowe uwarunkowania aktywności zawodowej kobiet w Polsce*, Wydawnictwo SCHOLAR, Warszawa, 197–232.
- Matysiak A., 2009b, *Is Poland really 'immune' to the spread of cohabitation?*, "MPIDR Working Paper", WP 2009–012. <http://www.demogr.mpg.de/en/publications/working.htm>
- McDonald P., 2002, *Sustaining fertility through public policy: the range of options*, *Population* (English version) 57(3): 417–446;
- Mills M., Blossfeld H.-P. and Bernardi F., 2006. *Globalization, uncertainty and men's employment careers: a theoretical framework*, w: H.-P.Blossfeld, M. Mills and F. Bernardi (eds.), *Globalization, Uncer-*

- tainty and Men's Careers: An International Comparison*. Cheltenham, UK/Northampton, USA: Edward Elgar, 337.
- Mills M., 2008, *Gender Equality, the Labour Market and Fertility: A European comparison, Paper presented at the CEIES seminar on 'New family relationships and living arrangements – demands for change in social statistics'*, Warsaw January 2008
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/pls/portal/docs/PAGE/PGP_DS_CONFERENCES/PGE_CONFERENCE_S/PGE_35CEIES/TAB72152948/
- Muszyńska M., 2004, Family models in Europe in the context of women's status, "Working Papers on Population, Family and Welfare", No 6, Budapest: Hungarian Central Statistical Office.
- Muszyńska M., 2007, *Structural and cultural determinants of fertility in Europe*, Warsaw: Warsaw School of Economics Publisher.
- Neyer G. (2006), *Family policies and fertility in Europe: fertility policies at the intersection of gender policies, employment policies and care policies*, "MPiDR Working Paper", WP 2006–010, April 2006.
- OECD, 2001, *Balancing work and family life: helping parents into paid employment, Employment Outlook*, Chapter 4, 129–166.
- Saraceno Ch. (2007), *Family policies in Europe: A comparative perspective*, Special Issue of the Polish Monthly Journal on Social Policy: Family Policy in Poland, 2–10.
- Sobotka T., Toulemon L., 2008, *Overview Chapter 4: Changing family and partnership behaviour: Common trends and persistent diversity across Europe*, w: T.Frejka, J.Hoem, T.Sobotka, L.Toulemon, *Childbearing Trends and Policies in Europe. An Overview*, "Demographic Research", Vol. 19: Articles 1–10, Max Planck Demographic Institute, 85–138.
- Stefańska A., 2008, „Zatrudnienie kobiet w Europie a ekonomiczne modele rodziny”, praca magisterska, Instytut Statystyki i Demografii, Szkoła Główna Handlowa.
- Sztanderska U., 2005, *Aktywność zawodowa kobiet w Polsce. Jakie szanse? Jakie rezultaty?* w: I. Wóycicka (red.), *Szanse na wzrost dzietności – jaka polityka rodzinna?*, Polskie Forum Strategii Lizbońskiej, Niebieskie Księgi 2005, Gdańsk.
- Sztanderska U., Grotkowska G., 2007, *Zatrudnienie i bezrobocie kobiet i mężczyzn*, w: I.E. Kotowska, U. Sztanderska, I. Wóycicka (red.), *Aktywność zawodowa i edukacyjna a obowiązki rodzinne w Polsce w świetle badań empirycznych*, Wydawnictwo SCHOLAR, Warszawa, 170–218.
- Sztanderska U., Grotkowska G., 2009, *Rynek pracy kobiet w Polsce w latach 1992–2007*, w: I.E. Kotowska (red.), *Strukturalne i kulturowe uwarunkowania aktywności zawodowej kobiet w Polsce*, Wydawnictwo SCHOLAR, Warszawa, 57–98.
- Vignon J., 2005, *Responses to the new demographics in Europe – present and future strategies for the European Union*, w: M.Macura, A.L.MacDonald and W.Haug (eds.), *The New Demographic Regime. Population Challenges and Policy Responses*, United Nations, New York and Geneva, 45–56.
- Willekens F.J., 1991, *Understanding the interdependence between parallel careers*, w: J.J. Siegers, J. de Jong–Gierveld i E. van Imhoff (eds.), *Female labour market behaviour and fertility: A rational-choice approach*, Berlin, Springer, 11–31.
- Willekens F., 1999, *The life course: models and analysis*, w: L.J.G. Van Wissen, P.A. Dykstra (eds.), *Population Issues: An Interdisciplinary Focus*, Dordrecht, Kluwer, 23–51.

MIGRACJE ZAGRANICZNE POLAKÓW W XX I XXI WIEKU

Migracje zagraniczne odegrały istotną rolę w rozwoju demograficznym Polski w XIX i XX wieku. Polska w swojej historii była krajem o wysokiej emigracji ludności. Demografowie obliczają, że obecnie na świecie zamieszkuje ponad 12 milionów Polaków lub osób pochodzenia polskiego¹.

Tradycje emigracji stałej i zarobkowej sięgają XIX wieku. W okresie II Rzeczypospolitej (1919–1939) wychodźstwo objęło ponad 2057,3 tys. obywateli polskich, w tym do krajów europejskich 1260,5 tys.² Lata II wojny światowej (1939–1945) to okres przymusowych migracji: deportacji, wywózek, przymusowej pracy Polaków w Niemczech³ oraz przymusowych przesiedleń wewnętrznych. W sumie objęły one aż 5423,5 tys. osób.

Migracje pierwszych lat powojennych (1945–1950) były związane z masową „repatriacją” ludności polskiej z dawnych kresów II Rzeczypospolitej oraz z powrotem do kraju i objęły 2137,0 tys. osób. Istotną rolę w rozwoju demograficznym Polski, jej odbudowie biologicznej i zasiedlaniu Ziemi Zachodnich i Północnych odegrali repatrianci. Kolejną fazą emigracji były lata po II wojnie światowej. Ponad 2 mln obywateli polskich opuściło na stałe kraj.

Wpływ migracji zagranicznych na bilans ludności kraju był wysoce niekorzystny i nie sprzyjał rozwojowi społeczno-gospodarczemu. Lata transformacji ustrojowej (1989–2009) to głównie okres masowych czasowych migracji zarobkowych. Ostatnie (2009 r.) szacunki wskazują, że liczba sezonowych wyjazdów zarobkowych przekroczyła już 2,3 mln osób.

Pierwsze lata powojenne (1945–1950) oraz okres transformacji ustrojowej (1989–2009) są przedmiotem wzmoczonych zainteresowań demografów, socjologów i polityków społecznych problematyką migracji zagranicznych. Liczba autorów, którzy wzbogacili naszą wiedzę o migracjach zagranicznych jest bardzo bogata, a prowadzone badania wielostronne i wnikliwe⁴. Analizują one wiele aspektów migracji, jak: bilans korzyści i strat migracyjnych, czynniki wypychające do kraju i przyciągające do kraju imigracji, społeczne i ekonomiczne skutki emigracji, wpływ migracji na sytuację demograficzną, rynek pracy, zatrudnienie, skłonność do migracji i powrotów. **W świetle przeprowadzonych badań można uzasadnić tezę, że Polska była i jest krajem ludzi migrujących i skłonnych do emigracji zarobkowych.**

Straty społeczne były jednak wyższe od korzyści. Losy Polaków były ściśle związane z emigracją polityczną, narodowościową, ekonomiczną, dobrowolną lub przymusową, stałą lub czasową. Były one jednak tragiczne w skali kraju, rodzin i jednostek.

Z punktu widzenia istotnego wpływu emigracji zagranicznych (stałych, przymusowych, czasowych i zawieszonych) na sytuację demograficzną kraju można w XX i XXI wieku wyodrębnić 5 faz masowych migracji:

Faza I. Lata II Rzeczypospolitej (1918–1939), w których przeważała stała emigracja, głównie zarobkowa. Objęła ona 2050,0 tys. emigrantów⁵.

Faza II. Lata II wojny światowej (1939–1945) to okres przymusowych migracji, deportacji, wysiedleń, pracy przymusowej w Niemczech. Objęły one 5423,5 tys. osób.

a) Liczba osób deportowanych na roboty przymusowe z Polski do Niemiec (w granicach z 1938 r.)⁶ – 2841,5 tys.

b) Liczba osób deportowanych, aresztowanych i przemieszczonych w głąb ZSRR⁷ – 1782,0 tys.

c) Liczba osób objętych przymusowymi przesiedleniami wewnętrznymi – 800,0 tys.

¹ C. Żołędowski, *Polacy za granicą. Mniejszości narodowe w Polsce* (w:) *Spółczesność polskie w latach 1989–1995/1996. Zagadnienia polityki społecznej*, pod red. A. Rajkiewicza. Fundacja F. Eberta, Warszawa 1997, s. 27

² *Mały Rocznik Statystyczny Polski (wrzesień 1939–czerwiec 1941)*, wydany przez Ministerstwo Informacji Polskiej, Londyn, s. 26. Według danych tego rocznika, w latach 1895–1938 przyrost naturalny ludności wynosił 16 666 tys. osób, przyrost rzeczywisty 10 830 tys., ujemne saldo migracji wynosiło aż 5836 tys. osób. W latach II Rzeczypospolitej (w okresie 1924–1938) saldo migracji było ujemne i wynosiło 622 tys. osób.

³ E. Marek, *Praca Polaków w Niemczech. Półtora wieku emigracji zarobkowej*, IPISS, Warszawa 2008; *Deportacje i przemieszczenia ludności polskiej w głąb ZSRR 1939–1945*, PWN, Warszawa 1989.

⁴ Wyczerpujące omówienie powojennych migracji zagranicznych ludności polskiej w literaturze przedmiotu dokonała Barbara Sakson (Instytut Statystyki i Demografii S.G.H.) Zob. „Studia Demograficzne” 1997, nr 3 (129), s. 53–70.

⁵ Obliczenia własne na podstawie roczników statystycznych sprzed 1939 roku.

⁶ E. Marek, *Praca Polaków w Niemczech*, ed. cit., s. 180.

⁷ *Deportacje i przemieszczenia ludności polskiej w głąb ZSRR 1939–1945. Przegląd piśmiennictwa*. Wybór i opracowanie: Grażyna Dóktór, Kazimierz Podhorski, Teresa Stelis, pod redakcją T. Walichnowskiego, PWN, Warszawa 1989, s. 190. Ogółem straty ludności polskiej we wschodnich dzielnicach według T. Skaluba wynoszą 1782,0 tys. osób – tamże, s. 165. Według W. Babińskiego wywieziono do ZSRR 1600,0 tys. osób z Polski. W Babiński, *Przyczynki historyczne do okresu 1939–1945*, Londyn 1967, s. 712.

Faza III. Repatrianci z dawnych kresów II Rzeczypospolitej w latach 1945–1960⁸ – 2137,0 tys. osób.

Faza IV. Emigracja stała z Polski z lat 1951–2007⁹ – 1 482,2 tys. osób.

Faza V. Sezonowe wyjazdy zarobkowe¹⁰ w poszczególnych latach:

1995 – 871,7 tys. osób;

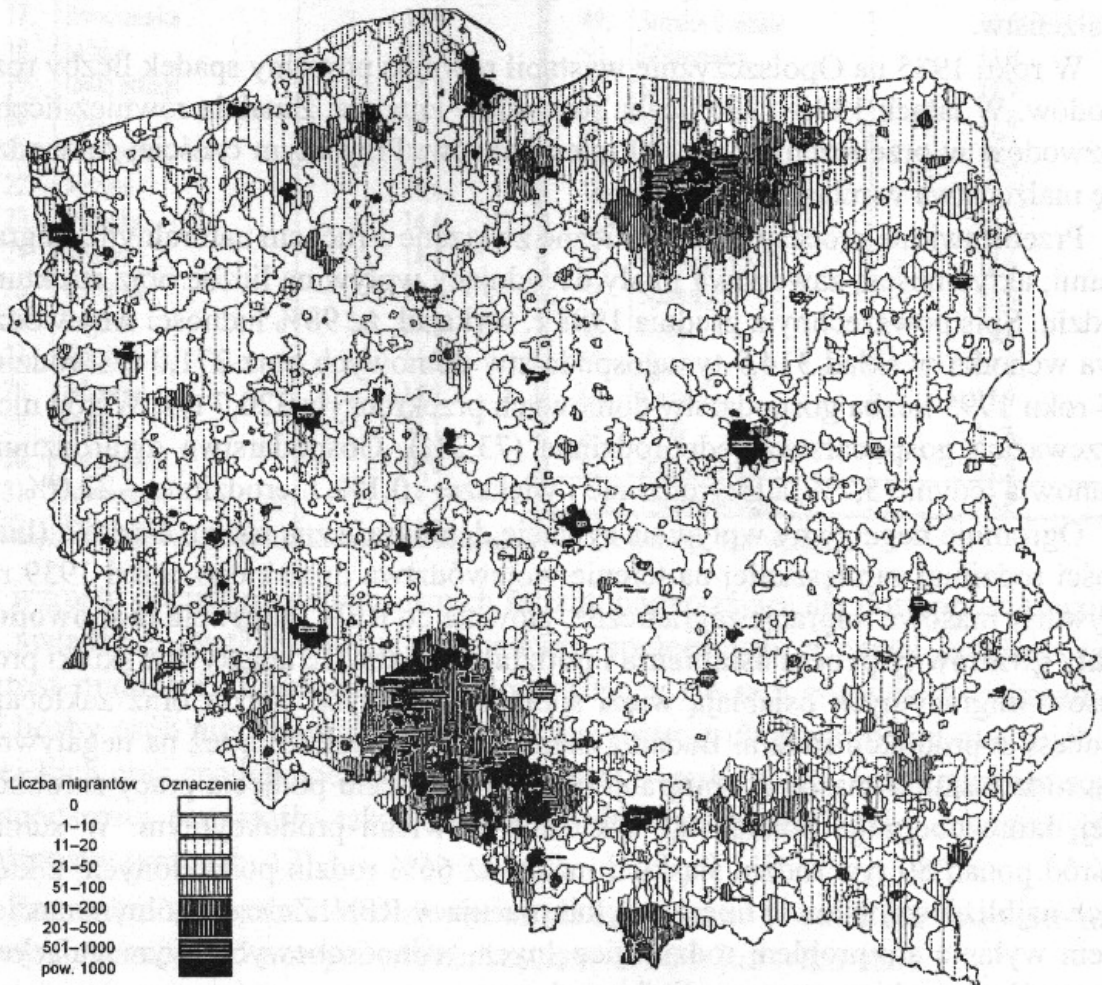
2002 – 781,1 tys. osób;

2004 – 100,0 tys. osób;

2005 – 1450,0 tys. osób;

2006 – 1950,0 tys. osób.

Mapa 1. Migracje zewnętrzne w latach 1979–1987. Obszary odpływu



Źródło: GUS.

⁸ M. Latuch, *Repatriacja ludności polskiej w latach 1955-1960 na tle zewnętrznych ruchów wędrowniczych*, Polskie Towarzystwo Demograficzne, Warszawa 1996. L. Kosiński. Pochodzenie regionalne.

⁹ Obliczenia własne na podstawie materiałów GUS, w tym w latach 1995–2007 – 302,9 tys. osób. Por. *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2006–2007*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2007, s. 131.

¹⁰ *Sytuacja demograficzna Polski, Raport 2006–2007*, ed. cit., s. 15 i 19.

Rozbieżności w statystyce ludności polskiej deportowanej do ZSRR w latach 1939–1941 kształtują się w granicach od 1050,0 tys. osób do 2000,0 tys. w zależności od źródeł historycznych i przyjętych metod badawczych.

Przedstawiony obraz migracji lat wojennych i pierwszych lat powojennych nie jest oczywiście pełny. Wiarygodność źródeł statystycznych budzi dużo zastrzeżeń. Zaniedbania badawcze w zakresie strat biologicznych społeczeństwa polskiego, w tym przymusowych migracji, wysiedleń i deportacji są trudne do odtworzenia. Wskazują one jednak na tragiczne losy społeczeństwa polskiego okresu wojny i lat powojennych. W sumie masowe migracje odegrały poważny wpływ na kształtowanie się zmian w strukturze demograficznej i społeczno-zawodowej ludności Polski. Konsekwencje tych migracji dla procesów demograficznych odczuwamy do dnia dzisiejszego.

Jak podaje E. Rosset, w latach 1944–1950 repatriowało się do Polski 3789,0 tys. osób, a wyjechało z Polski 2798,0 tys. ludności niepolskiego pochodzenia. Trudno jest do dnia dzisiejszego ustalić dokładne dane statystyczne o rozmiarach i strukturze tych migracji zawodowych z pierwszych lat powojennych. Według stanu na 31 XII 1948 r. na Ziemiach Odzyskanych zamieszkiwało 5631,0 tys. osób, w tym 1331,9 tys. mieszkańców dawnych kresów Rzeczypospolitej. Natomiast spis powszechny z 1950 roku podaje, że na terenie Polski mieszkało 2341,9 tys. osób, które w 1939 r. zamieszkiwało poza obecnymi terenami kraju, co stanowiło 9,4% mieszkańców. Lata 1944–1950 należy zaliczyć do migracji przymusowych o charakterze wymuszonym, głównie zmianami granic państwowych. W latach 1951–2007 emigracja objęła 1482,8 tys. osób, co stanowiło około 9% przyrostu naturalnego w badanym okresie. Przyczyny tej emigracji miały różnorodne podłoże: od politycznych, narodowościowych, rodzinnych do ekonomicznych. Przebiegały one z różnym nasileniem, w różnych fazach czasowych.

W okresie transformacji ustrojowej (1989–2009) masowo wzrastały sezonowe wyjazdy zarobkowe o charakterze czasowym do krajów Unii Europejskiej. Z Narodowego Spisu Powszechnego z 2002 r. wynika, że emigranci czasowi przebywający za granicą kraju powyżej 2 miesięcy stanowili 781,1 tys. osób, w tym 488,1 tys. z miast. Dane dla roku 2009 informują już o ponad 2 300,0 tys. emigrantów krótkoterminowych (emigracja zawieszona).

Tabela 1. Migracje zagraniczne na pobyt stały w latach 1951–2007

Lata	Imigracja	Emigracja	Saldo
1951–1960	277,7	377,4	-99,7
1961–1970	24,3	223,8	-199,5
1971–1980	16,2	225,7	-209,5
1981–1990	17,3	266,7	-249,4
1991–1999	72,7	224,8	-152,1
2001–2007	52,7	164,4	-111,7
Razem 1951–2007	460,9	1 482,8	-1 021,9

Źródło: Obliczenia własne na podstawie materiałów GUS.

W badanym 50-leciu (1951–2007) możemy wymienić dwie wyraźne fazy migracji, opierając się na rozmiarach emigracji zagranicznej w stosunku do przyrostu naturalnego:

- Lata 1951–1990 to faza **ograniczonej** emigracji i stanowi ona około 8% przyrostu naturalnego.
- Lata 1991–2007 należy zaliczyć do fazy **wzmoczonych** migracji w stosunku do rozmiarów przyrostu naturalnego. Objęła ona bowiem ponad 30% przyrostu naturalnego. Migracje stałe i sezonowe (zarobkowe) stały się trwałym zjawiskiem w procesach demograficznych kraju i jego regionów.

Wpływ migracji zagranicznych na sytuację demograficzną możemy rozważać z punktu widzenia zatrudnienia, ruchu naturalnego, deformacji demograficznych, rozmiarów i kierunków migracji, sytuacji na krajowym, regionalnym czy lokalnych rynkach pracy, struktury zatrudnienia, drenażu mózgow, charakteru pracy, transferu kapitału, bilansu zasobów pracy, bilansu kadr kwalifikowanych, selektywności migracji (migracje legalne i nielegalne, stałe i czasowe). Wpływ ten możemy analizować z punktu widzenia emigracji z kraju i imigracji do kraju oraz czynników wypychających i przyciągających, a także ich wzajemnych związków. Układ przestrzenny kraju ma tu istotne znaczenie. To co dla jednego regionu (miasta, powiatu) może być dobre (zrównoważone), dla drugiego jest niekorzystne, powodujące napięcia i dysproporcje w sytuacji demograficznej lub rynku pracy. Podobnie w skali jednostki, rodziny, społeczności lokalnej lub regionu emigracja może powodować pozytywne lub negatywne skutki.

Zróznicowanie regionalne emigracji wskazuje, że mamy obecnie w Polsce cztery regiony wzmózonej emigracji ludności na stałe. Są to województwa: śląskie, opolskie, dolnośląskie i pomorskie. Z wymienionych województw pochodziło w 2006 r. aż 50,9% emigrantów¹¹.

Podstawowym pytaniem badawczym z myślą o XXI wieku jest problem, czy młode pokolenie Polaków będzie musiało emigrować za pracą.

Analiza rozwoju demograficznego Polski do 2035 roku (tab. 2) wskazuje na poważny spadek ludności w wieku produkcyjnym (18–59K/64M). W wiek zdolności do pracy wejdą mniej liczne, bardzo dobrze wykształcone i przygotowane do pracy roczniki młodzieży. **Wyraźny spadek zasobów pracy do 2035 r. może być czynnikiem ograniczającym emigrację zarobkową z punktu widzenia lepszych szans uzyskania pracy na krajowym rynku pracy. Nastąpi też proces wyczerpywania się istniejących rezerw zasobów pracy skłonnych do emigracji.**

Tabela 2. Prognoza ludności Polski w wieku produkcyjnym (15–64) w latach 2010–2035 (w tys. osób)

Lata	Zasoby pracy	Spadek zasobów pracy
2010	27 213	X
2015	26 312	–901
2020	24 997	–1 315
2025	23 988	–1 009
2030	23 561	–427
2035	23 120	–441
2010–2035	–4 093	–4 093

Źródło: *Prognoza ludności na lata 2008–2035*, GUS, Warszawa 2009, s. 204.

Procesy demograficzne w Unii Europejskiej wskazują na poważny spadek zasobów pracy w starych krajach Unii Europejskiej: o 1661,0 tys. osób w latach 2000–2010. Współczesne badania nad emigracją czasową wskazują na zmianę jej kierunków geograficznych związanych z nowymi rynkami pracy. W 2006 r. krajami emigracji zarobkowej były głównie: Wielka Brytania (69,0 tys.), Niemcy (41,0 tys.), USA (28,0 tys.), Łochy (23,0 tys.)¹².

Analizując i oceniając rozmiary, strukturę i kierunki emigracji stałej i czasowej (zawieszonej) na podstawie urzędowych danych statystycznych, należy stwierdzić, że są one nie zawsze w pełni wiarygodne i porównywalne ze względu na różne metody i opracowania. Wskazują jednak na określone tendencje w procesach migracyjnych w dłuższym okresie. W sumie skala emigracji stałej i sezonowej wykazuje w ostatnich latach tendencję wzrostową i powoduje różnorodne konsekwencje demograficzne i społeczno-gospodarcze; migracje zagraniczne mogą zaostrzać lub łagodzić sytuację społeczno-gospodarczą kraju i jego regionów migracyjnych oraz regionalnych i lokalnych rynków pracy

Na podstawie przeglądu literatury przedmiotu można stwierdzić, że wpływ emigracji zagranicznej (stałej i sezonowej) na sytuację społeczno-demograficzną kraju i jego regionów był analizowany w następujących kwestiach:

1. Ubytek demograficzny oraz zaburzenia w ruchu naturalnym.
2. Słabnący kapitał ludzki i społeczny, a szczególnie odpływ kadr kwalifikowanych.
3. Wpływ emigracji na krajowe, regionalne i lokalne rynki pracy oraz bezrobocie.
4. Wpływ emigracji na osłabienie więzi społecznych, w tym rodzinnych, sąsiedzkich, parafialnych, lokalnych i regionalnych.
5. Transfer kapitału, jego wykorzystanie oraz inicjatywy gospodarcze powracających emigrantów.
6. Wpływ emigracji na wyludnianie się licznych obszarów miast, osiedli i gmin.
7. Powiązania rodzinne i małżeństwa binacjonalne.
8. Przekształcenia migracji czasowych w stałe i reemigracji do dawnego miejsca zamieszkania.
9. Motywy emigracji, skutki i przyczyny, w tym sieroctwo migracyjne, modernizacja społeczna i gospodarcza.

¹¹ *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2006–2007*, ed. cit., s. 137.

¹² *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2006–2007*, ed. cit., s. 137. Według szacunków F. Jaroszewskiej i A. Rajkiewicza w okresie od 1990 r. do 2002 r. poza granicami Polski zawarto 70–80 tys. związków binacjonalnych (zob. *Sytuacja demograficzna Polski, Raport 2006–2007*, ed. cit., s. 53).

Analiza bogatego piśmiennictwa i badań demograficznych nad emigracją pozwala na sformułowanie wielu tez, ustaleń i wniosków ważnych dla aktualnej polityki migracyjnej kraju:

1. Potrzebne jest wypracowanie jasnej doktryny polityki migracyjnej, z uwzględnieniem zrównoważonego rozwoju całej wspólnoty europejskiej.
2. Uznanie swobodnego przepływu zasobów pracy jako akceptacja zasady państwa demokratycznego i społecznej karty UE oraz sprzyjanie repatriacji Polaków z dawnych obszarów ZSRR.
3. Umacnianie więzi społecznych emigrantów z krajem i ochrona prawna emigrantów sezonowych.
4. Wzrost skłonności do emigracji i trwałości zjawiska emigracji zarobkowej wskazuje na potrzebę prowadzenia aktywnej polityki zatrudnienia, pośrednictwa pracy i poradnictwa zawodowego dla emigrantów.
5. Słabnący potencjał migracyjny w kraju do 2035 roku.
6. Migracje zagraniczne (stałe i czasowe) powinny być uznane w strategii rozwoju kraju za ważny element kształtujący jego rozwój.

Literatura:

1. Domaradzka E. (1996), *Polacy pracujący za granicą* (w:) A. Rajkiewicz (red.), „Regionalne zróżnicowanie zewnętrznych procesów migracyjnych: Dynamika, struktura oraz układ kosztów i korzyści”, maszynopis, IPiSS, Warszawa.
2. Dyczewski L. (1993), *Polacy w Bawarii*, Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin.
3. Głębicka K. (1999), *Przegląd literatury dotyczącej zewnętrznej ruchliwości Polaków*, „Biuletyn IGS”, nr 3–4, Warszawa.
4. Głębicka K. (1999), *Zatrudnienie obywateli polskich za granicą i cudzoziemców w Polsce*, Difin, Warszawa.
5. Golinowska S., Marek E., Rajkiewicz A. (1998), *Procesy migracyjne w Polsce w latach 1990–1995. Synteza wyników badań*, (w:) S. Golinowska (red.), *Rozwój ekonomiczny regionów. Rynek pracy. Procesy migracyjne. Polska, Czechy, Niemcy*, „Raport IPiSS”, nr 16, Warszawa.
6. Golinowska S. (2000), *Potencjał migracyjny z Polski. Fakty i mity*, „Polityka Społeczna”, nr 5–6.
7. Golinowska S. (2001), *Teoria migracji a debata o swobodzie przepływu pracowników w rozszerzonej Unii Europejskiej*, „Problemy Polityki Społecznej – Studia i Dyskusje”, nr 3, Warszawa.
8. Golinowska S., red. (2004), *Popyt na pracę cudzoziemców. Polska i sąsiedzi*, IPiSS, Warszawa.
9. GUS (2003), *Raport z Wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2002*, Warszawa.
10. GUS (2007), *Informacja o rozmiarach i kierunkach emigracji z Polski w latach 2000–2006, Wyniki badań*, Warszawa.
11. Heffner K., Solga B. (1999), *Praca w RFN i migracje polsko-niemieckie a rozwój regionalny Śląska Opolskiego*, Instytut Śląski, Opole.
12. Holzer J., Józefowicz A. (1960), *Dynamika zaludnienia ziem polskich 1878–1958*, „Biuletyn IGS”, nr 4, Warszawa.
13. Hryniewicz J., Jałowiecki B., Mync A. (1992), *Drenaż mózgów z nauki i szkolnictwa wyższego w Polsce*, Europejski Instytut Rozwoju Regionalnego i Lokalnego Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
14. Iglicka-Okólska K. (1997), *Społeczne, polityczne i ekonomiczne uwarunkowania emigracji z Polski w latach 1945–1990*, (w:) J.E. Zamojski, red., *Migracje i społeczeństwo*, t. 2, Warszawa.
15. Iglicka-Okólska K. (1998), *Analiza zachowań migracyjnych na podstawie wyników badania etnograficznego migracji zagranicznych w wybranych regionach Polski w latach 1975–1994*, „Monografie i Opracowania SGH”, nr 438, Warszawa.
16. Janowska H. (1981), *Emigracja zarobkowa z Polski 1918–1939*, PWN, Warszawa.
17. Jaźwińska E., Okólski M. (2001), *Ludzie na huśtawce. Migracje między peryferiami Polski i Zachodu*, SCHOLAR, Warszawa.
18. Jaźwińska E., Łukowski W., Okólski M. (1997), *Przyczyny i konsekwencje emigracji z Polski*, „Prace Migracyjne”, nr 7, ISS, Warszawa.

19. Jończy R. (2000), *Migracje zarobkowe z województwa opolskiego do Niemiec*, (w:) A. Rajkiewicz, red., *Zewnętrzne migracje zarobkowe we współczesnej Polsce – wybrane zagadnienia*, WSH-E, Wrocław, IPISS, Warszawa.
20. Kołodziej E. (1982), *Wychodźstwo zarobkowe z Polski 1918–1939. Studia nad polityką emigracyjną II Rzeczypospolitej*, Książka i Wiedza, Warszawa.
21. Korczyńska J. (1996), *Sezonowe wyjazdy zarobkowe do Niemiec*, „Polityka Społeczna”, nr 11–12.
22. Latuch M. (1994), *Repatriacja ludności polskiej w latach 1955–1960 na tle zewnętrznych ruchów wędrowniczych*, Polskie Towarzystwo Demograficzne, Warszawa.
23. Latuch M. (1996), *Współczesna emigracja Polaków. Aspekty demograficzne i społeczno-ekonomiczne zewnętrznego procesu migracyjnego ludności Polski lat osiemdziesiątych XX wieku*, SGH, Warszawa.
24. Marek E. (1992), *Zatrudnienie pracowników polskich w Niemczech*, „Polityka Społeczna”, nr 3.
25. Marek E. (1995), *Migracje zagraniczne i uchodźstwo we współczesnym świecie*, „Polityka Społeczna”, nr 3.
26. Marek E. (1996), *Migracje zagraniczne po roku 1989*, (w:) *Regionalne zróżnicowanie zewnętrznych procesów migracyjnych: dynamika, struktura oraz układ kosztów i korzyści*, A. Rajkiewicz, kier. Projektu, IPISS, z. 2, Warszawa.
27. *Migracje zagraniczne ludności – Narodowy Spis Powszechny 2002*, (2003), GUS, Warszawa.
28. Nowak L., red., (1998), *Migracje zagraniczne ludności w Polsce w latach 1988–1997*, GUS, Warszawa.
29. Okólski M. (1994a), *Migracje zagraniczne w Polsce w latach 1980–1989. Zarys problematyki badawczej*, „Studia Demograficzne”, nr 3.
30. Rajkiewicz A. (2000), *Bilateralne uzgodnienia międzynarodowe a skala i struktura migracji zarobkowych*, „Polityka Społeczna”, nr 5–6.
31. Rajkiewicz A. (2003), *Polityka społeczna wobec współczesnych procesów ludnościowych*, (w:) Z. Strzelecki, red., *Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Polska a Europa*, I Kongres Demograficzny w Polsce, Warszawa 25–26 XI 2000 r.
32. Rajkiewicz A. (2004), *Cudzoziemcy robotnicy w krajach Unii Europejskiej ze szczególnym uwzględnieniem Niemiec*, (w:) S. Golinowska, red., *Popyt na pracę cudzoziemców. Polska i sąsiedzi*, IPISS, Warszawa.
33. Rajkiewicz A. (red.) (2000), *Zewnętrzne migracje zarobkowe we współczesnej Polsce*, WSH-E we Wrocławiu, Wrocław.
34. Rajkiewicz A., red. (1997), *Regionalne zróżnicowanie zewnętrznych procesów migracyjnych. Dynamika, struktura, układ kosztów i korzyści*, IPISS, Warszawa.
35. Rauziński R. (2000), *Współczesne wyjazdy zarobkowe z województwa opolskiego do Republiki Federalnej Niemiec*, (w:) A. Rajkiewicz, red., *Zewnętrzne migracje zarobkowe we współczesnej Polsce*, WSH-E, Wrocław, IPISS, Warszawa.
36. Rusiński W. (1949), *Położenie robotników polskich w czasie wojny 1939–1945 na terenie Rzeszy i „obszarów wcielonych”*, Instytut Zachodni, Poznań.
37. Slany K. (1994), *Ruchy migracyjne w krajach Europy Środkowo-Wschodniej od początku lat 1950 do drugiej połowy lat 80-tych*, „Studia Demograficzne”, nr 1–2.
38. Slany K. (1991), *Emigracja z Polski w latach osiemdziesiątych do głównych krajów emigracji zamorskiej i kontynentalnej: aspekty demograficzno-społeczne*, „Przegląd Polonijny”, nr 4 (62).
39. Witkowski J. (2003), *Rozwój ludności a rynek pracy*, (w:) Z. Strzelecki, red., *Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Polska a Europa*, I Kongres Demograficzny w Polsce, Warszawa 25–26 XI 2000 r.
40. Wolf-Powęska A., Schultz E. (1999), *Polacy w Niemczech*, „Przegląd Zachodni”, nr 2.
41. Zamojski J. E. (red.) (1998), *Migracje i społeczeństwo*, t. 2, „Zbiór Studiów”, PAN, Warszawa.
42. Żołędowski C. (1991), *Problemy diaspory polskiej*, „Polityka Społeczna”, nr 11–12, Warszawa.

BADANIA I EDUKACJA W ZAKRESIE DEMOGRAFII W DZIAŁALNOŚCI RZĄDOWEJ RADY LUDNOŚCIOWEJ

1.

Wśród zadań zdefiniowanych dla RRL znajdują się dwa, które wyraźnie wskazują, iż Rada powinna uczestniczyć aktywnie w obszarze badań naukowych w zakresie:

- „inicjowanie badań naukowych, w tym formułowanie tematyki i opiniowanie założeń metodycznych w dziedzinie demografii i polityki ludnościowej”;
- „współpraca z Komitetem Nauk Demograficznych PAN, Polskim Towarzystwem Demograficznym, Głównym Urzędem Statystycznym, uczelniami wyższymi i stowarzyszeniami naukowymi w celu rozwijania badań i upowszechniania wiedzy demograficznej”.

Rada wypełnia te zadania w różnorodnych działaniach na większą i mniejszą skalę – w zależności od potrzeb i okoliczności. Najbardziej spektakularne przedsięwzięcia z tego zakresu z udziałem RRL to Europejska Konferencja Ludnościowa (European Population Conference będąca generalną Konferencją European Association for Population Students) zorganizowana w 2003 r. w Warszawie przez ISiD SGH we współpracy z KND PAN, PTD, GUS i RRL oraz I Kongres Demograficzny, w ramach którego pod auspicjami RRL odbyła się w całej Polsce seria seminariów naukowych poświęconych zagadnieniom demograficznego rozwoju kraju i wynikającym z badań rekomendacjom dla polityki ludnościowej i społecznej.

Ważną inicjatywą RRL było przystąpienie do *Generation and Gender Programme* (GGP), międzynarodowego programu badań uwarunkowań, zachowań i biografii demograficznych (na podstawie badań panelowych), chociaż z powodów finansowych stosowne badania ankietowe nie zostały dotychczas przeprowadzone.

GGP jest jednym z przykładów wskazujących, w jakim kierunku zmierzają obecnie badania demograficzne. Po pierwsze, w projekcie tym zakłada się, że badanie zmian demograficznych zarówno na poziomie makro, jak i zachowań demograficznych na poziomie jednostek przeprowadza się z uwzględnieniem kontekstu społeczno-ekonomicznego, w którym te zmiany następują. Po drugie, zmiany demograficzne analizowane są w interdyscyplinarnym ujęciu. I wreszcie, po trzecie, badanie umożliwia biograficzne podejście uwzględniające nie tylko pojedyncze zdarzenia, ale i przebieg życia jednostek, w którym występują interakcje pomiędzy różnymi, równoległe realizowanymi, wzajemnie się warunkującymi karierami: edukacyjną, rodzinną, zawodową.

2.

Konieczność takiego podejścia została wyznaczona przez pewne nowe cechy procesów demograficznych, jakie wystąpiły w Europie w ostatnich dekadach. Są to przede wszystkim: *nieprzewidywalność, skrajności, skomplikowane uwarunkowania*.

Nieprzewidywalność, a raczej duża **niepewność** co do spodziewanego przebiegu procesów demograficznych wiąże się z tym, że w ostatnich dekadach wystąpiły skokowe zmiany wartości wskaźników charakteryzujących podstawowe procesy demograficzne (płodność, umieralność, migracje) oraz z tym, że dynamika tych zmian jest bardzo duża. U podstaw tej nieciągłości i nieliniowości procesów demogra-

ficznych leżą szybkie i głębokie przemiany w postawach i zachowaniach społeczeństw europejskich, głównie tych związanych z tworzeniem rodziny (wliczając w to procesy opuszczania domu rodzinnego, zawierania małżeństw lub innych związków, posiadania dzieci). Te zamiany wzorców tworzenia rodzin mają swoje źródło przede wszystkim w ekonomicznych i społecznych przemianach związanych ze wzrostem dobrobytu i rozwojem cywilizacyjnym. Proces tworzenia rodziny i decyzje o posiadaniu dzieci zostały wkomponowane w ogólniejsze życiowe strategie jednostek związane ze zdobywaniem wykształcenia, wyborami zawodowymi, budowaniem kariery, a czynniki zewnętrzne, takie jak sytuacja na rynku pracy czy możliwość pogodzenia pracy z życiem rodzinnym, mają zasadnicze znaczenie dla kształtu tych strategii. W efekcie, zachowania demograficzne stają się „indywidualizowane”, zależą bowiem od jednostkowych strategii, prowadząc do „destandaryzacji” biografii demograficznych. Oznacza to, w konsekwencji, **większy niż kiedykolwiek poziom skomplikowania relacji pomiędzy zewnętrznymi uwarunkowaniami oraz kontekstem ekonomiczno-społecznym i indywidualnymi decyzjami o charakterze demograficznym**. Identyfikacja czynników wpływających na takie decyzje staje się trudnym przedsięwzięciem i wymaga wyrafinowanych formalnych narzędzi.

Ostatnia z wymienionych cech nowej sytuacji demograficznej Europy to **skrajności**:

- nigdy dotąd nie notowano tak niskiego poziomu dzietności, który w dłuższej perspektywie prowadzi do nieodwracalnego spadku liczby ludności;
- nigdy dotąd nie notowano tak szybkiego wydłużania się (oczekiwanego) trwania życia ludzkiego i, w szczególności, przyrostu liczby w najstarszych (80t) rocznikach wieku;
- nigdy dotąd mobilność przestrzenna nie występowała na tak wielką skalę. W szczególności Europa znalazła się pod niespotykaną presją migracyjną ze strony biedniejszych regionów świata.

3.

Nowa sytuacja demograficzna Europy stawia szczególne wyzwania polityce ludnościowej i społecznej, dla sformułowania której niezbędna jest gruntowna wiedza o możliwych konsekwencjach demograficznych różnych polityk. Wiedza ta może być pozyskana wyłącznie na podstawie nowoczesnych, wieloaspektowych, interdyscyplinarnych badań, wyczerpująco i bez uprzedzeń weryfikujących dotychczasowe rozumienie uwarunkowań procesów demograficznych.

Także zrozumienie nowej sytuacji demograficznej i zmiany demograficznej w Polsce, stanowiące punkt wyjścia do sformułowania skutecznych polityk, wymaga solidnych badawczych fundamentów. W tym zakresie rola RRL jako instytucji pośredniczącej pomiędzy środowiskiem naukowym a światem „*policy makers*” jest nie do przecenienia.

W związku z rosnącą w ostatnich latach wśród polityków świadomością znaczenia przemian demograficznych dla wzrostu gospodarczego, również Komisja Europejska podjęła inicjatywę cyklicznego organizowania demograficznych forów, gromadzących przedstawicieli świata nauki i polityki w celu przedyskutowania możliwych odpowiedzi na wyzwania demograficzne na poziomie Unii Europejskiej i poszczególnych krajów członkowskich. Punktem wyjścia do dyskusji na *1. Europejskim Forum Demograficznym* w 2006 roku był tzw. *Green Paper* Komisji Europejskiej zatytułowany *Confronting Demographic Change: a New Solidarity between Generations*. W dokumencie tym postuluje się powrót do wzrostu demograficznego Europy, głównie poprzez wyznaczenie w europejskich społeczeństwach należnego miejsca dla rodziny. Inne postulaty zawarte w *Green Paper* to: zapewnienie równowagi pomiędzy generacjami, solidarność z najstarszymi członkami społeczeństwa, wykorzystanie potencjału imigrantów, lepsza integracja społeczna młodych ludzi.

W kolejnym dokumencie Komisji Europejskiej z 2008 roku, będącym punktem wyjścia dyskusji na *2. Europejskim Forum Demograficznym*, nastąpiło przesunięcie akcentów ku poszukiwaniu szans zwią-

zanych z nieuchronnymi zmianami struktur ludności w Europie. Dokument zatytułowany jest *The Demographic Future of Europe – from Challenges to Opportunities*; postuluje się w nim: konstruktywną odpowiedź Europy na wyzwania demograficzne, wspieranie odnowy demograficznej Europy, wspieranie aktywności zawodowej (więcej miejsc pracy i dłuższe, lepszej jakości życie zawodowe) – w kontekście bardziej produktywnej i konkurencyjnej gospodarki Europy.

Można powiedzieć, że są to tylko hasła, ale jednak kryje się za nimi zmiana świadomości polityków europejskich w kwestii znaczenia demografii dla rozwoju gospodarczego i społecznego, a także świadomość konieczności poszukiwania skutecznych rozwiązań i odpowiedzi na wyzwania demograficzne wspólnie ze środowiskiem naukowym.

Taką świadomość należy rozwijać również w Polsce; uważam, że RRL ma tu szczególną i ważną rolę do odegrania, między innymi służąc jako „pas transmisyjny” wyników badań dotyczących sytuacji ludnościowej Polski do praktyki i polityki, a także inicjując projekty badawcze, których wyniki mogłyby wskazać praktyczne rozwiązania dla tychże polityk.

Uważam też, że głos polskiej Rządowej Rady Ludnościowej powinien być bardziej słyszany na szczeblu europejskim, głównie na forach demograficznych Komisji Europejskiej, które są doskonałym miejscem do wymiany doświadczeń z zakresu polityki ludnościowej w różnych krajach.

4.

Współcześnie naukowe badania demograficzne służące budowaniu podstaw polityki ludnościowej powinny mieć nie tylko interdyscyplinarny (o czym wspomniałam wcześniej), ale też międzynarodowy wymiar. Pozwala to bowiem, poprzez korzystanie z doświadczeń innych, na znalezienie optymalnych (lub bliskich optymalnym) rozwiązań efektywnej polityki, które można przenieść na polski grunt.

W tym względzie rolę RRL powinien być „transfer” dyskusji toczonych w międzynarodowych graniach (Komisja Europejska, Rada Europy, ONZ, OECD itp.) na tematy dotyczące aktualnych i przyszłych palących problemów demograficznych (w skali regionalnej i globalnej) do polskiego środowiska naukowego i polskich decydentów, a także inicjowanie stosownych projektów badawczych.

5.

Działalność edukacyjna Rady powinna być skupiona głównie na upowszechnianiu wiedzy demograficznej i, ogólniej, wiedzy o problematyce ludnościowej, opartej na wynikach badań naukowych, zarówno wśród polityków, administracji rządowej i samorządowej, jak i wśród zwykłych obywateli. Taką funkcję upowszechniania wiedzy demograficznej w doskonały sposób wypełnił I Kongres Demograficzny w latach 2001–2002.

Wydaje się jednak, że istnieje wielka społeczna potrzeba wznowienia czy może intensyfikacji publicznej dyskusji na tematy ludnościowe z udziałem i z inicjatywy Rządowej Rady Ludnościowej. Moim zdaniem, tym razem taka debata musiałaby się odbyć z **aktywnym udziałem pracodawców**. Przede wszystkim od ich rozumienia i świadomości problemów demograficznych zależeć będzie prowadzenie stosownych polityk przyjaznych rodzinie, które mogą gwarantować „odnowę” demograficzną Polski. Z badań i doświadczeń innych krajów wiadomo, że możliwość godzenia pracy zawodowej i obowiązków rodzinnych (głównie przez kobiety) jest jednym z podstawowych czynników sprzyjających decyzjom o posiadaniu dzieci. Akceptacja rozwiązań umożliwiających godzenie różnych ról życiowych, w tym rodzicielskich, przez kobiety i mężczyzn oraz gwarantujących równowagę pomiędzy

tymi rolami (*worklife balance*) powinna być powszechnym elementem społecznej odpowiedzialności biznesu. Edukacja pracodawców w tym zakresie (obok edukowania ustawodawców decydujących o rozwiązaniach na poziomie makro) może, moim zdaniem, stać się ważnym zadaniem dla Rządowej Rady Ludnościowej.

**II. X ANKIETA ONZ „TENTH INQUIRY AMONG GOVERNMENTS
ON POPULATION AND DEVELOPMENT”**

**UNITED NATIONS
TENTH INQUIRY AMONG GOVERNMENTS ON POPULATION AND
DEVELOPMENT**

United Nations
New York, 2008

CONTENTS

Section

Page

INTRODUCTION	1
1. POPULATION POLICIES AND DEVELOPMENT GOALS	2
2. POPULATION GROWTH, SIZE AND AGE STRUCTURE	13
3. HEALTH AND MORTALITY	17
4. FERTILITY AND FAMILY PLANNING	23
5. POPULATION DISTRIBUTION, URBANIZATION AND INTERNAL MIGRATION	26
6. INTERNATIONAL MIGRATION	28
7. DATA AVAILABILITY	32

INTRODUCTION

In 1994, Member States at the United Nations International Conference on Population and Development (ICPD)¹ in Cairo agreed that "population-related goals and policies are integral parts of cultural, economic and social development". Today, even more than in the past, population issues are at the forefront of policy debates. In many countries, demographic concerns are shaping policy decisions on pensions and social security, health care, international and internal migration and the environment. Population issues are also at the core of the internationally agreed development goals, including the Millennium Development Goals.² Given the emphasis placed by the international community on the achievement of such goals, it is important to assess and monitor the actions taken by Governments towards including population issues in their national development strategies. As in previous United Nations Inquiries, the purpose of the United Nations Tenth Inquiry among Governments on Population and Development is to assist the United Nations in the collection and dissemination of information on national population policies.³ Governments are encouraged to discuss their views and policies on population issues in light of the internationally agreed development goals, including the Millennium Development Goals. This will be especially important given that in 2009, the United Nations Commission on Population and Development will focus on the contribution of the Programme of Action of the ICPD to the internationally agreed development goals, including the Millennium Development Goals.

Replies to this Inquiry should be returned by 30 June 2009, to the Director of the Population Division of the United Nations Secretariat at the address shown below.

If, in the course of responding to this Inquiry, the Government finds that further clarification is needed, the Government is invited to contact:

The Director
United Nations Population Division
Two UN Plaza, Room DC2-1950
New York, NY 10017, United States

Telephone: (212)963-3179 Fax: (212)963-2147 For purposes of clarification, it will be most helpful if the Office chiefly responsible for the preparation and/or coordination of responses to this Inquiry is identified (please provide full name and address of the office):

THE GOVERNMENTAL POPULATION COUNCIL OF POLAND
208, „Niepodległości Str., 00-925 Warszawa
Dr Alina Potrykowska , Secretary General of GPC

[^]Report of the International Conference on Population and Development. Cairo, 5-13 September 1994 (United Nations publication, Sales No. E.95.XIH.18), chap. II, principle 5.

¹ General Assembly resolution 55/2 and 60/265.

³ Population policies encompass all explicit and implicit actions taken by Governments to influence population growth, size, distribution and composition.

United Nations Department of Economic and Social Affairs/Population Division United Nations Tenth Inquiry among Governments on Population and Development

SECTION 1. POPULATION POLICIES AND DEVELOPMENT GOALS

101. Has the Government adopted a national population policy?

No (Go to 105)

102. If yes, please describe the policy or policies and the date of adoption of each.

In 2004, the Governmental Population Council has elaborated the bases of the national population policy in Poland, published in the report "The Demographic situation in Poland", the Governmental Population Council, CSO, Warsaw 2006, pp 1–120.

103. Has the Government taken into consideration the internationally agreed development goals, including the Millennium Development Goals, in the formulation and implementation of the national population policy?

Yes

104. If yes, please describe how the internationally agreed development goals, including the Millennium Development Goals, have been taken into consideration in the formulation and implementation of the national population policy.

Population Policy and Millennium Development Goals

Ministry of Labour and Social Policy:

- The Millennium Development Goals constitute a substantial undertaking for international society, including Poland, for the purpose of reducing poverty and famine, ensuring the equal status of women and men, improving the state of health and education, fighting AIDS, natural environment protection and building global partnerships between nations for their development. Under the Commission of the United Nations in 2002 a special report was prepared whose aim was to present the condition and the development perspectives of Poland in the context of the Millennium Declaration of the United Nations.

• *Goal 1 – reducing poverty and famine*

In 2007 in Poland, in comparison to the highest poverty levels recorded in the years 2003–2005, the relative poverty rate decreased by over 3 percentage points and amounted to 17.3%. The decline in the extent of poverty was caused by a significant employment–rate growth and the increasing income of the population in recent years, because in Poland, similarly to many other UN countries, one of the most important factors determining the financial situation is the state of the labour market. In the group of persons aged 18 or more, mostly unemployed persons are likely to experience poverty, among whom 46% were below the poverty limit.

• *Goal 2 – ensuring the equal status of women and men*

- In the Millennium Development Goals Report concerning Poland it is stated that women in Poland have lower chances of getting a job and are more likely to lose it, inter alia due to the reasons associated with the necessity of taking care of a child. Their return to the labour market is very difficult. One of the recommendations concerns inter alia the development of social policy which will allow harmonization of the duties of an employee with taking care of a child or other family member.
- According to this suggestion, one of the most important goals of the social policy is the improvement in conditions for combining professional and family roles. Initiatives are now being launched for improvement in access to child custody granted by institutions. The possibility of financing

child custody from the funds of a company social fund and subsidising the costs of nurseries and preschools is being introduced. Furthermore, there is the possibility of suspending the payment of contributions to the Labour Fund and the Fund of Guaranteed Employment Benefits, to which the employers hiring persons who have returned from maternity or child-care leave will be entitled.

Goal 3 – Improving the state of health

- One of the important goals concerning public health in Poland is launching a campaign for the reducing negative effects on health of, most of all, alcohol abuse. The Government policy involves further changes in the diet structure of Poles, without which there would be a risk of diseases, especially those of the circulatory system and neoplastic diseases.
- The mortality rate among infants and small children in Poland remains at a relatively low level. It is comparable to the mortality rate in many highly-developed countries. Premature mortality among adults is still at a very high level. At the same time, it should be noted that the premature mortality of women does not differ significantly from the mortality of women in highly-developed countries, but the rates of premature mortality of men in Poland remain considerably higher than, for instance, in the countries of Western Europe.
- In The Millennium Development Goals Report concerning Poland, three main factors influencing the high premature mortality of men were indicated, i.e. smoking tobacco, quantity and habits connected with drinking alcohol and eating habits. In the 90's in Poland the level of tobacco smoked fell significantly. A national programme has already been created to deal with this matter. There are also legal regulations aimed at reducing the effects which smoking tobacco has on health.

Goal 4 – Improving the state of education

- According to the recommendations included inter alia in The Millennium Development Goals Report concerning Poland prepared in 2002, actions for the improvement in the state of education in Poland are concentrated mainly on increasing the number of persons with higher education.
- This is intended to be achieved directly through measures involving scholarship aid provided in the Operational Programme "Human Capital". An important element of these measures is levelling educational chances of urban and rural areas within "The Programme of Education Development in Rural Areas for the years 2008–2013". A significant kind of indirect measure for the improvement in the state of education in Poland is providing support for children and youths from poor families. Levelling educational chances in terms of access to education for children from poor families is carried out through scholarship programmes and school benefits of a social character, which constitute extremely important support for children from poor families.

Goal 5 – Reduce child mortality

- Millennium Development Goals developed for Poland include, inter alia: reduction in child mortality – reduction in the under-five mortality rate by two-thirds. The infant mortality rate and indicator of mortality of women in the pre/post natal period are a synthetic benchmark of the quality of pre/post natal care. These indicators prove that the quality of this care has been systematically improving. On the basis of the report of the National Institute of Public Health – National Institute of Hygiene "The Health Situation of the Polish Population", the mortality of infants, i.e. children below 1 year of age, has been decreasing for many years in Poland. In the 2000's, in each year there were 3 less deaths less per each 100000 live births than in each any preceding year. This decrease is slower than in the previous years. In 2007, 2322 children under 1 died in Poland, so the infant mortality rate was 6,0 per 1000 live births. In 2006 the rate was at the same level, so for the first time in many years there was no improvement in the area of infant mortality. More than a half (54%) of infant deaths occurred in the first week of life, while 648 (28%) infants died at the age of over four weeks and below the age of 1.

Goal 6 – Improve maternal health

- Improvement of maternal health in Poland involves the reduction by three quarters in the maternal mortality rate. Services during pregnancy, birth and puerperium are free of charge in Poland. In the case of uninsured women they are financed from the funds of the Ministry of Health.. Prenatal care covers all women in Poland. Pursuant to Article 2, item 2a of the Act on family planning, human embryo protection and the conditions for the permissibility of an abortion, government administration and territorial local-government bodies – within their capacities set out by specific provisions – are obliged to facilitate free access to information and prenatal examinations, particularly when there is an increased risk or suspicion of a genetic or developmental defect in an embryo or a suspicion of an incurable disease threatening the life of an embryo. According to the research carried out by the Institute for Mother and Child only ca. 1% of women do not report to a doctor during pregnancy. During the work on the Government report for 2007 on the implementation of the Act on family planning, human embryo protection and the conditions for the permissibility of an abortion, it was concluded that the legal provisions in this Act had not changed compared to previous years. No irregularities were found in the functioning of the Act, were there any significant or statistically relevant data which would confirm cases of the health care system refusing to exercise the right to abortion in justified cases, or limiting access to prenatal examination or birth control methods.

Goal 7 – Ensure environmental sustainability

Poland has been implementing a policy of sustainable development since the social and economic transformations when the first Polish "State ecological policy" was based on the principle of sustainable development. This policy, approved by the Sejm of the Republic of Poland in 1991 played a significant role in forming the present Polish system of environmental protection based on the market economy principles.

At present, works on a new strategy for sustainable development is being conducted, encompassing new challenges as well as experience gained so far. The role of climate policy in the Polish ecological policy whose strategic objective is the Polish contribution to the efforts of the international community for the protection of the global climate through implementing sustainable development principles.

What should be prioritised is treating as one common problem the issues of climate changes, energy, sustainable development and economies gradually shifting towards low-emission, as one common problem. A large potential for reduction still exists for actions aimed at improving energy efficiency, energy saving, thermal modernization, and thermal insulation as well as labelling energy saving devices, this also including the transport sector. Renewable sources energy will have an increasingly bigger share of energy production. Therefore, the entire potential of existing technologies and research on new technologies should be used.

Poland attaches great significance to environmental protection activities both at the national level, as reflected in achievements in the implementation of the Kyoto Protocol, and at the international level through the implementation of climate policy at the European level and at the global forum. To meet this objective, Poland hosted the 14th Conference of the Parties to the United Nations Framework Convention on Climate Change which took place in parallel with the 4th session of the Conference of the Parties to the Kyoto Protocol to Poznań on December 2008. The Conference was a significant contribution to achieving global agreement on climate protection activities after 2012 when the commitments of the Kyoto Protocol expires. The Polish Presidency did its utmost to achieve significant progress in negotiations during the Conference and for a future agreement to efficiently contribute to fight climate change, and also to be satisfactory to all countries.

105. What is the view of the Government concerning the impact of the country's population policy on the achievement of the internationally agreed development goals, including the Millennium Development Goals?

3. I–X Major impact

106. Please describe the impact of the country's population policy on the achievement of the internationally agreed development goals, including the Millennium Development Goals.

Population Policy and Millennium Development Goals

It was important to formulate recommendations which could be applied by Governments and the international partners of Poland on the ways to advance social development. The methodology of the report was based on the concept presented in The Millennium Development Goals Report, prepared by a group of experts at the United Nations. The analysis will be our reference point and in the subsequent parts of the present report we will mention it a number of times. The quoted facts have also been drawn from the National Strategy for Social Integration.

107. Is there a Government agency or agencies responsible for formulating, coordinating or implementing population policies?

1. X Yes

108. If yes, please provide the name of the agency or agencies responsible.

The Governmental Population Council of Poland

The Government Population Council (GPC) is an advisory body of the President of the Council of Ministers on matters concerning demographic issues and population policy. In 1997 GPC took over the duties of the Governmental Population Commission which had operated since 1974 under the supervision of Professor Kazimierz Secomski. Since 1999 the Head of the GPC is Professor SGH Zbigniew Strzelecki. Since 2007 the Secretary General of GPC is Dr Alina Potrykowska.

The Governmental Population Council is above all responsible for:

- **Submitting reports on the demographic situation in Poland to the Council of Ministers every year**
- By 2006, at the time when the Governmental Population Commission and the Governmental Population Council operated, 30 reports on the demographic situation in Poland were prepared. They contain suggestions on taking actions regarding state population policy.
- **Initiating legislative actions and giving opinions on legal Acts regarding population policy.**
- Within this scope, the most important field of the GPC's activity includes the task of devising the principles of population policy programme in Poland, which was initiated by the Governmental Population Council. The decision about this issue resulted from the content of the Declaration prepared by the I Congress of the Governmental Population Council, in which participants in the Congress called for coordinated actions enabling to stop unfavourable demographic trends. The Governmental Population Council appointed a Group to prepare the principles of the population policy programme. The Group consisted of scientific workers from various centres in Poland and representatives of the departments conducting tasks concerning population policy. As a result of their work, the following studies were compiled:
 - Foundations of Polish Population Policy – under the guidance of Professor Bożena Balcerzak-Paradowska.
 - For the Polish Migration Policy – under the guidance of Professor Antoni Rajkiewicz.Within its statutory duties the Governmental Population Council prepared:
 - The position on updating the National Health Program. The Governmental Population Council expressed the opinion that there was a need to reactivate school medicine, to adopt health promotion and a prophylaxis program and to decrease the disparity in the access to health protection. The situation on these matters was reported to the Minister of Health.
 - **The position of the Governmental Population Council on the project „Bases of the Act on Family Benefits”.**
 - **The position of the Governmental Population Council on the project „Strategy for Social Policy 2002–2005”.**
 - **Conclusions and recommendations for the ”Polish demographic situation. Report 2000–2001”.**

- **Information on the Polish demographic situation was presented at the session of the social policy and family commission on 24 April 2002.**

- The position of the Governmental Population Council and Demographic Sciences Committee of the Polish Academy of Sciences on "Bases of the Forecast for the population of Poland 2003–2030", publication by Lech Bolesławski, CSO Social Statistics Department (version of August and supplements of September 2003).

➤ **Initiating scientific research including formulating subject matter and giving opinions on demographic and population policy.**

Initiating new scientific research induced GPC to appoint the GGP (Generations and Gender Programme) Group. This program is an extension of the international FFS surveys (family and fertility surveys) conducted in 1991, in which Poland participated. The Generations and Gender Programme is an international program coordinated by the Population Activity Unit of UN in Geneva.

As part of initiating, organizing and cooperating in the organization of conferences and symposia dedicated to population policy issues, the Governmental Population Council co-organized:

- The European Population Conference organized by the European Association for Population Studies on 26 – 30 August 2003 in Warsaw, with the participation of the Warsaw School of Economics (SGH), the Demographic Sciences Committee of the Polish Academy of Sciences, the Polish Demographic Association (PTD) and CSO.
- An All-Poland Summit for Children was organised on 23 and 24 May 2003 by the Ombudsman for the rights of children. The Head of the GPC spoke at the opening session and participated in thematic session 2 upon Children in the transformation period – demographic challenges and social and economic assessment of the situation against a background of the fruition of the Polish constitutional regulations, Convention for the rights of children and obligations of the Declaration of World Summit for Children and the final session. The aim of the meeting was to assess main problems concerning the protection of children in Poland against the background of the declarations, arrangements and obligations of the World Summit for Children (New York 7–10 May 2002)

➤ **Cooperation with the international organizations on population policy – UN, Council of Europe, OECD and others.**

As part of the GPC's cooperation with the UN, the most important field is participation in the work of the UN Population and Development Commission. Due to the efforts of GPC and the Ministry of Foreign Affairs, Poland was elected to the Commission in 2001–2004. Within this scope, the GPC in cooperation with appropriate departments prepares relevant materials for the sessions of the Commission and agrees the composition of the delegation that represents Poland. Thus:

- At the 35th session of the Commission (New York 1–5 April 2002) the Polish delegation presented the position of the Polish Government concerning procreation laws and procreative health, with special reference to the experience in fighting diseases relating to virus infections of the human immunity system (HIV), according to Polish legislation.
- At the 36th session of the Commission (New York 31 March – 4 April 2003) the Polish delegation presented the position of the Polish Government concerning population, education and development in Poland in the form of an extended report.
- At the 37th session of the Commission (New York 22–26 March 2004) the Polish delegation presented the position of the Polish Government concerning: Ten years after Cairo. Polish National Report. This position included information on the demographic situation in Poland, procreative health issues, common access to education (including education of women), issues concerning gender equality and the status of women in Poland, and population policy issues against the background of the purposes adopted in the ICPD schedule, Cairo 1994.
- At the 38th session of the Commission (New York, 4–8 April 2005) the Polish delegation presented the position of the Polish Government concerning people developments in the Polish population against the background of the HIV/AIDS epidemic.

- At the 39th session of the Commission (New York, 4–7 March 2006) the Polish delegation presented the information of Polish Government concerning the migration situation in Poland.
- At the 41st session of the Commission (New York, 7–11 April 2008) the Polish delegation presented the information of Polish Government concerning population distribution, urbanization, internal migration and development in Poland. Polish delegation presented the short information of Polish government concerning the contribution of the programme of Action of the International Conference on Population and Development to the internationally agreed development goals, including the Millennium Development Goals.
- At the 42nd session of the Commission (New York, 30 March – 3 April 2009) the Polish delegation presented the information of the Polish Government concerning the Contribution of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development to the internationally agreed development goals, including the Millennium Development Goals

An important element of GPC's cooperation with the UN is preparing answers to the subsequent UN surveys concerning population, which are ratified by the Council of Ministers of Poland. The answer to the 8th UN survey was provided in 1998. In 2004 GPC prepared the answer of the Polish Government to the 9th UN survey concerning Population and Development that was addressed to the Governments of the countries (the version accepted by the Council of Ministers) and sent it to the Head of the UN Population Office on 16 Mars 2004. The UN 10th Inquiry among Governments on Population and Development is presented here.

An important element of GPC's cooperation with the UN is its collaboration with the UNFPA. In 1997 and 1999 the research project "Population policy and strategy of its implementation" was conducted.

➤ **Coordination with the Demographic Sciences Committee of the Polish Academy of Sciences, the Polish Demographic Association, the Central Statistical Office, and higher education institutions and scientific associations to develop research and publicize demographic knowledge.**

On the initiative of the Government Population Council the I Demographic Congress took place in Poland from September 2001 to November 2002 under the honourable auspices of the President of Poland with the honourable Committee consisting of dignitaries of the state (Presidents of the Sejm and the Senate of the Polish Republic, the Prime Minister of the Polish Republic) and the Primate of Poland.

The reason to convene the congress was the concern about creating conditions promoting continuity of generations and integrity of the society, as very important transformations affecting the future of the nation and the state, including demographic transformations are taking place in Poland. The policy aim of the Congress was to:

- determine the state and perspectives of the demographic development of Poland,
- determine the character, methods and mechanism of population policy in Poland on the eve of the new century and membership of the European Union,
- assess the output of the Polish demography; specify the needs of its further development, research methods and didactics.

The program of the Congress was fully accomplished. The result of the opening sessions' debates, thematic sessions, and regional and two-week concluding session is a rich set of publications.

Summing up the results of the surveys presented during the sessions of the Congress, it should be emphasized that they are very useful for various fields of social policy, including demographic policy. The presentation that was made of nationwide and regional conditions and the effects of the demographic processes as well as their implications for economic and social development will enable the creation of better methods and means of promoting social integration and the counteraction of social pathologies and marginalization of various social categories. The conclusions on the form of the Polish family, children and teenagers, and elderly people are especially important. Crucial conclusions and recommendations were also collected with reference to the problems and perspectives of the social integration of the disabled. The Congress also created an open forum for the wide exchange of experience as regards conducted and desirable actions of local-governments at the level of voivodship, powiat and gmina and non-governmental organizations.

Tasks related to the current activity of the Governmental Population Council (GPC) are conducted by the secretary's office of the GPC.

The tasks of the Secretary's office of the GPC in particular include:

- a) current management of GPC's work (mailings, organizing sessions, preparing protocols, economic matters),
- b) maintaining relations with institutions and national and foreign organizations (inter alia, the UN, the Council of Europe),
- c) preparing the report on the demographic situation of Poland for the Council of Ministers every year,
- d) preparing factual opinions about the projects of legal Acts concerning demographic subject matters and presenting them for consideration by the Governmental Population Council,
- e) preparing reports on the official positions and opinions of the GPC for the Government of Poland concerning demographic matters in order to pass them on to national and foreign organizations and institutions that will ask for them.

Reports of the Government Population Council's activity are submitted every year to the President of the Council of Ministers. They are published in the subsequent issues of the GPC bulletins, which started to be published again in 2001.

109. For each of the constraints presented below, please indicate the degree of concern, if any, the Government has in relation to population policy formulation and implementation which might also hamper the achievement of the internationally agreed development goals, including the Millennium Development Goals.

	Type of constraint	Major concern	Minor-concern	Not a concern	No official position
110.	Lack of human capacity	1	2	X 3	4
111.	Inadequate resource mobilization	1	2	X 3	4
112.	Debt	1	2	X 3	4
113.	Lack of appropriate technology	1	2	X 3	4
114.	Lack of governance	1	2	X 3	4
115.	Conflict or lack of security	1	2	X 3	4
116.	Poverty	1	X 2	3	4
117.	Gender inequality	1	X 2	3	4
118.	Environmental degradation	1	X 2	3	4
119.	Natural disasters	1	X 2	3	4
120.	Lack of data	1	2	X 3	4
121.	Other (please specify)	1	2	3	4

122. Please specify any measures taken by the Government to address these constraints in the official national population policy.

– Poverty

In Poland the socio-demographic groups especially prone to poverty are children and youths aged 0–17; thus the basic goal of initiatives carried out in recent years by the Polish Government has been the decrease in the scale of poverty among children. In 2007 a pro-family allowance was introduced, which consists of deducting an appropriate amount per child from income tax. Moreover, in 2008 the Act on aid for persons entitled to alimony came into force, which should improve the situation of one-parent families. Foremost among the measures which are going to be introduced in the nearest future by the Government to reduce the level of poverty among children through the system of family benefits, is verification of income level, which is one of the criteria for granting benefit, as well as the amount of entitlement.

– Gender inequality

Within the Programme "Solidarity of Generations. Measures Aimed at Increasing the Number of Children in Poland and Reducing Their Poverty and Social Exclusion", solutions have been introduced in terms of organising child-minding to enable the parents of small children (0–3) who wish to continue

their work to remain on the labour market. Developing an integrated system of care over small children is planned, one of its elements being a change of assignment and rules for establishing nurseries, creating alternative forms of supervision such as "a daytime parent" and supporting the development of preschools in rural areas.

Increasing the level of professional activity and employability of persons who are in a particularly difficult situation on the labour market is one of the goals of activities undertaken by the State Employment Services. The following groups are considered as those in a particularly difficult situation on the labour market, inter alia, women who have not continued employment after giving birth to a child, unemployed lone mothers, and fathers raising at least one child below 18. These groups have been covered by complex professional reactivation programmes, which are implemented in particular regions by Powiat Labour Offices in cooperation with social welfare centres, powiat family aid centres and private entities (including, inter alia, non-governmental organisations). The professional reactivation programmes are co-financed by the European Social Fund. The measures taken include the realisation of individualised and complex forms of professional reactivation through, inter alia, broader implementation of Individual Measure Plans and social contracts and the development of supplementary support (supervision of children and dependent persons) directed at persons wishing to return to the labour market after a break connected with giving birth and taking care of children. An essential element of the programmes are also measures aimed at popularising and promoting alternative and flexible forms of employment and work organisation methods (e.g. teleworking, part-time employment). In 2008 within the programmes realised by labour offices are approx. 56 thous. unemployed and economically inactive persons, including especially those in a particularly difficult situation on the labour market. It is projected that approx. 33% of persons who have finished their participation in the programmes will commence employment within 6 months after the end of the programme.

Ensuring equal access of women and men to employment is the goal of the project "Reconciling Professional and Family Roles of Women and Men" realised by the Ministry of Labour and Social Policy from the funds of the Operational Programme "Human Capital". Within the project, research and diagnostic as well as information and promotional actions will be taken, as a result of which a national roadmap will be created for the purpose of efficient monitoring and projecting the situation on the labour market of persons at risk of becoming economically inactive and prone to discrimination on the labour market caused by the necessity to take care over children. The surveys conducted during the project will give rise to analyses which can prove useful in introducing changes into Acts concerning the subject matter of reconciling the Professional and social roles of women and men, as well as legal regulations of the situation of nurseries and alternative forms of preschool care. It is planned to increase the value of the Professional activity rate of women to 60% and to decrease the differences in wages and salaries of women and men to 12%.

An important supplement to the measures will also be the projects planned for realisation by the Ministry of Labour and Social Policy selected through a tender within Submeasure 1.3.2. "Projects for the Promotion of Equal Chances of Women and Men and the Reconciliation of Professional and Family Life" of the Operational Programme "Human Capital". The goal of these tenders will be a pilot realisation of complex programmes for returning to work after a break connected with giving birth and taking care of children, creating care centres for children in workplaces and developing alternative forms of child care. Moreover, projects will be realised which are aimed at popularising alternative forms of employment and work organisation methods, as well as the making working hours of an employee more flexible. Allocations of PLN 4 million are reserved for the tender, with over EUR 9 million for the whole Submeasure

– Environmental degradation

The crucial component of sustainable development is the issue of environmental technologies which in their wide scope have been included in the Environmental Technologies Action Plan (ETAP) of the European Union and the national action plan containing the monitoring system of environmental technologies. This initiative constitutes a unique undertaking as none of the states has an extensive system which would encompass the whole life cycle of a given environmental technology starting from the research phase and the so-called first implementation, to the full operation on the market.

Basically, the system will aim at showing the state of environmental technologies in Poland which will allow the identification of the potential for eco-innovative solutions in our country and better determination of the directions for its development. The monitoring system will become de facto a device for preliminary acceptance of eco-innovative solutions as environmental technologies and should play an important role in the implementation of “green” eco-friendly public procurements.

Furthermore, the system will contribute to promoting and implementing those innovations and solutions whose use will bring about a positive environmental outcome owing to which it will enable investors to select ecological solutions. As regards individuals who apply the public procurement system, it will serve the purpose of a reference list. This system will constitute a starting point for the Environmental Technologies Verification System (ETV) which is currently being established.

Implementing the sustainable development principle in Poland has already achieved unimaginable earlier progress in the field of protecting and improving of the condition of the natural environment. Carbon dioxide emission has been reduced by 32% in comparison with the baseline year of the Kyoto Protocol, sulphur dioxide emission was cut down by about 50%, nitrogen compounds emission fell by about 37%; consumption of water by economy and population has been reduced, and similar data have been recorded for economical energy consumption. Consumption of natural resources fell and the size of protected areas has been increasing. Systematic improvement in the environmental protection situation which has been observed for a dozen or so years in Poland has resulted from the implementation of the state ecological policy whose main instrument is effectively operating and integrated charging system of environment use and of financing environmental protection, based first of all on ecological funds

123. The Government may wish to comment on other population programmes that have been implemented in the last five years in response to the goals of the ICPD Programme of Action.

Population Policies and Development Goals.

The equal status and equal treatment of men and women, the situation of women in the work place and promotion of equality policies in different social policy sectors in light of the Programme of Action and recommendations of the International Conference on Population and Development in Cairo 1994

The final decisions of the **Cairo Conference** laid the foundation for broadening the definition of human rights in respect to gender issues, with special attention given to women's specific experience of family violence. Four main principles were adopted, setting forth the framework for all population and development programmes (Cairo Conference).

These principles include: equal rights for men and women, the empowerment of women, ensuring women's ability to control their own fertility, and the elimination of all forms of violence against women. A consequence of these principles is a program of action for women's education and increased employment and the elimination of discrimination against women, especially in the work place. The need and key role of men's involvement on behalf of gender equality was also emphasized at Cairo.

In 2000, five years after Poland's signing of the Beijing Platform of Action, all UN member states accepted the **Millennium Development Goals**, setting forth measurable commitments to improve the quality of life in the world by 2015. One of the key goals is the promotion of the equal status of men and women. (Goal 3: Promote gender equality and empower women). It was recognized that without actual gender equality, other goals would not be achieved in such areas as poverty, improved health care and universal education.

Given the perspective of time, an assessment of EU policies regarding women shows that working towards equal opportunities for women and men in social, political, professional, as well as personal life is not only a goal, but also a condition of further European integration. Work on laws addressing equal treatment had already begun by the 1990's. Currently, legislation is being prepared on implementing several European Union regulations supplementing directives 2004/113/WE and 2006/54/WE.

The main **RP Constitutional** reference to equality appears in Article No 32 which states that: 'All persons shall be equal before the law', 'All persons shall have the right to equal treatment by public authorities' and that 'No one shall be discriminated against in political, social or economic life for any reason whatsoever'.

Non-discriminatory legislation in Poland has been supplemented in the last decade with a new legislative framework and international commitments as an integral part of the effort to adopt the EU *aquis communautaire*.

The **Labour Code** prohibits any direct and indirect discrimination in the place of work due to *inter alia* gender, age or sexual orientation (Art. No 11.3). It obliges all employers to make a place of work an environment free from any discrimination and to inform all employees in writing, or in any other form adopted in the company, about their right to freedom from any discrimination at the place of work (Art. 94 and Art. 94.1). Moreover, it contains clauses aimed at harmonizing professional and family life, i.e. it proposes solutions regarding work time management, flexible forms of employment, rights of employed parents related to care and upbringing of children and rights of pregnant women.

Each of the EU member countries, in accordance with the clauses of the Directives 2000/43/WE, 2004/113/WE and 2006/54/WE, is obliged to appoint an organ or organs responsible for the promotion, analysing and monitoring of the principles of equality, the responsibility of which shall be, *inter alia*, to assure an independent assistance in legal proceeding with the claims of the victims of discrimination, to carry out independent researches on the scope and the manifestation of discrimination, as well as to publish independent reports and to issue dispositions and instructions within its area of expertise. In Poland, up to 2005, this function was fulfilled by the Ombudsman for Equal Status for Women and Men. After its disbandment some of the above mentioned roles were taken over by the Department of Family, Women and Counteracting Discrimination in the Ministry of Labour and Social Policy. In March 2008 the **Government Plenipotentiary for Equal Treatment** with the rank of the Secretary of State in the Chancellery of the Prime Minister of Poland was nominated.

The scope of authorization of any of the above institutions did not, however, cover all the responsibilities anticipated for such an organ. It concerns in particular the obligation to provide help and assistance to individuals in submitting claims regarding discrimination. The lack of such a support system for victims of discrimination is a serious shortcoming of the Polish system of protection against discrimination.

However, for the purpose of implementation of the European legislation it is not enough to name the above quoted regulations. Solutions available and functioning so far in Poland with regard to equality issues have been assessed as insufficient by the European Commission. In order to thoroughly implement the European legislation in this area (the directives No 2004/113/WE and No 2006/54/WE should have been implemented by August 15th 2008), the Polish Government undertook proceedings aiming at the approval of a legal Act with the rank of a **decree on equality**.

The purpose of the proposed decree is the definition of the mode of implementation of the principle of equality with regard to age, gender, ethnic background, nationality, religion, philosophy of life, political views, physical or mental disability, age or sexual orientation, marital and family status. The proposed decree introduces the principle of equality with regard to the access and provision of services and the access and provision of products, regardless of gender, race and ethnic background.

So far, equality has been regulated in a comprehensive manner only in the **Code of Labour**. The draft of the decree on equality extends the scope of regulations on counteracting discrimination. The principle of equality has been defined from a negative perspective. The decree enumerates the actions that violate its provisions such as: direct discrimination, indirect discrimination, mobbing, sexual harassment, activities aimed at encouragement of others to undertake acts violating the rights of equality or ordering others to violate such rights, any unfavourable treatment of pregnant women or women entitled to maternity leave, any unfavourable treatment resulting from exclusion or submission to mobbing or sexual harassment, lack of facilities supplied by an employer enabling a disabled employee to undertake or continue an employment with a given employer, provided that supplying of such facilities is not too much of a financial burden on an employer. The decree also indicates the exceptions to the principle of equality, i.e. the situations which are not classified as violations of the rights of equality. Moreover, the draft specifies the regulations related to the presenting of the claims resulting from the violation of the principle of equality as well as penal regulations specifying access to legal proceedings for the victims of the violation of such rights.

The proposed decree contains regulations introducing the principle of equality in the aspect of job opportunities as well as the conditions for performing, professional activities, and in particular the

terms and conditions for equal access to employment, including the criteria for recruitment, terms and conditions of employment, terms and conditions of undertaking and carrying out of economic activity and accomplishment of tasks on civil law contracts; equal access to institutions, services and other instruments of the labour market, joining and active participation in trade unions and non-governmental organizations, social security, and healthcare, public and higher education.

The draft of the decree proposes also the solutions extending the range of activities of the Government Plenipotentiary, applying to all reasons for discrimination indicated in the decree. As the law of the European Union does not specify the framework principles for establishing of the organs of special expertise on counteracting discrimination, the issue of the details of the appropriate institutional structure was left open to the discretion of each member state. The report of the European Commission regarding 21 agencies / organs promoting diversity and counteracting discrimination occurring within the European Union concludes that such institutions have a horizontal structure and are supported by public funds. Such an approach secures not only homogeneity of activities with regard to counteracting discrimination, but also strengthens the position of an organ by guaranteeing its uninterrupted continuity and autonomy and allows for an exchanges and benefiting from the experience in securing equality rights in various aspects.

The acceptance of the provisions of the decree shall facilitate the access to the labour market for persons so far discriminated against and socially excluded. The decree shall allow for a better utilization of the diverse potential of employed personnel, which, in turn, shall have a positive impact on the competitiveness of business entities.

124. The Government may wish to comment on other population programmes that have been implemented in response to the internationally agreed development goals, including the Millennium Development Goals.

Population Policies and Development Goals.

As far as gender equality is concerned, most of the projects are financed by EFS, namely by the Equal Community Initiative Programme. The design of the Community Initiative in Poland focused on complementary aspects of the EQUAL and the National Development Plan, as well as on the key programmes of the European Social Fund, mainly through the strengthening of the activities conducted under the Sector Operational Programme – Human Resources Development and the Integrated Regional Operational Programme. Considering respective political priorities and in consultation with social partners and various institutions, the Ministry of Economy and Labour has approved the EQUAL Strategy in Poland for the nine thematic fields (EQUAL Projects and Implementation, "Cooperation Fund" Foundation, Warsaw 2007, p. 7.)

Particular attention shall be turned to the Gender Index Project¹, the main goal of which has been an improvement in the situation of women on the labour market. Within the framework of the Project, an innovative tool for the analysis of a workplace with regard to equal opportunities for women and men has been launched in Poland. It is the tool that facilitates the verification of whether a given company pursues a policy of equal rights for men and women and in what areas it achieves the best and the worst results in this respect.

Stereotypes and prejudice stand for a significant part of the causes of discrimination, but also does the interdependence between participation in the professional life and the private sphere:

During recent years, numerous initiatives targeted at promoting work/life balance can be observed. However, the majority of these treat the issue of combining professional and family obligations' as a "women's question". Thus, the real problem and its discrimination roots (i.e. unequal division of housework) is not fully addressed.

Recently, the amendments to the labour code introduced the possibility of tele-working and other flexible forms of work. It is especially significant for the micro enterprises which mostly use these measures.

¹ Means the person actually taking custody of the child, who filed an adoption petition with the Family Court.

SECTION 2. POPULATION GROWTH, SIZE AND AGE STRUCTURE

201. What is the view of the Government concerning the present size of the country's population?
 2. X Not satisfactory, too small
202. What is the view of the Government concerning the present rate of population growth?
 1. X Not satisfactory, too low
203. What is the policy of the Government concerning the rate of population growth?
 2. X ED Raise the rate of population growth
204. To what extent does the Government view the number of children (persons under age 15) in the country as an issue of concern?
 1. X Major concern
 6. X No official position
205. To what extent does the Government view the number of young people (persons aged from 15 to 24 years) in the country as an issue of concern?
 X Major concern
206. To what extent does the Government view the number of persons of working age (persons aged from 20 to 64 years) as an issue of concern?
 2.X Major concern

Ministry of Labour and Social Policy:

Ad. 204, 205, 206

There is no Government official general position as concerns the size of particular groups in Polish society.

For the labour market policy purposes solely a position on the size of the population of working age has been specified-the size of this group is too small (in a 20 years perspective), this is a subject of Government attention, but it can not be classified as major nor minor (it would be too simplistic).

207. To what extent does the Government view population ageing as an issue of concern?
 1.X Major concern

208. Has the Government implemented measures, policies or programmes to address the challenges posed by the size of the following population groups?

<i>Population group</i>	<i>Yes</i>	<i>No</i>
209. Youth and children	X 1	2
210. Persons of working age	X 1	2
211. Older persons	X 1	2

212. Please specify the measures, policies or programmes implemented to address the challenges raised by those groups (For example: initiatives to reform the pension system, strategies to combat youth unemployment etc.)

Ministry of Labour and Social Policy:

The activity of the Public Employment Services aimed at the young unemployed are defined in the Act of 20 April 2004 on Promotion of Employment and the Labour Market Institutions (Journal of Laws of 2008 No. 69, item 415, as amended). In accordance with the aforementioned Act, the unemployed persons aged up to 25 belong to a group of people "in a special situation on the labour market." As a result, within 6 months of the registration date, they should be served by the powiat labour office with either a job offer or an offer to participate in an active labour market programme, in order to improve their employment prospects. The young, like other unemployed, have the right to benefit from the basic assistance provided by labour offices, known as labour market services. These include job agency

services, job counselling and job information, active job search, as well as training. Additionally, people aged up to 25, classified as people "in a special situation on the labour market" can benefit from a number of the so-called labour market instruments, such as intervention works, subsidies for the commencement of economic activity, public works, social utility works, etc. As regards the young, the most crucial are these labour market services and instruments which enable them to acquire qualifications or gain occupational experience, such as training, traineeships, and job occupational training for adults, as well as scholarships for continuing education in post-secondary or upper-secondary schools for adults, or in higher education institutions (on a part-time basis).

In the period of January – May of 2009, nearly 106 thousand of the unemployed aged up to 25 participated in various forms of active labour market programmes, 76 thousand of which commenced traineeship, which proved the most popular form.

Furthermore, the Voluntary Labour Corps (VLC) carries out tasks in the field of education and development of young people aged over 15, endangered with social exclusion, i.e. the youths who have already "fallen out" of the educational system by reason of educational negligence or learning difficulties; these are frequently young people born in a socially maladjusted or even pathological environment – each year nearly 32 thousand young people are covered with either 24-hour or day-time educational care. These young people attend schools for adults, at the same time acquiring qualifications as part of their occupational training with employers. In addition, the VLC brings into effect various tasks in the field of employment and combating marginalisation and social exclusion of the unemployed youth aged up to 25, with a diversified educational level and occupational qualifications, who require assistance in the process of entering the labour market; job agency services and job counselling are provided to the young unemployed, both in stationary and in mobile form. Nearly 500 thousand young people benefit from the aforementioned services.

The Voluntary Labour Corps takes part in the implementation of national strategies and governmental programmes which include tasks in the field of development and education of the young by the VLC. The Program for Social Activation of the VLC Youth, the VLC Program for Preventing Social Maladjustedness and Crime Among Children and Youth, as well as various cultural and educational, sports and recreational, and tourism-related initiatives are implemented in the area of all voivodships.

The Voluntary Labour Corps further implement various author's projects within the framework of the National Action Plan for Employment:

- "Start Being Independent" – training on running one's own business, planning a professional career and training on how to look for a job actively,
- "Plan Your Career" – offering training and facilitating the adjustment of the unemployed from villages to non-agricultural occupations,
- "The Way to Career" – a package of training courses for improving and complementing qualifications, as well as counselling and job agency services.

Each year, more than 4 thousand people aged up to 25 participate in these projects.

Within the framework of the Leonardo da Vinci Program, a two-year project, entitled "Always on the Right Track," was implemented in the form of e-learning training, with the aim to improve occupational qualifications of job counsellors. The VLC has also created an on-line job counselling database, as part of the Program Platform – VLC for Schools.

Finally, the Voluntary Labour Corps brought into effect a number of educational projects co-financed by the European Social Fund (ESF) resources. In 2004–2007, within the framework of the Sectoral Operational Program Development of Human Resources, the VLC launched, inter alia, three editions of the project entitled "Your Knowledge – Your Success," as part of which support was provided to 19 thousand young people, among whom more than 8 thousand acquired occupational qualifications, and 2 thousand took up jobs. Other key projects implemented within the European Social Fund, providing support to the youth in acquiring occupational qualifications, were as follows:

- "18–24 Time to Be Independent" – in the years 2007–2008 support was provided to approximately 3 thousand young people,
- "Education – Knowledge – Work – Development" – assistance was provided to approximately 3 thousand young people.

The Programme "Solidarity across generations. Measures aiming at increasing the economic activity of people over 50"

When compared to other EU countries, Poland ranks last as regards benefiting from the potential of people aged over 50. Their early withdrawal from the labour market leads to a serious loss of human capital; this also means the necessity to allocate public funds for their financial support. The early escape into inactivity is also a social problem as many people who retire loose social bonds that are often job-related, which evokes the sense of solitude, depression and social exclusion.

Prolonging the working life of employees over 50 constitutes one of the EU's priorities. In accordance with the provisions of the Lisbon Strategy adopted by EU countries in 2000, one of the goals of the European Union is to increase the employment rate among people aged 55–64 to at least 50%. In Poland this rate was 29.7% in 2007, which means that it represents one of the lowest levels among all EU countries.

The Government has therefore prepared a package of measures directed at increasing the employment of people over 50 in Poland, that is a programme entitled "Solidarity across generations. Measures aiming at increasing the economic activity of people over 50". The main goal of the programme is to achieve the employment rate for people aged 55–64 set by the Lisbon Strategy by 2020.

The programme "Solidarity across generations" introduces the measures that, on the one hand, increase incentives for entrepreneurs to employ people over 50, and on the other hand, foster the improvement in the qualifications, skills and work effectiveness of older people. Some of the solutions offered in the programme are also addressed to younger generations, mainly those over 45. This results from the expert analyses which suggest that in order to maintain the economic activity of people over 50 it is necessary to adopt appropriate measures towards younger people too.

The programme presents an intergenerational approach, which means that the designed measures relate to the promotion of access to employment during the whole period of working life. Active-ageing policy does not exclusively concentrate on the people over 50 but pertains to the whole life cycle. For instance, the initiatives in the areas of occupational health and safety of employees of all ages as well as the emphasis put on the prevention of age-related problems (such as lower productivity) will contribute to the longer economic activity of future generations.

In designing the "Solidarity across generations" programme the Government tried to make it comprehensive and include in it all four flexicurity components, which are: flexible and reliable contractual arrangements, comprehensive lifelong learning strategies, effective active labour market policies and modern social security systems.

Measures and goals:

International experience indicate that there are three key measures necessary to prolong the working life of people over 50, namely:

- promotion of the employment of older people, combined with the development of an age management policy in companies and public measures for the improvement and modification of qualifications and skills of people over 45;

- organisation of activation programmes for the unemployed aged 45/50 that have a clear goal, that are effective and appropriately implemented by competent entities, including Public Employment Services and providers of employment services commissioned outside the PES;
- limitation of the inactivity strategy by reducing the opportunities for early retirement or other benefits facilitating withdrawal from the labour market.

The following detailed goals of the programme correspond with the above-mentioned measures:

- 1) improvement in working conditions, promotion of employment of people over 50 and age management (through spreading knowledge among employers and employees on age management, promoting the benefits of employing people over 50, implementing age management strategies within companies, adjusting working conditions of people over 50 to their needs, and ill-health prevention);
- 2) an upgrade of the skills and qualifications of employees over 50 (through creation of conditions for building their education pathways, publicizing of life-long learning for people over 45, and adjusting training packages to their needs);
- 3) reduction in labour costs related to the employment of people over 50 (through exemption from the contributions to the Labour Fund and the Guaranteed Employee Benefits Fund for people in the pre-retirement age, and the reduction in the number of days of sickness for which the remuneration is paid by the employer);
- 4) activation of the unemployed or people threatened by unemployment who are over 50 (through popularising labour market programmes, developing of individual action plans and adjusting the elements of active labour market programmes to the needs of people over 50);
- 5) activation of the disabled (through setting up stable legal frameworks for employment and occupational rehabilitation of the disabled, the activation and integration of these people into the labour market will also be encouraged). The campaigns aiming to raise the awareness of the advantages of employing the disabled will substantially complement these measures;
- 6) expansion of the opportunities for employment of women through development of services that allow them to balance their career and the family life, simplification of regulations on the establishment of kindergartens, and support for the development of a kindergarten net, especially in rural areas (financed inter alia from the European Social Fund), allowing financing of company-based kindergartens from the company's social benefit fund, and support for other forms of childcare);
- 7) limitation of employees' withdrawal from the labour market within the social benefit system (detailed goals focus on the rise in the effective retirement age and a gradual equalising of the retirement age of women and men).

Implementation :

The social debate on the programme that took place between March and September 2008 was the first phase of the implementation of the "Solidarity across generations" programme. Its results were also included in the programme. Public debate on the social and economic activity of the elderly persons is still animated, which is itself an important achievement of this governmental initiative.

The next phase of the programme's implementation will be the drafting of an implementation document that will contain a systematic and detailed set of legislative and extra-legislative measures together with nominating entities responsible for carrying out these tasks. It is worth emphasising that a number of measures introduced by the programme, in particular legislative ones, are in the final stage of implementation, i.e. waiting to be adopted by the Polish Parliament.

The preliminary financial assumptions show that in the perspective up to 2015 approximately 12 billion PLN will be allocated for the implementation of the programme, of which 9.9 billion PLN will come from the Operational Programme Human Capital, co-financed by the European Social Fund, and approximately 2.1 billion will be financed from national funds (the Labour Fund).

Other programmes:

- 1999 Pension reform
- Rural Development Programme 2007–2013
- Operational Programme

SECTION 3. HEALTH AND MORTALITY

301. What is the view of the Government concerning the present level of mortality in the country?
1.C] Not acceptable

302. What is the view of the Government concerning the present expectation of life at birth?
2-CD Not acceptable

303. What is the view of the Government concerning the present level of under-five mortality?
3. O No official position

304. What is the view of the Government concerning the present level of maternal mortality?
3. No official position

305. Has the Government implemented measures, policies or programmes to reduce the following types of mortality?

<i>Type of mortality</i>	<i>Yes</i>	<i>No</i>
306. Under-five mortality	1	2
307. Maternal mortality	1	2
308. Adult mortality	1	2

309. Please specify the measures, policies or programmes implemented.

Note: If more space is needed, please attach a sheet marked Health and Mortality.

310. Has the Government identified any specific population groups whose mortality levels are of particular concern? (For example: groups characterized in terms of age, sex, ethnicity, occupation, income, region).
1. Yes

311. If yes, please specify those groups whose levels of mortality are of particular concern.

Growing mortality due to alcohol-related causes (e.g. liver diseases, injuries, mental disorders) among working- age males.

312. Please specify any measures, policies or programmes implemented to address concerns regarding the levels of mortality of those particular groups.

National Health Programme, National Programme for prevention of alcohol-related problems
HIV/AIDS

313. What is the view of the Government concerning the prevalence of HIV/AIDS in the country?
1. X Major concern

314. What is the view of the Government concerning progress made in controlling the spread of HIV?
1. X Significant progress

315. What is the view of the Government concerning progress made in treating those affected by HIV/AIDS?
1. X Significant progress

316. Has the Government established a national authority charged with coordinating policies and programmes to deal with the HIV/AIDS epidemic?

1. Yes

317. If yes, please provide the name of the national authority.

National AIDS Centre – Agenda of the Ministry of Health

318. Has the Government implemented a national action framework for HIV/AIDS that provides the basis for coordinating the work of all partners?

1. Yes

319. If yes, please describe the framework.

National Programme for Combating AIDS and preventing new HIV infections for the year 2007–2011

320. Has the Government implemented a country-level monitoring and evaluation system for HIV/AIDS?

1. Yes

321. If yes, please describe the system.

Every year all the stakeholders report their activities on HIV – and the final report is adopted by the Council of Ministers

322. Please indicate which of the following measures the Government has implemented in response to the HIV/AIDS epidemic:

<i>Type measure</i>	<i>Yes</i>	<i>No</i>
323. Information and education campaigns	<input checked="" type="checkbox"/> 1	2
324. Promotion of abstinence before marriage	<input checked="" type="checkbox"/> 1	2
325. Distribution of free condoms	<input checked="" type="checkbox"/> 1	2
326. Blood screening	<input checked="" type="checkbox"/> 1	2
327. Needle exchange programmes	<input checked="" type="checkbox"/> 1	2
328. Special training of health personnel	<input checked="" type="checkbox"/> 1	2
329. Voluntary counselling and testing	<input checked="" type="checkbox"/> 1	2
330. Prevention of mother-to-child transmission	<input checked="" type="checkbox"/> 1	2
331. Provision of subsidized antiretroviral treatment	<input checked="" type="checkbox"/> 1	2
332. Laws or regulations prohibiting discrimination of those infected	<input checked="" type="checkbox"/> 1	2
Strategies to reduce the risk and vulnerability of specific groups		
333. such as testing sex workers (please indicate)	<input checked="" type="checkbox"/> 1	2

334. Please indicate whether the Government requires HIV testing of the following groups before granting admission to the country and whether testing positive is ground for exclusion:

<i>Population group</i>	<i>Testing required</i>	
	<i>Yes</i>	<i>No</i>
335. Permanent immigrants	1	<input checked="" type="checkbox"/> 2
336. Temporary migrant workers	1	<input checked="" type="checkbox"/> 2
337. Highly skilled workers	1	<input checked="" type="checkbox"/> 2
338. Foreign students	1	<input checked="" type="checkbox"/> 2
339. Refugees and asylum-seekers	1	<input checked="" type="checkbox"/> 2
340. Tourists	1	<input checked="" type="checkbox"/> 2

OTHER HEALTH CONDITIONS OR DISEASES

341. To what extent does the Government view other sexually transmitted infections as an issue of concern in the country?

1. Major concern

342. Please specify the type or types of sexually– transmitted infections and the degree of concern regarding each.

Health and Mortality

Ministry of Health:

The types of sexually– transmitted infection and the degree of concern regarding each:

Syphilis and gonorrhoea are the main STI's which are considered to be an issue of concern in Poland. The number of cases of syphilis reported in the Poland in 2007 were 906 which was 9 cases lower than in the previous year. The incidence of syphilis in 2008 was 2,38/100 00. The number of cases of gonorrhoea reported in the Poland in 2007 were 303 and was 185 cases lower than in the previous year. The incidence of gonorrhoea in 2008 was 0,79/100 000. Both types of STI, according to statistical data available, are considered to be a relatively minor problem but underreporting of cases should be taken into account.

343. To what extent does the Government view the following health conditions or diseases as an issue of concern in the country?

<i>Type of health condition or disease</i>	<i>Major concern</i>	<i>Minor concern</i>	<i>Not a concern</i>	<i>No official position</i>
344. Accidents, combat	X 1	2	3	4
345. Accidents, traffic	X 1	2	3	4
346. Alcoholism	1	X2	3	4
347. Alzheimer's disease	X 1	2	3	4
348. Cancer, breast	X 1	2	3	4
349. Cancer, cervical	X 1	2	3	4
350. Cancer, lung	X 1	2	3	4
351. Cancer, other	X 1	2	3	4
352. Cerebrovascular diseases (stroke)	X 1	2	3	4
353. Diabetes	X 1	2	3	4
354. Diarrhoeal diseases	X 1	2	3	4
355. Heart disease	X 1	2	3	4
356. Obesity	X 1	2	3	4
357. Malaria	X 1	2	3	4
358. Measles	X 1	2	3	4
359. Mental illness (depression, schizophrenia)	X 1	2	3	4
360. Pneumonia	X 1	2	3	4
361. River blindness	X 1	2	3	4
362. Tobacco consumption	X 1	2	3'	4
363. Tuberculosis	X 1	2	3	4
364. Other health conditions or diseases (please specify)	X 1	2	3	4

Health and Mortality:

Ministry of Health:

Question no 341 and 342 with

Position 341 – answer: major concern

The types of sexually-transmitted infection and the degree of concern regarding each:

Syphilis and gonorrhoea are the main STI which are considered to be an issue of concern in Poland. The number of cases of syphilis reported in the Poland in 2007 were 906 and it was 9 cases lower than in the previous year. Incidence of syphilis in 2008 was 2,38/100 00. The number of cases of gonorrhoea re-

ported in the Poland in 2007 were 303 and was 185 cases lower than in the previous year. Incidence of gonorrhoea in 2008 was 0,79/100 000. Both types of STI according to statistical data available are considered to be a relatively minor problem but underreporting of cases should be taken into account.

Ad. Position 354

Food-borne infection prevention and control:

Position 354 – answer: Major concern

In the year 2007, the occurrence of bacterial food poisoning and food-borne infections slightly decreased. Salmonella bacteria remained the most common causes of food-borne infections. The rate of food-borne infections caused by Campylobacter and Yersinia bacteria increased. It shows the improved laboratory diagnosis of food poisoning and food-borne infections which facilitates the identification of the etiological factor.

In the year 2008, there was a significant increase, in comparison to the previous years, in the number of diarrhoea cases reported in children under 2 years of age (in 2008 there were 29,188 cases while in 2007 – 22, 686 cases). It is worth remembering that food poisoning and food-borne infections occur almost exclusively in households. The number of children provided with institutional care, for instance in orphanages or kindergartens, is very low. Therefore, the public authorities have very little impact on prevention and control of food poisoning and food-borne infections in households. To some extent, it can be influenced by health education promoting healthy practices, and improvement in personal hygiene and hygiene standards, when preparing meals for children under 2 years of age.

In 2008, some rare cases of shigellosis, typhoid fever and para-typhoid fever continued to be reported. In 2008, there were 32 confirmed cases of shigellosis, while in 2007 there were 64 cases and in 2006 – 35 cases (data to be verified). As in previous years, in 2008 some rare cases of typhoid fever (5 cases) as well as of para-typhoid fever (2 cases) were reported.

The Voivodship Sanitary and Epidemiological Stations in all regions keep registers of all the typhoid fever carriers, who are potential sources of infection. Epidemiological surveillance is stepped up during local flooding in the country.

Obesity and tobacco consumption prevention:

Position 356 – Obesity – answer: Major concern

Position 362 – Tobacco consumption – answer: Major concern

Ad Position 357:

Malaria prevention and control

Malaria is now one of the three most serious infectious diseases worldwide besides AIDS and tuberculosis. Poland has supported the provisions of the Resolution passed and updated by the United Nations Organization aimed at reducing the malaria mortality rate among children by 2/3 rds.

The number of malaria cases in Poland does not exceed 50 per year, according to notifications made by the National Institute of Public Health – National Institute of Hygiene, in 2008 the State Sanitary Inspection units reported 23 malaria cases brought in from malaria-endemic areas – data to be verified). It is worth noting that since 1963 the only cases of malaria in Poland have come from malaria endemic countries by travellers on business trips or holidays. Each time the cases were treated according to applicable global recommendations.

The three main medical centers in Poland which deal with research on resistance of *Plasmodium malariae* are the following:

- The National Center of Tropical Medicine of the Interdepartmental Institute of Marine and Tropical Medicine at the Medical University of Gdansk (established in 2001),
- Poznan University of Medical Sciences,
- The Medical University of Warsaw.

For years, the National Center of Tropical Medicine has been cooperating, inter alia, with the Center for Disease Control and Prevention (CDC) in Atlanta and the Institute of Hygiene and Tropical

Medicine in Lisbon. The cooperation concerned research programs aimed at reducing the spread of malaria, mainly in Africa. The Institute is also developing collaboration with other medical institutions throughout Europe within the Trop Net Europe network as well as with medical institutions in North America and Africa.

Under the initiative of the Polish missionaries and doctors from the National Center of Tropical Medicine, a medical and research center has been established in Angola. The center has been conducting a malaria control program called "Stop Malaria, Non-pharmacological and Pharmacological Treatment of Malaria among Women and Young Children in Angola" co-financed by the Polish Government.

Furthermore, the Polish centers of tropical medicine cooperate with one another participating indirectly in malaria, tuberculosis and AIDS control programs, and delegate their employees to implement programs led by international organizations or mission centers.

In the light of the need to provide and disseminate updated information on malaria, as Poland's contribution, the book entitled "Malaria in Poland and worldwide, the past and present" was edited by Professor Jozef Knap and Professor Przemyslaw Myjak. The book was published under the auspices of the Chief Sanitary Inspectorate. The World Health Organization was informed about the publication through the Office of the World Health Organization in Poland.

Ad. Position 358

Measles prevention and control:

In 2006, 97 cases of measles were reported in Poland, while in 2007 there were 37 cases and in 2006 – 120 cases. At the end of 2003, Poland introduced mandatory vaccination against measles, mumps and rubella with the trivalent combined vaccine (MMR) administered to children of 13–14 months. Since 2005, the second dose has been given to children at the aged of 12, in 200 at 11, and since 2007 at 10.

At the same time, they stopped immunization against measles with the monovalent vaccine of children at the age of 7 and immunization against rubella of girls aged 13. The introduction of mandatory vaccination against measles, mumps and rubella may lead to a decrease in cases of this group of childhood diseases.

Ad Position 363

Position 363 – Tuberculosis – answer: Major concern

Tuberculosis prevention and control:

In 2008, the previously initiated tuberculosis control actions were continued within a tuberculosis control program. The program includes almost all the components of advanced tuberculosis control programs recommended by the World Health Organization. The Polish Institute against Tuberculosis and Lung Diseases constantly collaborates with the World Health Organization.

Diagnosis and treatment of tuberculosis is free of charge for all citizens. Treatment of patients with infectious tuberculosis is mandatory. There is a network of lung disease and tuberculosis clinics at the local level and 16 specialized units at the regional level. All patients with tuberculosis and with HIV/AIDS are provided with anti-mycobacterial and antiretroviral treatment free of charge.

All prisoners have initial medical tests and periodic medical check-ups. Prisoners diagnosed with tuberculosis are provided with anti-mycobacterial treatment free of charge. The same treatment is provided to people diagnosed with tuberculosis living in refugee centers. The Polish Institute against Tuberculosis and Lung Diseases sent official letters to authorities in charge of refugee centers to call for testing for tuberculosis all the people living in refugee centers. It has become even more important in the light of Poland's accession to the European Union as increased numbers of political and economic immigrants are expected to flow from countries with high rates of tuberculosis, including multidrug-resistant tuberculosis and tuberculosis with HIV/AIDS.

365. Please specify any measures, policies or programmes implemented to address those health conditions or diseases.

Food-borne infections and measles:

with reference to malaria, tuberculosis,
 National Health Programme
 National Programme for prevention of cardiovascular diseases
 National Programme for prevention of alcohol-related problems

Obesity and tobacco consumption prevention:

1. Programme for Reducing the Health Consequences of Tobacco Use coordinated by the Chief Sanitary Inspector (CSI)
2. Keep Fit! Programme (initiated by the CSI) on the health nutrition promotion and the promotion of the physical activity among school youths.

INDUCED ABORTION

366. What is the view of the Government concerning the country's present level of induced abortion?

3. [XD No official position

367. Have there been changes in the law or regulations concerning induced abortion in the last five years?

2. X No (Go to 369)

368. If yes, please specify the date and nature of the changes.

Note: If more space is needed, please attach a sheet marked Induced Abortion.

369. Please indicate the legal grounds on which induced abortion is permitted:

<i>Population group</i>	<i>Yes</i>	<i>No</i>
370. Legal grounds	X1	
371. To save the woman's life	X1	
372. To preserve mental health	X1	
373. Rape or incest	X1	
374. Foetal impairment	X1	
375. Economic or social reasons		X2
376. On request		X2

377. Please indicate whether authorization for an induced abortion requires consultation of a professional or a panel of professionals.

1. X Yes

378. If induced abortion is legal but restrictions apply, please describe the restrictions here.

Pregnancy age

Note: If more space is needed, please attach a sheet marked Induced Abortion,

379. Please indicate whether there are restrictions on sex-selective abortions

1. D Yes

380. Please indicate whether there are restrictions on the use of ultrasound to detect the sex of the foetus.

2. X No

381. The Government is invited to provide copies of the current provisions governing the legal status of induced abortion.

SECTION 4. FERTILITY AND FAMILY PLANNING

401. What is the view of the Government concerning the present level of fertility?
1. Too low
402. What is the policy of the Government concerning the level of fertility?
 Raise fertility
403. What are the major objectives in influencing the level of fertility?
2XO Chiefly to improve family well-being and reproductive health
404. Does the Government have quantitative goals for future fertility
2. No (Go to 406)
405. If yes, please specify the goals for future fertility levels and indicate the target dates for achieving those goals.
406. Has the Government implemented any programmes to facilitate the conditions for childbearing and child-rearing?
2. No (Go to 408)
407. If yes, please describe the programmes implemented to facilitate the conditions for childbearing and child-rearing.
408. Please indicate whether maternity or paternity leave is provided?
1. Yes
409. If yes, please describe the type of maternity or paternity leave provided.

Both – for further information Ministry of Labour and Social Policy

410. Please indicate whether child allowances are provided?

1. XD Yes

Annotation 410

Family benefits were introduced into Poland in 1948, by way of the Decree of 28 October 1947 on Family Insurance (Journal of Laws No. 66, item 414, with subsequent amendments). For years, the principles of granting family benefits and specifying the amount thereof were subject to considerable modifications. Since 1 March 1995, the nature of these benefits has changed from "insurance-like" into "supply-like". Furthermore, by way of the Act of 1 December 1994, on Family, Nursing and Educational Benefits (Journal of Laws of 1998 No. 102, item 651, with subsequent amendments), family benefit entitlements were made dependent on the amount of family income (50% of the average salary per capita in national economy, announced for retirement purposes). The current principles of granting family benefits are regulated in the Act of 28 November 2003 on Family Benefits (Journal of Laws of 2006 No. 139, item 992, with subsequent amendments).

411. If yes, please describe the type of child allowances provided.

The family benefit entitlements are vested in both parents, one parent, and the legal or actual custodian of the child², provided that the net monthly family income (gross income less contributions to social and health insurance, as well as the personal income tax due), calculated per capita, does not exceed PLN 504.00, or in the event that a disabled child is a member of the family – PLN 583.00. On

² Means the person actually taking custody of the child, who filed an adoption petition with the Family Court.

1 September 2006, the principles of determining the amount of family benefits changed. Until 31 August 2006, the amount of family benefits had been based on the number of children in the family. These benefits were paid in the following amounts: PLN 43.00 for the first and second child, PLN 53.00 for the third child, and PLN 66.00 for the fourth and each subsequent child. Currently, the amount of family benefits paid monthly depends on the child's age, and amounts respectively to: PLN 48.00 for a child aged up to 5 years, PLN 64.00 for a child aged 5 to 18 years, and PLN 68.00 for person aged 18–24 years.

Apart from the family benefits discussed above, the following subsidies may be granted as part of the family allowance system:

- a) maternity benefits:
 - for child birth (PLN 1000.00; one-off payment);
 - for child care during child-care leave (PLN 400.00 per month);
- b) education benefits:
 - for the education and rehabilitation of a disabled child (PLN 60.00 for a child aged up to 5 years, PLN 80.00 for a child aged 5 to 24 years);
 - at the beginning of a school year (PLN 100.00; one-off grant);
 - at the commencement of education by a child away from his/her place of residence (PLN 90.00 for the Internet/lodging, or PLN 50.00 for regular travel to school);
- c) benefits related to the structure of the family in which the child is raised:
 - for raising a child single-handedly (PLN 170.00 per month for a child, or PLN 250.00 for a disabled child);
 - for raising a child in a family with many children (PLN 80.00 for the third and each subsequent child in the family).

In the case of all family-benefits regulated by the provisions of the aforementioned Act, the Gmina Council, acting pursuant to Article 15 (a) hereof, may increase the amounts of these allowances which are then covered from the gmina's own resources.

Furthermore, the families who bring up children may obtain other family benefits, such as:

- a) nursing benefit (PLN 153.00 per month, irrespective of the family and personal income);
- b) nursing allowance (PLN 420.00 for the person not taking up, or resigning from, employment or from any other kind of paid work, in order to take care of a disabled child);
- c) one-off subsidy due to child birth (PLN 1000.00 irrespective of the family income);
- d) grant for child birth, financed from the gmina's own resources (in this case, it is the gmina that decides on granting this allowance, and determines the eligibility criteria, and amount to be paid).

412. What is the view of the Government concerning the fertility of adolescents (women under age 20)?

4. XQ No official position

413. Has the Government implemented any programmes to influence the fertility of adolescents?

2. No(Goto415)

414. If yes, please describe the programmes implemented to influence the fertility of adolescents.

415. Has the Government identified any other population groups whose levels of fertility are of particular concern? (For example: groups characterized in terms of ethnicity, occupation, income, region).

2. No (Go to 417)

416. If yes, please specify those groups whose levels of fertility are of particular concern.

417. Please indicate all of the statements that apply to describe the policy of the Government concerning access to contraceptive methods:

<i>Type of policy</i>	<i>Yes</i>	<i>No</i>
418. The Government directly provides contraceptive methods through governmental service		2
419. The Government supports the provision of contraceptive methods by nongovernmental sources		2
420. The Government permits provision of contraceptive methods by non-governmental sources but provides no support to such sources		2
421. The Government restricts access to contraceptive methods		2

The availability of methods and means facilitating birth control is getting better. Education for adults is provided mainly in women’s clinic and childbirth classes. The research carried out by the Central Statistical Office shows, that the most frequently used birth control method is condoms, which are on free sale and are easily available, and their price is not a barrier. 10% of respondents use chemical contraceptives and birth control pills

422. Please indicate whether emergency contraceptive pills are permitted as a contraceptive method.
 2. X No (Go to 424)

423. If yes, please specify any restrictions governing access (for example age, marital status).

424. Please indicate whether sterilization of men or women is permitted as a contraceptive method.
 2– X No (Go to 426)

425. If yes, please specify any restrictions governing access (for example age, number of living children, marital status, the consent of the spouse). Please indicate the restrictions applying to the sterilization of men and women separately.

426. Please specify whether divorce is permitted.
 1. XD Yes

427. If yes, please describe the conditions under which divorce is permitted
 Decision of the court

428. Please specify the current legal minimum age at marriage for women and men:

	<i>Without parental consent</i>		<i>With parental consent</i>	
For women	429.	18	431.	16
For men	430	21	432.	18
In case of younger people – judicial decision				

**SECTION 5. POPULATION DISTRIBUTION, URBANIZATION
AND INTERNAL MIGRATION**

501. What is the view of the Government concerning the present spatial distribution of the population within the boundaries of the country?

4. No official position

502. What is the view of the Government concerning the present rate of change of the urban population?

4. No official position

503. What is the view of the Government concerning the present rate of change of the rural population?

3. Not satisfactory, too high

4. No official position

504. Has the Government adopted a policy to modify population distribution within the boundaries of the country in the last five years?

2. No (Go to 513)

505. If yes, please indicate which of the following describes the goals of the population policy:

	<i>Type of flow</i>	<i>Raise</i>	<i>Maintain</i>	<i>Lower</i>	<i>No intervention</i>	<i>No policy</i>
506.	Rural-urban	1	2	3	4	5
507.	Rural-rural	1	2	3	4	5
508.	Urban-rural	1	2	3	4	5
509.	Urban-urban	1	2	3	4	5
510.	Into large urban agglomerations	1	2	3	4	5
511.	Into medium sized cities	1	2	3	4	5

512. Please describe the various measures implemented to modify population distribution within the boundaries of the country.

Institute of Geography and Spatial Organization, Polish Academy of Sciences

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.

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 2008, 61.3% of country's population lived in urban areas, and 38.7% – in rural areas. Territorial distribution of the decrease or increase 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.

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 metropolization 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.

513. To what extent does the Government view the number of slum dwellers in the country as an issue of concern?

2 X Minor concern (Homeless)

514. Has the Government implemented any programmes to address the needs of slum dwellers?

1. X Yes (Homeless)

515. If yes, please describe the programmes implemented to address the needs of slum dwellers.

Ministry of Labour and Social Policy:

2007 – Active forms of counteracting social exclusion.

Draft National Programme for overcoming homelessness and for development of social housing for 2009–2015.

Ministry of Infrastructure:

The Government developed a few programs targeted at low-income and young households:

Since 1995 there has been some development of affordable rental housing co-financed by preferential credit granted from National Housing Fund resources. Long-term indexed mortgages at preferential interest rates (half the market levels) can be granted to housing cooperatives and social housing associations (non-profit developers) for building dwellings for income-eligible households. Rents in social housing associations' stock cannot exceed 4% of the current value of the rented flat yearly. The number of dwellings constructed depends on the scale of allocated public resources. By the end of 2007, nearly 70 000 dwellings had been built, which accounts for 0,5% of the existing housing stock

In 2007 the Government introduced a new program – interest rate subsidies – for the growth of private investment in housing. The program pertains to both new and existing housing. During the first eight years the Government pays half of the interest cost. The subsidies are conditioned by limits on size and maximum price per square meter of the dwelling.

In 2007 started programme of housing for people who require a social assistance. The program concerns the creation of social premises, shelter dwellings, dormitories and houses for the homeless. The objective of the program is to deliver 100 000 social shelter dwellings and 20 000 dormitories and houses for the homeless over the years 2007–11, with the central Government co-financing between 30 and 50% of the investment costs.

Since 1994 in Poland there has existed a system of housing allowances for the poorest household. It is financed by municipalities. About 5% of households benefit from this programme. The programme concerns the households with a legal title to occupied dwelling (rental agreement, ownership, cooperative titles. The allowances are conditioned by limits on income of households and floor surface of the dwelling.

SECTION 6. INTERNATIONAL MIGRATION

Ministry of Interior and Administration:

601. What is the view of the Government concerning present levels of legal immigration into the country?

4. X No official position

602. What is the policy of the Government concerning the level of legal immigration?

1. X Raise the level of legal immigration

Ministry of Labour and Social Policy:

To adjust to the situation at the labour market!

603. For each of the following types of immigration flows, please indicate the current policy of the Government:

<i>Type of flow</i>	<i>Raise</i>	<i>Maintain</i>	<i>Lower</i>	<i>No intervention</i>	<i>No policy</i>
604. Permanent settlement		X 2			
605. Temporary labour migration	X 1				
606. Seasonal worker migration	X 1				
607. Highly-skilled migration	X 1				
608. Family reunification				X 4	
609. Foreign student admissions	X 1				
610. Refugees				X 4	
611. Asylum-seekers				X 4	
612. Unauthorized or irregular migration			X 3		

Ministry of Labour and Social Policy:

Ad 605, 606, 607

Poland being a member of the European Union applies EU rules concerning the free movement of workers. Labour migration from outside the European Union is considered as a tool to fill gaps in the Polish labour market. The extent to which foreign workers are allowed to undertake employment varies according to the situation in the labour market.

In 2007 a new procedure for employing citizens of neighbouring countries without work permit requirement for a period not exceeding 6 months within 12 consecutive months (with an employer's declaration registered with the labour office) has been introduced. In 2008 there was 156 105 of such declarations.

Ad 611

Students studying in the Republic of Poland (with appropriate residence status) as well as graduates of Polish universities and other schools above the secondary level are entitled to perform work without work permits.

Ministry of Interior and Administration:

Remark: In the case of refugees and asylum-seekers migration management (using administrative methods) is impossible due to the regulations of the Convention Relating to the Status of Refugees of 1951 and EU-wide harmonization of these areas of law. For this reason carrying out a policy in each of these areas is largely limited.

613. Has the Government taken measures to deal with unauthorized migrants or those in an irregular situation?

1. Yes

614. If yes, please describe the nature of the measures implemented to deal with unauthorized migrants or those in an irregular situation.

Immigration.

Ministry of Labour and Social Policy:

- Easier possibility of performing work on a legal basis (simplification of the procedure). New rules came into force in February, 2009 and should decrease the scale of illegal labour migration.
Participation of the Border Guard in investigating the legality of employment

Ministry of Interior and Administration:

One of the measures implemented to deal with unauthorized migrants or those in an irregular situation is the control of the legality of residence and employment verification. As a result, this kind of measure can lead to the obligation to leave the country (many persons caught in an irregular situation choose to leave voluntarily) or to expulsion decisions. In such cases, very useful are readmission agreements which facilitate the readmission of the foreigner to his/her country of origin under the conditions negotiated between the contracting parties. Additionally, there are also law enforcement mechanisms which precludes a foreigner from returning to his/her country of origin immediately, i.e.: registration on the SIS/ putting the foreigner on the list of undesirable persons, financial penalties for employers of irregular migrants etc. Furthermore, there have been two regularisation programmes in Poland conducted recently (in 2003 and 2007), which were aimed at decreasing the number of irregular migrants by legalizing their stay in Poland under certain conditions mentioned in the regulations. It must be also mentioned that an alien who could be expelled to a country where his/her right to life, to freedom and personal safety could be under threat, is issued a permit for authorized stay. This measure is used as a kind of humanitarian status granted to an alien under specified circumstances.

615. Does the Government have bilateral agreements with other countries to facilitate the flow of migrant workers?

1. Yes

616. If yes, please describe the nature of those bilateral agreements.

- Agreement between the Government of the Republic of Poland and the Government of the Federation of Czech-Slovak Republic on the mutual employment of citizens of 16.06.1992 (unpublished)
- Agreement between the Government of the Polish People's Republic and the Government of the Republic of Finland on the exchange of trainees (18.12.1963)
- Agreement between the Government of the Republic of Poland and the Government of the Republic of France on the exchange of participants in professional internships of 29 September 1990 (Journal of Laws 1994, No. 100, item. 489), came into force on 14.05.1991
- Agreement between the Government of the Republic of Poland and the Government of the Republic of France on the employment of seasonal workers 20.05.1992 (unpublished), came into force 15.07.1994
- Agreement between the Republic of Poland and the Kingdom of Spain on the terms and conditions for the reciprocal movement of workers between the two countries dated 21.05.2002 on (Journal of Laws of 2004 No. 216, item. 2191)

- Agreement between the Government of the Republic of Poland and the Government of the Grand Duchy of Luxembourg on the exchange of participants in professional internships of the 29.10.1996 (agreement unpublished)
- Agreement on the deployment of workers of Polish enterprises to carry out contracts of 31 January 1990, as amended (Journal of Laws 1994, No. 98, item 474–476)
- Agreement between the Government of the Republic of Poland and the Government of the Federal Republic of Germany on the employment of workers in order to enhance their professional skills and language (workers – guests) of 7 June 1990 (Journal of Laws 1994, No. 100, item 487)

These agreements, except for the agreement with Germany, do not play any important role in the circumstances of free labour flow within the EU)

Moreover, there is an agreement "Working Holiday Scheme" with New Zealand, which gives the opportunity for sightseeing as well as performing temporary legal work in this country.

617. Does the Government have a policy to facilitate the flow of remittances?

2. No (Go to 619)

618. If yes, please describe the various measures implemented to facilitate the flow of remittances.

Since 2004, when Poland joined the European Union, according to the estimates of the National Bank of Poland emigrants sent to Poland more than 70 billion PLN (about \$ 20 mln . NBP estimates that remittances boost our GDP growth by more than 1% a year.

619. Does the Government have a policy to integrate non-citizens residing in the country?

1. Yes

620. If yes, please describe the various measures implemented to integrate non-citizens.

Immigration.

Ministry of Interior and Administration:

In Poland measures implemented to integrate non-citizens refer to the foreigners granted international protection (recognized refugees or aliens granted subsidiary protection). The general rules on integrating the foreigners are set in the various regulations, and are formed through practice. The categories of the aliens mentioned above are integrated into local communities thanks to social protection. A large part of the implemented actions aimed at integrating non-citizens is financed within the framework of the European **Fund** for the **Integration** of Third-country nationals.

Ministry of Labour and Social Policy

Assistance to persons covered by international protection.

The Government undertakes measures to provide for integration assistance to persons covered by international protection. At present, it applies to refugees and foreigners granted subsidiary protection on the territory of Poland.

The assistance is provided within an **individual integration programme**, agreed between the poviat centre for family support and the foreigner, specifying the amount, the scope and the forms of assistance, depending on the individual life situation of the foreigner and his/her family. The assistance is provided during a period not exceeding 12 months, and its major components are:

- benefits in cash for the maintenance and coverage of expenses connected with the learning of the Polish language,
- the payment of contributions to health insurance specified in the provisions on the general insurance with the National Health Fund,
- specialized guidance.

621. What is the view of the Government concerning the level of emigration from the country?

3. X Not satisfactory, too high, No official position

622. What is the policy of the Government concerning the level of emigration?

3. X Lower the level of emigration

4. X No intervention (Go to 624)

623. Please describe the various policies regarding emigration.

Emigration

Ministry of Interior and Administration:

Emigration from Poland refers mostly to people moving to other EU countries due to the principle of free movement of people within the European Union. This kind of phenomenon is very hard to manage, because the possibilities of intervention within this area are very limited

624. Does the Government have a policy to support temporary emigration of citizens to work abroad?

2. X No (Go to 626)

625. If yes, please describe the various measures taken to support temporary emigration of citizens to work abroad..

626. Does the Government have a policy to support temporary emigration of citizens to study abroad and acquire needed skills?

2. X No (Go to 628)

627. If yes, please describe the various measures taken to support temporary emigration of citizens to study abroad and acquire needed skills.

628. Does the Government have a policy of encouraging the return of citizens who have emigrated?

1. X No

629. If yes, please describe the various measures taken to encourage the return of citizens who have emigrated

Ministry of Interior and Administration:

Poland does not carry out an active policy regarding emigration. According to Government documents, the basic measure taken to encourage the return of citizens who have emigrated is informing them about the policy on the possibilities of coming back to Poland. The Ministry of Labour and Social Policy has launched the website where emigrants can find information about valid Polish labour and insurance regulations, the possibilities of setting up their own business etc., which facilitate decision-making about the possible return of the emigrant. Additionally, for many years Polish authorities (mostly through consulates) have been trying to monitor Polish emigration in different countries and undertake interventions in the case of violation of the right of emigrants.

Ministry of Labour and Social Policy:

The Government is neither intending to encourage our citizens to leave Poland, nor persuading them to come back. Our task is to provide help and information for those who want to return. We fulfill this duty by creating and maintaining the website www.powroty.gov.pl which contains wide range of actual information and advice regarding formalities before and after return, removal, work, running a business, taxes, finances, family, health and social provisions in Poland.

SECTION 7. DATA AVAILABILITY

701. Is there a functioning system of death registration in the country?

1. Yes

702. What is the level of coverage of death registration in the country?

1. 99 to 100 per cent

703. What is the view of the Government concerning the coverage of death registration in the country?

1. CD Major concern

704. Has the Government undertaken any measures to improve coverage of death registration?

1– D Yes

705. If yes, please describe the programmes implemented to achieve universal death registration.

1. Completeness and monitoring of data sets with the use of registry numbers concerning causes of death from death certificates on the basis of death registration.
2. Works on implementing automatic coding of causes of death with the use of ACME (Automatic Coding Medical Effects) and IRIS program are progressing.

706. Is there a functioning system of birth registration in the country?

1. Yes

707. What is the level of coverage of birth registration in the country?

1. O 90 per cent or more

708. What is the view of the Government concerning the coverage of birth registration in the country?

1. Q Major concern

709. Has the Government undertaken any measures to improve coverage of birth registration?

I. Yes

710. If yes, please describe the programmes implemented to achieve universal birth registration.

1. Completeness and monitoring of data sets with the use of registry numbers concerning births from birth certificates on the basis of birth registration.

Replies to this Inquiry should be returned by 30 June 2009 to:
Ms. Hania Zlotnik
Director United Nations Population Division
Two UN Plaza, Room DC2-1950
New York, NY 10017, United States
Telephone: (212) 963-3179 Fax: (212) 963-214

United Nations Department of Economic and Social Affairs/Population Division
United Nations Tenth Inquiry among Governments on Population and Development

Opracowała Dr Alina Potrykowska
Sekretarz Generalny Rządowej Rady Ludnościowej

III. SPRAWOZDANIE Z WYJAZDU DELEGACJI RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ NA 42. SESJĘ KOMISJI LUDNOŚCI I ROZWOJU ONZ nt. „WKŁAD PROGRAMU DZIAŁANIA MIĘDZYNARODOWEJ KONFERENCJI LUDNOŚĆ I ROZWÓJ W MIĘDZYNARODOWE CELE ROZWOJU, UWZGLĘDNIAJĄCE MILENIJNE CELE ROZWOJU”, NOWY JORK, 30.03–3.04 2009 r.

I. CEL WYJAZDU

Celem wyjazdu delegacji RP do Nowego Jorku było wzięcie czynnego udziału w 42. Sesji Komisji Ludności i Rozwoju ONZ, której temat został określony jako: „Wkład Programu Działania Międzynarodowej Konferencji Ludność i Rozwój w międzynarodowe cele rozwoju, uwzględniające Milenijne Cele Rozwoju”

II. SKŁAD DELEGACJI

Skład oficjalnej delegacji rządowej na 42 Sesję Komisji Ludności i Rozwoju ONZ nt. „Wkład Programu Działania Międzynarodowej Konferencji Ludność i Rozwój w międzynarodowe cele rozwoju, uwzględniając Milenijne Cele Rozwoju” był następujący:

Przewodnicząca :

Pani Elżbieta Radziszewska, Sekretarz Stanu w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, Pełnomocnik Rządu ds. Równego Traktowania

Wiceprzewodniczący :

Pan Adam Fronczak, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Pan Andrzej Towpik, Ambasador Stałego Przedstawicielstwa RP przy ONZ

Eksperti:

Pani dr Alina Potrykowska, Sekretarz generalny Rządowej Rady Ludnościowej

Pani Katarzyna Gajewska, Specjalista w Krajowym Centrum ds. AIDS

Pani Agnieszka Klaus, III Sekretarz w Stałym Przedstawicielstwie RP przy ONZ

III. ZADANIA DELEGACJI

W trakcie 42 sesji Komisji Ludności i Rozwoju ONZ delegacja polska uczestniczyła aktywnie w pracach Komisji W dn. 31 marca br. przemówienie dot. polskich doświadczeń w zakresie implementacji Programu Działań oraz problematyki ludnościowej w imieniu RP wygłosił Zastępca Przewodniczącego polskiej delegacji, Pan Minister Adam Fronczak Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia. Tekst przemówienia stanowi Załącznik nr 2.

Pozostali przedstawiciele delegacji brali aktywny udział w generalnej debacie oraz dyskusjach na posiedzeniach zespołów roboczych i komisji organizowanych w ramach programu 42. 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 42. SESJI

Agendę 42. Sesji Komisji ONZ Ludność i Rozwój stanowiły następujące tematy¹:

1. Wybór członków Biura 42. Sesji,
2. Przyjęcie programu i zasad organizacji pracy 42. Sesji,

¹ Program szczegółowy 42. Sesji zamieszcza załącznik 1. Pełna dokumentacja materiałów z 42. Sesji Komisji Ludność i Rozwój ONZ znajduje się na stronie internetowej Departamentu Ludności DESA ONZ w Nowym Jorku: <http://www.un.org/esa/population/cpd/comm2009.htm>

3. Dalszy ciąg działań w zakresie rekomendacji Światowej Konferencji „Ludność i Rozwój”, Kair 1994,
4. Debata generalna – doświadczenia krajowe w temacie „Wkład Programu Działania Międzynarodowej Konferencji Ludność i Rozwój w międzynarodowe cele rozwoju, uwzględniające Milenijne Cele Rozwoju”
5. Realizacja programu i przyszły program pracy Sekretariatu w obszarze zagadnień ludnościowych,
6. Przegląd metod pracy Komisji Ludność i Rozwój,
7. Program na 43. Sesję Komisji,
8. Przyjęcie Raportu Komisji z prac 42. Sesji.

V. KOMISJA LUDNOŚCI I ROZWOJU

Komisja Ludności i Rozwoju jest jedną z dziewięciu komisji funkcjonalnych Rady Gospodarczej i Społecznej ONZ. Została powołana do życia w 1946 r. pod nazwą Komisji ds. Ludności przez Radę (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, monitorowania i oceny postępów w procesie wprowadzania w życie (na poziomach krajowym, regionalnym i międzynarodowym) Programu Działań (*Programme of Action*, PoA) Międzynarodowej Konferencji Ludności i implementacji Rozwoju (*International Conference on Population and Development*, ICPD), przyjętego w 1994 r. w Kairze. Ten postępowy, przełomowy dokument reguluje szereg kwestii z zakresu problematyki ludnościowej i rozwojowej (takich, jak m. in. zrównoważony rozwój, zdrowie, równouprawnienie płci i uprawomocnienie kobiet, rola rodziny, urbanizacja, migracja, edukacja, technologia). 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 .

W roku 2009 w skład Komisji wchodziły następujące państwa:

PAŃSTWA AFRYKAŃSKIE (12 członków)

	Rok zakoń.
Benin	2011
Gambia	2010
Gwinea Równikowa	2011
Kamerun	2009
Kenia	2012
Komory	2009
Maroko	2009
Republika Południowej Afryki	2010
Sierra Leone	2010
Tunezja	2012
Uganda	2012
Zambia	2010

PAŃSTWA AZJI**(11 członków)**

	Rok zakoń.
Bangladesz	2009
Chiny	2010
Indie	2010
Indonezja	2009
Iran	2011
Japonia	2012
Kazachstan	2012
Liban	2010
Malezja	2009
Oman	2010
Sri Lanka	2011

PAŃSTWA EUROPY ŚRODKOWEJ I WSCHODNIEJ**(5 członków)**

	Rok zakoń.
Bułgaria	2009
Chorwacja	2012
Polska	2011
Rosja	2010
Ukraina	2010

PAŃSTWA AMERYKI ŁACIŃSKIEJ I WYSP KARAIBSKICH**(9 członków)**

	Rok zakoń.
Brazylia	2009
Grenada	2011
Gujana	2009
Honduras	2011
Jamajka	2010
Kolumbia	2012
Meksyk	2010
Peru	2009
Urugwaj	2010

PAŃSTWA EUROPY ZACHODNIEJ I INNE**(10 członków)**

	Rok zakoń.
Belgia	2009
Kanada	2009
Finlandia	2012
Niemcy	2009
Holandia	2008
Hiszpania	2011
Szwecja	2010
Szwajcaria	2009
Włk.Brytania	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 42. SESJI KOMISJI LUDNOŚCI I ROZWOJU ONZ „WKŁAD PROGRAMU DZIAŁANIA MIĘDZYNARODOWEJ KONFERENCJI LUDNOŚĆ I ROZWÓJ W MIĘDZYNARODOWE CELE ROZWOJU, UWZGLĘDNIAJĄCE MILENIJNE CELE ROZWOJU”

Tegoroczna sesja przypadła w 15 rocznicę przyjęcia Programu Działań ICPD. Wyjątkowość tej sesji polegająca na tym, że jej termin zbiegł się z 15. rocznicą Międzynarodowej Konferencji na temat Ludności i Rozwoju w Kairze, gdzie przyjęto Program Działań; stanowiła więc okazję do dokonania podsumowań i ocen, czemu sprzyjał także temat sesji: *The contribution of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development to the internationally agreed development goals, including the Millennium Development Goals*.

Podczas obrad Komisji pracowano nad projektem rezolucji „*The contribution of the Programme of Action of the ICPD [International Conference on Population and Development] to the internationally agreed development goals, including the Millennium Development Goals*”, która zawierała wytyczne na następne pięć lat, w celu osiągnięcia celów wyznaczonych w Kairze w 1994 roku.

Pierwszy dzień obrad (sesja 2 i 3) – 30.03.2009

Obrady 42. Sesji otworzyła Przewodnicząca Biura 42. Sesji Komisji Ludność i Rozwój ONZ – Elena Zuniga Herrera, Sekretarz Generalny Rządowej Rady Ludnościowej Meksyku. Pierwszym punktem obrad zgodnie z dokumentem E/CN.9/2009/1– „*Election of officers*” był wybór członków Biura. Jednocześnie Przewodnicząca poinformowała Komisję, że na jej pierwszym posiedzeniu, które miało miejsce w dniu 11 kwietnia 2008 roku, następujące osoby zostały wybrane do składu Biura 42.Sesji jako wiceprzewodniczący zostali wybrani: Ivanka Tasheva (Bułgaria) Yeva Ortiz de Urbina (Hiszpania) i Irene B.M.Tembo (Zambia) oraz p.Raja Nishirwan Zainal Abidin (Malezja), któremu powierzyła dodatkowo funkcję prowadzącego nieformalne konsultacje. Propozycje te zostały jednogłośnie zaakceptowane.

Po wyborze składu Biura Przewodnicząca przeszła do przyjęcia w kolejności dwóch dokumentów: *Provisional Agenda* (dokument: E/CN.9/2009/1) oraz *Organization of work* (dokument E/CN.9/2009/L.1).

Przewodnicząca Komisji, Pani Elena Zuniga Herrera, która dokonała otwarcia 42 sesji podkreśliła ważne znaczenie tematu ponieważ jest on poświęcony 15. rocznicy Międzynarodowej Konferencji na temat Ludności i Rozwoju w Kairze, gdzie przyjęto Program Działań; stanowiła więc okazję do dokonania podsumowań i ocen we wdrażaniu Programu i realizacji Milenijnych Celów Rozwoju.

Przemówienie inauguracyjne Z-cy Sekretarza Generalnego d/s Społeczno-Ekonomicznych **Sha Zukang** (Under Secretary General for Economic and Social Affairs) przedstawiła Pani Rachel Mayanja, która podkreśliła, że w 15. rocznicę przyjęcia Programu Działań konferencji kairskiej (ICPD) w większości krajów rozwijających się zanotowano imponujący rekord osiągnięć jej celów. Najwięcej do zrealizowania pozostaje nadal w krajach najmniej rozwiniętych. Znaczenie 42 sesji Komisji „Ludność i Rozwój” ONZ polega na tym, że Komisja ma ocenić jak implementacja Programu Działań ICPD przyczynia się do osiągnięcia międzynarodowych celów rozwoju oraz oszacować sumę funduszy potrzebnych w realizacji głównych celów Programu do 2015r.

Thoraya Obaid – Dyrektor Wykonawczy Funduszu Ludnościowego Narodów Zjednoczonych, (Executive Director of the United Nations Population Fund – UNFPA), w wystąpieniu pt. „*Putting People First. ICPD @15: Contribution to development goals*” podkreśliła osiągnięcia pierwszych 8 lat XXI wieku w dziedzinie dostępu do edukacji i zdrowia dla najbardziej potrzebujących (pomoc w leczeniu AIDS, prewencja przeciw HIV, malarii i poprawa zdrowia dzieci poprzez szczepienia). Światowy kryzys ekonomiczny stanowi zagrożenie dla kontynuacji działań w celu poprawy zdrowia i redukcji ubóstwa. W apelu o mobilizację środków w celu przeciwdziałaniu ubóstwu i osiągnięciu Milenijnych Celów Rozwoju przedstawiła nowe możliwości wykorzystania zasobów naturalnych, technologii i wiedzy na rzecz dobrobytu ludzi, a szczególnie najbardziej potrzebujących, oraz położenia fundamentów w rozwijaniu globalnego partnerstwa i zrównoważonego rozwoju ekonomicznego, społecznego i środowiska.

Hania Zlotnik – Dyrektor Wydziału Ludności ONZ (Director of the Population Division, Department of Economic and Social Affairs) rozpoczynając swoje wystąpienie powiedziała, że w 15. rocznicę Międzynarodowej Konferencji na temat Ludności i Rozwoju w 1994 r. w Kairze, gdzie przyjęto Program Działań, warto przypomnieć, że 20 lat wcześniej odbyła się pierwsza międzynarodowa konferencja dotycząca relacji ludności i rozwoju, a mianowicie Światowa Konferencja Ludnościowa zorganizowana w Bukareszcie w 1974 r. Obie konferencje inspirowały działania dotyczące ludności, które zaowocowały ważnymi osiągnięciami na rzecz dobrobytu ludzi i postępem w dziedzinie zrównoważonego rozwoju.

Philip Guest – (Assistant-Director Population Division, DESA) przedstawił raport Sekretarza Generalnego (*World Population Monitoring, focussing on the contribution of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development to the internationally agreed development goals, including the Millennium Development Goals, E/CN.9/2009/3*), dotyczący monitorowania rozwoju ludności świata i związany z tematem sesji („Wkład Programu Działania Międzynarodowej Konferencji Ludności i Rozwój w międzynarodowe cele rozwoju, uwzględniające Milenijne Cele Rozwoju”). Raport podkreśla, że gwałtowny wzrost ludności spowodowany wysoką płodnością był związany z wysokim poziomem biedy, niskim poziomem edukacji na szczeblu podstawowym oraz wysoką śmiertelnością dzieci i niemowląt oraz matek. Podkreślono, że wysoka płodność charakteryzująca w większości najmniej rozwinięte kraje powoduje przeszkody w osiągnięciu Milenijnych Celów Rozwoju i że powszechny dostęp do zdrowia prokreacyjnego rekomendowany w Programie Działania ICPD może przyspieszyć osiągnięcie Milenijnych Celów Rozwoju, zwłaszcza w najmniej rozwiniętych krajach świata.

Jose Miguel Guzman – (Chief, Population and Development Branch Technical Division, UNFPA) przedstawił raport Sekretarza Generalnego (*Report of the Secretary-General on the Monitoring of Population Programmes, Focussing on the Contribution of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development to the Internationally Agreed Development Goals, Including the Millennium Development Goals, E/CN.9/2009/4*) dotyczący monitoringu Programów Ludnościowych związanych z tematem “Wkład Programu Działania Międzynarodowej Konferencji Ludność i Rozwój w międzynarodowe cele rozwoju, uwzględniające Milenijne Cele Rozwoju”. Raport opisuje związki między ICPD i Milenijnymi Celami Rozwoju jako przykłady programu pracy Funduszu Ludnościowego ONZ (UNFPA) w pomocy krajom świata we wdrażaniu Programu Działania ICPD, a szczególnie w osiągnięciu Milenijnych Celów Rozwoju. Program Działania ICPD jest kluczowym w podnoszeniu poziomu jakości życia mężczyzn, kobiet, młodzieży i dzieci, populacji szczególnie zagrożonych i słabszych. Indywidualne osoby, mężczyźni i kobiety, muszą mieć wsparcie w edukacji, planowaniu rodziny, przezwycięzaniu ubóstwa, które trapi miliony ludzi i przeszkadza w rozwoju. UNFPA pomaga krajom w przezwycięzaniu biedy przez poprawę i dostęp do zdrowia prokreacyjnego i planowania rodziny, a przez to poprawę zdrowia ludności. UNFPA angażuje się w politykę dialogu i formułowanie polityk na rzecz biednych, np. narodowych planów rozwoju, a szczególnie strategię ograniczania ubóstwa i sektorowych planów zdrowia.

Werner Haug – (Director, Technical Division, UNFPA) przedstawił Raport Sekretarza Generalnego pt. “*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.9/2009/5). Raport zamieszcza informacje o darczyńcach i wydatkach na działania w zakresie programów ludnościowych w krajach rozwijających się i krajach transformacji ekonomicznej w 2007 r., szacunki za rok 2009 i 2010 oraz prognozy na rok 2015. Fundusze pochodzące od darczyńców i krajowe wydatki, które do 2005r. wynosiły rocznie 18,5 mld USD, wyniosą 22 USD mld do 2015r. W przybliżeniu szacuje się, że 2/3 tych sum będą pochodzić z krajów rozwijających się, zaś 1/3 od darczyńców. Zarówno wydatki od darczyńców jak i wydatki krajowe na programy ludnościowe wzrosły. Wydatki pochodzące od darczyńców oszacowano na poziomie 8,1mld USD w 2007 r., zaś krajowe wydatki (to jest wydatki poszczególnych państw rozwijających się na programy ludnościowe) zostały oszacowane na poziomie 18,5 mld USD w roku 2007, (wydatki razem tj. 27 USD mld przewyższyły sumę prognozowaną na 2010r.). Według szacunków sumy te wzrosną w przyszłym okresie. Nowe szacunki uwzględniają zarówno bieżące potrzeby i koszty jak też uwzględniają dodatkowe koszty akcji na podstawie najnowszych badań

i wiedzy. Szacunki te są również oparte na z podejściu metodologicznym w ocenie bieżących kosztów, związanym z dążeniem do osiągnięcia Milenijnych Celów Rozwoju, w szczególności Milenijnych Celów Rozwoju +5 na temat zdrowia matek.

Podczas debaty oświadczenia wygłosili przedstawiciele Rosji, Bangladeszu, Szwajcarii i Kazachstanu i obserwatorzy Sudanu (w imieniu grupy 77 i Chin) oraz Czech (w imieniu Unii Europejskiej i stowarzyszonych krajów).

W dalszej części sesji obrady przebiegały jak w ubiegłych latach, dwutorowo: równoległe odbywały się posiedzenia plenarne oraz nieformalne konsultacje (dot.: projektu rezolucji o tytule pokrywającym się z tematem przewodnim sesji, projektu decyzji ws. tematu przewodniego sesji Komisji w 2011 r. i projektu decyzji w sprawie wstępnego programu obrad 43. sesji Komisji).

Sesję popołudniową rozpoczął **Prof. David Canning** (Professor of Economics and International Health, Harvard School of Public Health), który wygłosił wykład nt. *Ludność, struktura wiekowa i ubóstwo (Population age structure and Poverty)*. Autor analizował współzależności między ludnością a rozwojem gospodarczym, zwłaszcza wpływ składowych wzrostu ludnościowego (płodność i umieralność) na wzrost gospodarczy. Współczynniki płodności i umieralności determinują określoną strukturę wieku ludności, która ma wpływ na rozwój. Autor analizował struktury wieku ludności w różnych regionach świata.

Po wykładzie rozpoczęła się dyskusja, w której udział wzięli: przedstawiciel Tunezji i obserwatorzy Włoch, Izraela, Kuby, a także przedstawiciel Światowej organizacji młodzieży (World Youth Alliance). Następnie rozpoczęła się debata, podczas której prezentowano doświadczenia krajowe, grup krajów lub organizacji międzynarodowych. W kolejności wystąpili przedstawiciele: Iranu, Holandii, Meksyku, Indonezji, oraz ECLAC (Economic Commission for Latin America and the Caribbean), i ESCAP (Economic and Social Commission for Asia and the Pacific).

Drugi dzień obrad (sesja 4) – 31.03.09

31 marca polska delegacja wzięła udział w Światowym Spotkaniu Przygotowawczym do Corocznego Przeglądu Ministerialnego 2009 pt. „*Wpływ światowego kryzysu finansowego na osiągnięcie celów zdrowotnych*”.

Popołudniową sesję 4 rozpoczął **Jean-Pierre Guengant** (Directeur de Recherche, IRD Ouagadougou, Burkina Faso), który wygłosił wykład pt. „*Konsekwencje wzrostu demograficznego w państwach najmniej rozwiniętych*” (*The impacts of population growth on the least developed countries, with special emphasis on the role of reproductive health*). Autor omówił relacje między ludnością a rozwojem, które są złożone, zmienne w czasie i przestrzeni. Jakkolwiek nie ma prostej zależności między rozwojem ludnościowym a ekonomicznym, tym niemniej podkreśla się pozytywny wpływ spadku płodności w procesie rozwoju w krajach najmniej rozwiniętych. Autor scharakteryzował ludność i rozwój w Afryce Środkowej (np. wzrost zmienny i epizodyczny, słaby wzrost produktywności, niska jakość zarządzania, trudności w dysponowaniu surowcami naturalnymi, opóźnione przejście demograficzne, w wyniku którego występuje najniższa długość trwania życia (50 lat) i najwyższa w świecie dzietność (5.0), najwyższy wzrost liczby dzieci w wieku 0–4 lat i najwyższy wzrost ludności (2,5% rocznie). W konsekwencji występuje w tych krajach najwyższa liczba dzieci w wieku szkolnym 5–14 lat, zaś poziom edukacji na szczeblu podstawowym jest niedostateczny i słaby na średnim. W Afryce Środkowej występuje najniższy dochód per capita, co tłumaczy trudności w osiąganiu Milenijnych Celów Rozwoju w tym regionie. Zdaniem autora należy jak najszybciej wdrożyć w tych krajach programy i akcje zgodnie z rekomendacjami i Programem Działań ICPD.

Po wykładzie odbyła się dyskusja z udziałem delegatów USA i obserwatorów: Kataru, Tanzanii i Włoch.

Następnie rozpoczęła się debata na temat narodowych doświadczeń dotyczących wdrażania postanowień ICPD.

W części obrad poświęconej debacie na temat krajowych doświadczeń w zakresie populacji i rozwoju w odniesieniu do międzynarodowych zobowiązań, w tym Programu Działań z Kairu oraz Milenijnych Celów Rozwoju, następujące kraje wygłosiły swoje wystąpienia narodowe: Chiny, Stany Zjednoczone,

Peru, RPA (w imieniu Southern African Development Community), Kazachstan, Indonezja, Belgia, Polska, Chorwacja, Malezja, Kanada, Holandia (w imieniu własnym oraz Burkina Faso i Etiopii), Bułgaria oraz obserwatorzy Gwinei, Egiptu, Norwegii i Mauretanii. Oświadczenie wygłosił przedstawiciel Funduszu na rzecz Dzieci NZ (United Nations Children's Found).

Podczas sesji 4, w dniu 31 marca 2009 przemówienie dotyczące polskich doświadczeń w zakresie implementacji Programu Działań i problematyki ludnościowej w imieniu RP wygłosił Zastępca Przewodniczącego polskiej delegacji, Pan Minister Adam Fronczak Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia. Tekst przemówienia stanowi Załącznik nr 2.

Pozostali przedstawiciele delegacji brali aktywny udział w generalnej debacie oraz dyskusjach na posiedzeniach zespołów roboczych i komisji organizowanych w ramach programu 42. Sesji Komisji ONZ Ludność i Rozwój.

W czasie obrad sesji czwartej i piątej równolegle toczyły się nieformalne negocjacje i konsultacje grup roboczych.

Trzeci dzień obrad (sesja 5 i 6) – 1.04.09

W trzecim dniu obrad podczas sesji 5, w części poświęconej debacie na temat krajowych doświadczeń w zakresie populacji i rozwoju w odniesieniu do międzynarodowych zobowiązań, w tym Planu Działań z Kairu oraz Milenijnych Celów Rozwoju, następujące kraje wygłosiły swoje wystąpienia narodowe: Federacja Rosyjska, Japonia, Brazylia, Maroko, Kenia, Uganda, Tunezja, Meksyk, Jamajka, Finlandia, Szwecja, Urugwaj oraz obserwatorzy Portugalii, Malty, Kataru, Filipin, Kuby, Tanzanii, Nigerii, St. Lucii i Izraela.

W debacie generalnej podsumowującej doświadczenia krajowe w temacie ludności wzięli udział przedstawiciele: Zambii, Sri Lanki i Indii oraz obserwator Ghany i Stały Przedstawiciel Stolicy Apostolskiej.

Dodatkowo wystąpili przedstawiciele organizacji międzynarodowych: Międzynarodowej Organizacji ds. Migracji (IOM) oraz WHO.

Podczas sesji 6 **Armindo Miranda** – (Senior Population Affairs Officer in the Population Division, UN) przedstawił Raport Sekretarza Generalnego opisujący działalność Departamentu Ludności ONZ w 2008 r. (dokument „*Report of the Secretary General on Programme Implementation and Progress of work in the Field of Population in 2008: Population Division, Department of Economic and Social Affairs* – E/CN.9/2009/7) oraz program ramowy działalności Departamentu Ludności ONZ w latach 2010–2011 (dokument: *Draft Programme of Work of the Population Division, Department of Economic and Social Affairs, for the Biennium 2010–2011* – E/CN.9/2009/CRP.1) w zakresie płodności i studiów planowania rodziny, umiarkowania i zdrowia, migracji międzynarodowych, szacunków i projekcji ludności, polityki ludnościowej, ludności i rozwoju.

Odnosnie wdrożenia programu i planu pracy na lata 2010-2011 Departamentu Ludności ONZ, w tematyce ludności wypowiedzieli się przedstawiciele: Kazachstanu, Indonezji, USA, Brazylii i Norwegii, a także reprezentanci ECLAC i ESCAP.

Na pytania przedstawione podczas dyskusji odpowiadała **Pani Hania Złotnik** – Dyrektor Departamentu Ludności ONZ .

Oświadczenia złożyli przedstawiciele następujących organizacji pozarządowych: the International Planned Parenthood Federation, Ipas, the World Youth Alliance, the World Population Foundation, AARP, the Inter-European Parliamentary Forum on Population and Development, Action Canada for Population and Development, the Latin American and Caribbean Women's Health Network and Population Action International.

Czwarty dzień obrad (sesja 7) – 2.04.09

W czwartym dniu obrad odbyła się sesja poświęcona współpracy Komisji z Radą Społeczno-Ekonomiczną ONZ (ECOSOC). Przewodnicząca Rady - Pani Ambasador Luksemburga – **Sylvie Lucas**

oświadczyła, że Rada stała się „strażnikiem” Milenijnych Celów Rozwoju, zaś możliwości współpracy z Komisją „Ludność a Rozwój” są wszechstronne jak nigdy dotąd. Zapewniła, iż ECOSOC wspiera wszelkie wysiłki Komisji w kierunku postępu prac nad agendą światową w zakresie ludności i rozwoju, tym bardziej, iż są one związane tematycznie z Corocznym Przeglądem Ministerialnym 2009 (*“Implementing the internationally agreed goals and commitments in regard to global public health”*).

Pani Przewodnicząca Rady odpowiadała na pytania postawione podczas dyskusji przez przedstawicieli: Hiszpanii, Zambii, USA, Hondurasu i Belgii oraz obserwatora Izraela. Przedstawiciel ESCWA (Economic and Social Commission for Western Asia) wygłosił oświadczenie.

W dniu 2 kwietnia były kontynuowane długotrwałe nieformalne konsultacje.

Nieformalne konsultacje dot. projektu rezolucji 42. sesji Komisji, prowadzone pod przewodnictwem wiceprzewodniczącego Biura 42. sesji, eksperta Stałego Przedstawicielstwa Malesji przy ONZ w Nowym Jorku, Pana Raję Nushirwana Zailana Abidina, przebiegały niezwykle burzliwie.² Przygotowany przez Sekretariat ONZ projekt z nieuzasadnionych przyczyn koncentrował się na zagadnieniu zdrowia prokreacyjnego, pomijając niemal zupełnie pozostałe aspekty problematyki ludnościowej i rozwoju, poruszane w PoA ICPD. W konsekwencji, przede wszystkim tego zagadnienia dotyczyła dyskusja prowadzona w ramach nieformalnych konsultacji. Stąd również ogromne zainteresowanie przebiegiem rozmów ze strony organizacji pozarządowych, których przedstawiciele przez cały okres trwania konsultacji oczekiwali pod salą obrad na wyniki (konsultacje miały charakter międzyrządowy i były otwarte jedynie dla członków oficjalnych delegacji).

Zdając sobie sprawę z kontrowersji związanych z problematyką zdrowia prokreacyjnego, Unia Europejska jeszcze przed rozpoczęciem sesji Komisji podjęła prace nad przygotowaniem wspólnego stanowiska negocjacyjnego. Wypracowane w wyniku długotrwałych dyskusji stanowisko unijne rozpadło się w drugim dniu nieformalnych konsultacji, w wyniku samowolnego i nie uzgodnionego z pozostałymi partnerami poparcia przez Maltę propozycji zgłaszanych przez Syrię i Pakistan do jednego z paragrafów operacyjnych. W związku z tym, w dalszym toku prac nad tekstem projektu państwa członkowskie Unii prezentowały narodowe stanowiska w odniesieniu do kwestii zdrowia prokreacyjnego; UE występowała jako całość przy omawianiu pozostałych kwestii poruszanych w tekście (np. migracji, kwestii humanitarnych i rozwojowych). Stanowiło to przyczynę pewnej dezorientacji wśród pozostałych uczestników rozmów. Należy jednak dodać, że Grupie 77 także nie udało się osiągnąć porozumienia i wypracować wspólnego stanowiska odnośnie projektu rezolucji.

Do najaktywniejszych uczestników konsultacji, obok UE jako całości, należały państwa europejskie: Malta, Irlandia, Polska – konsekwentnie opowiadające się za zmniejszeniem ilości odniesień do praw i usług prokreacyjnych i seksualnych w tekście rezolucji, przede wszystkim jednak za wyraźnym usytuowaniem ww. odniesień w kontekście PoA ICPD, a tam, gdzie było to uzasadnione, także w kontekście postanowień konferencji pekińskiej. Dalej posunięte zastrzeżenia w stosunku do używanych w tekście sformułowań dot. usług/praw/zdrowia prokreacyjnego i seksualnego wysuwały m. in. Syria i Pakistan (domagały się wykreślenia z całości tekstu słowa *sexual* oraz wszystkich odniesień do zdrowia prokreacyjnego), Iran, Sudan, częściowo także Egipt, Peru i Kolumbia.

Równie aktywne były pozostałe państwa europejskie: Wielka Brytania, Szwecja, Dania, Holandia i Finlandia. Prezentowały one przeciwne do ww. stanowisko. Protestowały przeciwko uzupełnianiu odniesień do praw/usług prokreacyjnych i seksualnych o jakiegokolwiek „kwalifikatory” (w ten sposób określając sformułowania typu: *in the context of the ICPD Programme of Action; as agreed/defined/set out in the ICPD Programme of Action* i podobne), argumentując, że prowadzi to do bezpodstawnego zawężania zakresu ww. pojęć. W podobnym duchu występowały m. in. Kanada, Nowa Zelandia, Republika Południowej Afryki, Zambia, Urugwaj i Brazylia. Stany Zjednoczone wyraźnie skłaniały się ku stanowisku prezentowanemu przez ww. grupę państw, co stanowi dość istotny zwrot w stosunku do pozycji zajmowanej przed zmianą administracji amerykańskiej w styczniu br.

Do innych problematycznych zagadnień, które wywoływały długotrwałe dyskusje, należały m. in.: związek pomiędzy kryzysem gospodarczym a implementacją PoA ICPD; migracja; rola społeczeństwa obywatelskiego w zakresie implementacji PoA ICPD; zobowiązania dot. poziomów oficjalnej pomocy rozwojowej.

² Tekst dotyczący negocjacji nad projektem rezolucji tematycznej opracowała Pani Agnieszka Klaus, III Sekretarz w Stałym Przedstawicielstwie RP przy ONZ, Nowy Jork:

Piąty dzień obrad (sesja 8) – 3.04.09

3 kwietnia zakończyła się 42. sesja Komisji Ludności i Rozwoju poświęcona udziałowi Programu Działania Międzynarodowej Konferencji Ludność i Rozwój w międzynarodowych celach rozwoju, uwzględniających Milenijne Cele Rozwoju.

Pomimo trudności i przedłużających się negocjacji projektu rezolucji tematycznej, udało się doprowadzić do terminowego zakończenia sesji i konsensusowego przyjęcia rezolucji.

Podczas ostatniej debaty nad rezolucją tematyczną odbyła się dyskusja w której udział wzięli przedstawiciele: Irlandii, Malty, Peru, Polski, Kolumbii, Chile, Norwegii, Iranu, Stolicy Apostolskiej, Ugandy, USA.

W związku z faktem, iż niektóre postanowienia rezolucji (w szczególności zapisy OP9 i OP27) zawierają odniesienia do usług/praw prokreacyjnych, które nie są w dostatecznie wyraźny sposób usytuowane w kontekście PoA ICPD, po przyjęciu rezolucji przedstawiciel Polski, zgodnie z dotychczasową praktyką w tym zakresie, wygłosił oświadczenie (Załącznik 3). Stwierdzono w nim, iż użyte w tekście projektu odniesienia do *sexual and reproductive health services* i *reproductive rights* powinny być odczytywane w kontekście PoA ICPD i nie mogą być interpretowane jako zachęcanie do, czy też promocja aborcji. Podobne w treści wystąpienia zaprezentowały Irlandia, Malta, Peru, Komory, Kolumbia, Chile, St. Lucia i Syria oraz Stolica Apostolska. Przedstawiciele Irlandii, Peru, Polski, Komorów, Chile i St. Lucii zabrali głos, aby wyjaśnić swoje stanowisko, iż jakiegokolwiek odniesienia do praw reprodukcyjnych lub świadczeń w zakresie zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego powinny być rozumiane w kontekście Programu Działania i nie stanowią promocji ani zachęty do aborcji. Podobne stanowisko zajęli obserwatorzy ze Stolicy Apostolskiej i Malty.

Przedstawiciel Norwegii podkreślił, że w jego kraju aborcja jest możliwa na żądanie od wielu lat, jednak nie wiąże się to ze wzrostem liczby aborcji, lecz raczej z malejącą liczbą ciąż wśród nastolatek.

Przedstawiciel Ugandy przyznał, że pełna realizacja Programu Działania jest ściśle związana z osiągnięciem Milenijnych Celów Rozwoju oraz wezwał państwa członkowskie do realizowania swoich zobowiązań.

Rezolucja została przyjęta ostatniego dnia obrad przez wszystkich członków Komisji Ludności i Rozwoju. Tekst rezolucji (przed zmianą zaproponowaną przez Iran – w akapicie 4, 6 i 27 zamiast *sexual and reproductive health and rights*) wstawiono *sexual and reproductive health and reproductive rights*) stanowi Załącznik nr 4.

Przed zamknięciem ostatniego posiedzenia 42. sesji Komisji Ludności i Rozwoju bez dodatkowych dyskusji przyjęto decyzję dot. specjalnego tematu sesji Komisji w 2011 r wstępny program 43. sesji Komisji oraz wstępną wersję raportu z przebiegu 42. sesji Komisji.

Przemówienia końcowe zaprezentowały: **Rachel Mayanja**, Specjalny Doradca SG ONZ ds. Płci Promocji Kobiet (Assistant-Secretary and Special Adviser on Gender Issues and the Advancement of Women) oraz **Purnina Mane** – Zastępca Dyrektora Wykonawczego Funduszu Ludnościowego Narodów Zjednoczonych (Deputy Executive Director, UNFPA), a także **Hania Zlotnik**, Dyrektor Departamentu Ludności ONZ (Director, Population Division).

W przemówieniach podkreślono wagę i znaczenie 42. jubileuszowej sesji Komisji Ludności i Rozwoju w 15. rocznicę Międzynarodowej Konferencji na temat Ludności i Rozwoju w Kairze, bowiem stanowiła ona okazję do dokonania podsumowań i ocen w zakresie wdrażania Program Działania, w czym nastąpił milowy krok w dziedzinie osiągnięć Milenijnych Celów Rozwoju. Złożono gratulacje organizatorom, pracownikom i Pani Hani Zlotnik - Dyrektor Departamentu Ludności ONZ. Podziękowania i gratulacje złożono członkom Biura 42 sesji, a w szczególności Pani Przewodniczącej Pani-Elenie Zuniga Herrera.

Niezwłocznie po zamknięciu 42. sesji Komisji Ludności i Rozwoju otwarte zostało pierwsze, *stricte* formalne posiedzenie 43. sesji Komisji poświęconej problematyce zdrowia, zachorowalności, umieralności i rozwoju (*Health, morbidity, mortality and development*) celem dokonania wyboru członków Biura 43. sesji.³

W związku z wysunięciem przez Grupę Zachodnioeuropejską (ang. *Western European and Other States Group*) kandydatury Zastępcy Stałego Przedstawiciela Izraela przy ONZ w Nowym Jorku, Ambasadora

³ Biuro wykonuje zadania o charakterze technicznym, przygotowuje sesję Komisji w danym roku i zapewnia jej techniczną obsługę. Członkowie Biura są nominowani przez poszczególne grupy regionalne, następnie zaś wybierani przez członków Komisji. Najczęściej rekrutują się spośród pracowników Stałych Przedstawicielstw poszczególnych krajów przy ONZ w Nowym Jorku, w związku z koniecznością uczestnictwa w posiedzeniach odbywających się w siedzibie Sekretariatu ONZ i zdawania sprawozdań z ich przebiegu członkom grup regionalnych, z których się rekrutują.

Daniela Carmona, na Przewodniczącego Biura 43. sesji Komisji, przedstawiciel Libanu zażądał poddania ww. kandydatury pod głosowanie. w wyniku którego Ambasador Daniel Carmon wybrany został na Przewodniczącego 43 sesji Komisji Ludności i Rozwoju. Kandydatury wysunięte przez pozostałe grupy regionalne nie wzbudziły kontrowersji. Na członków Biura wybrani zostali przez aklamację (jako wiceprzewodniczący) przedstawiciele (pracownicy Stałych Przedstawicielstw,,: Polski -Pani Agnieszka Klaus, Japonii – Pan Shoji Miyagawa, Brazylii – Pan L. G. Rios-Neto i Republiki Południowej Afryki – Pan Lizwi Eric Nkombela Edwardo. Po przeprowadzeniu wyborów Biura, doszło do formalnego zamknięcia posiedzenia.

Obecność przedstawiciela Polski w składzie Biura 43. sesji Komisji Ludności i Rozwoju stanowić będzie okazję do zaakcentowania i uwidocznienia roli Polski jako aktywnego członka Komisji; umożliwi także zdobycie wartościowej wiedzy dotyczącej mechanizmów funkcjonowania tego i podobnych organów ONZ.

Elena Zuniga Herrera, przewodnicząca Komisji, podsumowała sesję mówiąc, że promocja praw prokreacyjnych ma pozytywny wpływ na kobiety i dzieci oraz stanowi inwestycję w kapitał ludzki dla przyszłych pokoleń. Różnice demograficzne przyczyniły się do zwiększenia przepaści pomiędzy bogatymi a biednymi i do niesprawiedliwości i nierówności w odniesieniu do praw człowieka. Kwestie ludnościowe stanowią integralną część rozwoju i są ważne dla wzmocnienia współpracy międzynarodowej, mechanizmów rządowych i zaangażowania politycznego do pełnej realizacji Programu Działań z Kairu.

Dr Alina Potrykowska,
Sekretarz Generalny
Rządowej Rady Ludnościowej

**Economic and Social Council**Distr.: General
9 January 2009

Original: English

Commission on Population and Development**Forty-second session**

30 March-3 April 2009

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: contribution of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development to the internationally agreed development goals, including the Millennium Development Goals.
5. Programme implementation and future programme of work of the Secretariat in the field of population.
6. Contribution of population and development issues to the theme of the annual ministerial review in 2009.
7. Provisional agenda for the forty-third session of the Commission.
8. Adoption of the report of the Commission on its forty-second 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 forty-first session, held the first meeting of its forty-second session for the sole purpose of electing the new Chairman and other officers of the

09-20511 (E) 290109



Commission. The following officers were elected by acclamation: Chairman: Elena Zúñiga Herrera (Mexico); Vice-Chairpersons: Ivanka Tasheva (Bulgaria); Raja Nushirwan Zainal Abidin (Malaysia); Yera Ortiz de Urbina (Spain); Irene Bwalya Muloshi Tembo (Zambia).

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 forty-first session, the Council, in its decision 2008/240, approved the provisional agenda and documentation for the forty-second 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.9/2009/1)

Report of the Bureau of the Commission on Population and Development on its intersessional meetings (E/CN.9/2009/2)

Note by the Secretariat on the organization of work of the session (E/CN.9/2009/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,¹ 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.²

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.

¹ See *Official Records of the Economic and Social Council, 1995, Supplement No. 7 (E/1995/27)*, annex I, sect. I A.

² *Ibid.*, sect. III.

In its decision 2007/1, the Commission reaffirmed that the special theme for the forty-second session in 2009 shall be "Contribution of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development to the internationally agreed development goals, including the Millennium Development Goals".

Documentation

Report of the Secretary-General on world population monitoring, focusing on the contribution of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development to the internationally agreed development goals, including the Millennium Development Goals (E/CN.9/2009/3)

Report of the Secretary-General on the monitoring of population programmes, focusing on the contribution of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development to the internationally agreed development goals, including the Millennium Development Goals (E/CN.9/2009/4)

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.9/2009/5)

4. General debate on national experience in population matters: contribution of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development to the internationally agreed development goals, including the Millennium Development Goals

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 Government 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 in the field of population should continue, *inter alia*, 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.³

³ *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 I, annex II.

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).

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).

The Economic and Social Council, in its resolution 1996/2, requested that main demographic trends be covered biennially, starting in 1997, in a concise report prepared by the Population Division, to be discussed under the agenda item concerning the work programme of the Division.

As indicated in the biennial programme plan and priorities for the period 2008-2009,⁴ 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 address population and development issues effectively. Paragraph 7.13 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 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

⁴ A/61/6 (Prog. 7).

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 the draft programme of work of the Population Division for the biennium 2010-2011. The Commission is invited to review the proposed draft programme of work and provide its comments.

Documentation

Report of the Secretary-General on world demographic trends (E/CN.9/2009/6)

Report of the Secretary-General on programme implementation and progress of work in the field of population, 2008 (E/CN.9/2009/7)

Draft programme of work of the Population Division, Department of Economic and Social Affairs, for the biennium 2010-2011 (E/CN.9/2009/CRP.1)

6. Contribution of population and development issues to the theme of the annual ministerial review in 2009

At its forty-first session, the Commission heard an address by the President of the Economic and Social Council on the various ways in which the Commission might contribute to the new mandates of the Council, in particular the annual ministerial review. In response, the Commission added this item to the agenda of its forty-second session in order to consider the contribution it could make to the annual ministerial review in 2009, whose theme will be: "Implementing the internationally agreed goals and commitments in regard to global public health". The Bureau of the Commission decided to invite the President of the Council to address the Commission under this item in order to launch a discussion on the contribution of population and development issues to the implementation of the internationally agreed goals and commitments in regard to global public health.

7. Provisional agenda for the forty-third 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-third 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-third session of the Commission (E/CN.9/2009/L.2)

8. Adoption of the report of the Commission on its forty-second 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.



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-second session
30 March – 3 April 2009
General debate on national experience
in population matters

Check against delivery

S T A T E M E N T

by

Mr. Adam FRONCZAK

**Under - Secretary of State
Ministry of Health of the Republic of Poland**

New York, March 31st, 2009

Madame Chairperson, Distinguished Delegates, Ladies and Gentlemen,

I would like to congratulate you on organizing the 42th Session of the Commission on Population and Development devoted to the Contribution of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development to the internationally agreed development goals, including the Millennium Development Goals. These are of great significance brought forth by the recapitulation of fifteen years of implementation of the Programme of Action for Population and Development adopted in Cairo. The ICPD Programme of Action together with the Millennium Development Goals constitute a platform of the present and future activity for the Polish Government.

Poland is a European country of a substantial demographic potential, experiencing intensive demographic changes. The dynamics of natural and real population growth, although 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.

Distinguished Delegates,

The main provision in the Polish law ensuring the equal status of women and men appears in order to guarantee their respect and protection, the Government Plenipotentiary for Equal Treatment in the rank of the Secretary of State in the Chancellery of Prime Minister of Poland was appointed in March 2008. Non-discriminatory legislation in Poland has been supplemented in the last decade with a new legislative framework and international commitments as an integral part of the effort to adopt the EU *aquis communautaire*.

The implementation of non-discriminatory legislation was followed by a dynamic economic growth, resulting in the increase in employment levels and households' incomes. In 2007, a relative poverty rate in Poland decreased by over 3 percentage points and amounted to 17.3%, in comparison to the highest poverty levels recorded in the years 2003–2005. The socio-demographic groups especially prone to poverty are children and youths aged 0–17; thus the basic goal of the initiatives carried out in recent years by the Polish Government has been the decrease in the scale of poverty among children. In 2007 a pro-family allowance was introduced. Moreover, in 2008 the *Act on Aid for Persons entitled to Alimony* came into force. It is expected to improve the situation of one-parent families.

Apart from the above, the Government developed a few programs targeted at low-income and young households. In 1994 a system of housing allowances for the poorest households was established, and in 1995 the development of affordable rental housing co-financed by preferential credit granted from *National Housing Fund* resources was initiated. In 2007, the Polish Government in cooperation with local authorities started a program of housing for people in need of social assistance

Madame Chairperson,

The Government of Poland has also undertaken a variety of actions aiming at the improvement in the state of education. These actions are also intended to increase the number of persons with higher education. Since the beginning of the nineties, the number of higher and tertiary education students has been systematically growing. Women prevail among the graduates of higher education institutions. The number of students is to be further increased through the implementation of measures involving scholarship aid programmes and financial support for children and youth from poorer backgrounds. A particular attention is paid to the objective of leveling educational chances in urban and rural areas i.e. by means of the implementation of *The Programme of Education Development in Rural Areas for the years 2008-2013*.

Distinguished Delegates,

One of the priorities of the Ministry of health, in accordance with the Millennium Development Goals, is a reduction of the maternal mortality ratio by three quarters. Since 1994, the infants and children mortality

as well as the prenatal mortality have been reduced by half. The mortality rate of infants and small children in Poland remains at a relatively low level.

In 2007, the number of deaths among children under 1 was 2322, and the infant mortality ratio was 6,0 per 1000 live births. More than a half infant deaths occurred in the first week of life, while 28% infants died in the period between four weeks and one year of life. The majority of infant deaths were caused by infant diseases occurring in pre/post natal period, and 31% by congenital development defects. The main causes of infant deaths arising in the pre/post natal period are disorders related to shortened pregnancy and low birth weight. Another complex of causes in this group are respiratory and cardiovascular disorders. Among causes of deaths due to congenital development defects, circulatory system defects dominate, and account for 37% of deaths while other nervous system defects account for 13% of deaths. The mortality of children aged 1–4 shows the persistence of the downward trend. The most common causes of deaths in this group of children include again disorders beginning in the pre/post natal period and congenital development defects. In reference to maternal mortality levels, it is necessary to state that the frequency of maternal deaths (both of obstetric, and non-obstetric causes) is comparable with the levels in highly developed countries, and can be described as low.

Another indicator of the progress achieved in Poland in terms of the quality of health care is an increase in life expectancy. Nevertheless, it should be noted that while the rates of premature mortality of women does not differ significantly from the mortality of women in highly-developed countries, the rates of premature mortality of men remain considerably higher than, for instance, in Western European countries.

The reproductive health embraces health care and advisory services addressed mainly to women. They are delivered under contracts for: primary health care, specialized ambulatory treatment, hospital care, childbirth classes, infertility treatment, family planning, prenatal and genetic examinations, developmental age gynecology, health promotion programmes, sanitarium treatment. Services provided during, and related to pregnancy, birth and puerpium are free of charge. The availability of methods and means facilitating birth control is growing. Education in this regard is provided mainly in women's clinics and childbirth classes. The most frequently used birth control method are condoms, which are easily available, also in terms of price. 10% of respondents use chemical contraceptives and birth control pills. Patterns of behaviour in the sphere of responsible parenthood are visibly changing. This tendency is reflected – among others - by a growing decrease in the number of teenage mothers. It may be concluded that women's access to the safe and effective means facilitating responsible family planning is guaranteed in Poland

Prenatal care covers all women in Poland. Pursuant to Article 2, item 2a of the *Act on family planning, human embryo protection and conditions of permissibility of abortion*, government administration and territorial self-government bodies – within their competences set forth by specific provisions – are obliged to facilitate free access to information and prenatal examinations, particularly when there is an increased risk or suspicion of genetic or developmental defect of an embryo or a suspicion of incurable disease threatening life of an embryo. According to Polish law abortion “*on request*” is illegal. Prenatal examinations are obligatory carried out in families which face an increased risk of genetic disorders. Health care services covering prenatal examinations, both invasive and non-invasive, are provided to pregnant women by health care units, and individual and collective medical practices.

Moreover, Polish health authorities implement a series of prophylactic programmes concerning – inter alia – an early detection of breast cancer, early detection of cervical cancer, care of families with high risk of genetically determined malignant morbidity.

In our country, there is a relatively stable epidemiological situation with regard to HIV/AIDS. Nevertheless, a potential risk of a fast spread of the epidemics in the region may have a direct impact on the situation in the future. Since 1985 to the end of 2008, the total of 12 068 Poles were diagnosed HIV-positive, 2 189 people developed AIDS, and 962 people died of problems related to AIDS. In 2008, there were 809 newly registered HIV infections, AIDS was diagnosed in 162 people, including 127 men and 34 women. Women and men have an equal access to the antiretroviral treatment. Because of the fact that women due to social and biological factors, are particularly exposed to HIV infection, some of the prophylactic activities, e.g. multimedia campaigns are specifically targeting women.

The systemic tuberculosis control in Poland has a long history beginning in the second decade of the 20th century. The tuberculosis notification rate in 1955 was 450 cases per 100,000 people. Since then the

situation has improved significantly. In 2007, the incidence rate was 22.7 per 100,000 people. Thus, it can be stated that multidrug – resistant tuberculosis does no longer pose a problem. The achievements of the fight with tuberculosis as well as favourable epidemiological trends are indisputable.

Madame Chairperson, Distinguished Delegates,

Poland has been implementing the policy "State ecological policy" of sustainable development since social and economic transformations. The role of climate policy is the Polish contribution to efforts of the international community for the protection of global climate through implementing sustainable development principles, and treating the issue of climate changes, energy, sustainable development and economies gradually shifting towards low-emission, as one common problem.

Poland attaches great significance to environmental protection activities both at the national level, and at the international level through the implementation of climate policy at the European level and on the global forum. Poland hosted the 14th Conference of the Parties to the United Nations Framework Convention on Climate Change which took place parallel to the 4th session of the Conference of the Parties to the Kyoto Protocol in Poznań on December 2008. The Conference considerably contributed to achieving global agreement on climate protection activities after 2012. The Polish Presidency achieved a significant progress in negotiations during the Conference and for the future agreement to efficiently contribute to fight climate change.

Thank you for your attention

STATEMENT OF THE DELEGATION OF THE REPUBLIC OF POLAND

Poland recognizes the importance of this year's session of the Commission on Population and Development which marks the 15th anniversary of the International Conference on Population and Development, and the adoption of its Programme of Action. Poland expresses its utmost thanks and appreciation to the facilitator and the Secretariat for their hard work and efforts in trying to bring Member States to an agreement on the draft resolution entitled *The contribution of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development to the internationally agreed development goals, including the Millennium Development Goals*. In the spirit of cooperation, today we accept the text before us. However, we would like to seize this opportunity to reiterate our understanding that any reference made to the sexual and reproductive health services and reproductive rights should be read in the context of the ICPD Programme of Action, and does not constitute an encouragement to/and the promotion of abortion. We would like to underline that in accordance with Polish law abortion on request is illegal.

Resolution 2009/1
The contribution of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development to the internationally agreed development goals, including the Millennium Development Goals

The Commission on Population and Development.

Recalling the Programme of Action of the International Conference on Population and Development³ and the key actions for its further implementation,⁴

Recalling also the United Nations Millennium Declaration⁵ and the 2005 World Summit Outcome,⁶ 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.

Bearing in mind that 2009 marks the fifteenth anniversary of the International Conference on Population and Development, held in Cairo in 1994, and of the

³ *Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994* (United Nations publication, Sales No. E.95.XIII.18), chap. 1, resolution 1, annex.

⁴ 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.

⁵ See General Assembly resolution 55/2.

⁶ See General Assembly resolution 60/1.

adoption of its Programme of Action, and welcoming the decision of the General Assembly to commemorate it at its sixty-fourth session.⁷

Recognizing that the full implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development and the key actions for its further implementation, including those related to sexual and reproductive health and reproductive rights, which would also contribute to the implementation of the Beijing Platform for Action,⁸ population and development, education and gender equality, is integrally linked to global efforts to eradicate poverty and achieve sustainable development and that population dynamics are all-important for development,

Recognizing also that the full 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 achieve the internationally agreed development goals, including those set forth in the United Nations Millennium Declaration and the 2005 World Summit Outcome, and that these goals are mutually reinforcing,

Recognizing further that population dynamics, development, human rights and sexual and reproductive health and reproductive rights, which contribute to the implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development and the Beijing Platform for Action, empowerment of young people and women, gender equality, rights for women and men to have control over and decide freely and responsibly on matters related to their sexuality and reproduction, free of coercion, discrimination and violence, based on mutual consent, equal relationships between women and men, full respect of the integrity of the person and shared responsibility for sexual behaviour and its consequences, are important for achieving the goals of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development,

Recalling relevant provisions on population and development contained, inter alia, in the Rio Declaration on Environment and Development,⁹ the Plan of Implementation of the World Summit on Sustainable Development ("Johannesburg Plan of Implementation"),¹⁰ the Copenhagen Declaration on Social Development and its Programme of Action,¹¹ the Beijing Declaration and Platform for Action,¹² and the Political Declaration¹³ and the Madrid International Plan of Action on

⁷ See General Assembly resolution 63/9.

⁸ *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, annex II.

⁹ *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.

¹⁰ *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. 1, resolution 2, annex.

¹¹ *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.

¹² *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.

¹³ *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 I.

Ageing, 2002,¹⁴ as well as the 2001 Declaration of Commitment on HIV/AIDS,¹⁵ the Political Declaration on HIV/AIDS of 2 June 2006,¹⁶ the Monterrey Consensus of the International Conference on Financing for Development¹⁷ and the Doha Declaration on Financing for Development,¹⁸

Reaffirming 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,

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 cognizant of the fact that countries are at different stages of this transition, with some countries still experiencing high levels of fertility,

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,

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, sustained economic development and further integration and full participation of developing countries in the global economy,

Noting the important contribution made by migrants and migration to development and its importance as a component of population dynamics as well as the need to identify appropriate means of maximizing development benefits and responding to the challenges which migration poses to countries of origin, transit and destination, especially in light of the current economic and financial crisis,

Noting also the challenges and opportunities of urban growth and internal migration and that, by taking prompt, forward-looking and sustained action, Governments can ensure that those phenomena have a positive impact on economic growth, poverty eradication and environmental sustainability,

Concerned that, given current trends and the negative effects of the global financial and economic crisis, many countries will fall further short of achieving the agreed goals and commitments of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development as well as most of the internationally agreed development goals, including the Millennium Development Goals,

¹⁴ *Ibid.*, annex II.

¹⁵ See General Assembly resolution S-26/2, annex.

¹⁶ See General Assembly resolution 60/262, annex.

¹⁷ *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.

¹⁸ General Assembly resolution 63/239, annex.

Recognizing that under-age and forced marriage and early sexual relationships have adverse psychological effects on girls and that early pregnancy and early motherhood entail complications during pregnancy and delivery and a risk of maternal mortality and morbidity that is much greater than average, and deeply concerned that early childbearing and limited access to the highest attainable standard of health, including sexual and reproductive health, including in the area of emergency obstetric care, cause high levels of obstetric fistula and maternal mortality and morbidity,

Encouraging States to create a socio-economic environment conducive to the elimination of all child marriages and other unions as a matter of urgency, to discourage early marriage and to reinforce the social responsibilities that marriage entails in their educational programmes,

Recalling the commitment to achieve universal access to reproductive health by 2015 as set out in the Programme of Action of the International Conference on Population and Development and the need to integrate this goal in national strategies and programmes to attain the internationally agreed development goals and the Millennium Development Goals, and recognizing that reproductive health and reproductive rights embrace certain human rights that are already recognized in national laws, international human rights documents and other consensus documents, that these rights rest on the recognition of the basic right of all couples and individuals to decide freely and responsibly the number, spacing and timing of their children and to have the information and means to do so and the right to attain the highest standard of sexual and reproductive health, which also includes the right to make decisions concerning reproduction free of discrimination, coercion and violence, as expressed in human rights documents, that in the exercise of this right, they should take into account the needs of their living and future children and their responsibilities towards the community, that the promotion of the responsible exercise of those rights by all people should be the fundamental basis for Government- and community-supported policies and programmes in the area of reproductive health, including family planning, that as part of their commitment, full attention should be given to the promotion of mutually respectful and equitable gender relations and, particularly, to meeting the educational and service needs of adolescents to enable them to deal in a positive and responsible way with their sexuality, that reproductive health eludes many of the world's people because of such factors as inadequate levels of knowledge about human sexuality and inappropriate or poor-quality reproductive health information and services, the prevalence of high-risk sexual behaviour, discriminatory social practices, negative attitudes towards women and girls and the limited power many women and girls have over their sexual and reproductive lives, that adolescents are particularly vulnerable because of their lack of information and access to relevant services in most countries, and that older women and men have distinct reproductive and sexual health issues, which are often inadequately addressed,

Recognizing the need to address the social and economic inequities that increase vulnerability and contribute to the spread of HIV/AIDS, that the global HIV/AIDS pandemic disproportionately affects women and girls, and that the majority of new HIV infections occur among young people,

Concerned that funding levels for the implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development do not meet

the current needs and recognizing that the lack of adequate funding remains a significant constraint to the full implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development,

Welcoming the decision of the Economic and Social Council to devote the high-level segment of its substantive session of 2009 to the topic "Implementing the internationally agreed goals and commitments in regard to global public health",¹⁹

Taking note of the reports of the Secretary-General on world population monitoring²⁰ and on the monitoring of population programmes,²¹ both of which focus on the contribution of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development to the internationally agreed development goals, including the Millennium Development Goals, 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,²²

1. *Reaffirms* the Programme of Action of the International Conference on Population and Development³ and the key actions for its further implementation;⁴

2. *Calls upon* Governments to commemorate the fifteenth anniversary of the International Conference on Population and Development by continuously assessing progress in the implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development and by intensifying the actions to achieve over the next five years the goals and objectives agreed to in Cairo as well as Governments' commitments towards the Millennium Development Goals,⁵ especially targets 5a and 5b;

3. *Recognizes* that development is a complex and multidimensional process, 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;

4. *Calls upon* Governments, with the support of regional and international financial institutions and other national and international actors, to adopt appropriate measures to overcome the negative impacts of the economic and financial crisis on development, ensuring that policies maintain commitment to the internationally agreed development goals, including the Millennium Development Goals;

5. *Also calls upon* Governments, in cooperation with the international community, to reaffirm their commitment to promote an enabling environment to achieve sustained economic growth in the context of sustainable development and to eradicate poverty, with a special emphasis on gender, reducing the debt burden and ensuring that structural adjustment programmes are responsive to social, economic

¹⁹ See Economic and Social Council decision 2007/272.

²⁰ E/CN.9/2009/3.

²¹ E/CN.9/2009/4.

²² E/CN.9/2009/5.

and environmental concerns in order to achieve the Programme of Action of the International Conference on Population and Development, the Beijing Platform for Action⁸ and the Millennium Development Goals;

6. *Further calls upon* Governments, in formulating and implementing national development plans, budgets and poverty eradication strategies, to prioritize actions to address challenges relating to the impact of population dynamics on poverty and sustainable development, keeping in mind that universal reproductive health-care services, commodities and supplies, as well as information, education, skill development, national capacity-building for population and development and transfer of appropriate technology and know-how to developing countries are essential for achieving the Programme of Action of the International Conference on Population and Development, the Beijing Platform for Action and the Millennium Development Goals and can contribute to economic and social development and to poverty eradication;

7. *Urges* Governments, in order to ensure the contribution of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development to the internationally agreed development goals, including the Millennium Development Goals, to, inter alia, protect and promote the full respect of human rights and fundamental freedoms regardless of age and marital status, including by eliminating all forms of discrimination against girls and women, working more effectively to achieve equality between women and men in all areas of family responsibility and in sexual and reproductive life, empowering women and girls, promoting and protecting women's and girls' right to education at all levels, providing young people with comprehensive education on human sexuality, on sexual and reproductive health, on gender equality and on how to deal positively and responsibly with their sexuality, enacting and enforcing laws to ensure that marriage is entered into only with the free and full consent of the intending spouses, ensuring the right of women to have control over and decide freely and responsibly on matters related to their sexuality, including sexual and reproductive health, free of coercion, discrimination and violence, combating all forms of violence against women, including harmful traditional and customary practices such as female genital mutilation, developing strategies to eliminate gender stereotypes in all spheres of life and achieving gender equality in political life and decision-making, which would contribute to the implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development, the Beijing Platform for Action and the Millennium Development Goals;

8. *Also urges* States to enact and strictly enforce laws to ensure that marriage is entered into only with the free and full consent of the intending spouses and, in addition, to enact and strictly enforce laws concerning the minimum legal age of consent and the minimum age for marriage and to raise the minimum age for marriage where necessary;

9. *Further urges* Governments and development partners, including through international cooperation, in order to improve maternal health, reduce maternal and child morbidity and mortality and prevent and respond to HIV/AIDS, to strengthen health systems and ensure that they prioritize universal access to sexual and reproductive information and health-care services, including family planning, prenatal care, safe delivery and post-natal care, especially breastfeeding and infant and women's health care, prevention and appropriate treatment of infertility, quality

services for the management of complications arising from abortion, reducing the recourse to abortion through expanded and improved family planning services and, in circumstances where abortion is not against the law, training and equipping health-service providers and other measures to ensure that such abortion is safe and accessible, recognizing that in no case should abortion be promoted as a method of family planning, treatment of sexually transmitted infections and other reproductive health conditions and information, education and counselling, as appropriate, on human sexuality, reproductive health and responsible parenthood, taking into account the particular needs of those in vulnerable situations, which would contribute to the implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development, the Beijing Platform for Action and the Millennium Development Goals;

10. *Recognizes* that, to address the challenges of population and development effectively, broad and effective partnership between Governments and civil society organizations is essential to assist in the formulation, implementation, monitoring and evaluation of population and development objectives and activities;

11. *Requests* the United Nations funds, programmes and specialized agencies, within their respective mandates, to continue to support countries in implementing the Programme of Action of the International Conference on Population and Development and thus contribute to eradicating poverty, promoting gender equality, improving adolescent, maternal and neonatal health, preventing HIV/AIDS and ensuring environmental sustainability, including to address the negative impacts of climate change;

12. *Urges* Governments to strengthen international cooperation in order to assist in the development of human resources for health through technical assistance and training, as well as to increase universal access to health services, including in remote and rural areas, taking into account the challenges faced by developing countries in the retention of skilled health personnel;

13. *Reiterates* the need for Governments to ensure that all women and men and young people have information about and access to the widest possible range of safe, effective, affordable, evidence-based and acceptable methods of family planning, including barrier methods, and to the requisite supplies so that they are able to exercise free and informed reproductive choices;

14. *Calls upon* Governments and the international community to strengthen their efforts to lower infant and child mortality and ensure that all children, girls and boys alike, enjoy the highest attainable standard of physical and mental health, especially by combating malnutrition, taking measures to prevent and treat infectious and parasitic diseases and eliminating all forms of discrimination against the girl child;

15. *Recognizes* that the largest generation of adolescents ever in history is now entering sexual and reproductive life and that their access to sexual and reproductive health information, education and care and family planning services and commodities, including male and female condoms, as well as voluntary abstinence and fidelity are essential to achieving the goals set out in Cairo 15 years ago;

16. *Calls upon* Governments, with the full involvement of young people and with the support of the international community, to give full attention to meeting the

reproductive health-care service, information and education needs of adolescents to enable them to deal in a positive and responsible way with their sexuality;

17. *Urges* Governments to scale up significantly efforts towards achieving the goal of universal access to comprehensive HIV/AIDS prevention programmes, treatment, care and support by 2010, and the goal to halt and reverse the spread of HIV/AIDS by 2015;

18. *Also urges* Governments to integrate HIV/AIDS prevention, treatment, care and support into primary, maternal and child health-care programmes and integrate sexual and reproductive health information and services into HIV/AIDS plans and strategies, so as to increase coverage of antiretroviral treatment and prevent all forms of transmission of HIV, including mother-to-child transmission, protecting human rights and fighting stigma and discrimination by empowering women to exercise their right to have control over and decide freely and responsibly on matters related to their sexuality, free of coercion, discrimination and violence;

19. *Calls upon* Governments to strengthen initiatives that increase the capacities of women and adolescent girls to protect themselves from the risk of HIV infection, principally through the provision of health care and health services, including for sexual and reproductive health, in accordance with the Programme of Action of the International Conference on Population and Development, and that integrate HIV/AIDS prevention, treatment, care and support, including voluntary counselling and testing and prevention education that promotes gender equality;

20. *Urges* Governments, supported by international cooperation and partnerships, to expand to the greatest extent possible the capacity to deliver comprehensive HIV/AIDS programmes in ways that strengthen existing national health and social systems, including by integrating HIV/AIDS intervention into programmes for primary health care, mother and child health, sexual and reproductive health and nutrition, programmes addressing tuberculosis, hepatitis C and sexually transmitted infections and programmes for children affected, orphaned or made vulnerable by HIV/AIDS, as well as into formal and informal education;

21. *Recognizes* the dire need to increase financial resources for the implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development, particularly for family planning, and calls upon the international community to assist Governments in this regard, to increase funding to reduce unmet needs for family planning, which is far below suggested targets, and to ensure that funding lines for family planning programmes and commodities are included in national budget formulations and that development funding enables the development of quality, comprehensive and integrated reproductive health programmes;

22. *Calls upon* Governments to take into account the linkages of population dynamics, including population growth, changing age structures and spatial distribution, with economic growth and sustainable development in formulating and implementing national development policies and strategies, including those addressing climate change and the current food and financial crises;

23. *Encourages* Member States, assisted, as appropriate, by the offices, agencies, funds and programmes of the United Nations system and other international organizations, to explore ways to strengthen international cooperation in the area of international migration and development in order to address the

negative impact of the current economic and financial crisis on the international migration process and on the migrants themselves in order to reinforce efforts to maximize the benefits of international migration for development, especially in regard to poverty eradication and the improvement of education and health, recognizing that migratory patterns should not unduly benefit particular origin, transit or destination countries, and therefore urges that due recognition be given to the need for concrete actions to strengthen bilateral, regional and international cooperation and dialogue in the area of international migration and development and, where appropriate, to develop and implement national policies and cooperative strategies to ensure that migration contributes to the development of both countries of origin and countries of destination;

24. *Also encourages* Governments to increase and strengthen or, where necessary, develop and implement information, education and communication strategies, programmes and actions to increase awareness, knowledge, understanding and commitment at all levels of society, including among young people, on issues of priority in regard to population and development, and to ensure that all segments of the population, including those who are in vulnerable situations, are taken into account in such strategies;

25. *Reaffirms* strongly that population distribution policies should be consistent with such international instruments, when applicable, as the Geneva Convention relative to the Protection of Civilian Persons in Time of War, of 12 August 1949,²³ including article 49 thereof;

26. *Encourages* Governments, including through technical and financial support and cooperation, to prevent and address, as a matter of priority, deaths and complications related to pregnancy and childbirth, which are still the leading cause of death of women of reproductive age in many developing countries, recognizing that maternal mortality and morbidity have shown very little decline in the least developed countries, that the lack of safe motherhood services is still one of the world's urgent concerns and that reducing maternal mortality and morbidity saves women's lives, protects family health, alleviates poverty and improves opportunities for the next generations;

27. *Recognizes* that sexual and reproductive health and reproductive rights and women's rights and empowerment deserve increased attention in humanitarian assistance and post-crisis recovery, and therefore emphasizes the need for Governments, United Nations agencies, regional and international organizations and non-governmental organizations involved with providing support to countries and regions affected by crises to address the specific needs of those affected in a comprehensive and coherent manner;

28. *Calls upon* Governments, with the help of the international community, as needed, to achieve universal access to quality education, with particular priority given to primary and technical education and job training, to combat illiteracy and to eliminate gender disparities in access to, retention in and support for primary and secondary education and to promote non-formal education for young people, guaranteeing equal access for women and men to literacy centres, in order to benefit fully from the demographic dividend;

²³ United Nations, *Treaty Series*, vol. 75, No. 973.

29. *Urges* developed countries that have not yet done so, in accordance with their commitments, to make concrete efforts towards meeting the target of 0.7 per cent of their gross national product for official development assistance to developing countries and 0.15 to 0.20 per cent of their gross national product to least developed countries, and encourages developing countries to build on the progress achieved in ensuring that official development assistance is used effectively to help meet development goals and targets and, inter alia, to assist them in achieving gender equality and the empowerment of women;

30. *Decides* that, with the agreement and consent of the host country, the United Nations development system should assist national Governments in creating an enabling environment in which the links and cooperation between national Governments, the United Nations development system, civil society, national non-governmental organizations and private sector entities that are involved in the development process are strengthened, including, as appropriate, during the preparation process of the United Nations Development Assistance Framework, with a view to seeking new and innovative solutions to development problems in accordance with national policies;

31. *Urges* Governments to monitor their progress towards the implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development, the key actions for its further implementation and the Millennium Development Goals at the local and national levels and, in this regard, to make special efforts to strengthen relevant national institutions and mechanisms to generate population data, disaggregated, as appropriate, by sex and age and other categories, as needed for monitoring the improvement of maternal health, the achievement of the target of universal access to reproductive health and progress in empowering women and achieving gender equality and to use these data for the formulation and implementation of population and development policies;

32. *Takes note* of the revised cost estimates presented by the Secretary-General for each of the four programme components identified in chapter XIII of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development,²⁴ and urges national Governments and development partners to cooperate closely to ensure that resources are used in a manner which ensures maximum effectiveness;

33. *Requests* the Secretary-General to continue assessing and reporting on the full implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development and the key actions for its further implementation, conducting substantive research on the interrelations between population and development and the negative impacts of the economic and financial crisis on development, including progress towards the achievement of the internationally agreed development goals, including the Millennium Development Goals, and considering the synergies between population dynamics, the goals of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development and the achievement of the internationally agreed development goals, including the Millennium Development Goals.

²⁴ E/CN.9/2009/5, sect. IV.



IV. STANOWISKO RZĄDOWEJ RADY LUDNOŚCIOWEJ W SPRAWIE „BEZPIECZEŃSTWO ZDROWOTNE LUDNOŚCI POLSKI”

Zdrowie jest podstawową wartością w życiu ludzi, a prawo do zdrowia należy do katalogu podstawowych praw człowieka. Realizacja tego prawa w stopniu gwarantującym bezpieczeństwo zdrowotne obywateli musi być wspierana skuteczną polityką państwa.

Bezpieczeństwo zdrowotne stało się strategicznym priorytetem UE, co wynika z nasilania się m.in. takich czynników determinujących zdrowie, jak:

- zmiany demograficzne, w tym starzenie się społeczeństw, co wpływa na zmianę struktury chorób, znacząco podnosi koszty i zagraża równowadze unijnych systemów zdrowotnych;
- zmiany warunków środowiskowych, w tym związanych z klimatem, poszerzającą się sferą nierówności społecznych i przemieszczaniem się całych grup ludności, co sprzyja występowaniu katastrof naturalnych o szerokim, niekiedy globalnym zasięgu oraz zwiększa zagrożenie epidemiczne i bioterroryzmem;
- rozwój nowych technologii, które rewolucjonizują sposób, w jaki promuje się zdrowie, zapobiega zagrożeniom zdrowotnym i leczy choroby.

W obliczu tych wyzwań Komisja Wspólnoty Europejskiej przyjęła na lata 2008–2013 trzy cele strategiczne: 1) propagowanie zdrowia w starzejącej się Europie, 2) ochrona obywateli przed zagrożeniami dla zdrowia; 3) monitorowanie funkcjonowania systemów zdrowotnych i nowych technologii.

Istotą strategii UE z punktu widzenia bezpieczeństwa zdrowotnego jest 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 odpowiedniej opieki zdrowotnej.

Odnosząc się w tym kontekście do bezpieczeństwa zdrowotnego ludności Polski należy mieć na uwadze zmieniającą się w czasie sytuację zdrowotną. W pierwszej dekadzie transformacji ustrojowej nastąpiły w Polsce korzystne procesy, w tym przede wszystkim systematyczny spadek umieralności niemowląt i znaczące obniżenie umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca, co przyczyniło się do stałego wzrostu przeciętnej długości życia. Te korzystne zmiany były wynikiem zarówno realizowanych programów polityki zdrowotnej państwa, jak i prozdrowotnych zmian w stylu życia ludności, zwłaszcza wzrostu spożycia tłuszczów roślinnych. W kolejnej dekadzie obejmującej początek XXI wieku wystąpiły w Polsce pewne niepokojące trendy zdrowotne, w tym:

- po roku 2002 wzrost długości życia uległ spowolnieniu, co powoduje narastanie dysproporcji w stosunku do przeciętnych wskaźników w krajach Unii Europejskiej; długość życia jest silnie różnicowana przez czynniki społeczne, w tym warunki socjalne, wykształcenie, środowisko zamieszkania;
- spadek umieralności niemowląt w Polsce uległ zahamowaniu w 2007 r. a poziom umieralności jest jeszcze wyraźnie (o 1/4) wyższy od przeciętnego w UE; głównym problemem jest umieralność wczesna niemowląt, tzn. w pierwszym tygodniu życia, która w dużym stopniu zależy od jakości opieki medycznej; tymczasem od 2002 roku odstąpiono od realizacji trójstopniowego systemu opieki okołoporodowej jako programu polityki zdrowotnej państwa;
- choroby układu krążenia są znacznie częstszą przyczyną przedwczesnych zgonów mieszkańców Polski niż przeciętnie w UE i niestety w ostatnich latach w Polsce obserwowany w latach 90. spadek przedwczesnej umieralności z ich powodu uległ spowolnieniu;

- nowotwory są najważniejszą przyczyną przedwczesnych zgonów kobiet, ale ogólnie bardziej zagrażają życiu mężczyzn, nie zmniejsza się umieralność kobiet z powodu raka sutka a z powodu raka szyjki macicy zmniejsza się bardzo powoli i jest zawstydzająco wysoka na tle większości krajów UE;
- natężenie zgonów z powodu ogółu przyczyn zewnętrznych, trzeciej co do znaczenia grupy przyczyn zgonów w Polsce, wykazuje powolny trend spadkowy tylko w przypadku kobiet, natomiast w przypadku mężczyzn nie zmienia się w ostatnich latach i jest znacznie wyższe od przeciętnego w UE. Wśród zewnętrznych przyczyn zgonów dominujące znaczenie mają wypadki komunikacyjne, w wyniku których ginie jednak coraz mniej osób, a także samobójstwa, których częstość jest dość ustabilizowana w latach 2000., a które powodują taką samą utratę potencjalnych lat życia mężczyzn jak wypadki komunikacyjne a większą niż zawał serca;
- hospitalizacja ludności w Polsce różni się od większości krajów UE dużą częstością leczenia najmłodszych roczników (poniżej 5 lat), przy znacznie rzadszej hospitalizacji osób najstarszych, powyżej 75 roku życia; stosunkowo niskiej obecnie na tle innych krajów śmiertelności szpitalnej w Polsce z powodu zawału serca towarzyszy wysoka śmiertelność na skutek udarów mózgu;
- mimo stałej poprawy sytuacji epidemiologicznej, zapadalność na wiele chorób zakaźnych w Polsce jest wyższa niż przeciętna w krajach Unii Europejskiej; nadzór nad HIV/AIDS w Polsce nie dostarcza kluczowych informacji dotyczących aktualnych dróg szerzenia się wirusa w populacji, nieznaną jest większość głównych dróg transmisji wirusa HIV w danym miejscu i danym czasie wyklucza możliwość prowadzenia racjonalnych działań ograniczających szerzenie się zakażeń; niebezpiecznie wzrasta liczba zakażeń wzw C; niepokojący jest trend wzrostowy zachorowań na kiłę wrodzoną; od 2004 roku obserwuje się silny trend wzrostowy zachorowań na biegunki u dzieci do lat 2; niewystarczający rozwój diagnostyki laboratoryjnej i jej zbyt mała dostępność utrudniają rozpoznanie sytuacji epidemiologicznej niektórych chorób, co opóźnia wypracowywanie skutecznych metod zapobiegania tym chorobom, niska jest wiarygodność danych epidemiologicznych, w tym danych z rejestracji zachorowań;
- od 2000 roku nasila się dysfunkcja systemu publicznej ochrony zdrowia, czego wyrazem są zakłócenia w funkcjonowaniu opieki podstawowej, zwłaszcza opieki profilaktycznej nad kobietami, dziećmi i młodzieżą, niedostatki ambulatoryjnego leczenia specjalistycznego, zwłaszcza w opiece nad dziećmi, młodzieżą, pacjentami z zaburzeniami zdrowia psychicznego, osobami w wieku podeszłym; problemy w funkcjonowaniu lecznictwa stacjonarnego, w tym oddziałów położniczo-noworodkowych, pediatrycznych i wysokospecjalistycznych; do tej dysfunkcji systemu przyczyniła się także migracja lekarzy i pielęgniarek spowodowana brakiem satysfakcji finansowej pracowników ochrony zdrowia.

Zasygnalizowane zjawiska przyczyniają się do zmniejszenia poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. W kontekście tych wyzwań należy podkreślić, że wydatki na ochronę zdrowia w Polsce zarówno w przeliczeniu na jednego mieszkańca jak i jako procent PKB należą do jednych z najniższych w krajach Unii Europejskiej. Udział wydatków na hospitalizację w wydatkach na ochronę zdrowia jest niższy niż w większości krajów UE, niemniej jednak poziom współpłacenia pacjentów jest również niski, natomiast udział wydatków na leki w wydatkach na ochronę zdrowia jest wysoki, przy jednocześnie niskim udziale środków publicznych.

Z tej przyczyny najważniejszą sprawą do rozwiązania większości lub wszystkich problemów związanych z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia i zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów jest zapewnienie odpowiedniego finansowania systemu opieki zdrowotnej. Istotną część funkcji systemu opieki zdrowotnej pozostaje i musi pozostać dobrem publicznym, za które odpowiedzialność musi ponosić państwo. Na podstawie dogłębnej analizy aktualnej sytuacji i wyważenia proporcji pomiędzy obciążeniem publicznym, obciążeniem państwa, a obciążeniem indywidualnym na zdrowie, powinny zostać podjęte kroki zaradcze w kierunku systemowych zmian w ochronie zdrowia. Przy podejmowaniu takich decyzji należy pamiętać, że zmiana systemu nie jest celem samym w sobie i musi jej towarzyszyć naczelne przesłanie, jakim jest zdrowie narodu i pojedynczego obywatela. Działania mające na celu zwiększenie możliwości dostępu pacjentów do świadczeń zdrowotnych, zniesienie limitów w rozumieniu dostępności do świadczeń, podniesienie jakości świadczeń medycznych, rzeczywistą wycenę świadczeń zdrowotnych, zwiększenie limitów przyjęć na studia medyczne (lekarze, pielęgniarki) powinny być połączone z reorientacją opieki medycznej i dostrzeżeniem istotnej roli promocji zdrowia, oświaty zdrowotnej oraz profilaktyki zagrożeń i chorób.

W opinii Rządowej Rady Ludnościowej konieczne jest podjęcie i realizacja następujących działań w sferze zdrowotnej polityki państwa, które przyczynią się do poprawy kondycji zdrowotnej populacji i zmniejszenia chorobowości i umieralności z przyczyn poddających się zapobieganiu:

- Zapoczątkowanie budowania systemu międzysektorowej współpracy na rzecz stwarzania warunków dla upowszechnienia zdrowego stylu życia z myślą o redukcji społecznych nierówności w zdrowiu, w ramach Narodowego Programu Zdrowia 2007–2015
- Zwiększenie skuteczności realizowanych programów polityki zdrowotnej państwa w zakresie kardiologii i onkologii poprzez wnikliwą ocenę dotychczasowych efektów działań i zwrócenie większej uwagi na promocje zdrowia i profilaktykę, w tym na zadania edukacyjne; dobra jakość leczenia szpitalnego pacjentów z zawałami powinna być utrzymana, natomiast istnieje pilna potrzeba zajęcia się problemem udarów mózgu; profilaktyka chorób zależnych od tytoniu, w tym raka płuca, wymaga dofinansowania, natomiast całkowitej weryfikacji, ze względu na obserwowane załamanie się profilaktyki, wymaga podejście do zachorowań kobiet na raka szyjki macicy i raka piersi.
- Ze względu na narastanie epidemii otyłości i nadwagi konieczne jest nadanie Narodowemu Programowi Zwalczenia Nadwagi i Otyłości oraz Przewlekłych Chorób Niezakaźnych poprzez poprawę żywienia i aktywności fizycznej (POL-HEALTH) 2007–2011 rangi programu rządowego z zapewnieniem finansowania jego realizacji.
- Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i ich zwalczania, co wymaga: podniesienia wiarygodności danych epidemiologicznych, w tym danych z rejestracji zachorowań, stanowiących podstawę większości podejmowanych decyzji; konsekwentnego prowadzenia i unowocześniania wieloletnich programów szczepień ochronnych; zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych i wzmoczonej kontroli higieny w instytucjach medycznych, zakładach kosmetycznych i innych, w których może dochodzić do przerywania ciągłości tkanek; stworzenia systemowych mechanizmów skutecznie przeciwdziałających ograniczaniu zakresu diagnostyki laboratoryjnej wykonywanej w celach epidemiologicznych, czyli na potrzeby zdrowia publicznego, a nie w celu określenia postępowania terapeutycznego.
- Zbudowanie systemu kompleksowej, międzysektorowej opieki gerontologicznej; subwencjom ze strony sektora ochrony zdrowia musi towarzyszyć wsparcie sektora opieki społecznej i utworzenie systemu ubezpieczenia pielęgnacyjnego.
- Poprawa opieki zdrowotnej nad osobami niepełnosprawnymi (liczba tych osób w Polsce w populacji w I wieku produkcyjnym jest według szacunków UE najwyższa wśród krajów członkowskich i wynosi 16%), co wymaga rozwoju kompleksowej rehabilitacji. Zapobieganie zewnętrznym przyczynom zgonów musi być stałym priorytetem zdrowia publicznego.
- Rozpowszechnienie zaburzeń zdrowia psychicznego w Polsce i ich skutki społeczne warunkują pilną potrzebę wdrożenia Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.
- Poprawa opieki nad osobami cierpiącymi na choroby przewlekłe, w tym jakości życia osób chorujących na tzw. choroby rzadkie, poprawa systemu zwalczania bólu i ustalenie standardów opieki paliatywno-hospicyjnej dla dorosłych i odrębnie dla dzieci.
- Konieczne jest reaktywowanie przez Ministerstwo Zdrowia medycyny szkolnej we wszystkich jej funkcjach: promocji zdrowia i profilaktyki oraz leczenia i rehabilitacji. Umożliwienie dzieciom i młodzieży realizowania pełnego ich potencjału życiowego dla zdrowia i rozwoju medycyny szkolnej, w szczególności badań słuchu, wzroku – dla grup dyspersyjnych, które jeśli nie są wykryte wcześniej, powodują ogromne straty w jakości życia młodych ludzi i przyczyniają się do niepełnosprawności w późniejszym wieku.
- Konieczne jest nadanie rzeczywistego priorytetu w polityce państwa opiece zdrowotnej nad matką i dzieckiem, co wymaga: przestrzegania formalnych i merytorycznych zasad trójstopniowego systemu opieki okołoporodowej, podniesienia zakresu jakości opieki profilaktyczno-leczniczej nad kobietą ciężarną i rodzącą, przestrzegania standardów tej opieki i zapewnienia jej pełnej dostępności; zwiększonego zaangażowania państwa w zapobieganie i leczenie niepłodności (łącznie z rozwojem metody *in vitro*), zwiększenia liczby badań prenatalnych; przywrócenia roli pediatry jako lekarza sprawującego opiekę podstawową nad dzieckiem, zahamowania dysfunkcjonalności pediatrycznego lecznictwa szpitalnego, w tym wysoko specjalistycznego.

Podjęcie powyższych działań dotyczących nie tylko systemu ochrony zdrowia, ale zdrowia narodu jest niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego ludności w naszym kraju.

Działania te powinny być podejmowane przy współudziale wszystkich zainteresowanych, w tym m.in. przedstawicieli nauki, organizacji pozarządowych, przedstawicieli pracodawców i środków masowego przekazu.

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 w kwestii zabezpieczenia zdrowotnego 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, 20. 11. 2008 r.

V. SPRAWOZDANIE Z KONFERENCJI „PRZEMIANY LUDNOŚCIOWE W POLSCE. PRZESZŁOŚĆ I PERSPEKTYWY” RZĄDOWEJ RADY LUDNOŚCIOWEJ Z OKAZJI 35-LECIA JEJ FUNKCJONOWANIA POŁĄCZONEJ Z JUBILEUSZOWYM POSIEDZENIEM PLENARNYM RZĄDOWEJ RADY LUDNOŚCIOWEJ

W dniu 14 maja 2009 r. odbyła się konferencja jubileuszowa pt. „Przemiany ludnościowe w Polsce. Przeszłość i perspektywy” z okazji 35-lecia funkcjonowania Rządowej Rady Ludnościowej połączona z posiedzeniem plenarnym RRL.

W konferencji wzięli udział członkowie Rządowej Rady Ludnościowej, przedstawiciele rządu i samorządu województwa mazowieckiego, Sejmu i Senatu RP, środowisk naukowych i medycznych oraz organizacji zawodowych w Polsce.

Otwarcia obrad dokonał Przewodniczący RRL prof. dr hab. **Zbigniew Strzelecki**, który po powitaniu gości nakreślił problematykę oraz cele i kluczowe zdarzenia związane z działalnością Rady. Przypomniwał, iż data powołania Rządowej Komisji Ludnościowej przez ówczesnego premiera Piotra Jaroszewicza w dniu 3 maja 1974 r. przypada obecnie na dzień święta państwowego i ma symboliczne znaczenie.

Zarządzenie nr 44 Prezesa Rady Ministrów z dnia 3 maja 1974 r. w sprawie powołania Komisji Rządowej do spraw koordynacji działań międzyresortowych w zakresie polityki ludnościowej, w celu prowadzenia skoordynowanych działań międzyresortowych w zakresie polityki ludnościowej, jak i udziału Polski w organizacjach międzynarodowych funkcjonujących w dziedzinie polityki ludnościowej, a także przygotowania udziału Polski w Światowej Konferencji Ludnościowej w Bukareszcie w 1974 roku.

Obecnie udział Rady w międzynarodowych organizacjach w dziedzinie polityki ludnościowej i rozwoju demograficznego jest stałym elementem działalności RRL.

W skład Komisji, której pierwszym przewodniczącym został Prof. Kazimierz Secomski, weszli znawcy przedstawieli nauki polskiej, kierujący głównymi instytucjami naukowymi. Członkom, którzy odeszli w 35-letnim okresie działalności Rady, w tym ostatnio zmarłemu Prof. Stanisławowi Wierchowskiemu oddano hołd minutą ciszy.

Tytuł i tematyka konferencji dotyczyła podsumowania okresu 35 lat działalności Rządowej Komisji/Rady Ludnościowej; ważniejszym jednak celem, któremu podporządkowano strukturę konferencji, było zastanowienie się – na tle sytuacji demograficznej Polski i uwarunkowań rozwoju demograficznego w nowym, funkcjonującym od 20 lat systemie społeczno-politycznym oraz 5 lat po uzyskaniu członkostwa Polski w Unii Europejskiej – jaki wpływ na przyszłość rozwoju demograficznego Polski mają te zmiany oraz jakie wyzwania stawiają społeczeństwu polskiemu i gospodarce.

Z ramienia Rządu zaproszenie przyjął minister **Michał Boni**, który od początku wspierał działania Rządowej Rady Ludnościowej i konferencję, podczas której wygłosił oficjalne przemówienie. Podkreślił on znaczenie problematyki, którą się zajmuje RRL. Bogaty dorobek naukowy i polityczny Rady, który dzięki raportom, rekomendacjom, opracowaniom i publicznym wypowiedziom jej członków i środowiska naukowego sprawił, iż myślenie o demografii, potencjale demograficznym i wyzwaniach demograficznych stało się jednym z ważnych elementów myślenia o demograficznej przyszłości Polski i jej rozwoju. Raporty RRL o sytuacji demograficznej Polski w ostatnich latach pozwalają lepiej rozumieć uwarunkowania demograficzne oraz podjąć wyzwania wynikające z procesu starzenia się w perspektywie solidarności pokoleniowej. Istotnym czynnikiem starzenia się społeczeństwa jest przekonanie, że żyjemy dłużej, w lepszych warunkach i lepszej kondycji zdrowotnej. Ważny jest także oprócz systemu ubezpieczeniowego system długoterminowej opieki nad osobami starszymi potrzebującymi wsparcia, co wymaga wprowadzenia w perspektywie kilku lat nowych rozwiązań w sferze polityki społecznej i polityki rynku pracy. Podkreślił znaczenie tzw. *silver economy*, gospodarki traktującej starszych jako wnoszących wiele do rozwoju gospodarki, tworzących wartość dodaną przez aktywność zawodową czy konsumpcję poprzez korzystanie z różnorodnych usług. Zagrożeniem dla potencjału demograficznego kraju, aktywności i równowagi na rynku pracy jest spadek dzietności. Z punktu widzenia wyzwań demograficznych kluczem do znalezienia równowagi na rynku pracy i w gospodarce jest zapewnienie

dobrych warunków zatrudnienia, pracy. Z punktu widzenia solidarności pokoleń są wyzwania, które należy podjąć stymulując politykę rodzinną, warunki do wychowywania dzieci, wzrost dzietności. Nie można we współczesnym świecie zrealizować tych celów bez zrozumienia procesów kulturowych i cywilizacyjnych, które obecnie zachodzą. Jednym z najważniejszych wyzwań XXI w. jest inne spojrzenie na relacje między cyklem życia a cyklem kariery zawodowej. Konieczna jest ustawiczna edukacja przez całe życie, zwłaszcza zmiana kwalifikacji i podtrzymywanie aktywności i pasji osób starszych (uniwersytety trzeciego wieku) w celu rozwoju *silver economy*.

W swym wystąpieniu minister M. Boni zwrócił uwagę na duże znaczenie problemów zróżnicowania potencjału demograficznego Polski w układzie terytorialnym. Szczególne zagrożenie dla rozwoju społeczno-gospodarczego występuje na obszarach wyludniających się, wiejskich i peryferyjnych, z których odpycha za granicę ludność w wieku mobilnym (często oboje lub jedno z rodziców, którzy pozostawiają w kraju dzieci bez opieki lub pod opieką dalszej rodziny czy dziadków). Równie ważne są powroty emigrantów do kraju oraz sytuacja imigrantów w Polsce. Należy je rozpatrywać z punktu widzenia karier i strategii życiowych młodych ludzi. Sytuacja demograficzna a rozwój regionalny to kwestia o decydującym znaczeniu dla przyszłego zrównoważonego rozwoju kraju. Przedstawione zagadnienia są w polu zainteresowań RRL, solidnie analizowane i poddawane wielokrotnym obserwacjom, zaś 35-letnia ciągłość działania Komisji/Rady daje możliwość porównywania zjawisk i obserwowania nowych tendencji. Z tych analiz i uwag Rady wiele czerpią rząd i instytucje rządowe.

Minister M. Boni gorąco podziękował i pogratulował wszystkim tym, którzy przez 35 lat wnosili wkład w pracę i dorobek intelektualny Rządowej Rady Ludnościowej, zaś osobom szczególnie zasłużonym wręczył listy gratulacyjne w imieniu Rządu RP i Premiera Donalda Tuska, a mianowicie: prof. Antoniemu Rajkiewiczowi, dr Halinie Wasilewskiej-Trenkner, dr. Kazimierzowi Dzieńcio, profesorom: Lucynie Frąckiewicz, Robertowi Rauzińskiemu, Zbigniewowi Strzeleckiemu, Józefinie Hryniewicz i Januszowi Witkowskiemu. Życzył wszystkim uczestnikom owocnej konferencji, zaś Radzie kolejnego jubileuszu, dalszej wytrwałości i kontynuacji działalności w służbie państwu i społeczeństwu.

Listy gratulacyjne i życzenia na ręce prof. Z. Strzeleckiego złożyli m.in.: w imieniu Prezesa GUS – prof. Janusz Witkowski, Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego prof. Barbara Kudrycka, Polskie Towarzystwo Demograficzne, Komitet Nauk Demograficznych PAN, Komitet PAN „Polska 2000”, Akademia Ekonomiczna w Katowicach.

W sesji poświęconej 35-leciu działalności i doświadczeń Rządowej Komisji/Rady Ludnościowej udział wzięli pierwsi jej członkowie – prof. Antoni Rajkiewicz oraz pracownicy: dr Kazimierz Dzieńcio, pierwszy długoletni sekretarz Komisji i współpracująca w sekretariacie Komisji – dr Halina Wasilewska-Trenkner oraz obecny przewodniczący Rady – prof. Zbigniew Strzelecki.

Prof. **Antoni Rajkiewicz** w referacie zatytułowanym „Z okazji 35-lecia Rządowej Rady (Komisji) Ludnościowej. Przypomnienia i refleksje” przedstawił genezę powstania Rządowej Komisji Ludnościowej, jej zadania i sposób ich realizacji, najważniejsze dokonania oraz refleksje osobiste. Przypomniał, iż już w połowie lat 50. XX w. pod wpływem wysokiej liczby urodzeń pojawiła się potrzeba powołania centralnego ośrodka zajmującego się w sposób kompleksowy problemami ludnościowymi. Z okazji powołania w 1969 r. Komitetu Badań i Prognoz PAN „Polska 2000” utworzono w jego ramach komisję demograficzną na czele z prof. Kazimierzem Secomskim, do której zadań zaliczono m.in. studia nad wariantami prognoz demograficznych, dopływem kadr, modelem rodziny, problemami ludzi starych, przekształceń sieci osadniczej, mieszkalnictwem itp. Wraz z jej powstaniem wzmógł się nacisk na powołanie rządowego organu koordynacyjnego, zajmującego się sprawami ludnościowymi, tym bardziej że zbliżał się termin kolejnej Światowej Konferencji Demograficznej w Bukareszcie.

Zarządzenie Prezesa Rady Ministrów nr 44 z dnia 3 maja 1974 dotyczyło powołania Rządowej Komisji Ludnościowej do spraw koordynacji działań międzyresortowych w zakresie polityki ludnościowej pod przewodnictwem prof. Kazimierza Secomskiego. W jej skład, imiennie ustalony, weszło 17 osób, w tym 10 pracowników nauki i, m.in. prof. Antoni Rajkiewicz. W Zarządzeniu wymieniono 9 zadań o znaczeniu ciągłym, a dwa dodatkowe uznano za bieżące, tj. przygotowanie udziału Polski w Światowej Konferencji Ludnościowej w Bukareszcie w sierpniu 1974 r. oraz przedstawienie propozycji składu delegacji. W Zarządzeniu z 27 lutego 1975 r. imiennie powołano do Komisji kolejne cztery członkinie i ustanowiono stanowisko sekretarza, powierzone dr Kazimierzowi Dzieńcio, który piastował je nieprzerwanie przez ćwierć wieku. Wspomagała go najpierw dr Halina Wasilewska-Trenkner, a później Krystyna Drzewieniecka.

Dokument rządowy z 1974 r. szeroko określał zadania Komisji, z czasem zmieniał się ich zakres, co ukazuje zestawienie postanowień z 1974 r. i obecnie obowiązujących z 2006 roku. W 1997 r. nastąpiła zmiana nazwy Komisji na Radę, ale jej status jako rządowego organu koordynacyjnego w zakresie polityki ludnościowej się utrzymał. W ciągu 35 lat występowała ciągłość jej istnienia, choć zmieniały się i składy Rady Ministrów (20 razy), i jej prezesi (19 razy). Natomiast Komisja/Rada Ludnościowa tylko raz zmieniła swojego przewodniczącego. Po ponad 24 latach (1974–1998) miejsce profesora Kazimierza Secomskiego zajął prof. SGH Zbigniew Strzelecki, wówczas także podsekretarz stanu w Rządowym Centrum Studiów Strategicznych. Zmieniał się skład Komisji/Rady; przewinęło się przez nią około 200 członków, w tym jedna trzecia powoływana imiennie. W jej skład weszli przedstawiciele resortów i profesorowie reprezentujący nauki demograficzne, medyczne, prawnicze i społeczno-ekonomiczne. Nie obowiązywała i nadal nie obowiązuje zasada kadencyjności. Skład i strukturę Komisji/Rady określają kolejne zarządzenia Prezesa Rady Ministrów (w latach 1974–2007 było ich około 15, przy czym ostatnie z marca 2007 r. zmieniło postanowienie poprzedniego z 2006 r., dotyczące wydawania biuletynu Rady oraz powołania Sekretarza Generalnego). Obsługę administracyjną Komisji-Rady Ludnościowej najdłużej zapewniał centralny organ planowania: PKPG, KP przy RM i CUP, potem krótko Ministerstwo Gospodarki, później Rządowe Centrum Studiów Strategicznych i od 2003 r. Główny Urząd Statystyczny. Do zadań Komisji/Rady Ludnościowej należy zaliczyć:

- 1) gromadzenie i ocenę dokumentacji obejmującej współczesne procesy ludnościowe oraz przygotowywanie zleconych opracowań, opinii itp.;
- 2) opracowywanie i publikowanie corocznych raportów o sytuacji demograficznej wraz z wnioskami i postulatami pod adresem podmiotów publicznych;
- 3) utrzymywanie wielostronnej współpracy i kontaktów międzynarodowych;
- 4) upowszechnianie wiedzy demograficznej, inicjowanie badań i współdziałanie z instytucjami zajmującymi się sprawami ludnościowymi.

Do najważniejszych dokonań RRL prof. Antoni Rajkiewicz zaliczył:

- 1) coroczne przygotowanie i publikowanie *Raportu o sytuacji demograficznej*. Do tej pory ukazały się 33 raporty (pierwszy w 1975 r., zaś ostatni, 33. w 2008 r.) o zbliżonym układzie treści (zazwyczaj uzupełniane tekstem o jednym szczególnie ważnym zjawisku czy kategorii demograficznej) wraz z wnioskami i rekomendacjami pod adresem władz państwowych. Pierwszym adresatem każdego Raportu jest aktualny Prezes Rady Ministrów. Wartościowym uzupełnieniem corocznych Raportów jest „Biuletyn” Rady. Do tej pory ukazały się 53 tomy „Biuletynu”, które stanowią nieocenione kompendium informacji w sferze polityki ludnościowej w kraju i za granicą;
- 2) udział Polski w międzynarodowych, światowych konferencjach ludnościowych: w Bukareszcie w 1974 r., w Meksyku 1984 r. i Kairze w 1994r., podczas której doniosłą rolę odegrała delegacja polska, a zwłaszcza prof. Jerzy Holzer. Polska została członkiem Komisji Ludności i Rozwoju ONZ. Komisja ta zbiera się co roku w celu przegądu realizacji Programu Działania konferencji kairskiej. Członkowie Rady nie tylko uczestniczą aktywnie w spotkaniach międzynarodowych, ale też prowadzą ważne badania porównawcze i organizują w Polsce konferencje z udziałem zagranicznych specjalistów;
- 3) szczególnie przedsięwzięciem Rady był I Kongres Demograficzny (wrzesień 2001 – listopad 2002), zorganizowany głównie z inicjatywy obecnego przewodniczącego. Sposób przeprowadzenia kongresu (ponad roczny ciąg sesji problemowych z licznymi publikacjami), zasięg i znakomite konstatacje diagnostyczne oraz prognostyczne wniosły cenne tworzywo do kształtowania wiedzy i polityki demograficznej w kraju; ożywiły i zespoliły środowiska badawcze oraz kręgi społeczne zatroskane stanem i przyszłością populacji Polski. Dorobek Kongresu stanowi nieprzemijającą wartość poznawczą i metodyczną w działalności Rady.
- 4) publikacje Rady stanowią ważną pomoc dydaktyczną zarówno w nauczaniu demografii, jak i polityki społecznej. W dorocznych konferencjach polityków społecznych zawsze jest obecna sesja demograficzna wspierana materiałami Rady Ludnościowej.

Zdaniem prof. Antoniego Rajkiewicza na krytyczną ocenę zasługuje brak zainteresowania mediów efektami działalności Rady. Stąd za jedno z podstawowych zadań Rady należy uznać ofensywę edukacyjną i informacyjną skierowaną pod adresem wydawców, publicystów i dziennikarzy oraz zwrócenie większej uwagi na jakościową stronę naszego społeczeństwa, zwłaszcza w sferze edukacji. Prof. A. Rajkiewicz ocenił pozytywnie bilans 35-lecia działalności Komisji/Rady i stwierdził, iż warto kontynuować wszystkie te przedsięwzięcia, które służyły pożytkowi społecznemu, pomnażały wiedzę i kształtowały wysoką pozycję międzynarodową Polski.

W następnym wystąpieniu poświęconym 35-leciu działalności Rządowej Komisji/Rady Ludnościowej dr **Kazimierz Dzieńo** przypomniał, jakie były bezpośrednie przyczyny powołania Rządowej Komisji Ludnościowej i podał sporo szczegółowych informacji. Rok 1974 został ogłoszony przez Organizację Narodów Zjednoczonych (ONZ) Światowym Rokiem Ludnościowym. ONZ zalecała przy tej okazji krajom członkowskim powołanie rządowych komitetów ludnościowych. ONZ podjął również decyzję o zwołaniu w sierpniu 1974 r. Światowej Konferencji Ludnościowej w Bukareszcie, na którą zostali zaproszeni przedstawiciele rządów krajów członkowskich oraz międzynarodowe organizacje systemu Narodów Zjednoczonych. Przed Światową Konferencją Ludnościową zwoływane były regionalne konferencje ludnościowe, które wypracowywały swoje stanowiska na konferencję światową. Przedmiotem konsultacji była redakcja dokumentu przygotowana przez Sekretariat ONZ na Światową Konferencję Ludnościową pt. „Światowy Plan Akcji”.

W tej sytuacji powstały sprzyjające warunki do powołania rządowego organizmu ludnościowego; 3 maja 1974 r. powołano „Komisję Rządową do spraw koordynacji działań międzyresortowych w zakresie polityki ludnościowej” w skrócie zwaną „Rządową Komisją Ludnościową”, której zadaniem było m.in. przygotowanie udziału Polski w Światowej Konferencji Ludnościowej w Bukareszcie sierpniu 1974 r. (zapropozowanie składu delegacji rządowej, przygotowanie referatu i programu udziału przedstawicieli Polski w jej obradach).

Początki działalności Rządowej Komisji Ludnościowej, zwłaszcza prace pierwszego zespołu sekretariatu, przedstawiła ciekawie dr **Halina Wasilewska-Trenkner**. Pierwszy egzamin ze swojej kompetencji i sprawności związany z Konferencją Światową Komisja zdała pomyślnie. Jej 13-osobowa delegacja pod przewodnictwem Prof. J. Pajestki była w Bukareszcie bardzo aktywna, a nawiązane kontakty i przywiezione materiały stanowiły cenny wkład do realizacji zadań Komisji.

Rządowa Komisja/Rada Ludnościowa jest również odpowiedzialna za przygotowanie odpowiedzi na ankiety Sekretariatu ONZ na temat ludności i rozwoju, kierowane do rządów państw członkowskich. Była to forma monitoringu realizacji przez rządy zaleceń zawartych w „Światowych Planach Akcji”, które były podejmowane przez Światowe Konferencje Ludnościowe: w Bukareszcie w 1974 r., w Mexico-City w 1984 r. i w Kairze w 1994 r.¹ Rządowa Komisja Ludnościowa współpracowała także z Funduszem Ludnościowym Narodów Zjednoczonych (UNFPA).

W kolejnym wystąpieniu prof. **Zbigniew Strzelecki**, przewodniczący Rządowej Rady Ludnościowej (RRL), podkreślił ogromny dorobek Rządowej Komisji Ludnościowej w 35-leciu jej działalności oraz przedstawił nowe wyzwania i obowiązki RRL w obecnej dekadzie transformacji ustrojowej. Pozytywnie ocenił następujące kwestie:

1. Podstawowym obowiązkiem RRL jest dokonywanie oceny sytuacji demograficznej kraju przez opracowywanie raportów przedkładanych rządowi. Obecnie zmieniono formułę pracy nad raportami, każdy projekt raportu i skład autorski jest bowiem szczegółowo rozpatrywany i zatwierdzany na plenarnych posiedzeniach RRL. Zalecenia i wnioski z raportów w formie rekomendacji są adresowane do poszczególnych resortów i centralnych instytucji w celu ich realizacji. RRL zwraca się m.in. do samorządów terytorialnych jako odbiorców.
2. I Kongres Demograficzny, który odbył się pod patronatem najwyższych władz państwowych (Prezydenta RP i Premiera, Prymasa Polski, marszałków Sejmu i Senatu) był największym przedsięwzięciem w historii RRL, bowiem w ciągu roku zorganizowano 23 konferencje i wydano 24 zwarte publikacje, tematycznie związane z najnowszą sytuacją i polityką ludnościową Polski.
3. Opracowanie założeń polityki ludnościowej RRL przez zespół ekspertów koordynowany przez prof. Bożenę Balcerzak-Paradowską, Dyrektora IPiSS. Dokument opublikowany w *Raporcie 2004* został przedłożony rządowi w 2005 roku.
4. Współpraca z instytucjami rządowymi w zakresie zadań polityki ludnościowej:
 - a) RRL dwukrotnie opiniowała założenia prognozy ludnościowej GUS oraz przyjęła założenia Spisu ludności i mieszkań w 2011 r.;
 - b) RRL ustosunkowała się do aktualizacji Narodowego Programu Zdrowia w kwestii przywrócenia medycyny szkolnej, niepełnosprawności;
 - c) w sprawie Narodowego Planu Rozwoju 2007–2013 RRL wskazała na „odhumanizowanie” Planu i wprowadzenie wyzwań rozwojowych związanych z kształtowaniem przyszłych procesów demograficznych;
 - d) pozytywna ocena RRL projektu polityki rodzinnej (minister J. Kluzik Rostkowskiej).

¹ Rządowa Komisja/Rada Ludnościowa do lipca 2009 r. przygotowała dziesięć ankiet.

5. Współpraca z komisjami ludnościowymi i organizacjami międzynarodowymi:
 - a) corocznie delegacja RRL lub z udziałem przedstawicieli resortów uczestniczy w sesjach Komisji ds. Ludności i Rozwoju ONZ. W tym dziesięcioleciu zmieniono formułę uczestnictwa w sesjach, gdyż zwykle przewodniczył delegacji ambasador stały przy ONZ i ekspert (najczęściej Prof. J. Holzer), obecnie zaś, w zależności od tematyki sesji, delegacji przewodniczy odpowiedni minister resortu, którego problematyka jest wiodącą w posiedzeniach Komisji. Warto nadmienić, iż Polska jest po raz drugi wybrana na członka Komisji ds. Ludności i Rozwoju ONZ na lata 2008–2011, co uzasadniono wiodącym dorobkiem Polski w dziedzinie demograficznej i owocnej działalności na arenie międzynarodowej.
 - b) Polska uczestniczyła w światowych konferencjach Ludnościowych: „Kair +5” oraz w nadzwyczajnym Zgromadzeniu Ogólnym ONZ, które było poświęcone wdrożeniom Programu Działania Konferencji nt. „Ludności i Rozwoju Pekin +5” (delegacji na wysokim szczeblu przewodniczył minister Jerzy Kropiwnicki);
 - c) współpraca RRL z UNDP dotycząca szkolenia pielęgniarzek w celu przygotowania młodzieży do życia w rodzinie i przeciwdziałaniu HIV/AIDS – w dwu rejonach: Polski południowej i wschodniej;
 - d) uczestnictwo RRL w pracach Europejskiego Komitetu Ludnościowego na szczycie Rady Europy w Warszawie w 2005 r. oraz w innych konferencjach ludnościowych (por. „Biuletyn” RRL numery 50 i 51).

Bieżące kierowanie i funkcjonowanie RRL jest oparte przede wszystkim na pracy społecznej, za którą Przewodniczący gorąco podziękował swoim zastępcom: prof. Józefinie Hryniewicz i prof. Januszowi Witkowskiemu, a także wszystkim członkom Rady oraz dotychczasowym sekretarzom Komisji i Rady: dr Kazimierzowi Dzenio, prof. Andrzejowi Ochockiemu, prof. Ewie Frątczak i dr Alinie Potrykowskiej, jak również osobom działającym w Sekretariacie Komisji: dr Halinie Wasilewskiej Trenkner, mgr Krystynie Drzewienieckiej, mgr Eugeniuszowi Kowalczykowi oraz działającej od dziesięciu lat w Sekretariacie RRL mgr Ewie Orzelek (główny specjalista w Gabinetzie Prezesa GUS). Podziękował również wszystkim redaktorom, wydawcom i tłumaczom oraz kierownictwu GUS za siedzibę, obsługę i wsparcie oraz dobrą współpracę merytoryczną i fachową, a także nieistniejącym już instytucjom, które udzieliły wówczas siedziby Komisji i Radzie.

Przewodniczący ocenił bilans działania RRL jako pozytywny, zaś wszystkim, którzy współpracowali w ostatniej dekadzie z RRL wyraził serdeczne podziękowania.

W końcowej części pierwszej sesji konferencji prof. **Zbigniew Strzelecki** i prof. **Janusz Witkowski** wygłosili referat poświęcony demograficznej przeszłości i przyszłości Polski. Autorzy przedstawili podstawowe cechy rozwoju demograficznego kraju po II wojnie światowej (od przyspieszonego rozwoju w latach 50. do jego spowolnienia w 70. i 80. oraz ubytku ludności w latach 90. i obecnie) i na tym tle analizowali wyniki najnowszej prognozy demograficznej GUS do 2035 roku. Analizowano podstawowe składowe elementy ruchu naturalnego i wędrownego w układzie czasowo-przestrzennym. W latach 1989–2008 dochodziło do pogłębienia się różnic międzyregionalnych dot. stanu, dynamiki i struktury ludności, a więc następował proces polaryzacji demograficznej. Różnice we wskaźnikach ruchu naturalnego i migracje prowadzą do pogłębiania różnic rozmieszczenia ludności. Obecnie występują trzy zjawiska z tym związane: a) depopulacja peryferyjnych obszarów wiejskich, b) koncentracja na obszarach metropolitalnych, c) dekoncentracja wewnątrz obszarów metropolitalnych. Konsekwencje demograficzne zmian koncentracji i dekoncentracji ludności są bardzo ważne i będą wpływały na rozwój społeczno-gospodarczy regionów. W świetle prognozy ludnościowej do 2035 r. w Polsce należy oczekiwać kontynuacji niekorzystnych tendencji w rozwoju ludnościowym zarówno pod względem ilościowym (ubytek ludności o 2,5 mln. osób) jak i jakościowym (niekorzystne zmiany i dysproporcje w strukturze wiekowej ludności, selektywne migracje zagraniczne i inne).

W drugiej części obrad odbyła się sesja panelowa pt. „**Badania naukowe podstawą prac RRL**”, pod przewodnictwem prof. **Janusza Witkowskiego**, w której udział wzięło siedmioro wybitnych naukowców. Prof. J. Witkowski nakreślił problematykę panelu, a mianowicie uwarunkowania i konsekwencje rozwoju społeczno-gospodarczego jako podstawy zmian w przyszłości oraz kwestie wynikające z przyszłego rozwoju demograficznego i wyzwania, które nas czekają w sensie polityki gospodarczej i ludnościowej.

Prof. dr hab. **Józefina Hryniewicz** omówiła politykę społeczną i warunki życia, podkreślając, że celem polityki społecznej jest systemowe badanie spójności społecznej i zapobieganie marginalizacji i wykluczeniu społecznemu. Najważniejszym zagadnieniem z punktu widzenia prognozowania polityki

społecznej jest rodzina. Zbadane i udokumentowane procesy zmian w polskich rodzinach nie stanowią wciąż podstawy do programowania zmian w polityce społecznej zarówno na szczeblu państwa jak i samorządów lokalnych. W Polsce przyjęto model tzw. selektywnej polityki społecznej, nie ma powszechnych programów wyrównujących szanse czy selektywnej polityki kierowanej do pewnych grup. Czy polityka społeczna dobrze służy najsłabszym, czy nie wytwarza marginesu, nie wyklucza najsłabszych ze wspólnoty ludzkiej? – ten punkt widzenia na politykę społeczną należy przyjąć, gdy rozpatrujemy ją w kontekście zjawisk i procesów demograficznych.

Prof. dr hab. **Leon Dyczewski** w interesujący sposób przedstawił referat „Kulturowe i indywidualne aspekty wartości dziecka a przyszłość demograficzna Polski”. W ostatnich dziesięcioleciach dokonały się daleko idące zmiany w spojrzeniu na dziecko jako wartość. Dziecko w świadomości społecznej jest dzisiaj wartością cenną, ale względną, uzależnioną od innych wartości, takich jak: dostatek, wygoda, stabilność, rozwój własnych upodobań i aspiracji. W nowoczesnych społeczeństwach pojawiły się koncepcje ściśle wiążące dobrobyt rodziny i społeczeństwa oraz rozwój osobowości kobiety z liczbą dzieci w rodzinie, w następstwie czego wystąpiła silna tendencja ograniczania liczby dzieci w rodzinie i w społeczeństwie². W Polsce powinny być podjęte działania kompleksowe, które wzmacniają postawę prokreacyjną tych osób, które chcą mieć więcej dzieci. Motywacje czysto ekonomiczne, na które zwraca się szczególną uwagę, są niewystarczające. Autor przedstawił postulaty dla polityki społecznej na rzecz wzmacniania postaw prokreacyjnych młodego pokolenia. Jego zdaniem należy: 1) ukazywać dziecko w różny sposób i we wszystkich sytuacjach życiowych, tak aby ono wyraźnie zaistniało w wyobraźni przeciętnego człowieka; 2) kształtować postawę otwartości wobec dziecka i postawę aprobaty dziecka w życiu osobistym, rodzinnym i najbliższego środowiska; 3) wzmacniać wzajemne powiązania motywów posiadania dziecka, łączyć motyw: osobiste, społeczne, etyczne, wychowawcze, religijne; 4) kształtować formy lepszego wspierania opieki nad dzieckiem i jego wychowywaniem poprzez bardziej sprawiedliwe niż dotychczas dodatki rodzinne, ulgi podatkowe itp.; 5) kształtować bardziej elastyczny system pracy zawodowej dla kobiet i mężczyzn mających dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym; harmonijnie łączyć godziny pracy zawodowej z rytmem życia małego dziecka i życia rodzinnego; 6) rozbudować infrastrukturę ułatwiającą pielęgnację, opiekę i wychowanie małego dziecka.

Prof. dr hab. **Janusz Szymborski** przedstawił problematykę zdrowia i politykę zdrowotną, obejmującą różne instrumenty i działania. Prawo do zdrowia i równość obywateli w dostępie do opieki zdrowotnej są podstawowymi, lecz rzeczywistości nieskutecznymi prawami, głównie z powodu nierówności społeczno-ekonomicznych. J. Szymborski przedstawił cztery zagadnienia, które RRL podczas I Kongresu Demograficznego udokumentowała, a szczególnie choroby układu krążenia i choroby nowotworowe jako najczęstsze przyczyny przedwczesnej umieralności w Polsce, dzięki czemu powołano rządowe programy kardiologiczne i onkologiczne. Jest to duże osiągnięcie RRL, bowiem I Kongres Demograficzny zmusił elitę rządzącą do przyjęcia tych programów. Pozostałe dwa obszary dyskutowane wciąż czekają na wsparcie, a mianowicie opieka medyczna nad osobami starszymi oraz opieka nad matką i dzieckiem, a zwłaszcza nad młodzieżą, które są nadal poważnym wyzwaniem dla polityków.

Prof. dr hab. **Irena Kotowska** omówiła problem „Rodzina a rynek pracy”, zwracając uwagę na kwestię wzrostu zatrudnienia grup, które są „niedoinwestowane” na rynku pracy, zwłaszcza kobiet. Konieczne są działania na rzecz wzrostu zatrudnienia kobiet, a także wzrostu dzietności. Funkcjonowanie rodziny na rynku pracy jest dość trudne, szczególnie w warunkach przedłużającej się nieobecności ich członków i w sytuacji gdy jest tak poważny niedorozwój usług społecznych. Autorka uważa, iż rozwój usług społecznych pomoże rodzinom funkcjonować lepiej i zredukować ponoszenie przez nie bezpośrednich kosztów.

Prof. **Robert Rauziński** przedstawił „Migracje zagraniczne Polaków w XX i XXI wieku” oraz uzasadnił tezę, że Polska była i jest krajem ludzi migrujących i skłonnych do emigracji zarobkowych. Wpływ migracji zagranicznych na bilans ludności kraju był wysoce niekorzystny i nie sprzyjał rozwojowi społeczno-gospodarczemu. Lata transformacji ustrojowej (1989–2009) to głównie okres masowych czasowych migracji zarobkowych. Podstawowym pytaniem badawczym z myślą o XXI wieku jest problem czy młode pokolenie Polaków będzie musiało emigrować za pracą. Wyraźny spadek zasobów pracy do 2035 r. może być czynnikiem ograniczającym emigrację zarobkową z punktu widzenia lepszych szans uzyskania

² W Polsce od lat 50. systematycznie spada całkowita dzietność kobiet, która w 1950 r. wynosiła 3,705, w 2000 r. – 1,367, a w 2007 r. – 1,306. W ciągu jednego pokolenia (1982–2007) liczba urodzeń żywych na 1000 ludności w Polsce zmalała z 19,5 do 9,7.

pracy na krajowym rynku pracy. Nastąpi też proces wyczerpywania się istniejących rezerw zasobów pracy skłonnych do emigracji. Autor sformułował następujące tezy i wnioski ważne dla aktualnej polityki migracyjnej kraju:

1. Potrzeba wypracowania jasnej doktryny polityki migracyjnej, z uwzględnieniem zrównoważonego rozwoju całej wspólnoty europejskiej.
2. Uznanie swobodnego przepływu zasobów pracy jako akceptacji zasady państwa demokratycznego i społecznej karty UE oraz sprzyjanie repatriacji Polaków z dawnych obszarów ZSRR.
3. Umacnianie więzi społecznych emigrantów z krajem i ochrona prawna emigrantów sezonowych.
4. Wzrost skłonności do emigracji i trwałości zjawiska emigracji zarobkowej wskazuje na potrzebę prowadzenia aktywnej polityki zatrudnienia, pośrednictwa pracy i poradnictwa zawodowego dla emigrantów.
5. Słabnący potencjał migracyjny w kraju do 2035 roku.
6. Migracje zagraniczne (stałe i czasowe) powinny być uznane w strategii rozwoju kraju za ważny jego element kształtujący rozwój.

Prof. dr hab. **Janina Józwiak** omówiła badania i edukację w zakresie demografii, podkreślając rolę RRL jako inicjatora i koordynatora badań naukowych, szczególnie w skali międzynarodowej. W obecnym stanie wiedzy jest nieodzowny udział w międzynarodowych programach badawczych i edukacyjnych. Prof. J. Józwiak wskazała na nowe podejścia w badaniach demograficznych na pograniczu z polityką ludnościową, czemu służyły europejskie konferencje (1st Forum on the Europe Demographic Future, 2004; 2nd Europe Demographic Forum, 2008). Pojawiają się nowe inicjatywy, np. European Population Publishing, która ma odpowiadać za dyfuzję informacji o procesach ludnościowych w Europie i wspólne przedsięwzięcia, które mają przekonywać polityków do podejmowania działań na rzecz poprawy sytuacji demograficznej. Powstają wspólne inicjatywy w dziedzinie edukacji np. Europejska Szkoła Doktorancka w zakresie demografii na najwyższym światowym poziomie.

Procesy demograficzne zmieniały swój charakter. Ta przemiana polega na ich niepewności i nieprzewidywalności, skrajności w procesach demograficznych oraz na trudności w formułowaniu polityki. Rozumienie procesów demograficznych i proces zmian są niezwykle skomplikowane w tym sensie, że postępuje destandardyzacja zachowań demograficznych ludzi, (tzw. biografie demograficzne), które są zróżnicowane ze względu na wielość ról, jakie pełnią. Z tego powodu proces formowania rodzin i decyzji o urodzeniu dziecka jest silnie uwarunkowany wieloma czynnikami i każda jednostka/osoba może inaczej reagować na podobne bodźce lub podobną zewnętrzną sytuację materialną, społeczną itp. Potrzebne są więc nowe techniki badawcze i interdyscyplinarne projekty badawcze (np. GGP) i tu jest ważna rola RRL do spełnienia jako inicjatora i koordynatora nie tylko badań, lecz pomysłów i idei specyficznych badań, które by mogły być wykorzystane z korzyścią dla polityki.

Prof. **Janusz Witkowski** w podsumowaniu dyskusji panelowej – w której m.in. podnoszono problemy relacji między demografią a polityką społeczną, niespójność polityki społecznej (prof. A. Kurzynowski), aplikacyjności badań demograficznych i wykorzystania jej dla praktyki (prof. B. Balcerzak-Paradowska), kompleksowego interdyscyplinarnego spojrzenia na procesy demograficzne (dr P. Kaczmarczyk, prof. J. Józwiak) oraz kwestie, jak określone elementy w sferze polityki społeczno-gospodarczej powinny wpływać na przebieg procesów demograficznych (prof. I. Kotowska), ujęć regionalnych (dr M. Stanny), problematyki kryzysu gospodarczego (dr. H. Wasilewska-Trenkner) – zwrócił uwagę na potrzeby określonych rozwiązań w sferze polityki społeczno-gospodarczej uwzględniające sytuację ludnościową.

Prof. **Zbigniew Strzelecki** dokonując podsumowania jubileuszowej konferencji RRL, ocenił ją jako owocną i ukazującą nowe perspektywy w badaniach demograficznych oraz nowe możliwości działania Rady w służbie nauce i społeczeństwu.

Opracowała:
Sekretarz Generalny RRL
dr **Alina Potrykowska**

Zatwierdził:
Przewodniczący RRL
prof. SGH dr hab. **Zbigniew Strzelecki**

Załącznik:

Lista obecności na Posiedzeniu Plenarnym w dniu 14 maja 2009 r.



**Lista obecności na Posiedzeniu Plenarnym RRL
w dniu 14 maja 2009 roku**

Lp	Imię	Nazwisko	Podpis
1.	Ewa	Adach-Stankiewicz	<i>Stankiewicz</i>
2.	Wojciech	Adamczewski	
3.	Wiesław	Adamczyk	<i>Adam</i>
4.	Grażyna	Ancyparowicz	<i>GA</i>
5.	Mieczysław	Augustyn	
6.	Maria	Balcerowicz-Szcutnik	<i>Balcerowicz S</i>
7.	Bożena	Balcerzak-Paradowska	<i>Balcer</i>
8.	Janusz	Balicki	
9.	Beata	Balińska	<i>Balińska</i>
10.	Alina	Baran	<i>Baran</i>
11.	Jan	Berger	<i>Berger</i>
12.	Tomasz	Białas	<i>T. Białas</i>
13.	Renata	Bielak	<i>Bielak</i>
14.	Adam	Bierzyński	
15.	Monika	Bieniek	<i>Bieniek</i>
16.	Biruta	Skrętowicz	<i>Biruta</i>
17.	Michał	Boni	
18.	Iwona	Boniecka	<i>Boniecka</i>
19.	Sławomir	Brodziński	
20.	Zdzisław	Bujas	
21.	Bogdan	Chazan	<i>Bogdan</i>
22.	Agnieszka	Chłoń -Domińczak	
23.	Mariola	Chojnacka	
24.	Władysława	Czech-Matuszewska	<i>Władysława</i>
25.	Jerzy	Czerwiński	
26.	Bożena	Degórska	
27.	Joanna	Didkowska	
28.	Halina	Dmochowska	<i>Halina</i>



Lp	Imię	Nazwisko	Podpis
29.	Henryk	Domański	
30.	Barbara	Domaszewicz	<i>Domaszewicz</i>
31.	Krystyna	Drzewieniecka	
32.	Leon	Dyczewski	<i>Dyczewski</i>
33.	Janusz	Dygaszewicz	
34.	Kazimierz	Dzienio	<i>Dzienio</i>
35.	Lucyna	Frąckiewicz	
36.	Ewa	Frączak	
37.	Izaskaw	Frenkel	<i>Frenkel</i>
38.	Andrzej	Gałązka	
39.	Dorota	Gardias	
40.	Mirosława	Gazińska	<i>Gazińska</i>
41.	Elwira	Gross-Gołacka	<i>Gross-Gołacka</i>
42.	Jan	Guz	<i>Guz</i>
43.	Małgorzata	Hirszel	
44.	Józefina	Hrynkiewicz	<i>Hrynkiewicz</i>
45.	Anna	Iwańczyk	<i>A. Iwańczyk</i>
46.	Marek	Jerczyński	
47.	Maria	Jeznach	<i>M. Jeznach</i>
48.	Janina	Jóźwiak	<i>Jóźwiak</i>
49.	Paweł	Kaczmarczyk	<i>Kaczmarczyk</i>
50.	Longina	Karczmarek	<i>Karczmarek</i>
51.	Ewa	Kopacz	
52.	Dagmara	Korbasińska	<i>Korbasińska</i>
53.	Piotr	Korcelli	<i>Korcelli</i>
54.	Ewa	Korcelli - Olejniczak	<i>Korcelli - Olejniczak</i>
55.	Marek	Kupiszewski	
56.	Zofia	Kostrzewa	<i>Z. Kostrzewa</i>
57.	Irena E.	Kotowska	<i>Kotowska</i>
58.	Jerzy T.	Kowaleski	<i>Jerzy T. Kowaleski</i>



Lp	Imię	Nazwisko	Podpis
59.	Irena	Kowalska	
60.	Krzysztof	Kowalski	
61.	Zofia	Kozłowska	<i>nr. Kozłowska</i>
62.	Franciszek	Kubiczek	<i>K. Kubiczek</i>
63.	Jolanta	Kulus	<i>Jolanta Kulus</i>
64.	Jolanta	Kurkiewicz	<i>Jolanta Kurkiewicz</i>
65.	Ireneusz	Kuropka	<i>Ireneusz Kuropka</i>
66.	Adam	Kurzynowski	<i>Adam Kurzynowski</i>
67.	Bogusław	Lasocki	
68.	Kazimierz	Latuch	<i>Kazimierz Latuch</i>
69.	Adam	Leszkiewicz	
70.	Krzysztof	Lewandowski	<i>Krzysztof Lewandowski</i>
71.	Wiesław	Łagodziński	<i>Wiesław Łagodziński</i>
72.	Tomasz	Makowski	
73.	Grażyna	Marciniak	<i>Grażyna Marciniak</i>
74.	Joanna	Mazur	
75.	Janusz	Moszyński	
76.	Marek	Mroczkowski	
77.	Marcin	Nawrot	
78.	Marek	Niechciał	<i>Marek Niechciał</i>
79.	Lucyna	Nowak	<i>Lucyna Nowak</i>
80.	Anna	Nowożyńska	<i>Anna Nowożyńska</i>
81.	Józef	Oleński	
82.	Tadeusz	Otdakowski	<i>Tadeusz Otdakowski</i>
83.	Ewa	Orzełek	<i>Ewa Orzełek</i>
84.	Marek	Osiński	
85.	Wojciech	Pędich	<i>Wojciech Pędich</i>
86.	Bolesław	Piecha	
87.	Bolesław	Piechota	
88.	Maria	Pierzynowska	<i>Maria Pierzynowska</i>



Lp	Imię	Nazwisko	Podpis
89.	Włodzimierz	Pisarski	
90.	Alina	Potrykowska	<i>Alina Potrykowska</i>
91.	Antoni	Rajkiewicz	<i>Antoni Rajkiewicz</i>
92.	Robert	Rauziński	<i>Robert Rauziński</i>
93.	Andrzej	Rączaszek	<i>Andrzej Rączaszek</i>
94.	Iwona	Roeske-Słomka	<i>Iwona Roeske-Słomka</i>
95.	Dominika	Rogalińska	<i>Dominika Rogalińska</i>
96.	Kazimierz	Rusinek	
97.	Zbigniew	Rykowski	<i>Zbigniew Rykowski</i>
98.	Barbara	Sakson	<i>Barbara Sakson</i>
99.	Włodzimierz	Sekula	
100.	Władysław	Sidorowicz	
101.	Piotr	Siewierski	
102.	Irena	Skrzypczak	
103.	Krystyna	Slany	
104.	Zofia	Stońska	<i>Zofia Stońska</i>
105.	Izydor	Sobczak	<i>Izydor Sobczak</i>
106.	Monika	Stanny	<i>Monika Stanny</i>
107.	Joanna	Stańczak	
108.	Dariusz	Stańko	
109.	Zbigniew	Strzelecki	<i>Zbigniew Strzelecki</i>
110.	Dorota	Szałtys	
111.	Katarzyna	Szamotołska	<i>Katarzyna Szamotołska</i>
112.	Kazimierz	Szczygielski	
113.	Ryszard	Szubański	
114.	Piotr	Szukalski	
115.	Janusz	Szyborski	<i>Janusz Szyborski</i>
116.	Wanda	Tkaczyk	
117.	Gertruda	Uścińska	
118.	Tadeusz	Walczak	<i>Tadeusz Walczak</i>



Lp	Imię	Nazwisko	Podpis
119.	Małgorzata	Waligórska	
120.	Halina	Wasilewska-Trenkner	
121.	Grzegorz	Węclawowicz	
122.	Aleksander	Welfe	
123.	Janusz	Witkowski	
124.	Alina	Wojtowicz-Pomierna	
125.	Witold	Woźniak	
126.	Izabella	Zagoździńska	
127.	Witold	Zatoński	
128.	Katarzyna	Zboś	
129.	Magdalena	Zbrzeźna	
130.	Eugeniusz	Zdrojewski	
131.	Agnieszka	Zgierska	
132.	Antoni	Żurawicz	
133.	Jacek	Życiński	
134.	Beata	Kacymirko	
135.	Krzysztof	Zdziejewski	
136.	Wiesław	Wiesław	
137.	Władysław	Ignaciuk	
138.			
139.			
140.			
141.			
142.			
143.			
144.			
145.			
146.			
147.			



VI. SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI RZĄDOWEJ RADY LUDNOŚCIOWEJ W 2008 R.

Spis treści:	Strona
Wprowadzenie	1
I. Posiedzenia plenarne RRL	3
II. Raport Rządowej Rady Ludnościowej pt. „Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2006–2007”	4
III. Komisja ONZ ds. Ludności i Rozwoju	15
IV. Udział w konferencjach krajowych i międzynarodowych	15
V. Posiedzenia Prezydium RRL oraz prace sekretariatu RRL	17

Załączniki:

1. Protokół z posiedzenia plenarnego Rządowej Rady Ludnościowej z dnia 13 marca 2008 r.
2. Protokół z posiedzenia plenarnego Rządowej Rady Ludnościowej z dnia 12 maja 2008 r.
3. Protokół z posiedzenia plenarnego Rządowej Rady Ludnościowej z dnia 20 listopada 2008 r.
4. 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.
5. Stanowisko RRL w sprawie *Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2011 r.*
6. Stanowisko RRL w sprawie *Starzenie się ludności Polski a zabezpieczenie społeczne*
7. Stanowisko RRL w sprawie *Bezpieczeństwo zdrowotne ludności Polski*

Wprowadzenie

Rządowa Rada Ludnościowa działa pod przewodnictwem dr hab. prof. SGH Zbigniewa Strzeleckiego a jej obsługę zapewnia Główny Urząd Statystyczny. 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, 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 Hryniewicz – 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) prof. dr hab. Irena E. Kotowska – Szkoła Główna Handlowa
 - f) prof. dr hab. Jerzy T. Kowaleski – Uniwersytet Łódzki,
 - g) dr hab. Ireneusz Kuroпка – 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 2008 roku odbyły się trzy posiedzenia plenarne Rządowej Rady Ludnościowej (w dniach: 13 marca, 12 maja oraz 20 listopada).

Przedmiotem posiedzenia plenarnego w dniu 13 marca 2008 r. było:

1. Debata nad przygotowaniem do Narodowego Spisu Powszechnego ludności i mieszkań 2011 r.
 - Wprowadzenia dokonał prof. dr hab. Józef Oleński – Prezes GUS
 - Stan przygotowań NSP 2011 omówił Dyrektor Centralnego Biura Spisowego w GUS – Janusz Dygaszewicz
 - Zakres tematyczny NSP 2011 przedstawiła Dyrektor Departamentu Badań Demograficznych w GUS – Lucyna Nowak
2. Projekt stanowiska RRL w sprawie Perspektywy starzenia się ludności Polski a zabezpieczenie społeczne
3. Projekt raportu 2007–2008 „Sytuacja demograficzna Polski”
4. Sprawy różne
 - Protokół z posiedzenia RRL w dniu 15.10.2007 r.
 - „Sytuacja demograficzna Polski”. Raport 2006–2007
 - Projekt planu pracy Rady w 2008 r.
 - Sprawozdanie z działalności RRL za rok 2007.

Szczegółowe omówienie przebiegu posiedzenia zawiera Protokół z posiedzenia plenarnego Rządowej Rady Ludnościowej z dnia 13 marca 2008 r. – załącznik nr1.

Przedmiotem posiedzenia plenarnego w dniu 12 maja 2008 r. było:

1. Bezpieczeństwo zdrowotne ludności Polski – referaty prezentowali:
 - Przedstawiciel Ministra Zdrowia – Pani Dagmara Korbańska – Zastępca Dyrektora Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia w MZ – Bezpieczeństwo zdrowotne ludności Polski w ocenie Ministerstwa Zdrowia.
 - Prof. Anna Wilmowska-Pietruszyńska – System opieki zdrowotnej w Polsce a bezpieczeństwo zdrowotne ludności.
 - Prof. Marian Szamatowicz – Bezpieczeństwo zdrowotne kobiet ciężarnych i rodzących.
 - Prof. Janusz Szymborski – System opieki zdrowotnej dzieci i młodzieży w Polsce. Stan i zagrożenia.
 - Prof. Barbara Bień – Opieka zdrowotna nad ludźmi w starszym wieku. Stan a potrzeby w perspektywie starzenia się ludności Polski.
 - Dyskusja
2. Informacja o 41 Sesji ONZ Komisji Ludności i Rozwoju nt. Rozmieszczenie ludności, urbanizacja, migracje wewnętrzne i rozwój, Nowy York 07–11 04. 2008 r. – dr Alina Potrykowska
3. Projekt stanowiska RRL w sprawie „Starzenie się ludności Polski a zabezpieczenie społeczne”.
4. Projekt Raportu 2007–2008 „Sytuacja demograficzna Polski” – prof. Z. Strzelecki
5. Przyjęcie protokołu z posiedzenia RRL w dniu 13.03.2008 r.

Szczegółowe omówienie przebiegu posiedzenia zawiera Protokół z posiedzenia plenarnego Rządowej Rady Ludnościowej z dnia 12 maja 2008 r. – załącznik nr 2.

Przedmiotem posiedzenia plenarnego w dniu 20 listopada 2008 r. było:

1. Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011 r. – stan prac.
2. Projekt raportu 2007–2008 „Sytuacja demograficzna Polski” – dr hab. prof. SGH Zbigniew Strzelecki.
3. Projekt stanowiska RRL w sprawie Bezpieczeństwo zdrowotne ludności Polski – dr Alina Potrykowska, prof. dr hab. Janusz Szymborski.
4. Informacja: Biuletyn RRL nr 53.
5. Przyjęcie protokołu z posiedzenia RRL w dniu 12 maja 2008 r.

Szczegółowe omówienie przebiegu posiedzenia zawiera Protokół z posiedzenia plenarnego Rządowej Rady Ludnościowej z dnia 20 listopada 2008 r. – załącznik nr 3, który zostanie przekazany członkom Rady na najbliższym posiedzeniu plenarnym RRL.

II. Raport PRL

Podstawowym statutowym obowiązkiem Rządowej Rady Ludnościowej jest opracowywanie corocznych raportów o sytuacji demograficznej Polski. RRL opracowała i przyjęła **Raport 2006–2007 „Sytuacja demograficzna Polski”**.

W dniu 30 marca 2008 r. XXXII 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 38 126 tys. osób, co oznacza, że był to ósmy, kolejny rok, w którym zaludnienie naszego kraju zmniejszyło się. W pierwszym półroczu 2007 r. liczba mieszkańców kraju zmalała o kolejne 9,5 tys. osób. Rzeczywisty roczny ubytek liczby mieszkańców Polski w 2006 r. wyniósł 31,6 tys. osób (0,08%) głównie w wyniku ubytku w związku z migracjami zagranicznymi (saldo wyniosło minus 36 tys. osób). Na stałe wyjechało za granicę, jak się ocenia, 47 tys. osób tj. dwukrotnie więcej niż średnio w latach poprzednich, a zamieszkało na stałe w Polsce 11 tys. przybywających z zagranicy. Skalę ubytku migracyjnego tylko w niewielkim stopniu zmniejszył, pierwszy po czterech latach, niewielki przyrost naturalny, wynoszący 4,5 tys. osób. Pamiętać jednocześnie należy, że w Narodowym Spisie Powszechnym Ludności i Mieszkań 2002 ustalono liczebność mieszkańców Polski na 38.230 tys. osób, co oznaczało liczbę mniejszą o ponad 402 tys. od szacunku bilansowego. Świadczy to o głębszym ubytku rzeczywistym liczby ludności, aniżeli do niedawna wynikało z szacunków bieżących, dla których podstawą były wyniki NSP 1988 r. i bieżąca statystyka. Do końca 2002 roku 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 i pierwsze półrocze 2007 r. wynika, że zaczyna przybierać na sile zmniejszanie się liczebności mieszkańców Polski związane z wyjazdami Polaków za granicę, co już częściowo znajduje 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 2005r. wzrósł on do 15,3%;
- 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 19,3 tys. więcej niż w roku 2005 (tj. o 9,3% 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 (85,6% w 2006r.);
- utrzymujący się w dalszym ciągu istotny spadek skłonności do zawierania związków małżeńskich przez nastolatków 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 2006 przyniósł też dalsze zmniejszenie udziału dzieci w 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 się 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 1990–2006 standaryzowane współczynniki zgonów z powodu tych przyczyn zmniejszyły się, odpowiednio z 604,3 zgonów na 100 tys. ludności do 379,5 oraz z 83,6 do 61,8 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 2006 r. dla noworodka, chłopca 70,9 lat, a dziewczynki 79,6 lat. Jednakże, 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 jednak 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 najpoważniejsze osiągnięcia w walce z umieralnością niemowląt.
- 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 przemieszceń 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. Ubytku tego nie niweluje wielkość przyrostu naturalnego, który w latach 2002–2005 był ujemny, a w 2006 r. stanowił przyrost o wartości 4,5 tys. osób;
- od 1989 r. utrwalający się w Polsce proces zawężonej zastępowalności pokoleń, który w miastach rozpoczął się już w 1963 r., a na wsi, z opóźnieniem jednego pokolenia, ale już w latach transformacji (1995 r.). W 2006 r. zastępowalność pokoleń była niższa o ponad 40% od niezbędnej, aby pokolenie rodziców było równo licznie zastąpione pokoleniem dzieci (współczynnik zastępowalności pokoleń wyniósł w 2006 r. 0,611 i obniżył się w porównaniu z 2000 r. o 8,3%, zaś współczynnik dzietności ogólnej wynosił 1,27). 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;
- przyspieszenie procesu starzenia się ludności oraz zasobów pracy. Liczba osób 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 zaawansowanie 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 roku. Od 2002 roku tempo wzrostu liczby rozwodów zdecydowanie wzrasta i w 2006 r. rozwiodło się 71,9 tys. małżeństw. Skalę problemu charakteryzuje następująca relacja z 2006r.: na 1000 nowo zawartych małżeństw 318 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 1995 r., – 44 co oznacza wzrost ponad dwukrotnie);
- utrwalający się już od wielu lat niski poziom rozrodzności, 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 2006 r. wyniósł 18,9 % ogółu urodzeń żywych. W latach 1980–2006 udział ten zwiększył się o 193% (w miastach o 217,8% a na wsi o 155,5%);

- 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);
- kontynuacja fazy odwracania tendencji urbanizacyjnych, gdyż dalej ubywa mieszkańców w miastach, a wzrasta ich liczba na wsi;
- dalszy ubytek (ostatnio nasilający się), liczby mieszkańców w wyniku przewagi emigracji nad imigracją. W statystykach odnotowano najwyższą od 1960 r. imigrację do Polski oraz najwyższą emigrację z Polski. Poziom emigracji na stałe w 2006 r. w porównaniu z rokiem wcześniejszym zwiększył się ponad dwukrotnie a imigracja na stałe po raz pierwszy przekroczyła poziom 10 tys. osób, w wyniku czego powiększyło się ujemne saldo migracji zagranicznych w stosunku do roku poprzedniego, osiągając w 2006 r. poziom – 36,1 tys. osób.

O wiele większe znaczenie ma w tym zakresie skala emigracji czasowej. Jej skalę GUS szacuje na blisko 2 mln osób (1950 tys. W końcu 2006 r.). Niesie to ze sobą wiele konsekwencji nie tylko demograficznych, ale i ekonomicznych i społecznych. Zjawisko to stanowi zarazem jeden z ważniejszych problemów do pilnego rozwiązania.

W świetle powyższych tendencji brak jest podstaw do odrzucenia twierdzenia, iż jeśli utrwalac 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. Wiąże się to z potrzebą zasadniczych przewartościowań w polityce ekonomicznej i społecznej państwa na rzecz stymulowani rozrodczości i wspierania rodziny w jej funkcji prokreacyjnej i ekonomicznej.

Bilans ludności

Rok 2006 i pierwsza połowa 2007 r. były okresem dalszego zmniejszania się liczby ludności w Polsce. W dniu 31 XII 2006 r. kraj nasz liczył 38.125,5 tys. osób; co oznacza, że w stosunku do poprzedniego roku stan ludności zmniejszył się o 31,6 tys. osób.

Ubytek rzeczywisty w 2006 r. był spowodowany wyłącznie ujemnym saldem migracji zagranicznych. Gdyby w tym roku nie wystąpił dodatni, aczkolwiek nieznaczny przyrost naturalny ludności wynoszący 4,5 tys. osób, ludność Polski zmniejszyłaby się w jeszcze większym stopniu.

W pierwszym półroczu 2007 r. liczba mieszkańców kraju zmalała o kolejne 9,5 tys. osób. Łącznie, w ciągu 1,5 roku liczba ta zmniejszyła się o 41,1 tys. osób. W rezultacie tego procesu stan zaludnienia Polski w dniu 30 VI 2007 r. obniżył się do poziomu 38.116,0 tys. osób.

Ubytek populacji notowano wyłącznie w miastach. W dniu 31 XII: 2005 i 2006 r. oraz w dniu 30 VI 2007 r. stany ludności miejskiej wynosiły odpowiednio: 23.423,8 tys., 23.368,9 tys. i 23.350,9 tys. osób. W ciągu 1,5 roku ludność miast zmniejszyła się o 72,9 tys. osób.

Odmienne procesy miały miejsce w środowisku wiejskim. Na wsi w wymienionych uprzednio momentach liczba mieszkańców przedstawiała się następująco: 14.733,3 tys., 14.756,6 tys. i 14.765,1 tys. osób. Oznacza to, że w okresie 1,5 rocznym populacja ta wzrosła o 31,8 tys. osób.

Struktura ludności według płci w okresie 31 XII 2005–30 VI 2007 nie uległa istotnym zmianom. Na 100 mężczyzn w wymienionych momentach przypadało około 107 kobiet.

W omawianym 1,5 rocznym okresie zanotowano pewne zmiany w strukturze ludności według wieku. Porównanie danych z 31 XII 2005 r. z liczbami z 30 VI 2007 r. wskazuje na spadek udziału populacji w wieku przedprodukcyjnym (z 20,6% do 19,9%) oraz wzrost ludności w wieku produkcyjnym (z 64,0% do 64,3%) i poprodukcyjnym (z 15,4% do 15,8%).

W procesie starzenia się ogółu ludności można zaobserwować również starzenie się populacji w wieku produkcyjnym. Oznacza to, że w tej grupie zwiększa się udział procentowy roczników w starszym wieku (w tzw. 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, można je także dostrzec w badanym 1,5 rocznym okresie.

Małżeństwa i rodziny

Obserwacja trendów zawieranych małżeństw w ostatnich trzech latach daje podstawy do stwierdzenia, że po okresie kilkuletniego oczekiwania na wzrost liczby nowych związków przez liczną generację przełomu lat 70. i 80. i pierwszych lat dekady lat 80., kiedy notowano boom urodzeń, obecnie występuje tendencja rosnąca.

W 2006 r. w kraju zawarto 226,2 małżeństw, w tej liczbie 137,2 tys. w miastach (60,6% ogółu) oraz 89,0 tys. na wsi (39,4% ogółu). Są to wielkości zbliżone do liczby związków zawieranych w kraju na początku lat 90. minionego wieku, a wyższe o 9,3% w porównaniu z rokiem 2005. Dynamika zmian w miastach i na wsi jest zbliżona.

Zdecydowaną większość zawieranych w Polsce małżeństw stanowią związki wyznaniowe. W 2006 r. ich udział wśród ogółu zawartych małżeństw w skali całego kraju wynosił 69,5%, zaś 63,8% w miastach i 88,3% na wsi. W relacji do poziomu w 2005 r. oznacza to kolejny spadek o 1,7 punktu procentowego w kraju ogółem oraz o 2,6 punktu w miastach. Do 2004 r. poziom analizowanego odsetka systematycznie rósł; w ostatnim roku zanotowano natomiast minimalny spadek jego wielkości.

Bardzo niepokojący jest fakt dalszego, znaczącego wzrostu liczby rozwodów i separacji. O ile w latach 2000–2003 liczba orzeczanych rozwodów rosła z roku na rok średnio o 7,1%, o tyle w trzech ostatnich latach (2004–2006) średnioroczny wzrost wyniósł 25,4%.

Przy ustanawianiu separacji w znowelizowanym Kodeksie rodzinnym i opiekuńczym w grudniu 1999 r. przyjęto założenie, że separacja będzie stanowić alternatywną dla rozwodu formę rozwiązywania wszystkich cywilnoprawnych więzi między małżonkami, jaką niesie za sobą rozwód. Wobec powyższego założenia, można było oczekiwać, że wzrost liczby separacji będzie szedł w parze ze spadkiem liczby rozwodów.

Do 2005 r. hipoteza nie sprawdziła się. Z rosnącą gwałtownie liczbą orzeczanych rozwodów szedł w parze również wzrost liczby separacji. Tempo notowanego przyrostu separacji było wprawdzie nieco słabsze niż dynamika wzrostu liczby rozwodów, ale obie liczby rosły jednocześnie. Wobec 5891 separacji orzeczonych w 2004 r., w rok później ich liczba zwiększyła się do 11600, co w wyrażeniu względnym oznaczało niemal dwukrotny wzrost.

Dwa ostatnie lata przyniosły istotną ewolucję kierunku zmian orzeczeń separacji. W 2006 r. ich liczba zmniejszyła się do 7978, tj. o 31,2% w stosunku do roku poprzedniego. Za wcześniej na poszukiwanie przyczyny notowanej zmiany. Być może jest to konsekwencja rezygnacji par z separacji na rzecz rozwodu.

Systematyczne zmniejszanie się liczby nowo zawieranych związków, idące w parze ze wzrostem liczby małżeństw rozpadających się, prowadzi w konsekwencji do postępującego ubytku istniejących par małżeńskich. W 2006 r. liczba związków rozwiązanych przekroczyła o 13,3 tys. Liczbę małżeństw nowo zawartych. To wprawdzie nieco mniejszy ubytek w porównaniu z rokiem 2005, w którym ujemne saldo wyniosło 24,5 tys., ale z roku na rok małżeństw jest coraz mniej (w 2006 r. o 3% w porównaniu z rokiem 2000).

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, przy jednoczesnym wzroście liczby rodzin niepełnych. Świadczą o tym zarówno dane spisów powszechnych z lat 1988 i 2002, jak i dane o żywo urodzonych dzieciach przez panny oraz kobiety owdowiałe i rozwiedzione. W okresie między spisowym liczbą 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%.

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 cechy 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 zmniejszenia skłonności do przechodzenia ze stanu „wolny” do stanu „zamężna” czy „zóny” oraz odkładanie w czasie decyzji o takim przejściu. Tym, co różni polskie społeczeństwo od Europy Zachodniej i Północnej, jest fakt, że o ile w krajach rozwiniętych systematyczne 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 tamtych 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 Powszechnego 2002 wynika jednoznacznie, że model związków bez ślubu w Polsce występuje nieporównywalnie rzadziej niż w innych częściach Europy. W ostatnim spisie powszechnym zanotowano w 2002 r. – 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 postawienia tezy, 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 70. oraz na początku lat 80.

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. Zjawisko to 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 między spisowym 1988–2002. Przy prawie niezmienionym udziale osób rozwiedzionych oraz owdowiałych wśród ogółu ludności w obu latach spisowych istotne różnice występują w odsetku 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, będące w sprzeczności 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.

W rozważaniach na temat przyczyn negatywnych trendów liczby zawieranych małżeństw nie sposób pominąć również 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 i jednocześnie bardzo niepokojącym elementem zmian we wzorcu funkcjonowania małżeństw jest wspomniany, postępujący wzrost liczby rozwodów. Powiększa on populację rodzin niepełnych oraz dzieci wychowywanych przez jednego z rodziców. Przegląd literatury przedmiotu wskazuje na poważne konsekwencje rozpadu rodzin dla małych dzieci. Niedojrzałe 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 3,2% – ojcu, a w 31% – obojgu rodzicom.

Reasumując, sytuacja w sferze tworzenia i rozwoju rodzin w ostatnich latach nie daje podstaw do optymizmu. Notowane trendy znajdą wyraz 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

W przemianach zachowań prokreacyjnych w Polsce w latach 1980–2006 na szczególną uwagę wymagają następujące niżej tendencje rozwojowe. W latach 1980–2003 obserwowano spadkowy trend liczby urodzeń oraz ich natężenia w przeliczeniu na 1000 mieszkańców. Był to rezultat zarówno zmian struktury populacji jak i przemian w kształtowaniu się zachowań prokreacyjnych. Zmiana kierunku trendu wystąpiła, gdy do wieku zdolności rozrodczej zaczęły dochodzić wyższe generacje początku lat 80. Obserwowano zmiany struktury urodzeń według kolejności. Wyż demograficzny początku lat 80. był rezultatem wzrostu przede wszystkim liczby urodzeń kolejności wyższych. Liczba urodzeń pierwszych charakteryzowała się systematycznym spadkiem i nigdy nie powróciła do poziomu z 1980 r. Liczba urodzeń kolejności drugiej przewyższała poziom z 1980 roku w dwóch latach rozważanego okresu, a mianowicie w 1983 r. i w 1984 r. Liczby urodzeń kolejności trzeciej oraz kolejności przynajmniej czwartej wzrastały w okresie 1981–1988 i przewyższały wówczas poziom osiągnięty w 1980 r.

Współcześnie karierę rodzinną rozpoczynają pokolenia, które przychodziły na świat na początku lat 80. W latach 2003–2006 obserwujemy wzrost liczby urodzeń kolejności pierwszej. Z rocznym opóźnieniem, to znaczy od 2004 r. notujemy wzrost liczby urodzeń drugich. Zatem obecnie – inaczej niż to było na początku lat 80.– w procesie demograficznego ożywienia w Polsce uczestniczą przede wszystkim osoby młode będące na początku swojej rodzinnej kariery.

W rozważanym okresie zachodziły istotne zmiany w poziomie wykształcenia ludności Polski. Proces ten znajduje odzwierciedlenie w strukturze urodzeń ponieważ ogólny wzrost wykształcenia ludności powoduje, że coraz więcej dzieci przychodzi na świat w rodzinach o wyższym poziomie edukacji. Ponadto proces kształcenia się może być przyczyną odkładania zarówno zawierania małżeństw jak i rodzicielstwa, gdyż wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia zmieniają się postawy i zachowania prokreacyjne.

W latach 1980–2005 niezależnie od poziomu wykształcenia w ogólnej liczbie urodzeń żywych wzrastał udział urodzeń pierwszych. Porównując matki z wykształceniem wyższym, średnim i podstawowym stwierdzamy, że najsilniej wzrastał udział urodzeń pierwszych wśród kobiet z wykształceniem wyższym a następnie z wykształceniem podstawowym. Najsłabszy był on w populacji kobiet o wykształceniu średnim. Udział urodzeń drugich obniżał się najsilniej w przypadku kobiet z wykształceniem wyższym. Zmiany były zróżnicowane w przekroju miasto – wieś.

W 2006 r. najwyższy udział stanowiły dzieci urodzone przez matki z wykształceniem średnim. Kolejne miejsce w miastach zajmują urodzenia dzieci wśród matek z wykształceniem wyższym, a na wsi z wykształceniem zasadniczym zawodowym. Najniższe są odsetki urodzeń przez matki z wykształceniem niepełnym podstawowym a następnie z policealnym oraz z gimnazjalnym. W 2006 r. wspólną cechą rozważanych populacji (Polska, miasto, wieś) jest wysoki udział urodzeń kolejności pierwszej dla wszystkich poziomów wykształcenia. Odsetki urodzeń wyższych kolejności sukcesywnie maleją oprócz urodzeń wśród matek z wykształceniem podstawowym i niepełnym podstawowym, gdzie procent urodzeń kolejności czwartej i wyższej jest większy niż trzeciej. Bardzo wysoka częstość urodzeń dzieci pierwszej kolejności przez matki z wykształceniem gimnazjalnym łączy się z niskim wiekiem tych kobiet (kształcenie na poziomie gimnazjalnym w Polsce pojawiło się dopiero 7 lat temu).

W latach 2000–2006 kontynuowany był wzrost udziału urodzeń pozamałżeńskich w ogólnej liczbie urodzeń żywych. Wzrastał on we wszystkich grupach wieku matek. Najwyższy udział urodzeń pozamałżeńskich występował wśród kobiet bardzo młodych. Odsetki te były znacznie wyższe w miastach niż na wsi. W celu wyjaśnienia obserwowanych trendów oraz sformułowania szczegółowych ocen niezbędne są dane umożliwiające badania dynamiki płodności w rozważanych układach.

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. 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. Opóźnianie urodzeń miało znacznie większy zakres niż realizacja odroczeń. Zmniejszała się wielkość rodziny w wyniku ograniczania urodzeń wyższych kolejności. 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. Obniżaniu poziomu płodności

towarzyszył wzrost średniego wieku matek w chwili rodzenia dzieci. Przejściowy jego spadek wystąpił w latach 1988–1991.

Umieralność i trwanie życia

Od czasu rozpoczęcia transformacji systemowej w Polsce występuje sukcesywny spadek umieralności. W latach 1990–2006 przeciętne dalsze trwanie życia noworodka płci męskiej zwiększyło się z 66,51 lat do 70,93 lat, a noworodka płci żeńskiej z 75,49 lat do 79,62 lat. Te korzystne zmiany spowodowane zostały przede wszystkim obniżeniem natężenia zgonów wywołanych najgroźniejszymi chorobami, czyli chorobami układu krążenia oraz działaniem przyczyn zewnętrznych. Przede wszystkim obniżyła się umieralność powodowana chorobami układu krążenia. W latach 1990–2006 standaryzowany współczynnik zgonów (na 100 tys. ludności) zmniejszył się z 604,3 do 379,5. Przy dużym udziale zgonów z tej przyczyny w ogólnej liczbie zgonów (ponad 45%) znacznie obniżył się poziom umieralności w Polsce. Podobnie pozytywnie na ogólny poziom zjawiska wpłynęło ograniczenie intensywności zgonów wywołanych przyczynami zewnętrznymi. W tym przypadku standaryzowany współczynnik zgonów zmniejszył się z 83,6 do 61,8 zgonów na 100 tys. ludności.

Niestety, trzecia z najważniejszych grup przyczyn zgonów, choroby nowotworowe ciągle powodują dużo zgonów. W przypadku tych chorób w latach 1990–2006 natężenie zgonów utrzymywało się na stałym poziomie. Pojawiają się także choroby, z powodu których natężenie zgonów rośnie. Taką grupę przyczyn stanowiły choroby układu trawiennego u osób w wieku 0–59 lat.

Wymienione, najważniejsze przyczyny zgonów oddziałują ze znacznie większą intensywnością na mężczyzn niż na kobiety co jest powodem większej umieralności mężczyzn. W przeciętnym dalszym trwaniu życia dystans ten wynosi około 8–9 lat na korzyść kobiet i ciągle się utrzymuje.

Od 1990 r. znacznie obniżyła się w Polsce umieralność niemowląt. Współczynnik zgonów mierzony liczbą zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych zmniejszył się z 19,34 do 5,98 w 2006 r.

Mimo niewątpliwie znacznych, pozytywnych zmian w Polsce w zakresie umieralności dystans dzielący nasz kraj od najlepszych w tej dziedzinie jest duży. Mieszkańcy Islandii i Szwecji urodzeni w 2005 r. mieli przed sobą ponad 78 lub 79 lat życia, a kobiety zamieszkujące w tych krajach ponad 82 lub 83 lata. W krajach o niskiej umieralności także różnica w natężeniu zgonów osób odmiennej płci jest o połowę mniejsza niż w Polsce. Przyczyną tego stanu rzeczy jest znacznie wyższe w Polsce natężenie zgonów z powodu chorób układu krążenia, nowotworów i przyczyn zewnętrznych.

Migracje zagraniczne

Zjawisko stałego przemieszczania się ludności jest trwałym elementem polskiej rzeczywistości. Migracje Polaków mając wieloletnią tradycję stanowią istotny element wpływający na złagodzenie sytuacji na rynku pracy. Od wielu lat Polacy istnieją na zagranicznych rynkach pracy. Wyjazdy z Polski w przeciwieństwie do tendencji obserwowanej w latach 80. zmieniły swój charakter z migracji długoterminowych czy wręcz osiedleńczych na migracje krótkoterminowe czy sezonowe wyjazdy do pracy.

Natomiast przy wyjazdach na stałe, rok 2006 jest dosyć odmienny od lat wcześniejszych. W statystykach odnotowano najwyższą od 1960 r. imigrację do Polski oraz najwyższą emigrację z Polski. Poziom emigracji na stałe w 2006 r. w porównaniu z rokiem wcześniejszym zwiększył się ponad dwukrotnie a imigracja na stałe po raz pierwszy przekroczyła poziom 10 tys. osób. A zatem powiększyło się ujemne saldo migracji w stosunku do roku poprzedniego, osiągając w 2006 r. najwyższy poziom wynoszący – 36,1 tys. osób.

Imigrację do Polski podejmowali, tak jak w latach poprzednich, głównie obywatele Niemiec, Stanów Zjednoczonych, Kanady oraz państw byłego Związku Radzieckiego. Wielka Brytania odegrała w 2006 r. istotną rolę w napływie na stałe. Po raz pierwszy w historii absolutny napływ na stałe z tego kraju był drugi w kolejności, tym samym Stany Zjednoczone utraciły wieloletnią pozycję „wicelidera”.

Jeżeli chodzi o geograficzne kierunki obierane przez polskich emigrantów na stałe to od wielu lat (a właściwie dekad) dominującą pozycję mają Niemcy, aczkolwiek po raz pierwszy można powiedzieć, że miały one pozycję „lidera” do 2005 r., gdyż w 2006 r. utraciły ją na rzecz Wielkiej Brytanii. Na drugim miejscu, po raz pierwszy w historii emigracji znalazły się Niemcy. Udział wyjazdów na stałe do Niemiec znalazł się na drugim miejscu (31,8%) zaraz za Wielką Brytanią, do której skierowało się 38,3% osób wyjeżdżających ogółem na stałe.

Liczba wniosków (a zarazem osób ubiegających się) o nadanie statutu uchodźcy w ostatnich latach stale wzrastała (do 2004 r.), dopiero 2005 r. przyniósł zmniejszenie się zarówno liczby składanych wniosków

jak i liczby osób ubiegających się o status uchodźcy. W 2006 r. zaobserwowano nieznaczny wzrost liczby osób ubiegających się o status uchodźcy (o 3,4%) w przeciwieństwie do 2005 r. gdzie nastąpił spadek (o 15,1%) w stosunku do 2004 r. Jak każdego roku w ogólnej liczbie osób ubiegających się, mieszczą się także osoby, które powtórnie złożyły wniosek lub zostały nim objęte (21% całości w 2005 r.). W wielu przypadkach były to aplikacje składane po raz trzeci i kolejny.

Innym rodzajem napływu na terytorium Polski jest imigracja zarobkowa. Jak podają statystyki Ministerstwa Gospodarki i Pracy w 2006 r. indywidualną zgodę na pracę otrzymało 10,75 tys. pracowników, co stanowi w porównaniu do 2002 r., kiedy wydano najwięcej pozwoleń, ponad dwukrotny spadek. Mniejsza liczba pozwoleń jest spowodowana nowymi regulacjami prawnymi, które zostały wprowadzone w związku z akcesją Polski do UE.

Wśród wszystkich cudzoziemców, którzy znajdują zatrudnienie w Polsce, pracownicy legalni stanowią znikomą część. O wiele trudniej jest poddać analizie zakres nielegalnego zatrudnienia cudzoziemców, gdyż brak jest wiarygodnych danych, co do jego skali. Szacunki wahają się od 50 do nawet 500 tys. osób.

Odnosnie natomiast wyjazdów zarobkowych Polaków do pracy za granicę, to również trudno jest dołądnie oszacować skalę tego zjawiska. Jednakże skala migracji zarobkowych do „starych” państw członkowskich UE po wejściu Polski do UE systematycznie z roku na rok rośnie. Jak wskazują dane BAEL (badanie aktywności ekonomicznej ludności) począwszy od 2001 r. stopniowo powiększa się liczba dorosłych mieszkańców Polski przebywających czasowo (tj. dłużej niż dwa miesiące) za granicą.

Ponadto oprócz tradycyjnie „emigracyjnych” kierunków wyjazdów pojawiły się nowe, wcześniej nie tak istotne. Jest bardzo wyraźna koncentracja terytorialna osób przebywających czasowo za granicą. Głównym krajem „przyjmującym” polskich migrantów krótkoterminowych są (a właściwie można już powiedzieć, że były) od wielu lat Niemcy. W trzecim kwartale 2005 r. Niemcy straciły po raz pierwszy w historii pozycję lidera na rzecz wyjazdów do Wielkiej Brytanii. Udział wyjazdów do Niemiec w ogólnej liczbie wyjazdów stopniowo zmniejsza się, od 37% 2001 r., poprzez 29% w 2004 r., 20% w drugim kwartale 2006 r., aż do poziomu zaledwie 16% w drugim kwartale 2007 r.

Dane BAEL również pokazują istotny wzrost wyjazdów do Wielkiej Brytanii i Irlandii. Udział osób przebywających czasowo w Wielkiej Brytanii z poziomu 4% w 2000 r. wzrósł do 20% pięć lat później, a z kolei, drugi kwartał 2007 r. wskazuje, iż kierunek ten wybiera ponad 30% emigrantów czasowych. Odnosnie wyjazdów do Irlandii, to w wyrażeniu absolutnym liczba wyjazdów do tego kraju jeszcze w 2006 r. była nieznacznie mniejsza niż liczba wyjazdów do Włoch czy USA, podczas gdy w 2007 r. liczba ta zdecydowanie wyprzedziła te kraje nie tylko pod względem absolutnym ale i pod względem udziału w wyjazdach ogółem (udział ten wzrósł czterokrotnie od poziomu 3% w 2003 r. osiągając w 2007 r. poziom 12%).

Według najnowszych szacunków GUS w końcu 2006 r. poza granicami Polski przebywało czasowo ok. 1 950 tys. mieszkańców naszego kraju (ok. 1000 tys. w 2004 r. oraz 1450 tys. w 2005 r.), przy czym ponad 1600 tys. w Europie (ok. 1200 tys. w 2005 roku). Szacunek GUS uwzględnia także tych Polaków, którzy od dłuższego czasu przebywali poza granicami Polski, w tym w krajach UE, bez względu na ich status pobytu. Aczkolwiek przytaczane szacunki rozmiarów emigracji dla lat 2004–2006 dotyczą wyłącznie zasobów migracyjnych i w żadnym wypadku nie powinny być sumowane i nie obejmują emigracji sezonowych.

Szacunki GUS również pokazały nowe kierunki emigracji, ściśle związane z otwieraniem się rynków pracy w poszczególnych krajach członkowskich Unii. Z roku na rok zwiększa się skala emigrantów przebywających w Wielkiej Brytanii. Według szacunków na koniec 2004 r. przebywało tam ok. 150 tys. osób, na koniec 2005 r. – 340 tys. osób, natomiast na koniec 2006 r. było 580 tys. osób, co daje Wielkiej Brytanii pierwsze miejsce pod względem rozmiarów zasobów polskich emigrantów czasowych. Dynamika wzrostu liczby emigrantów do tego kraju na koniec 2006 r. w stosunku do 2004 r. była blisko czterokrotna.

W końcu 2006 r. na drugim miejscu znajdowały się Niemcy, tracąc pozycję lidera na rzecz Wielkiej Brytanii ze stanem emigracji czasowej na poziomie 450 tys. osób. Ze względu na największą dynamikę zjawiska należy podkreślić również znaczenie Irlandii jako nowego kierunku emigracji.

Jak wskazują szacunki GUS zdecydowana większość (80 – 90%) polskich emigrantów, którzy wyjechali w okresie od maja 2004 do końca 2006 roku – przebywa za granicą w związku z pracą.

To, ilu Polaków powróci w przyszłości z Wielkiej Brytanii czy Irlandii, pozostaje przedmiotem dyskusji i spekulacji. Tak jak masowy napływ migrantów z Polski był zaskoczeniem dla brytyjskich analityków, tak i skala powrotów pozostaje dla nich i dla polskich ekspertów dużą zagadką.

Przestrzenne zróżnicowanie procesów demograficznych w Polsce

W Polsce występują bardzo duże zróżnicowania przestrzenne przebiegu podstawowych procesów kształtujących sytuację demograficzną kraju. Polegają one nie tylko na różnicach nasilenia badanych zjawisk, ale wręcz na występowaniu odmiennych kierunków zmian dokonujących się w przedmiotowym zakresie na różnych obszarach kraju.

Stwierdzony ogólny ubytek rzeczywisty ludności Polski w 2006 r. (podobnie jak w latach wcześniejszych) jest wypadkową zwiększenia liczby ludności na jednych obszarach i wyraźnego zmniejszenia się liczby mieszkańców innych terenów. W uproszczeniu można stwierdzić, że przyrost rzeczywisty ludności następuje współcześnie głównie na obszarach podmiejskich dużych miast (stolice regionów, największe ośrodki subregionalne). Wszystkie pozostałe tereny, zwłaszcza położone „peryferyjnie”, wykazują w 2006 r. ubytek rzeczywisty ludności. Odstępstwa od tej reguły dotyczą tylko względnie prężnych demograficznie województw Polski południowo-wschodniej oraz części Ziem Zachodnich i Północnych.

Jest to pochodna dokonujących się w Polsce od kilkunastu lat procesów transformacji społeczno-gospodarczej gdzie następuje widoczna relokacja głównych ośrodków wzrostu gospodarczego kraju. Najdynamiczniej rozwijają się duże ośrodki o znaczeniu regionalnym i subregionalnym. Zmniejszają swoją rolę peryferyjnie położone obszary (w tym zwłaszcza te o dominującej funkcji rolniczej) oraz „stare” okręgi przemysłowe. Proces ten 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. W warunkach znikomego przyrostu naturalnego ludności Polski (2006) takie przemieszczenia ludności „na teren” krajowych i regionalnych „ośrodków wzrostu” oznaczają jednocześnie stopniowe wyludnianie się obszarów „peryferyjnych”.

Sytuacja demograficzna w krajach Unii Europejskiej

Populacje Wspólnoty (grupy krajów) znajdują się w różnych fazach transformacji demograficznej, co jest związane przede wszystkim ze stopniem rozwoju ekonomicznego oraz społecznego, ma również podłoże historyczne i dotyczy w szczególności (choć nie tylko) różnic pomiędzy krajami „piętnastki”, a nowymi członkami UE. Stąd kształtowanie się procesów demograficznych, choć przebiega w analogiczny sposób, charakteryzuje się różnym tempem i intensywnością przemian. Przede wszystkim w obecnej fazie ogromnych przemian demograficznych w świecie, rozwój demograficzny krajów UE oraz innych rozwiniętych gospodarczo krajów świata istotnie odróżnia się od tych procesów w pozostałych częściach globu, gdzie obserwuje się nadal wysoki jeszcze przyrost liczby ludności.

W krajach członkowskich UE będących w zaawansowanym stadium rozwoju demograficznego liczba mieszkańców wzrasta coraz wolniej a nawet maleje. Obecnie Wspólnota liczy ok. 500 mln mieszkańców co stanowi ok. 7,7% populacji świata. W większości państw Wspólnoty (19) ma miejsce przyrost, chociaż w niewielkim stopniu, liczby mieszkańców. Najwyższa jego dynamika cechuje Irlandię, Cypr, Hiszpanię oraz Francję i kraje te zawdzięczają ją stosunkowo wysokiej dzietności oraz przewadze imigracji nad emigracją. W przypadku Hiszpanii ten drugi czynnik odgrywa decydującą rolę. Dodatkowo saldo migracji zewnętrznych oprócz Hiszpanii obserwuje się prawie we wszystkich krajach piętnastki. Państwami tracącymi ludność w wyniku migracji zagranicznych są przede wszystkim nowi członkowie Wspólnoty a wśród nich Polska.

Ubytek w ogólnej liczbie ludności rejestrowany jest w ośmiu krajach Wspólnoty i poza Niemcami siedem z nich to są nowi członkowie UE. Do tej grupy należy także Polska będąca szóstym pod względem potencjału demograficznego krajem Wspólnoty.

Na skutek stosunkowo niskiego poziomu dzietności, niezapewniającego prostej zastępowalności pokoleń, oraz obserwowanej w tych krajach poprawy w zakresie umieralności, której efektem jest wydłużanie trwania życiowe – we wszystkich europejskich populacjach obserwuje się istotne zaawansowanie w procesie starzenia się, przy czym stopień tego zaawansowania w poszczególnych krajach lub regionach jest różny z wyżej wymienionych przyczyn.

Proces ten istotnie nasili się w przyszłości. Zgodnie z prognozą demograficzną Eurostatu dla 25 krajów UE liczba mieszkańców tych krajów zmniejszy się do 2050 r. do 450 mln tj. o blisko 14 mln w stosunku

do 2006 r. Zgodnie z wynikami tej prognozy wzrost liczby ludności wystąpi tylko w 9 państwach, przy czym największy w Wlk. Brytanii (3,9 mln), Francji (2,7) i Irlandii (1,3). Największe straty w tym zakresie poniosą Niemcy, Włochy i Polska. Tym procesom ilościowym towarzyszyły będą istotne przekształcenia jakościowe. Na skutek niskiego poziomu dzietności i wydłużania się trwania życia ludności, populacje kolejnych krajów UE wchodzić będą w obszar społeczeństw „starych demograficznie”. Zgodnie z najnowszymi prognozami populacje tych krajów cechować będzie wysoki, chociaż zróżnicowany udział osób starszych w ogólnej liczbie mieszkańców. Największe zaawansowanie procesu starzenia w 2050 r. obejmie Słowenię i Bułgarię (ok. 40 osób starszych na 100 mieszkańców). Natomiast Polska należeć będzie do państw, w których do tego czasu proces starzenia się ludności postępować będzie najszybciej (wzrost odsetka ludności w wieku 60 i więcej lat o 20–22%). W podobnym tempie starzeć się będą społeczeństwa Słowacji i Słowenii i generalnie w największym stopniu populacje państw Europy środkowej i wschodniej, w najwolniejszym zaś – ludność Szwecji Danii i Wlk. Brytanii. Polska znajdzie się w 2050 r. w ramach UE wśród krajów o najstarszej populacji.

Starzenie się ludności stanowi znaczące wyzwanie dla polityki społecznej, w tym polityki ludnościowej państw – członków Unii Europejskiej. W niektórych krajach Wspólnoty rozwiązania przeciwdziałające negatywnym skutkom tego procesu zostały już wdrożone, a inne (wśród nich Polska) nie zakończyły jeszcze działań prowadzących do opracowania w tej dziedzinie spójnego systemu. Pilność tego zadania dotyczy Polski z uwagi na przewidywane znaczne przyspieszenie procesu starzenia się ludności..

REKOMENDACJE

- W świetle przedstawionych w raporcie charakterystyk rozwoju demograficznego Polski w długim i krótkim okresie **lata 2006 i 2007 nie zmieniły istotnie wcześniejszej spadkowej tendencji płodności i radykalnych zmian modelu rodziny**. Na procesy te nałożyły się **dotatkowo duże co do skali wyjazdy Polaków za granicę**. Oznacza to **wzrost tempa starzenia się ludności kraju oraz jego przyspieszenie w przyszłości**.
- W tej sytuacji **konieczne jest podjęcie zdecydowanej i aktywnej polityki ludnościowej**. Rządowa Rada Ludnościowa rekomenduje w tym zakresie wdrożenie przedłożonych Radzie Ministrów w 2006 r. działań zawartych w *Raporcie o sytuacji demograficznej Polski 2004* (RRL, Warszawa 2006). Założenia opracowane przez zespół Rady składający się z wybitnych uczonych i ekspertów z wielu dziedzin przyjął, 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 (mieszcujących się w obszarach polityk szczegółowych: rodzinnej, mieszkaniowej, edukacyjnej, ochrony zdrowia, zabezpieczenia społecznego, zatrudnienia) oraz polityki gospodarczej, odpowiednich dla pożądanego przebiegu tych procesów”*.

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**.

Rządowa Rada Ludnościowa w 2008 r. dokona weryfikacji i aktualizacji „Założeń” i przedłoży je Radzie Ministrów do zatwierdzenia. Na tej podstawie organy rządowe (centralne) opracują plan i harmonogram realizacji działań, który po przyjęciu przez Radę Ministrów zostanie przedłożony do zatwierdzenia przez Parlament RP jako program narodowy.

- Dla właściwej oceny sytuacji demograficznej kraju przeprowadzane są spisy powszechne ludności zgodnie z zaleceniami ONZ oraz UE. Najbliższy jest planowany na rok 2011. Polska, w związku z pojawieniem się po otwarciu granic migracji zagranicznych na dużą skalę, wymaga ustalenia aktualnej liczby ludności, jej struktury i zjawisk zachodzących w wielu obszarach rozwoju demograficznego, co umożliwi lepsze konstruowanie założeń do prognoz demograficznych. Ustalenia te są konieczne przede wszystkim do profesjonalnego zarządzania państwem i konstruowania założeń polityki społeczno-gospodarczej. Przeprowadzenie Narodowego Spisu Powszechnego Ludności 2011 determinuje harmonogram prac doprowadzających do przeprowadzenia właściwego spisu. Muszą się one intensywnie rozpocząć z początkiem 2008 roku. Jest to konieczne ze względu na radykalną zmianę metod zbierania danych spisowych co związane jest z porządkowaniem wielu rejestrów administracyjnych oraz usprawnienia rozbudowy i udoskonalenia możliwości korzystania z internetu.

Realizacja – Prezes Głównego Urzędu Statystycznego – w zakresie prac przygotowawczych oraz opracowanie projektu ustawy o przeprowadzeniu Narodowego Spisu Powszechnego Ludności 2011 r. **Minister Finansów** – umożliwienie finansowania prac przygotowawczych do spisu już od 2008 r., w przeciwnym razie nie będzie możliwe przeprowadzenie spisu zgodnie z zobowiązaniami międzynarodowymi. **Rada Ministrów** – przyjęcie ustawy o przeprowadzeniu Narodowego Spisu Powszechnego Ludności 2011 r., **Parlament RP** – uchwalenie ustawy.

- Problemy związane z sytuacją demograficzną Polski oraz z możliwościami oddziaływania na zmianę utrwalających się trendów kryzysowych wymagają szerokiego ich upowszechniania oraz kształtowania stosownych postaw społeczeństwa, władz państwowych, kościołów, organizacji pozarządowych, pracodawców i organizacji pracobiorców oraz innych instytucji państwowych. W tym celu konieczne jest zorganizowanie **II Kongresu Demograficznego w Polsce pod patronatem najwyższych władz państwowych i kościelnych**, do którego należy włączyć jak najszerszą reprezentację ekspertów, władz, instytucji oraz przedstawicieli społeczeństwa. Pierwszy taki Kongres odbył się w latach 2001–2002, kiedy jeszcze sytuacja demograficzna Polski nie była tak kryzysowa.

Realizacja – Rządowa Rada Ludnościowa, Polskie Towarzystwo Demograficzne we współpracy z Głównym Urzędem Statystycznym i środowiskiem naukowym oraz innymi podmiotami. Sfinansowanie prac przygotowawczych, organizacji i przebiegu II Kongresu oraz wydania materiałów – **Minister Finansów**.

- Polska w całym okresie powojennym jest krajem emigracyjnym. W ostatnich kilku latach proces ten jednak lawinowo narastał. Ocenia się, że poza granicami Polski przebywa czasowo około 1,95 mln osób. W tym czasie w kraju dały o sobie istotnie znać braki w wielu zawodach na rynku pracy oraz konsekwencje będące skutkami dezorganizacji rodzin a także wiele zjawisk społecznych. **Konieczne jest prowadzenie przez Radę Ministrów polityki społeczno-gospodarczej uwzględniającej mechanizmy i instrumenty zmniejszające skłonność do emigracji wielu grup zawodowych** szczególnie w dziedzinach, w których kraj już odczuwa poważny deficyt na rynku pracy, jak zawody medyczne czy budowlane.

Należy ustanowić **program badawczy procesów demograficznych zachodzących na obszarach i w rodzinach emigracyjnych**. Są uzasadnione przypuszczenia, że np. w takich rodzinach zwielokrotniły się procesy rozpadu przejawiające się ostateczną ich formą w postaci rozwodów. Średnioroczny wzrost liczby rozwodów w latach 2004–2006 był bowiem trzykrotnie wyższy niż w poprzednim trzyleciu. **Realizacja – Minister Nauki**.

- Przyspieszeniu ulega proces starzenia się ludności kraju, proces który jest już doniosły dla wielu rozwiniętych krajów współczesnego świata, a szczególnie dla Unii Europejskiej. W najbliższym okresie jego skutki w coraz większym stopniu dotykać będą i Polskę w postaci kondycji rynku pracy i jej wydajności, modelu produkcji i rodzajów poszukiwanych usług, modelu konsumpcji, oszczędzania i inwestycji a w konsekwencji i wielkości oraz struktury wydatków budżetowych i ubezpieczeniowych. W tej sytuacji **konieczne jest opracowanie programu przygotowującego gospodarkę i społeczeństwo do funkcjonowania w dynamicznie starzejącym się społeczeństwie**. Przewiduje się, że proces starzenia się ludności postępować będzie szybciej w krajach Europy Środkowej i Wschodniej niż w państwach piętastki a w Polsce wraz ze Słowacją i Słowenią starzenie się ludności będzie miało największą dynamikę. W wyniku tego procesu Polska w 2050 r. znajdzie się w grupie krajów o najstarszej strukturze ludności i na 100 mieszkańców przypadając będzie 39 osób w wieku 60 lat i starszych. **Realizacja – wszystkie resorty w zakresie swoich kompetencji**.

III. KOMISJA ONZ DS. LUDNOŚCI I ROZWOJU

W dniach 7–11 kwietnia 2008 r. odbyła się w Nowym Jorku 41. Sesja Komisji Ludności i Rozwoju ONZ, której temat został określony jako: Rozmieszczenie ludności, Urbanizacja, Migracje wewnętrzne i Rozwój (Population Distribution Urbanization, Internal Migration and Development).

W trakcie 41 sesji Komisji Ludności i Rozwoju ONZ delegacja polska w składzie: Przewodniczący – Andrzej Towpik, Ambasador, Stałe Przedstawicielstwo RP przy ONZ, Zastępca Przewodniczącego – Alina Potrykowska, Sekretarz Generalny Rządowej Rady Ludnościowej oraz członkowie, eksperci: Aneta Piątkowska, Vice-Dyrektor w Departamencie Analiz i Prognoz, Ministerstwo Gospodarki, Katarzyna Kukier, Pierwszy Sekretarz, Stałe Przedstawicielstwo RP przy ONZ, Nowy Jork – przedłożyła krótką informację prezentującą sytuację demograficzną w Polsce. Delegacja polska uczestniczyła aktywnie w pracach Komisji – Pani Alina Potrykowska, Sekretarz Generalny Rady Ludnościowej przedstawiła wystąpienie w debacie plenarnej Komisji poświęconej krajowym doświadczeniom w ramach urbanizacji, migracji wewnętrznej i rozwoju (tekst wystąpienia w załączeniu). Delegatom został również udostępniony szerszy raport poświęcony polskim doświadczeniom w tej dziedzinie.

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.

Dokumentację z 41. Sesji Komisji ONZ do spraw Ludności i Rozwoju nt. „Rozmieszczenie ludności, urbanizacja, migracje wewnętrzne i rozwój” (Nowy Jork 7–11 kwietnia 2008 r.) zawiera załącznik nr 4.

IV. Udział w w konferencjach krajowych i międzynarodowych

Przedstawiciele Rządowej Rady Ludnościowej wzięli udział pięciu konferencjach zagranicznych:

2. W dniach 9–12 lipca 2008 r.– dr Alina Potrykowska – Sekretarz Generalna Rządowej Rady Ludnościowej, i Ewa Orzełek – gł. specjalista w sekretariacie RRL, wzięły udział w międzynarodowej konferencji pt. „Migracje i Migranci w Europie”, która została zorganizowana z inicjatywy Europejskiego Towarzystwa Badań Ludnościowych (EAPS) z siedzibą w Hadze oraz Centrum Badań Ludnościowych w Barcelonie. W konferencji, która odbyła się w Barcelonie wzięło udział ok. 750 naukowców reprezentujących uniwersytety i szkoły wyższe, instytucje naukowe i organizacje międzynarodowe w 50 krajach świata, którzy wygłosili ponad 400 referatów oraz brali udział w dyskusji merytorycznej na temat zmian demograficznych. Pierwsza sesja posterowa w czasie, której przedstawiono 90 prezentacji graficznych poświęcona była zagadnieniom płodności, rodzin i gospodarstw domowych oraz zdrowiu reprodukcyjnemu. Podczas drugiej sesji nt. umieralności i migracji przedstawiono 89 posterów. Trzecia sesja posterowa w czasie, której przedstawiono 86 prezentacji graficznych poświęcona była zagadnieniom śmiertelności i starzenia się ludności, zdrowiu, migracjom i cyklowi życia. Celem udziału delegacji w Europejskiej konferencji ludnościowej była reprezentacja RRL na forum międzynarodowym, zapoznanie się ze zmianami demograficznymi i polityką ludnościową w poszczególnych krajach europejskich, a także porównanie z sytuacją demograficzną w Polsce. Udział w międzynarodowej konferencji nt. procesów demograficznych i polityki ludnościowej 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.
3. W dniach 12 – 15 sierpnia 2008 r.– dr Alina Potrykowska – Sekretarz Generalna Rządowej Rady Ludnościowej wzięła udział w 31 międzynarodowym Kongresie Geograficznym pt. „Budujemy razem nasze terytoria” zorganizowanej w Tunisie. Wygłosiła ona referat pt. „Starzenie się ludności w Polsce” podczas sesji „Dynamika rozwoju ludności”. Pełniła również funkcję Przewodniczącej sesji tematycznej „Kryzys demograficzny w krajach Europy Środkowo-Wschodniej”. W Kongresie wzięło udział ok. 1000 naukowców reprezentujących uniwersytety i szkoły wyższe, instytucje naukowe i organizacje międzynarodowe w 85 krajach świata, którzy wygłosili około 700 referatów oraz brali udział w dyskusjach merytorycznych. Program naukowy Kongresu był bardzo bogaty. Podczas obrad podniesiono 8 kwestii stanowiących podstawowe elementy głównego tematu – Terytorium, Ponadto odbyły się sesje specjalne, których tematyka jest bardzo aktualna, bowiem obejmuje najbardziej palące problemy ludzkości. Kolejne obrady odbywały się równolegle w 8 blokach w ramach 66 sesji technicznych, które były związane tematycznie z działalnością poszczególnych komisji IGU lub zaproponowane przez Komitet Naukowy Kongresu. Struktura tematyczna tych sesji odzwierciedla klasyczny podział geografii na poddyscypliny oraz poszczególne pola badawcze. Podczas Kongresu wszystkie z 40 Komisji Międzynarodowej Unii Geograficznej przedstawiły swój program badawczy oraz zorganizowały spotkania i sesje naukowe, które zostały włączone do programu Kongresu, aby wszyscy zainteresowani uczestnicy mogli wziąć w nich udział. Uczestnicy konferencji zaprezentowali wysoki poziom intelektualny i metodologiczny przedstawianych wyników prac.

4. Polska delegacja została wyróżniona, bowiem otrzymała zaproszenie do organizacji następnego Kongresu Międzynarodowej Unii Geograficznej w Polsce, w Warszawie i Krakowie w 2014 roku.
5. Udział w międzynarodowym Kongresie Geograficznym pozwolił na zapoznanie się z najnowszymi teoriami i studiami ludnościowymi, przestrzennymi, regionalnymi i inn. w skali międzynarodowej.
6. W dniach 27 – 31 sierpnia 2008 r.– dr Alina Potrykowska – Sekretarz Generalna Rządowej Rady Ludnościowej wzięła udział w Europejskim Kongresie Stowarzyszenia Nauk Regionalnych zorganizowanego w Wlk. Brytanii w Liverpoolu, gdzie wygłosiła referat pt. „Warunki mieszkaniowe a mobilność przestrzenna ludności w regionie miejskim Warszawy” podczas sesji „Rozwój regionów metropolitalnych i aglomeracji miejskich w Europie”. W Kongresie wzięło udział ok. 1000 naukowców reprezentujących uniwersytety i szkoły wyższe, instytucje naukowe i organizacje międzynarodowe w 80 krajach świata, którzy wygłosili ponad 400 referatów oraz brali udział w dyskusjach merytorycznych na temat nauk regionalnych. Celem udziału w Kongresie ERSA była reprezentacja RRL na forum międzynarodowym, przedstawienie referatu nt. Warunki mieszkaniowe a mobilność przestrzenna ludności w regionie miejskim Warszawy” oraz zapoznanie się z najnowszymi studiami regionalnymi i polityką regionalną w krajach europejskich, a także porównanie z polityką regionalną w Polsce.
7. W dniach 1 – 2 grudnia 2008 r.– dr Alina Potrykowska – Sekretarz Generalna Rządowej Rady Ludnościowej, i Ewa Orzelek – 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 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 18 konferencjach krajowych:

- udział Przewodniczącego RRL w pracach Projektu PSR 2010 i NSP 2011 oraz w posiedzeniach Komitetu Sterującego
- udział Sekretarza Generalnego w konferencjach prasowych GUS dotyczących sytuacji społeczno-gospodarczej kraju (raz w miesiącu)
- 28 stycznia 2008 r. w posiedzeniu Zespołu eksperckiego ds. opracowywania strategii polityki rodzinnej przy Rzeczniku Praw Obywatelskich
- 5 lutego w posiedzeniu Rady Programowej NSP 2011
- 25 kwietnia w posiedzeniu Senackiej Komisji Rodziny i Polityki Społecznej oraz Komisji Zdrowia dotyczący Systemu opieki długoterminowej w Polsce – teraźniejszość i przyszłość
- 8 maja udział Sekretarza Generalnego RRL w warsztatach nt. „Dobrostan-zdrowie, rodzina, kultura, społeczeństwo” w ramach projektu „Kapitał Intelktualny Polski” organizowanego przez Zespół Doradców Strategicznych Premiera RP Donalda Tuska
- 15 maja w obchodach XX-lecia Rzecznika Praw Obywatelskich
- 27 maja w konferencji pt. „Polska a migracje” w ramach Sektorowego Programu Operacyjnego Rozwój zasobów Ludzkich 2004–2006 zorganizowanej przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej
- 2 czerwca w konferencji pt. „Uwaga! Nasze dzieci w niebezpieczeństwie” organizowanej przez Rzecznika Praw Obywatelskich
- 19 czerwca w ogólnopolskiej konferencji nt. „Pomyślne starzenie się jednostek i zbiorowości ludzkich” organizowanej przez Polskie Towarzystwo Gerontologiczne i Zakład Demografii i gerontologii Społecznej UŁ
- 10 – 12 lipca w międzynarodowej konferencji EPC
- 11 lipca w obchodach jubileuszowych 90-lecia Głównego Urzędu Statystycznego
- 19 czerwca w warsztatach interaktywnych w ramach prac nad „Raportem o Kapitale Intelktualnym Polski” organizowanych przez Zespół Doradców Strategicznych Prezesa Rady Ministrów
- 23 września w konferencji pt. „Zasada pomocniczości w polskim życiu publicznym ze szczególnym uwzględnieniem systemu zabezpieczenia społecznego” organizowanej przez Senacką Komisję Rodziny i Polityki Społecznej we współpracy z Instytutem Spraw Publicznych
- 16 października w konferencji pt. „Dostęp do bezpłatnej pomocy prawnej” organizowanej przez Instytut Spraw Publicznych
- 20 października w seminarium naukowym nt. „Polityka rodzinna w krajach Unii Europejskiej. Wnioski dla Polski” organizowanym przez Rzecznika Praw Obywatelskich

- 28 października w seminarium naukowym nt. „Migracje zagraniczne a polityka rodzinna” organizowanym przez Rzecznika Praw Obywatelskich
- 4–6 grudnia naukowej nt. „Kształtowanie współczesnej doktryny urbanistycznej” organizowanej przez Towarzystwo Urbanistów Polskich O/Gdańsk
- 9 grudnia w konferencji pt. „Lokalna polityka rodzinna – założenia a praktyka w świetle badań” organizowanej przez Instytut Pracy i Spraw Socjalnych w Warszawie

V. Posiedzenia Prezydium RRL oraz prace Sekretariatu RRL

Obsługę Rządowej Rady Ludnościowej zapewnia Główny Urząd Statystyczny – od 01.11 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 www.stat.gov.pl, na której zamieszczone są publikacje, informacja o działalności, strukturze i składzie RRL.

Prezydium RRL obradowało w 2008 r. na trzech posiedzeniach: w dniach 14 lutego, 23 kwietnia i 19 listopada.

1. W dniu 14 lutego 2008 r. przedmiotem posiedzenia Prezydium Rządowej Rady Ludnościowej było omówienie:
 - o Projektu porządku posiedzenia plenarnego Rządowej Rady Ludnościowej
 - o Projektu stanowiska RRL w sprawie Perspektywy starzenia się ludności Polski a zabezpieczenie społeczne
 - o Koncepcji raportu 2007–2008 „Sytuacja demograficzna Polski”
 - o Projektu planu pracy RRL i sekretariatu RRL w 2008 r.
 - o Sprawozdania z działalności RRL za rok 2007
 - o Spraw różnych dotyczących – spotkania członków Prezydium w Kancelarii Premiera w dn. 20 lutego 2008 r., przygotowań do 41. Sesji ONZ Komisji Ludność i Rozwój nt. Rozmieszczenie ludności, urbanizacja migracje wewnętrzne i rozwój (7–11. 04. 2008 r. Nowy Jork) oraz przyjęcie protokołu z posiedzenia RRL w dniu 15.10.2007 r.
 2. W dniu 23 kwietnia 2008r. przedmiotem posiedzenia Prezydium Rządowej Rady Ludnościowej były następujące zagadnienia:
 - o Projekt porządku posiedzenia plenarnego Rządowej Rady Ludnościowej nt. Bezpieczeństwo zdrowotne ludności polskiej
 - o Projekt stanowiska RRL w sprawie Perspektywy starzenia się ludności Polski a zabezpieczenie społeczne
 - o Projekt raportu 2007–2008 „Sytuacja demograficzna Polski”
 - o Różne – przyjęcie protokołu z posiedzenia RRL w dniu 13.03.2008 r.
 3. W dniu 19 listopada 2008 r. przedmiotem posiedzenia Prezydium Rządowej Rady Ludnościowej były zagadnienia odnoszące się do porządku posiedzenia obejmującego przewidywany do realizacji projekt kolejnego plenarnego zebrania Rządowej Rady Ludnościowej, a mianowicie:
 - o Narodowy Spis Powszechny ludności i mieszkań 2011 r. – stan prac.
 - o Projekt stanowiska RRL w sprawie Bezpieczeństwo zdrowotne ludności Polski
 - o Projekt raportu 2007–2008 „Sytuacja demograficzna Polski” wraz z projektem rekomendacji.
 - o Sprawy różne: „Biuletyn” RRL nr 53, przyjęcie protokołu z posiedzenia RRL w dniu 12 maja 2008 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 53 numer „Biuletynu” RRL.

Na treść biuletynu składają się następujące materiały:

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, dotyczące starzenia się i bezpieczeństwa zdrowotnego ludności Polski oraz 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. Hryniewicz pt. „Potrzeby społeczne starzejącego się społeczeństwa” 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 Korbaśńska – 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 pediatrycznego (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; geriatryka jako specjalizacja i forma opieki nad ludźmi starszymi i jej miejsce w polskim systemie opieki zdrowotnej).

Rządowa Rada Ludnościowa spodziewa się pomocy w przygotowaniu w 2009 r. II Kongresu Demograficznego, któremu analogicznie jak poprzedniemu najwyższe władze państwa udzieliłyby patronatu honorowego i wsparcia finansowego.

Opracowała:
Główny specjalista
mgr Ewa Orzelek

Zatwierdził:
Przewodniczący
dr hab. prof. SGH Zbigniew Strzelecki

Rządowa Rada Ludnościowa
Rządowej Rady Ludnościowej
Al. Niepodległości 208
00–925 Warszawa
Pok. 554 (blok C)
tel.: + 48 (22) 608 30 34
fax.: + 48 (22) 608 38 87
e.orzelek@stat.gov.pl

www.stat.gov.pl



Protokół
z posiedzenia plenarnego Rządowej Rady Ludnościowej
z dnia 13 marca 2008 r.

Posiedzenie prowadził przewodniczący RRL prof. dr hab. Zbigniew Strzelecki. Obecni byli członkowie Rady oraz zaproszeni goście – 43 osoby (lista obecności w załączeniu).

Przyjęto następujący porządek obrad:

1. Narodowy spis powszechny ludności i mieszkań 2011 r.
 - Prof. dr hab. Józef Oleński - Prezes GUS – wprowadzenie
 - Janusz Dygaszewicz - dyrektor – stan przygotowań NSP 2011
 - Lucyna Nowak - dyrektor – zakres tematyczny NSP 2011
2. Projekt stanowiska RRL w sprawie *Perspektywy starzenia się ludności Polski a zabezpieczenie społeczne*
3. Projekt raportu 2007-2008 „Sytuacja demograficzna Polski”
4. Sprawy różne
 - Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2006-2007
 - Protokół z posiedzenia RRL w dniu 15.10.2007 r.
 - Projekt planu pracy RRL w 2008 r.
 - Sprawozdanie z działalności RRL za rok 2007.

Przebieg posiedzenia

Otwierając posiedzenie, przewodniczący RRL *prof. dr hab. Zbigniew Strzelecki*, powitał zebranych a szczególnie Pana Ministra Michała Boniego – szefa doradców w KPRM i Pana Prof. Józefa Oleńskiego Prezesa GUS. Podziękował Panu Ministrowi za wcześniejszą wizytę w KPRM członków Prezydium RRL, na której omówiono zadania, aktualnie prowadzone prace i plany RRL. Zwrócił uwagę na pierwszą część obrad poświęconych omówieniu Narodowego spisu powszechnego ludności i mieszkań 2011 r podkreślając doniosłość czekającego nas – Polaków - wydarzenia ważnego dla wszystkich dziedzin życia społeczno-gospodarczego w Polsce. Z uwagi na ważność tego spisu zaproponował, aby RRL przyjęła w tej kwestii stanowisko, którego projekt został przygotowany i przedłożony członkom RRL.

Ad. 1 porządku obrad

Wprowadzenia dokonał *Prezes GUS prof. Józef Oleński* przedstawiając informacje o przygotowaniach, zakresie tematycznym i organizacji planowanego spisu. Pan Prezes podkreślił, iż planowany NSP 2011 będzie zgodny ze standardami i rekomendacjami organizacji międzynarodowych w tym m. in. UE i przeprowadzony zostanie z wykorzystaniem różnych rejestrów administracyjnych. Jako istotne Pan Prezes wskazał na dwa problemy, które mogą stanowić poważne zagrożenie w realizacji dobrego przygotowania spisu:

1. budżet – brak dostatecznych środków finansowych i w związku z tym konieczna jest decyzja o uruchomieniu finansów, bowiem projekt w obecnej chwili znajduje się na ścieżce krytycznej i zagrożony jest jego termin wykonania.
2. uczestnictwo ludności w spisie – nieodpowiednie rozumienie tajemnicy statystycznej, która jest inna niż tajemnica służbowa (zawodowa), a z przestrzegania której odpowiednie instytucje państwa mogą być zwolnione przez organy i instytucje państwa - podważają w sposób nieodwracalny zaufanie respondentów. Podkreślił, że dane statystyczne nie mogą być dowodem sądowym, a zgoda na upublicznienie tajemnicy statystycznej powodować będzie brak współdziałania ludzi przy realizacji wszelkich badań statystycznych. Należy szczególnie mocno podkreślić, że w zaleceniach Komisji Wspólnot Europejskich dane jednostkowe mogą być udostępniane zewnętrznym użytkownikom jedynie do celów naukowych.

Następnie *Pan Dyrektor Janusz Dygaszewicz* przedstawił podstawowe cele spisu oraz założenia organizacyjne dotyczące ograniczenia liczby rachmistrzów, wyeliminowania dokumentacji papierowej, zastosowania metody mieszanej, czyli uwzględniającej obok faktycznego wywiadu realizowanego przez rachmistrza maksymalne wykorzystanie źródeł administracyjnych oraz samospis internetowy. Przedstawił harmonogram prac do 2013 roku oraz wskazał na trudności finansowe grożące zakłóceniom w jego realizacji. Zaznaczył, iż podczas przeprowadzonych już prac zidentyfikowano tematykę 34 rejestrów administracyjnych i oceniono ich przydatność do spisu.

Poproszony o zabranie głosu *Pan Minister Michał Boni* podziękował za zaproszenie do wzięcia udziału w posiedzeniu Rady i za owocne spotkanie z Prezydium RRL oraz nadmienił, iż od wielu lat zajmuje się polityką społeczną i rynkiem pracy. Odnosząc się do poruszanych kwestii wskazał na stojące przed Rządem zadania, w tym wyzwania demograficzne będące celem strategicznym skierowanym na pogodzenie procesu starzenia i w szczególności

niskiego wskaźnika dzietności. Pan Minister nawiązał do polityki czterech pokoleń i wskazał cele strategiczne spajające tę politykę, tzn.:

- umożliwienie startu zawodowego poprzez łączenie funkcji zawodowych z funkcją rodziny, bowiem te procesy zwiększają dzietność. Zwrócił uwagę na prace prowadzone przez RRL, w tym kierunku poprzez opracowanie programu założenia polityki ludnościowej.
- program aktywnej mobilności zawodowej generacji 50+.
- pokolenie seniorów należy, traktować nie jako koszt, ale szansę dla gospodarki dającą wiele pracy również dla Rządu m.in. konieczna jest poprawa systemu emerytalnego oraz zdefiniowanie na nowo usług pielęgnacyjnych.

Pan Minister podkreślił, iż perspektywa czterech pokoleń i solidarności między nimi jest przesłanką nowej polityki społecznej, a za tym w przyszłości nowej polityki gospodarczej. Nawiązał on do rekomendacji zawartych w ostatnim Raporcie RRL, które będzie wspierał. Wskazał na ogromne znaczenie NSP oraz zobowiązał się do wsparcia w uruchomieniu finansów poprzez zorganizowanie punktu posiedzenia w Komitecie RM dotyczącego NSP, a także w szczególności uczulić resorty na doniosłość planowanego spisu. Nawiązując do poruszonego problemu tajemnicy statystycznej poparł jej ochronę, iż nie można przekroczyć granicy poufności.

Zabierając głos w dyskusji *Pan Prof. Antoni Rajkiewicz* nawiązując do spisu próbnego realizowanego w przyszłym roku, zainteresował się stanem prac nad ustawą o spisie, a w szczególności terminem przygotowania projektu ustawy o NSP w programie prac Rządu.

Ad vocem *Pan Minister Michał Boni* wyjaśnił, że Ustawa jest w planach prac Rządu i w drugim kwartale br zostanie przyjęta i skierowana do parlamentu.

Pan Profesor Rajkiewicz zwrócił uwagę na projekt zniesienia obowiązku meldunkowego, doskonałego obecnie źródła informacji (księgi meldunkowe), poprosił o przedstawienie planów Rządu w tym zakresie.

Ad vocem *Pan Minister Michał Boni* zwrócił uwagę, że powyższy obowiązek jest przepisem utrudniającym obywatelom życie, ale przy każdym pomysle deregulacji należy wziąć wszystkie za i przeciw, a w momencie krystalizacji projektu zmian będzie na tę kwestię zwrócona uwaga.

Pan Prof. Janusz Szymborski zwrócił uwagę, iż doskonałym narzędziem do dyskusji o polityce społecznej, a także promocji spisu jest Kongres Demograficzny, którego zwołanie jest planowane i należy tę idee poprzeć.

Ad vocem *Pan Minister Michał Boni* wskazał na inspirujący dorobek poprzedniego Kongresu

uznając za bardzo wskazane podjęcie inicjatywy reaktywowania Kongresu, a w tym celu należało poszukać technicznych i finansowych możliwości przy dużej przychylności Rządu.

W dalszej części posiedzenia *Pani Dyrektor Lucyna Nowak* omówiła metodologię spisu powszechnego i jego zakres tematyczny. Wskazała na podstawowe cele spisu jak: dostarczenie informacji na możliwie najniższym poziomie terytorialnym, uchwycenie zmian jakie zaszły pomiędzy poprzednim spisem w dziedzinie procesów demograficznych i społecznych, zabezpieczenie danych na potrzeby międzynarodowe. Wskazała na zalecenia międzynarodowe dotyczące podstawowych (obligatoryjnych) tematów spisowych oraz tematów dodatkowych (traktowanych fakultatywnie). Omówiła 6 obszarów badawczych spisu (ludność, rynek pracy, gospodarstwa domowe, migracje ludności, narodowość i wyznania, mieszkania i budynki).

Podkreśliła, iż przeprowadzenie spisu odbędzie się zgodnie z rozwiązaniami prawnymi UE oraz przedstawiła (po spotkaniu grupy roboczej w Genewie) kilka ważnych postanowień i obowiązujących regulacji:

- w kwietniu br wejdzie w życie nowe rozporządzenie UE w randze ustawy – to rozwiązanie ustawowe będzie dotyczyć reguł przeprowadzania spisów w 2011, a regulujące zobowiązania co do przekazania danych spisowych z roku 2011, muszą być dostarczone do 2014 r.,
- rozporządzenie implementacyjne dotyczące raportu komisji o jakości danych spisowych. Mówczyni sugerowała, że już powinna odbywać się praca przygotowująca Raport zawierający bardzo szczegółowy opis dla każdej zmiennej (po raz pierwszy).
- rozporządzenie implementacyjne dotyczy także szczegółowości grupowań na potrzeby Komisji Europejskiej, a każde odstępstwo musi zostać uwidocznione dlatego kraj nie może dostarczyć danych i jakie podjęto działania zaradcze.

Pani Dyrektor zwróciła uwagę, iż mamy swobodę wyboru źródeł i metody, natomiast Komisja ma za zadanie czuwać by otrzymane dane dobrej jakości, a wyniki spisu dla potrzeb wspólnotowej polityki społecznej i zintegrowanej polityki migracyjnej muszą być wynikami porównywalnymi. Wyraziła zaniepokojenie ogromem szczegółowości potrzeb nałożonych przez UE, ale z drugiej strony dla potrzeb krajowych będziemy chcieli uzyskać informacje na możliwie najniższym poziomie badania reprezentacyjnego i z nich sporządzić wyniki. Jednakże statystyków niepokoi fakt jak pogodzić i zabezpieczyć potrzeby naszych odbiorców – użytkowników by dać im informację możliwie pełną i dobrej jakości, dużo informacji zawierają rejestry, ale wprost do wzięcia jest niewiele - natomiast szereg informacji trzeba będzie wyprowadzić wtórnie.

Pan prof. Zdzisław Zdrojewski, zabierając głos w dyskusji, zwrócił uwagę na zjawisko małej świadomości społecznej odnoszącej się do NSP, gdyż wiedza demograficzna ludności jest bardzo skąpa. Podkreślił duże znaczenie konferencji odbywanych co miesiąc w GUS. Postulował o zwiększone rozpowszechnianie spisu przez GUS poprzez nie tylko konferencje, ale również konieczną szeroką działalność informacyjną w różnych obszarach i regionach Polski, by docierać z informacją dotyczącą NSP oraz ułatwić jego przeprowadzenie. Pan Profesor wskazał na potrzebę i konieczność zorganizowania kolejnego Kongresu Demograficznego.

Pan dr Kazimierz Szczygalski nawiązując do tematyki spisu poruszył problem ludności rezydującej kierując pytanie jak tę kwestię rozwiązać oraz zagadnienie narodowości, sugerując by zapisy w ankietach rozważyć w tym punkcie szczegółowo, a także braku zapytań o sieroctwo migracyjne, co obecnie stanowi duży problem społeczny (szczególnie na Opolszczyźnie).

Pan prof. Antoni Rajkiewicz wspominał, iż jest to czwarty spis w czasie funkcjonowania RRL, i spodziewa się, iż będzie on najtrudniejszy z uwagi na zmianę metody pozyskiwania danych. Zwrócił uwagę na jakość spisu i dotrzymanie terminów przy braku dyrektywnych decyzji np. do spisu próbnego w 2009. Podzielił on obawy dotyczące samospisów, które mogą nie dać adekwatnego obrazu mając na uwadze postawę naszego społeczeństwa i niedostateczną edukację demograficzną. Pan Profesor zwrócił uwagę na elementy poprzedniego spisu, który może mieć wpływ na obecny, gdzie różnica między stanem ewidencyjnym a stanem który dał spis wynosiła 400 tys. osób (z różnych przyczyn m.in. – osoby zmarłe, przebywające za granicą, nie dotarli rachmistrze – ale jest to ważny sygnał by nie było odstępów pomiędzy spisem a stanem faktycznym) i należy korzystając ze słabych punktów poprzedniego spisu wylapać je i wykluczyć. Postulował także, by śledzić działania innych krajów i wykorzystywać ich doświadczenia celem zmniejszenia trudności i uzyskanie odpowiedniej jakości spisu. Pan Profesor nawiązując do programu spisu zaproponował by w spisie uwzględnić:

- w części edukacyjnej – pytanie o znajomość języka obcego oraz o uczęszczanie na studia równoległe,
- w części migracyjnej – zapytać czy w gospodarstwie domowym są krewni za granicą – co jest ważnym elementem poznawczym dla wędrowek transgranicznych,
- w części mieszkaniowej – zapytać czy w mieszkaniu prowadzona jest działalność gospodarcza (co można powiązać ze statusem zatrudnionego),

- zapytanie o drugie mieszkanie,
- włączyć do listy zawodów nowe formy zatrudnienia (telepraca, samozatrudnienie).

Pan Profesor zgłosił zastrzeżenie odnośnie pytań o religię kwestionując jego zgodność z Konstytucją, proponując skorzystanie z rejestrów w parafiach informacji gromadzonych w kancelariach kościołów. Podkreślił, iż NSP łączy się z rokiem wyborów do parlamentu, które mogą pomóc (listy wyborców), ale też może być nikły stopień zainteresowania.

Pan Profesor poparł projekt stanowiska RRL w sprawie NSP.

Pani Prof. Irena Kotowska wskazała na konieczność odpowiedniej promocji spisu ze względu na metodę, o której zdecydowano, gdzie samospis wymaga odpowiedniego przygotowania społeczeństwa do jego przeprowadzenia. Uznała za wskazane połączenie II Kongresu z promocją spisu oraz badań demograficznych i społecznych, gdyż coraz trudniej robić badania, bowiem społeczeństwo jest zmęczone badaniami szczególnie marketingowymi. Sugerowała by podjąć cykl promocji i współpracy ze środowiskami dziennikarzy, bowiem warto poprzez artykuły w tygodnikach przybliżyć problematykę spisu, a w tym problem ludnościowy.

Pani Profesor nawiązując do kwestii zakresu informacyjnego i sposobu ich pozyskiwania zwróciła uwagę by w spisie uwzględnić:

- odpowiedni zakres pytań, które powinny wychwycić zmienność struktur osób w gospodarstwie domowym,
- pytanie dotyczące miejscowości, w której pracuje respondent,
- informacje o poziomie wykształcenia o kapitale ludzkim, m.in. o umiejętnościach informatyczne

Pani Profesor poparła projekt stanowiska RRL w sprawie NSP i zaproponowała zmianę zapisu w pk4 na *obszary szczególnej uwagi*.

Pan Prof. Janusz Baliński nawiązał do wypowiedzi prof. A. Rajkiewicza w kwestii przynależności do związków wyznaniowych i postulował by nie usuwać tego pytania z ankiety argumentując, iż Konstytucja mówi o zakazie zmuszania, a pytanie w spisie będzie dobrowolne. Nadmienil, iż parafialne rejestry to rejestracja rodzin w obrębie kościoła – nie zawierają one informacji statystycznych. Gorąco poparł propagowanie spisu oraz dokonanie gruntownej analizy poprzedniego spisu by nie popełnić powtórnych błędów.

Pani Anna Nowożyńska poparła włączenie pytania o znajomość języka obcego oraz zwróciła uwagę na odpowiednie trafne sformułowania w ankiecie poprzez włączenie dodatkowych pytań szczegółowych. Zwróciła uwagę, by szczególną uwagę nakierować na porównywalność zapisów dotyczącą poziomów wykształcenia (muszą być porównywalne z Eurostatem).

Pan Prof. Jerzy Kowaleski pozytywnie ocenił całość przygotowań do NSP, zwrócił uwagę na ostatni jego etap upowszechnienia wyników oraz poprosił o informacje dotyczące form i nośników przekazu (papierowa, internet) oraz do jakiego poziomu szczegółowości i w jakich przekrojach terytorialnych można spodziewać się upowszechnienia wyników spisu w internecie.

Pani Prof. Lucyna Frąckiewicz zwróciła uwagę na problem niepełnosprawności, gdyż 14 % ludzi dotkniętych jest tym problemem, a więc należy objąć tę grupę badaniem uwzględniając niepełnosprawności wg rodzaju, wieku, form orzeczenia. Postulowała, by wykorzystać spisy wyborców, które są dobrą informacją o osobach niepełnosprawnych.

Pan Prof. Zbigniew Strzelecki przypomniał o złożonej do Prezesa GUS listy uzupełniającej zakres tematyczny, a w szczególności wskazał na:

- rozważenie możliwości włączenia 6 pytań dotyczących niepełnosprawności, rekomendowanych dla spisów przez Komisję Statystyczną ONZ. Zostały one opracowane przez Grupę Waszyngtońską powołaną w celu opracowania metod pomiaru niepełnosprawności na zasadach porównywalnych w skali międzynarodowej
- włączenie tematów „Dostępność budynku dla osób niepełnosprawnych” oraz „Dostępność mieszkania dla osób niepełnosprawnych” (uwzględnienie w obszarze dotyczącym charakterystyki mieszkań i budynków tematu „Podjazdy dla niepełnosprawnych” nie wyczerpuje zagadnienia dostępności budynków i mieszkań dla osób niepełnosprawnych).
- zgodnie z zaleceniami Unii Europejskiej w zakresie NSP 2011 i tematami rekomendowanymi przez Komisję Europejską, konieczne jest włączenie do obszaru zagadnień związanego z niepełnosprawnością tematu „Rodzaj niepełnosprawności”. Temat ten należy uznać za priorytetowy w zakresie tej problematyki.

Pan Prof. Józef Oleński odnosząc się do uwag i pytań, zwrócił uwagę, iż podejście zgodnie, z którym chcemy zrealizować spis tzn. zebranie podstawowych informacji znajdujących się w różnych rejestrach typu PESEL, ZUS, rejestr podatkowy itd. - jest od lat stosowane w szeregu krajach i przynosi dobre efekty. Uzyskanie minimum informacji dla pełnej populacji identyfikowanych poprzedzi przeprowadzenie analizy rozbieżności między stanami, które są notowane w rejestrach a stanem faktycznym. Pan Prezes zwrócił uwagę na trudny element *adres* - w oparciu o jego analizę zostanie określona ostatecznie wielkość dużej próby, która byłaby objęta bezpośrednim spisem z natury, z zastosowaniem różnych technik (np. w Skandynawii z powodzeniem działa samospis korespondencyjny); duża próba objęta byłaby pełną ankietą przeprowadzoną przez mniejszą ilość ankietatorów a tym samym lepiej wyszkolonych. Pan Prezes podkreślił, iż wszystkie departamenty i komórki w GUS są zaangażowane w popularyzację NSP. Zaznaczył, iż czekamy obecnie na ustawę, projekt jest w trakcie prac redakcyjnych dotyczących precyzyjniejszych sformułowań w związku z

wykorzystaniem rejestrów w dokumencie może być zawarta tylko materia ustawowa np. bez formularza. Zaznaczył, iż GUS śledzi doświadczenia innych krajów (podał przykład Niemiec, gdzie przeprowadzane są spisy głównie w oparciu o rejestry administracyjne i próby z uwagą na konstytucyjny zakaz przeprowadzania spisów). W kwestii zbieżności terminu spisu z terminem wyborów w 2011 nie widzi przeszkód, które zakłóciłyby realizację NSP. Pan Prezes zwrócił uwagę na problem zawartych w ankiecie pytań o charakterze wrażliwym: dotyczy to m. in. badania wewnątrz lub okolośpisowych tj. postawy prokreacyjne, niepełnosprawność, inwalidztwo i inne oraz należy również rozpatrzyć pytania dotyczące narodowości i wyznania. Wyjaśnił, iż zgodnie z konstytucją pytanie nie będzie traktowane jako obowiązkowe, a dobrowolne a ankietę będzie zobligowany poinformować respondenta o dobrowolności odpowiedzi, które będą enumeratywnie przygotowane zgodnie z wykazem UNESCO. Pan Prezes poinformował o stopniu szczegółowości prezentowanych wyników spisu – docelowo planowane jest pokazanie danych na poziomie miejscowości, zgodnie z zasadami tajemnicy statystycznej. Podstawowe informacje - dane ze spisu są dostępne powszechnie w bazie BDR w Internecie i będą aktualizowane poprzez wszystkie dostępne badania. Wskazał na potrzebę agitowania środowisk naukowych, instytutów do realizowania opracowań analitycznych najważniejszych tematów np. mobilność ludności, problem gospodarstw domowych, rynku pracy jak również na wskazanie priorytetowych tematów analitycznych koniecznych do uwzględnienia i zapewnienia na ich wykonanie środków.

Pan Dyrektor Janusz Dygaszewicz nawiązując do wypowiedzi Prof. A. Rajkiewicza w sprawie jakości i przydatności rejestrów, wyjaśnił, że podczas przeprowadzonych już prac zidentyfikowano tematykę 34 rejestrów administracyjnych i oceniono ich przydatność do spisu. Zaznaczył, iż analizując zmienne wymagane przez Komisje europejskie należy stwierdzić, że dają one pokrycie w rejestrach umożliwiając ich porównywanie.

Pani Dyrektor Lucyna Nowak zwróciła uwagę, iż szczegółowe tematy omawiane będą na grupach roboczych. Wyjaśniła, że w poprzednim spisie różnica wynikała pomiędzy bieżącymi bilansami ludności a spisem (nie ze źródeł administracyjnych). Podkreśliła, iż takie tematy jak narodowość, status ekonomiczny, niepełnosprawność są niezwykle złożone i będą szczegółowo rozpatrywane.

Pan Prof. Zbigniew Strzelecki po dyskusji zaproponował przyjęcie stanowiska z uwzględnieniem zgłoszonych uwag i propozycji przedłożonych przez członków RRI..

Rada przyjęła projekt stanowiska Rządowej Rady Ludnościowej w sprawie *Spisu ludności i mieszkań 2011*, który po poprawkach i uzupełnieniu tekstu zostanie skierowany do KPRM.

Ad. 2. porządku obrad

Pan prof. Zbigniew Strzelecki zwrócił uwagę, iż projekt stanowiska RRL w sprawie *Perspektywy starzenia się ludności Polski a zabezpieczenie społeczne* zostaje ponownie przedstawione do akceptacji członków RRL po zredagowaniu przez Prezydium RRL w oparciu o propozycje i w wyniku dyskusji na posiedzeniu plenarnym w dn. 15.10.2007 r.

Pan dr Włodzimierz Sekula – zwrócił uwagę na sformułowanie w tytule słowa *Perspektywy*, uznając jego użycie za niefortunne i sugerował zmianę tytułu na *Proces starzenia się ludności Polski* Postulował także by zawrzeć w stanowisku informacje liczbowe aby wzmocnić wymowę tego procesu.

Pani Prof. Irena Kotowska zwróciła uwagę na wiele stwierdzeń nie dotyczących bezpośrednio procesu starzenia się m.in. brak w stanowisku wyraźnego powiedzenia o działaniach, które oznaczają reformy dostosowania się struktury społecznej do procesu starzenia się i przeciwdziałania temu procesowi, a tym samym wpływania na dzietność.

Pan Prof. Janusz Szymborski zaproponował przesunięcie głosowania przyjęcia stanowiska na następne posiedzenie.

Pan prof. Zbigniew Strzelecki z uwagi na zgłoszone zastrzeżenia zaproponował by do 15 kwietnia członkowie RRL zgłosili uwagi i propozycje uzupełnienia. Skonstruowana zostanie nowa redakcja tego dokumentu i zostanie przedłożona do akceptacji na najbliższym posiedzeniu RRL.

Ad. 3. porządku obrad

Pan Prof. Zbigniew Strzelecki przedstawił projekt struktury raportu 2007–2008 „Sytuacja demograficzna Polski” w postaci:

- Rozdział I. **BILANS LUDNOŚCI**
- Rozdział II. **MAŁŻEŃSTWA 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. **STARZENIE SIĘ LUDNOŚCI POLSKIEJ, STAN I PERSPEKTYWY. KONSEKWENCJE DLA GOSPODARKI I SPOŁECZEŃSTWA**

Zwrócił uwagę, iż raport w części rozdziałów I-VI składać się będzie ze stałej standardowej części, którego twórcami będą ci sami autorzy, natomiast rozdział VII jest wynikiem posiedzenia plenarnego, poświęconego starzeniu się społeczeństwa, a opracowany zostanie przez Prof. Lucynę Frąckiewicz wraz z zespołem.

Rada przyjęła strukturę raportu wraz z przedstawionymi autorami jego wykonania.

Ad. 4. porządku obrad

• **Sytuacja demograficzna Polski Raport 2006-2007**

Sytuacja demograficzna Polski Raport 2006-2007 został przekazany 30.03.2008 r. członkom Rady Ministrów i został przyjęty do wiadomości. Pan Profesor zwrócił szczególną uwagę na zawarte w Raporcie rekomendacje.

• **Protokół z posiedzenia RRL w dniu 13.03.2008 r.**


Pan prof. Zbigniew Strzelecki uznał, iż protokół z posiedzenia RRL w dniu 13.03.2007 r. został przyjęty wobec braku uwag zgłoszonych w wymaganym terminie.

• **Plan pracy Rady**

Pan 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, które odbędzie się w dniu 12 maja br. na temat „Bezpieczeństwo zdrowotne ludności polskiej”. Rada przyjęła plan pracy RRL.

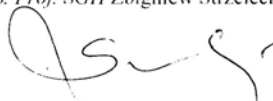
Sekretarz Generalny RRL

dr Alina Potrykowska



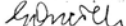
Zatwierdził:

Przewodniczący Rządowej Rady Ludnościowej
dr hab. Prof. SGH Zbigniew Strzelecki



Opracowała:

mjr Ewa Orzełek
Główny specjalista



Al. Niepodległości 208
00-925 Warszawa
Pok. 554 (blok C)
tel.: + 48 (22) 608 30 40
tel.: + 48 (22) 608 31 75
fax: + 48 (22) 608 38 87
e.orzelek@stat.gov.pl
www.stat.gov.pl

Załączniki:

1. Lista obecności na posiedzeniu plenarnym RRL w dniu 13 marca 2008 r. r.
2. Plan pracy Rządowej Rady Ludnościowej oraz sekretariatu RRL w 2008 r.



**Lista obecności na Posiedzeniu Plenarnym RRL
w dniu 13 marca 2008 roku**

Lp	Imię	Nazwisko	Podpis
1.	Wiesław	Adamczyk	<i>W. Adamczyk</i>
2.	Tomasz	Arabski	
3.	Bożena	Balcerzak-Paradowska	<i>Bożena</i>
4.	Janusz	Balicki	<i>Janusz</i>
5.	Michał	Boni	<i>Michał</i>
6.	Bogdan	Chazan	<i>Bogdan</i>
7.	Mariola	Chojnacka	<i>Mariola</i>
8.	Jerzy	Czerwiński	<i>Jerzy</i>
9.	Joanna	Didkowska	
10.	Janusz	Dygaszewicz	<i>Janusz</i>
11.	Lucyna	Frąckiewicz	<i>Lucyna</i>
12.	Józefina	Hrynkiewicz	<i>Józefina</i>
13.	Janina	Jóźwiak	
14.	Dagmara	Korbasińska	
15.	Irena E.	Kotowska	<i>Irena E.</i>
16.	Jerzy T.	Kowaleski	<i>Jerzy T.</i>
17.	Jolanta	Kulus	
18.	Jolanta	Kurkiewicz	<i>Jolanta</i>
19.	Ireneusz	Kuropka	<i>Ireneusz</i>
20.	Adam	Kurzynowski	<i>Adam</i>
21.	Kazimierz	Latuch	
22.	Adam	Leszkiewicz	
23.	Krzysztof	Lewandowski	<i>Krzysztof</i>
24.	Wiesław	Łagodziński	<i>Wiesław</i>
25.	Grażyna	Marciniak	<i>Grażyna</i>
26.	Marcin	Nawrot	
27.	Lucyna	Nowak	<i>Lucyna</i>
28.	Józef	Oleński	



Lp	Imię	Nazwisko	Podpis
29.	Ewa	Orzełek	<i>[Signature]</i>
30.	Włodzimierz	Pisarski	
31.	Alina	Potrykowska	<i>[Signature]</i>
32.	Antoni	Rajkiewicz	<i>[Signature]</i>
33.	Robert	Rauziński	<i>[Signature]</i>
34.	Andrzej	Rączaszek	
35.	Iwona	Roeske-Słomka	<i>[Signature]</i>
36.	Rafał	Rogała	<i>[Signature]</i>
37.	Zbigniew	Rykowski	
38.	Włodzimierz	Sekula	<i>[Signature]</i>
39.	Zofia	Słońska	<i>[Signature]</i>
40.	Irena	Skrzypczak	
41.	Izydor	Sobczak	<i>[Signature]</i>
42.	Monika	Stanny	
43.	Dariusz	Stańko	<i>[Signature]</i>
44.	Zbigniew	Strzelecki	<i>[Signature]</i>
45.	Katarzyna	Szamotołska	
46.	Kazimierz	Szczygielski	<i>[Signature]</i>
47.	Ryszard	Szubański	<i>[Signature]</i>
48.	Janusz	Szymborski	<i>[Signature]</i>
49.	Janusz	Witkowski	<i>[Signature]</i>
50.	Alina	Wojtowicz-Pomierna	<i>[Signature]</i>
51.	Witold	Zatoński	<i>[Signature]</i>
52.	Katarzyna	Zboś	
53.	Eugeniusz	Zdrojewski	<i>[Signature]</i>
54.	Anna	Zdrojewski	<i>[Signature]</i>
55.	Dina	Zdrojewski	<i>[Signature]</i>
56.	Tadeusz	Zdrojewski	<i>[Signature]</i>
57.			
58.			



Protokół
z posiedzenia plenarnego Rządowej Rady Ludnościowej
z dnia 12 maja 2008 r.

Posiedzenie prowadził przewodniczący RRL prof. dr hab. Zbigniew Strzelecki. Obecni byli członkowie Rady oraz zaproszeni goście – 47 osób (lista obecności w załączeniu).

Przyjęto następujący porządek obrad:

1. Bezpieczeństwo zdrowotne ludności Polski – referaty:
 - a) *Przedstawiciel Ministra Zdrowia* - Bezpieczeństwo zdrowotne ludności Polski w ocenie Ministerstwa Zdrowia.
 - b) *Prof. Anna Wilmonska-Pietruszyńska* – System opieki zdrowotnej w Polsce a bezpieczeństwo zdrowotne ludności.
 - c) *Prof. Mariam Szamatowicz* – Bezpieczeństwo zdrowotne kobiet ciężarnych i rodzących.
 - d) *Prof. Janusz Szymborski* – System opieki zdrowotnej dzieci i młodzieży w Polsce. Stan i zagrożenia.
 - e) *Prof. Barbara Bień* – Opieka zdrowotna nad ludźmi w starszym wieku. Stan a potrzeby w perspektywie starzenia się ludności Polski.
 - f) Dyskusja
2. Informacja o 41 Sesji ONZ Komisji Ludności i Rozwoju nt. Rozmieszczenie ludności, urbanizacja, migracje wewnętrzne i rozwój, Nowy York 7-11 04, 2008 r. – *dr Alina Potrykowska*
3. Projekt stanowiska RRL w sprawie „*Starzenie się ludności Polski a zabezpieczenie społeczne*”.
4. Projekt Raportu 2007-2008 „*Sytuacja demograficzna Polski*” – *prof. Z. Strzelecki*
5. Sprawy różne
 - Przyjęcie protokołu z posiedzenia RRL w dniu 13.03.2008 r.

Przebieg posiedzenia

Otwierając posiedzenie, przewodniczący RRL *prof. dr hab. Zbigniew Strzelecki*, powitał wszystkich uczestników (47 osób - lista w załączeniu) zwracając uwagę na 1-szą część obrad poświęconych dyskusji nad kwestiami bezpieczeństwa zdrowotnego ludności Polski. Kwestia bezpieczeństwa zdrowotnego ludności Polski dla RRL jest niezwykle istotna, ponieważ od niego zależy skala negatywnych przejawów rozwoju demograficznego Polski tzn., im bezpieczeństwo zdrowotne jest większe tym ryzyko negatywnych przejawów jest mniejsze i dotyczy to wszystkich faz życia człowieka oraz rozwoju rodziny. Pan Profesor podkreślił, że do prezentacji ocen bezpieczeństwa zdrowotnego ludności Polski zostali poproszeni wybitni przedstawiciele z wielu dziedzin ochrony zdrowia i medycyny. Będzie to także nawiązanie do toczącej się w Polsce dyskusji o kryzysowej sytuacji demograficznej Polski, której problem został wreszcie dostrzeżony. Z uwagi na wagę tego problemu zaproponował, aby RRL przygotowała w tej kwestii stanowisko, którego projekt będzie konsultowany z członkami Rady (drogą e-mailową) a po uwzględnieniu uwag oraz po aprobacie Prezydium RRL zostanie przedłożony Szefowi Kancelarii Prezesa Rady Ministrów.

Następnie *Pan Prof. Zbigniew Strzelecki* przedstawił porządek obrad, który wobec braku uwag został przyjęty. Zwrócił uwagę, iż wszystkie wygłoszone na posiedzeniu ekspertyzy zostaną opublikowane w kolejnym Biuletynie RRL nr 53.

Ad. 1 porządku obrad

Jako pierwsza głos zabrała przedstawicielka Ministra Zdrowia Pani Dagmara Korbasińska - Zastępca Dyrektora Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia w MZ przedstawiając oficjalne stanowiska Resortu Zdrowia.

Pani Dagmara Korbasińska zaznaczyła, iż z uwagi na ograniczony czas wystąpienia wskaże jedynie najważniejsze elementy w temacie „Bezpieczeństwo zdrowotne ludności Polski w ocenie Ministerstwa Zdrowia”, przy czym całość zostanie zamieszczona w kolejnym Biuletynie RRL (podobnie w przypadku pozostałych ekspertyz - o czym wspominał Pan Przewodniczący). Autorka, podkreśliła, iż oceniając gwarancje bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców Polski można odnieść się do wielu aspektów tego bardzo szerokiego problemu. Pierwszym z aspektów 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, jak np. problem zagrożenia ptasią grypą. Fakt, iż oceniane przez specjalistów realne zagrożenie wystąpienia 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, żeby system ten był przygotowany do zaspokajania potrzeb zdrowotnych w perspektywie 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 oceny bezpieczeństwa zdrowotnego należy zwrócić uwagę, że poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego ma charakter subiektywny. Brak jest 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. Pani Dyrektor poruszyła kwestie dotyczące:

- Zagrożenia o charakterze epidemiologicznym, w tym: sytuację demograficzną i epidemiologiczną, kluczowe problemy zdrowotne oraz programy polityki zdrowotnej realizowane przez Ministra Zdrowia
- Działania na rzecz ochrony zdrowia publicznego realizowane przez Państwową Inspekcję Sanitarną
- Funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w odniesieniu do bezpieczeństwa zdrowotnego Polski, a w szczególności strukturę świadczeniodawców oraz finansowanie systemu ochrony zdrowia
- Informacji o zadłużeniu oraz płynności finansowej Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej na dzień 31 grudnia 2007 r.
- Dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Prof. dr hab. Zbigniew Strzelecki dziękując za prezentację, wyraził ubolewanie z powodu nieobecności kogoś z członków kierownictwa MZ na posiedzeniu omawiającym tak ważki dla Polski i Polaków temat i w związku z tym braku odpowiedzi na szereg pytań oraz

podstawowego gdzie znajduje się słaby punkt dotyczący bezpieczeństwa zdrowotnego.

Prof. Anna Wilmowska-Pietruszyńska – drugi ekspert przedstawiła temat *System opieki zdrowotnej w Polsce a bezpieczeństwo zdrowotne ludności*. Na wstępie wyraźnie podkreśliła, iż zdrowie jest podstawową wartością w życiu człowieka i jego ochrona musi być wspierana skuteczną polityką państwa. Pani Profesor wyraziła, że wg 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 osób chorych, bezrobotnych, bezdomnych, biednych i polega na umożliwieniu im korzystania m.in. z bezpłatnej z oświaty, ochrony zdrowia, pomocy materialnej.

Pani Profesor podkreśliła, że istotą 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.

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.

Przedstawiła propozycje i wybrane strategie na rzecz Zdrowia, wśród których 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
2. „Zdrowie – nasz największy skarb”
3. Uwzględnianie kwestii zdrowia we wszystkich obszarach polityki
4. Zwiększenie roli UE w ochronie zdrowia na świecie

Pani Prof. Anna Wilmonska-Pietruszyńska wskazała na zwiększenie roli UE w ochronie zdrowia na świecie, iż w dzisiejszym zglobalizowanym świecie trudno jest oddzielić działania krajowe lub unijne od polityki światowej, ponieważ globalne kwestie zdrowotne oddziałują na wewnętrzną politykę zdrowotną. Omówiła ponadto sformułowane na nadchodzące lata trzy cele strategiczne:

cel 1: propagowanie zdrowia w starzejącej się Europie

cel 2: ochrona obywateli przed zagrożeniami dla zdrowia

cel 3: monitorowanie funkcjonowania systemów zdrowotnych i nowych technologii

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.

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

Pani Profesor zwróciła uwagę, iż zapewnienie funkcjonowania systemu zabezpieczenia społecznego należy do podstawowych funkcji i zadań państwa.

Przypomniała dwa art. Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, która stanowi:

- 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).

Podkreśliła, iż z powyższego wynika, że ochrona zdrowia jest integralnym elementem polityki społeczno-ekonomicznej państwa, a jakość opieki zdrowotnej jest podstawowym zagadnieniem w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia i ma istotne znaczenie dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego. Ponadto bezpieczeństwo pacjentów jest najistotniejszym elementem zarządzania jakością a jego poprawa wymaga kompleksowych działań w zakładach opieki zdrowotnej w zakresie bezpieczeństwa środowiska pracy oraz zarządzania ryzykiem.

Wskazała, iż 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 do 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.

W celu przezwyciężenia barier dostępności i promowania równości w zdrowiu konieczne jest również rozwiązanie problemów związanych z migracją i brakiem satysfakcji finansowej pracowników ochrony zdrowia i zadłużeniem się szpitali.

Podjęcie powyższych działań jest niezbędne do 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 zainteresowanych, w tym m.in. przedstawicieli nauki, organizacji pozarządowych, przedstawicieli pracodawców i środków masowego przekazu.

Pani Profesor podkreśliła fakt, iż centralną wartością, o których mowa w rekomendacjach jest wzmocnienie roli i aktywności obywateli, a polityka zdrowotna musi brać za punkt wyjścia prawa obywatela i pacjenta.

Pan Prof. *Marian Szamatowicz* – kolejny ekspert przedstawił temat – *Bezpieczeństwo zdrowotne kobiet ciężarnych i rodzących*, zaznaczając, że przygotowana ekspertyza powstała na podstawie materiałów które niełatwo było zdobyć. Cięża 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. Celem tym jest rozród i zachowanie ciągłości gatunku. Jak wynika z zapisów Starego Testamentu pierwszym nakazem boskim, po stworzeniu człowieka, było rozmnażanie się, zapelnianie ziemi i podporządkowanie ją sobie. W dobie dzisiejszej, gdy mówi się o zdrowiu prokreacyjnym lub innymi słowy o medycynie rozrodu, to pod tym pojęciem należy rozumieć również problemy dojrzewania płciowego, planowanie rodziny z uwzględnieniem metod zapobiegania niepożądanego ciąży, zaburzenia płodności, przebieg ciąży fizjologicznej i patologicznej, poród drogami natury i zabiegowy, bezpieczeństwo płodów i noworodków, bezpieczeństwo kobiet w ciąży, w porodzie i połogu. Medycyna rozrodu zajmuje się także zaburzeniami cyklu płciowego, problemami kobiet w okresie okołoprzekwitaniowym oraz wszystkimi innymi czynnikami, które wywierają wpływ na

roznód u ludzi.

Przygotowanie rzetelnej analizy na temat bezpieczeństwa kobiet w ciąży i w porodzie w warunkach polskich 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, w raporcie UNDP, ale najczęściej odwołują się one 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, planowania rodziny wraz z problematyką ciąży u młodocianych, omówione będą zagadnienia patologii ciąży i ich wpływu na stan matki i płodu, możliwości diagnostyki przedurodzeniowej płodu i ich wykorzystanie w praktyce perinatologicznej, wreszcie zostaną zaprezentowane podstawowe wskaźniki umieralności okoloprodowej matek i płodów.

Prof. Marian Szamatowicz rozwinął tematy dotyczące problematyki: płodności i niepłodności, ciąż u młodocianych nastolatek, porodów przedwczesnych i wcześniactwa, wrodzonych wad płodu i diagnostyki prenatalnej, ciąży, jej fizjologii i patologii, porodu drogami natury i cięcia cesarskiego oraz śmiertelności matek.

Pan Profesor podkreślił, iż ocena bezpieczeństwa kobiet ciężarnych i rodzących w Polsce dokonywana na podstawie wymiernych wskaźników umieralności okoloprodowej i niemowląt oraz wskaźnika umieralności kobiet na tle innych krajów wypada zupełnie przyzwoicie. Nie oznacza to wcale, że stan tego bezpieczeństwa ma charakter optymalny. W opiece perinatalnej jest wiele obszarów, które wymagają radykalnej naprawy. Kluczowe znaczenie mogą mieć następujące zagadnienia:

- a/ przestrzeganie zasad formalnych i merytorycznych systemu opieki perinatalnej, ze szczególnym zwróceniem uwagi na tworzenie ośrodków i zespołów neonatologicznych, przede wszystkim na III-cim poziomie referencyjności,
- b/ podniesienie zakresu i poziomu usług perinatologicznych świadczonych w podstawowej opiece zdrowotnej, a głównie zwiększenie dostępności do tego typu usług w ośrodkach małomiasteczkowych i wiejskich,
- c/ 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,
- d/ szkolenie specjalistów, którzy będą mogli sprostać wymogom współczesnej

- perinatologii,
- e/ opracowywanie nowych metod i testów do identyfikacji czynników ryzyka różnych patologii ciążyowych wraz z doskonaleniem metod postępowania leczniczego jak i chirurgicznego,
 - f/ wprowadzenie współczesnych metod badań epidemiologicznych z rejestracją wszystkich zjawisk związanych z procesami prokreacyjnymi u człowieka,
 - g/ powołanie centrum koordynującego wszystkie powyższe działania i posiadającego uprawnienia logistyczne i nadzorcze.

Pan Prof. Jamusz Szymborski – jako kolejny ekspert przedstawił temat *System opieki zdrowotnej dzieci i młodzieży w Polsce. Stan i zagrożenia*, zaznaczając, iż wg jego stanu wiedzy obecnie system opieki zdrowotnej dzieci i młodzieży w Polsce nie istnieje i postara się wykazać, dlaczego należy go jak najszybciej stworzyć. Na wstępie podkreślił, iż prawo do ochrony zdrowia jest chronione przez Konstytucję Rzeczypospolitej Polskiej, która:

- w art. 68 gwarantuje prawo do ochrony zdrowia, w tym równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych,
- a w ust 3. tegoż artykułu stanowi, że władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom i kobietom ciężarnym.

Prawo do ochrony zdrowia dziecka znajduje także oparcie na gruncie Konwencji o prawach dziecka przyjętej przez ONZ 20 listopada 1989 r.

- Konwencja obliguje do traktowania jako sprawę nadrzędną najlepsze zabezpieczenie interesów dziecka,
- w art. 24 wymienia prawo do jak najwyższego poziomu zdrowia i udogodnień w zakresie leczenia chorób,
- a w pkt d art.24. zobowiązuje Państwa -Strony do podjęcia niezbędnych kroków w celu zapewnienia matkom właściwej opieki zdrowotnej w okresie przed i po urodzeniu dziecka.

Pan Profesor omówił realizowane w latach 2000/01 rozwiązania naprawcze systemu opieki nad matką i dzieckiem, a także główne elementy bieżącej sytuacji zdrowotnej populacji wieku rozwojowego oraz przedstawił 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. Stwierdził, że zadania nadzoru merytoryczno-organizacyjnego

ukierunkowane zostały na główne problemy w opiece nad matką i dzieckiem w zakresie:

- opieki zdrowotnej nad kobietą i noworodkiem
- opieki zdrowotnej nad dzieckiem
- koordynacji i monitorowania realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych.

Podsumowując wyniki działalności nadzoru zwrócił uwagę, iż 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.
- wstrzymano 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 tematycznego 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 2000/01 miały wpływ na poprawę wskaźników stanu zdrowia (umieralność niemowląt, umieralność okołoporodowa) oraz wykonawstwa świadczeń zdrowotnych, a zwłaszcza szczepień ochronnych. Program jednak nie był kontynuowany w latach następnych.

Autor omówił także problemy w funkcjonowaniu systemu opieki nad dzieckiem w latach 2002 – 2008 zwracając uwagę na opracowania zamieszczone w Biuletynie RPO *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce* pozwalające na weryfikację tych deklaracji w odniesieniu do kluczowych obszarów opieki nad dzieckiem.

Omawiając zagadnienie opieki okołoporodowej podkreślił brak informacji, które

potwierdzałyby priorytetowe traktowanie opieki okołoporodowej w polityce zdrowotnej państwa. Konkretnych zadań realizacyjnych nie zawiera komunikat Ministra Zdrowia z kwietnia 2004 roku o Narodowym Planie Zdrowia na lata 2004 – 2013; ani uchwalony przez Radę Ministrów w dniu 15 maja 2007r. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015. Nie został także 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 priorytety, opracować plan i konkretne rozwiązania realizacyjne.

Następnie Pan Profesor skupił się na temacie medycyny szkolnej podkreślając, iż zdrowie młodzieży w Polsce jest najbardziej zaniedbywanym, marginalizowanym, ignorowanym obszarem medycyny i polityki zdrowotnej, pomimo, iż 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. Wskazał także na problemy związane z zapewnieniem żywienia i aktywności fizycznej w szkole, utrudnienia w dostępie do edukacji i opieki zdrowotnej dzieci przewlekle chorych, problemy w zakresie profilaktyki próchnicy oraz na niewłaściwe warunki techniczne i sanitarne w szkołach.

Ponadto wskazał na problemy zdrowotne i świadczenia opieki zdrowotnej opieki oraz zakłócenia w funkcjonowaniu lecznictwa pediatrycznego, którego problemy związane są nie tylko z wieloletnim niedofinansowaniem, ale także z brakiem spójnej polityki zdrowotnej na rzecz dzieci. Wskazał na rekomendacje Rządowej Rady Ludnościowej przyjęte w dniu 14 stycznia 2003 roku przez Radę Ministrów, w których postulowano:

„Konieczne jest reaktywowanie przez Ministerstwo Zdrowia medycyny szkolnej we wszystkich jej funkcjach: promocji zdrowia i profilaktyki oraz leczenia i rehabilitacji”

Mocno podkreślił, iż wnikliwa analiza sytuacji prowadzi do wniosku, że Polsce zagrożone są prawa uczniów przewlekle chorych w relacji do równych szans edukacyjnych oraz do adekwatnej do potrzeb opieki medycznej. Brakuje, zarówno międzyresortowej koordynacji, która stwarzałaby takie szanse dzieciom przewlekle chorym, jak i zrozumienia istoty problemów, z jakimi się boryka dziecko przewlekle chore w szkole.

Wymienił priorytetowe obszary zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży, którymi są: zdrowie matki i noworodka, żywienie i aktywność fizyczna, choroby zakaźne, urazy i przemoc, środowisko naturalne, zdrowie młodzieży w okresie dojrzewania, zdrowie psychiczne.

zdrowie jamy ustnej. Podkreślił, priorytetowe obszary w zakresie bezpieczeństwa dzieci: zaniedbanie i przemoc, samobójstwa, demoralizacja i przestępczość, zagrożenia ze strony środowiska fizycznego, epidemie, masowe katastrofy, urazy niezamierzone, w tym tzw. konsumenckie.

Wskazał cele narodowej strategii na rzecz zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży w Polsce postaci:

- Umożliwienie dzieciom i młodzieży realizowania pełnego ich potencjału życiowego dla zdrowia i rozwoju,
- Zmniejszenie chorobowości i umieralności z przyczyn poddających się zapobieganiu zwłaszcza z powodu urazów i przemocy,

oraz wymienił zasady budowania strategii na rzecz zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży w Polsce: 1) *Podjęcie uwzględniające etapy rozwoju dziecka*, 2) *Sprawiedliwość*, 3) *Działania międzysektorowe*, 4) *Współuczestnictwo*, 5) *Równorzędność działań prewencyjnych i naprawczych*, 6) *Podjęcie siedliskowe*, 7) *Wykorzystanie dotychczasowych doświadczeń*, 8) *Łączne podejście do urazów i przemocy*

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, iż dla wyjaśnienia przyczyn, podjęcia działań naprawczych i prewencyjnych, niezbędne staje się zaangażowanie administracji państwowej, aparatu dochodzeniowego i wymiaru sprawiedliwości.

Pan Prof. Zbigniew Strzelecki podziękował mówcy za nawiązanie do stanowisk RRL, które wcześniej były formułowane w tym obszarze.

Pani Prof. Barbara Bień — kolejny ekspert przedstawiła temat *Opieka zdrowotna nad ludźmi w starszym wieku. Stan a potrzeby w perspektywie starzenia się ludności Polski*.

Pani Profesor podkreśliła, że 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.

Pani Profesor zadala szereg pytań oraz zaakcentowała, iż mówiąc o opiece zdrowotnej nad ludźmi starszymi należałoby na wstępie określić, jaką część populacji stanowi ta grupa wiekowa dziś i w przyszłości? Czym jest starość i starzenie w kontekście zdrowia publicznego i medycyny. Kto jest pacjentem geriatrycznym i dlaczego wymaga on szczególnego podejścia diagnostycznego i opiekuńczego? Jaki jest stan zdrowia i 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?

Pani Profesor omawiając temat *Ludzie starzy w populacji. stan aktualny i perspektywy*; wskazała, iż przedstawiona charakterystyka starzenia demograficznego w Polsce w perspektywie do 2030 roku - 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 szansę załamać już obecnie nie w pełni wydolny system usług zdrowotnych i opiekuńczych.

Pani Profesor w swoim wystąpieniu rozwinęła tematy: ludzie starzy jako podmiot opieki zdrowotnej, zasady opieki geriatrycznej oraz cele geriatryi.

Wymieniła i scharakteryzowała podstawowe zasady opieki, a mianowicie,

- **Powszechność opieki** - dostęp wszystkich ludzi starych do świadczeń ochrony zdrowia na równych prawach
- **Dostępność opieki** - bliskość placówek ochrony zdrowia od miejsca zamieszkania i bezpłatne świadczenia
- **Długotrwałość opieki** -ciągłość opieki wynikająca z długofalowości procesu starzenia i przewlekłości chorób
- **Jakość opieki** - stosowanie fachowej wiedzy gerontologicznej przez

praktyków ze szczególnym uwzględnieniem zasad etyki

- **Kompleksowość opieki** - całościowe rozwiązywanie problemów socjomedycznych (lekarz+pielęgniarka+ pracownik socjalny + inni)

Podkreśliła, iż w polskim systemie ochrony zdrowia udział specjalistycznych świadczeń geriatrycznych, tj. świadczonych przez geriatrów w placówkach geriatrycznych jest marginalny –zgodnie ze specjalizacją pracuje maksymalnie około 100 – 120 geriatrów, na około 270 lekarzy ją posiadających. Stanowi to przysłowiową „kroplę w morzu potrzeb”. Mimo wieloletnich wysiłków Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego odnośnie rozwoju geriatry i wprowadzenia 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 Parlamentu i Rządu oraz innych gremiów decydenckich, by tę specjalność uczynić priorytetem.

Dużą słabością systemu opieki zdrowotnej i pomocy społecznej nad ludźmi starszymi w Polsce jest brak 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.

Zwróciła uwagę że, we wszystkich krajach Europy, za świadczenie i finansowanie opieki długoterminowej współodpowiedzialne są cztery sektory, jako "brylant opieki społecznej" (*welfare diamond*), a mianowicie,

- Rodzina wraz z siecią wsparcia nieformalnego;
- Sektor opieki publicznej/państwowej;
- Organizacje pozarządowe i wolontariat;
- Sektor prywatny lub wolny rynek.

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.

Podsumowując wskazała na plusy i minusy geriatry, a mianowicie:

- Prognozowany wzrost starości demograficznej spowoduje zwielokrotnienie zapotrzebowania na usługi medyczne i zagrazi zapaścią już nie w pełni wydolnego

systemu opieki zdrowotnej.

- Stan zdrowia i sprawność ludzi starszych w Polsce są niezadowalające. Świadczą o tym subiektywne i zobiektywizowane wykładniki stanu zdrowia i porównania z innymi krajami.
- Opieka zdrowotna nad osobami starszymi jest niewydolna – niespójna, zdeintegrowana i nie zapewnia równego dostępu do świadczeń (geriatrycznych i rehabilitacyjnych). Nie spełnia standardów podejścia geriatrycznego.
- Udział sektora pomocy społecznej w systemie opiekuńczym państwa jest marginalny.
- Wobec prognozowanego zwiększenia zapotrzebowania na opiekę w środowisku i redukcji potencjału opiekuńczego rodzin, wprowadzenie ubezpieczeń pielęgnacyjnych jest wysoce pożądane.
- System opieki zdrowotnej winien być pilnie adoptowany do potrzeb starszych pacjentów.
- Sytuacja opiekunów rodzinnych wymaga rozpoznawania w celu udzielania właściwie adresowanego wsparcia ze strony podmiotów profesjonalnie do tego przygotowanych.
- Warunkiem poprawy opieki zdrowotnej nad ludźmi starszymi jest rozwój edukacji geriatrycznej, studentów medycyny, lekarzy rodzinnych i zwiększania liczby geriatrów. Niezbędne jest rozszerzanie łóżkowej bazy klinicznej w uczelniach medycznych – głównie do celów szkoleniowych.

Po prezentacjach ekspertów rozpoczęła się dyskusja.

Pani dr Zofia Słońska – (Instytut Kardiologii) zabierając głos w dyskusji podziękowała za przedstawione ekspertyzy, uznając je za fascynujące. Mocno podkreśliła fakt braku uczestnictwa przełożonych z MZ, którzy mogliby podjąć stosowne decyzje dotyczące tak ważkich problemów. Skomentowała problem bezpieczeństwa zdrowotnego z perspektywy społeczno-ekonomicznej i systemowej. Przyglądając się polskiemu trendom umieralności to nie ulega wątpliwości, że uzyskaliśmy dość spektakularny wynik w obniżeniu poziomu umieralności głównie za sprawą chorób układu krążenia. Zwróciła uwagę na terytorialne zależności poziomu umieralności (wyższy w małych miastach o 20% w jednostkach chorobowych) przedwczesny zgon związany jest ściśle z pozycją społeczną. Wielu ekspertów zgłaszało problem niskiej zgłaszalności (w związku z oferowanymi programami), który jest związany ze strukturą społeczną i ze statusem społecznym potencjalnych pacjentów – istotny jest tutaj poziom świadomości zdrowotnej ludzi. Bardzo istotne jest w zabezpieczeniu społecznym konieczność współpracy międzysektorowej. Podkreśliła, że zasadniczą kwestią jest włączanie do ogólnej problematyki społecznej problematykę zdrowia dzieci i młodzieży oraz ludzi starych. Wobec problemów systemu służby zdrowia z tytułu niedofinansowania, braków organizacyjnych i kłopotów kadrowych, nie myśli się o zdrowiu populacji w sensie

strategicznym i perspektywicznym. Zwróciła uwagę, iż rzadko, kto w służbie zdrowia ma świadomość, że społeczne zdarzenia np. bezrobocie przedkładają się na zdrowie ludzi (co potwierdzają badania empiryczne).

Pan dr Kazimierz Szczygielski – zastrzegł, iż w wypowiedzi przedstawicielki MZ nie widzi załączków projekcji zdarzeń, które w Polsce dzieją się i które dokonują się. Poruszył kilka problemów dotyczących:

- sierot migracyjnych, który wiąże się bezpośrednio z poziomem systemu ochrony zdrowia społecznego (od 2004 r. bardzo duży problem ludzi – emigrantów zarobkowych - szczególnie nasilony na Opolszczyźnie),
- braku przygotowania do nowo tworzonych struktur (wyjazdy zarobkowe, turystyczne, których natężenie jest ogromne ; otwarcie bardzo wielu rynków zagranicznych),
- poziomu dostępności używek, których użytkowanie wzrasta, a za tym zwiększa się ryzyko chorób, a jednocześnie brak jest przełożenia w systemie zabezpieczenia zdrowotnego,
- ekonomicznych relacji kosztów między wydatkami na opiekę nad ludźmi w wieku poprodukcyjnym a wartościami dla całej logistyki związanej z urodzinami.

Pan Prof. Tadeusz Tolloczko – podziękował za zainteresowanie tą tematyką. Zaznaczył, że warunki bezpieczeństwa zdrowotnego zależą od dwóch funkcji od wykształcenia i od zamożności ludzi a skutki rozwarstwienia społecznego można zaobserwować w wielu przypadkach m.in. obserwując kto może kupić lekarstwa. Jako lekarz klinicysta zaznaczył, iż bieda w dużo większym stopniu dotyka dzieci i młodzież niż ludzi starszych. Podkreślił, iż na problemy żywienia dzieci nie ma wpływu służba zdrowia i lekarze, podobnie jak na jakość życia czy też na jednakowy dostęp oraz humanitarny aspekt sprawiedliwego rozdziału usług medycznych. Zastrzegł, że niedostatek jest lepiej tolerowany, jeżeli jest równo rozdzielany. Poruszył problem funkcjonujących obecnie limitów w służbie zdrowia, które ograniczają możliwość działania służby zdrowia i dobitnie w sposób negatywny wpływają na poziom bezpieczeństwa zdrowotnego. Mówiąc o prawach pacjenta wskazał na problem relacji w wielu gałęziach prawa gdyż istnieje ogromna przepaść między tym, co prawo stanowi a tym, co niesie rzeczywistość, co można zastosować w życiu, a co może być realizowane. Namawiał, aby opierać się na realnych możliwościach pracy a nie na prawach (np. istniejący system opieki jest wysoce biurokratyczny i nie funkcjonuje w życiu socjalnym). Zwrócił uwagę na problem organizacji i finansowania służby zdrowia podkreślając, że same pieniądze nie wystarczą do rozwiązania problemu, a należy większą wagę skierować na problem wydatków na ochronę zdrowia oraz uzmysłowienie, iż w praktyce jest to wielka inwestycja. Zwrócił uwagę na wyceny procedur medycznych (określając to działanie jako „zbiorowy bzik”), według których za procedury płaci się mniej niż one kosztują, co doprowadza do

zadłużania służby zdrowia i kolejnych problemów. Kończąc swoje wystąpienie skonstatował, iż we współczesnym świecie problem, kto będzie żył, a kto ma umrzeć nie zależy od lekarzy i służby zdrowia, ale od polityków i ekonomistów.

Pani Prof. Józefina Hryniewicz wskazała na potrzebę wykonania bardzo pogłębionej analizy obowiązującego Zarządzenia Ministra Zdrowia (z 1996 r.) dotyczącego medycyny pracy z uwagi na pogłębiający się proces starzenia się społeczeństwa, w którym to zarządzeniu regulacje są bardzo liberalne, powodujące dla pracodawcy zwolnienia z wielu podstawowych obowiązków z zakresu ochrony zdrowia oraz ochrony miejsca pracy. Pani Profesor zwróciła również uwagę na zagadnienie związane z profilaktyką chorób nowotworowych, sugerując by przeprowadzona została zasadnicza akcja promocji zdrowia, która zachęciłaby ludzi do ochrony swojego zdrowia. Poprosiła o wskazanie, które z wielu przedstawionych w wystąpieniach programów są priorytetowe i w pełni przygotowane do realizacji.

Pani Prof. Iwona Roeske-Slomka zwróciła się z prośbą o uzupełnienie charakterystyki systemu dotyczącego bezpieczeństwa zdrowotnego dzieci i młodzieży o elementy metodologiczne. Wskazała na potrzebę zdefiniowania pojęcia bezpieczeństwa zdrowotnego ludności tzn. odpowiedzi na pytania typu:

- jaki należy przyjąć wykładnik w rozumieniu MZ dla ludności,
- od kiedy można mówić, że istnieje takie bezpieczeństwo,
- czy można podać definicję systemu opieki zdrowotnej, a w tym
 - czy jest to jeden system – czy jest on stały czy zmienny w czasie
 - jakie są relacje w systemie,
 - jaki był w ubiegłym systemie politycznym a jakie są elementy,
 - na ile jest on spójny,
 - jaki jest jego związek z funduszami które są w dyspozycji MZ

Pani Prof. Jerzy T. Kowaleski – podzielił się refleksjami na kanwie tego, co przedstawili eksperci, a to znaczy że, jeśli popatrzymy na system opieki zdrowotnej w perspektywie 5, 10, 15 lat – liczba mieszkańców się zmniejsza, ale popyt na świadczenia opieki zdrowotnej nie, a więc gdyby wziąć pod uwagę dzisiejszą składkę ubezpieczenia zdrowotnego i wynikającą z niej dostępność, to powstaje pytanie jaka będzie ta składka: większa czy mniejsza co wynika m.in. z racji starzenia się ludności i z racji rozkładu popytu na świadczenia zdrowotne (które jest różne dla osób w różnym wieku). Natomiast wydłużenie się przeciętnego dalszego trwania życia nie zawsze może powiększać ten popyt; ważny jest natomiast wskaźnik trwania życia w zdrowiu w kontekście kompresji chorób w starszym wieku. Pan Profesor mówił o istotnej promocji zdrowia poprzez upowszechnianie świadomości zdrowotnej oraz o potrzebie reaktywowania badania GUS dotyczącego oceny

stanu zdrowia.

Pan Prof. Antoni Rajkiewicz – podziękował autorom za przygotowanie wielostronnego, kompetentnego i kompleksowego obrazu sytuacji i problemów zdrowotnych ludności, które rozszerzają tradycyjną część Raportu RRL - w kolejnych wydaniach poświęcony jest rozdział odnoszący się w sposób kompleksowy do zdrowia.

Pan Profesor zwrócił uwagę na kilka spraw, które powinny być uwzględnione w formułowanym stanowisku RRL, a mianowicie kwestie:

- badań prenatalnych, które w porównaniu do krajów zachodnich stanowią fragment opieki zdrowotnej, a RRL winna wnioskować o skrócenie czasu oczekiwania na dziecko poprzez poparcie metody *In vitro*, tym samym wspierając ludzi oczekujących na dziecko,
- edukacji zdrowotnej, propagowanej poprzez system medialny, ale nie poprzez reklamy,
- medycyny szkolnej, w szczególności badań słuchu, wzroku - dla grup dyspersyjnych, które jeśli nie są wykryte wcześniej powodują ogromne straty w jakości życia młodych ludzi,
- kompleksowej opieki gerontologicznej, subwencja nie tylko ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej ludzi starszych, ale także wsparcie opieki społecznej połączonej z całym kompleksem i systemem ochrony zdrowia oraz związanej z dofinansowaniem z systemu ubezpieczenia pielęgnacyjnego,
- preferencji dotyczących ciągłości opieki przy chorobach przewlekłych (zmiany cen leków czy finansowania leczenia powodują przerywanie kuracji (które to problemy są podstawowe z punktu widzenia wartości i jakości życia).

Pan Prof. Bogdan Chazan - nawiązał do przedstawionych przez przedstawicielkę MZ programów zdrowia. Przypomniał, iż RM przyjęła Narodowy Program Zdrowia w 2007 r., w którym zwraca się uwagę na znaczenie prozdrowotnego stylu życia, profilaktyki pierwotnej oraz powikłań chorób. Wśród wymienionych programów tylko dwa dotyczą zdrowia prokreacyjnego czy też zdrowia dzieci - noworodków (1 - badanie przesiewowe noworodków oraz 2 - badanie przesiewowe kobiet w ciąży na obecność wad) Obydwa te programy mają cechy profilaktyki wtórnej tzn. wyznaczenia już istniejących zaburzeń, a tymczasem najtaniej jest usuwać czynniki ryzyka i przyczyny nieprawidłowości zanim te nastąpią. Niemniej jednak o tym nie myśli się i brakuje strategicznego podejścia - myślenia spójnego - natomiast tworzone są zróżnicowane programy dotyczące ważnych, ale wąskich spraw w dziedzinie medycyny naprawczej a nie w profilaktyce. Pan Profesor podkreślił, iż medycyna ma wpływ na styl życia, na jej zachowania zdrowotne - nie tylko dla pojedynczych pacjentów, ale także całej rodziny.

Nawiązując do zagadnienia kryzysu demograficznego - ważnego problemu społecznego postulował o zorganizowanie centrum dowodzenia, które wdrażałoby programy zdrowotne szczególnie profilaktyczne oraz prowadzone byłyby badania epidemiologiczne, dla których wypracowywane są podstawy do tworzenia decyzji strategicznych np. w Instytucie Matki i Dziecka.

Pan Prof. Izidor Sobczak zwrócił uwagę na kształtowanie się ogólnego współczynnika zgonów oraz omówił jego kształtowanie się w latach ubiegłych oraz obecnie. Zaznaczył, iż problem musi być podnoszony, gdyż oceniając stan zdrowia ludności musimy mieć wiedzę o tym na ile ten wzrost zgonów, który jest bardzo prawdopodobny w latach najbliższych wynika ze zmian w strukturze wieku ludności a na ile ze spadku /wzrostu cząstkowych umieralności.

Pan dr Konstanty Radziwiłł wysoko ocenił przedstawione ekspertyzy, a na pytanie przewodnie sesji „Czy Polacy są bezpieczni pod względem zdrowotnym czy też nie” uznał, iż odpowiedź nie jest łatwa. Można również zadać pytanie w innej formule „Czy obowiązujący w Polsce system zdrowia jest dobry czy zły” a wówczas odpowiedź na to pytanie zależy od podstawowego kryterium jakie zastosujemy. Gdyby natomiast zadać to pytanie specjalistom odpowiedzą, że musi być zgodność ze standardami, procedurami (nie będąc w stanie jednocześnie ściśle ich sprecyzować) oraz iż ogólnie wskaźniki zdrowotne poprawiają się (wskaźniki typu – długość życia, śmiertelność okołoporodowa). Natomiast zadając to pytanie ludziom otrzymujemy bardzo subiektywną opinię dotyczącą poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego. Pan Profesor podkreślił, że jako lekarz ocenia aktualnie wzrost szans pacjenta, ale też oczekiwania społeczne są coraz większe – generalnie jesteśmy niezadowoleni z systemu opieki społecznej. Polski system ochrony zdrowia jest nowoczesny i nieodlagający od standardu europejskiego, jedynie, co odróżnia nas to przede wszystkim niski poziom nakładów (pod względem wskaźników dotyczących efektów zdrowotnych do nakładów jesteśmy rekordzistami). Mocno podkreślił, że nie jest możliwe uzyskanie poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego bez zwiększonych nakładów na ochronę zdrowia. Z punktu widzenia lekarza niewystarczający jest poziom bezpieczeństwa lecz wyrażający się kolejkami do wizyt lekarskich, niedostępności wielu leków, problem dostępności do zbyt drogiej procedur medycznych, co może się poprawić jedynie przez zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia. Mocno podkreślił istotny problem niedoboru wykwalifikowanych kadr medycznych, akcentując, że jesteśmy w przededniu katastrofy, której wynikiem będzie brak lekarzy w niektórych specjalizacjach oraz ewidentny brak pielęgniarek (obecnie spada jedynie nasycenie i zainteresowanie studiami medycznymi z uwagi na słabe finansowanie kadry medycznej). Postulował o propagowanie kwestii innego myślenia i podejścia do starzejącego się społeczeństwa

poprzez popularyzowanie konieczności zbudowania odrębnego systemu ubezpieczeń pielęgnacyjnych na bazie obowiązkowego ubezpieczenia pielęgnacyjnego.

Pani dr Alina Baran – uznała za wskazane, po wysłuchaniu bardzo ciekawych prezentacji, potrzebę dokonania wszechstronnej analizy zmian w chorobowości w okresie spadku umieralności, gdyż obecnie nie wiemy czy mamy do czynienia z kompresją chorobowości czy z eksplozją. Przeprowadzenie ujęcia dynamicznego tych kwestii i to w odniesieniu do całej ludności pozwoli uzyskać informację o całej strukturze ludności, co da podstawę do diagnozy stanu zdrowia ludności. Zwróciła uwagę na fakt potrzeby edukacji dotyczącej promocji zdrowia w mediach oraz na podjęte prace nad modulem narodowego rachunku zdrowia odnoszącego się do kosztów leczenia według różnych grup chorób pacjentów ujmowanych według cech demograficznych (np. płeć, wiek) a także według sposobu finansowania pacjentów, co pozwoli dowiedzieć się o kosztach leczenia, jego potrzebach i możliwościach ich kształtowania i prognozowania.

Pani dr Joanna Didkowska wskazała na różnorodność programów i stanowisk zaprezentowanych w ekspertyzach, przy czym nie dostrzegła ani wizji, ani priorytetu podejmowanych decyzji oraz spójnego programu łączącego i koordynującego działania. Z punktu widzenia onkologii, ale również chorób układu krążenia zauważalny jest brak wyznaczonych celów, jasnych programów profilaktycznych zarówno w profilaktyce pierwotnej a także profilaktyce wtórnej (cytologia, mamografia). Odczuwalny jest brak edukacji w społeczeństwie o tych programach, czego efektem jest brak zainteresowania, przekonania i przebicia się do świadomości społeczeństwa, iż każdy powinien dbać o swoje zdrowie a państwo nie jest zwolnione z ochrony zdrowia. Wyjaśniła, iż do osób z grup ryzyka wysyłane są imienne zaproszenia na badania - nie poprzez plakaty (ten system uruchomiony został w ubiegłym roku). Ażeby mówić o zdrowiu publicznym trzeba umieć je zmierzyć, przy czym rejestracja chorób np. nowotworowych opiera się o ustawę o statystyce publicznej a właścicielem danych jest GUS - nie Instytut Onkologii - podobnie jak innych danych np. danych rejestru wad wrodzonych, chorób zawodowych. Monitowała o zainteresowanie ze strony MZ ustawą, która spowoduje, że dane będą w gestii instytucji (Instytutu Onkologii, Centrum Medycyny Pracy, Instytutu Matki i dziecka) i będą zbierane by stworzyć relacyjne bazy danych.

Pani dr Katarzyna Szamotulska poruszyła kwestię dostępności danych i informacji o chorobach. W kolejnych latach nie ma zainteresowania kolejnych rządów zdrowiem publicznym wynikającego z braku racjonalnych przesłanek w postaci niezadowolających informacji. Postulowała za stworzeniem podstaw do współpracy i kompleksowego podejścia interdyscyplinarnego do zbierania i gromadzenia danych - informacji

chorobowych oraz ich udostępniania i interpretacji.

Pan Prof. Janusz Witkowski podzielił pogląd, iż do budowy dobrych programów konieczna jest dobra i precyzyjna wiedza i informacja, które posłużą do decyzyjnej diagnozy. Mamy do dyspozycji już wiele informacji a badanie naszego stanu zdrowia jest przykładem przedsięwzięcia wykonanego jako pierwsze takie badanie i przeprowadzonego w GUS-ie, zaś Unia Europejska poszła w ślad za nami i za naszym przykładem będzie takie badanie realizować w krajach Unii. Również, jeśli chodzi o dostępność innych informacji demograficznych o stanie zdrowia, to są one dostępne na poziomie zagregowanym, lecz nie na poziomie jednostkowym. Podał to pod rozważenie, co w efekcie dyskusji zawierającej wiele interesujących i ważnych elementów z punktu widzenia spotkania będzie zawarte w postaci stanowiska RRL w temacie bezpieczeństwa zdrowotnego. Zwrócił uwagę, iż dyskusja, która podążyła w kierunku bezpieczeństwa zdrowotnego z punktu widzenia systemu opieki zdrowotnej, została ograniczona bardzo mocno, jeżeli chodzi o program zdrowotny. Proponował, aby jeśli rzeczywiście chcemy wykorzystać dorobek tej dyskusji to należy w stanowisku napisać, iż jest to bezpieczeństwo zdrowotne z punktu widzenia systemu opieki zdrowotnej. Natomiast niezależnie od wypowiedzi uczestników i posiadanej wiedzy wynika jednoznacznie, że opieka zdrowotna czy system opieki zdrowotnej jest tylko pewną częścią odpowiadającą za stan bezpieczeństwa. Zaproponował, aby na początku stanowiska RRL zwrócić uwagę na to, że mówiąc o bezpieczeństwie zdrowotnym dotykamy bardzo wielu istotnych obszarów sfery naszego życia. Podał myśl, iż być może NPZ jest tym obszarem gdzie taka kompleksowa wizja i posunięcia w zapewnieniu bezpieczeństwa zdrowotnego może być przygotowana. Należałoby wówczas do tych kompleksowych działań wyznaczyć koordynatora odpowiedzialnego za to wymagające przedsięwzięcie i uprawnionego do współpracy z wieloma działami i resortami (a być może takie wzmocnienie programu NPZ byłoby dobrym adresem dla stanowiska i dla naszych rozważań). Pan Profesor odnosząc się do wygłoszonych ekspertyz pozytywnie ocenił próby przedstawienia diagnozy obecnego systemu, jak również nowych zjawisk, tendencji i zmiany, które niebawem będą odgrywać coraz większą rolę. Podkreślił, że diagnoza prezentująca najbliższą przyszłość będzie ważnym elementem do wyboru priorytetów w zakresie budowania takiego systemu, który będzie odpowiadał potrzebom społeczeństw w najbliższej przyszłości np. za 5 lat, 10, 15. Zwrócił uwagę, że takiego systemu nie można stworzyć z dnia na dzień potrzeba na to czasu oraz wizji, którą należy wypracować mając na uwadze wiele bardzo wiele elementów.

Pan Prof. Zbigniew Strzelecki poprosił ekspertów o ustosunkowanie się do pytań i poruszonych kwestii.

Pani Prof. Barbara Bień odpowiadając na pytanie prof. T. Kowaleskiego dotyczące przyszłej składki sugerowała, iż z punktu widzenia gerontologii i wzrostu udziałów malejącej liczebności populacji niewątpliwie składka będzie za mała by poprawić efektywność opieki. Poparła projekt prof. A. Rajkiewicza zorganizowania systemu ubezpieczeń pielęgnacyjnych jako ważnego elementu na rozwiązanie problemu starości. Nie zgodziła się z wypowiedzią prof. T. Tołłoczko, iż w systemie opieki zdrowotnej dzieci są ważniejsze od ludzi starszych. Poparła wypowiedź dr Radziwilla o cudzie zdrowia mając na uwadze relacje wyników do ponoszonych kosztów leczenia.

Pan Prof. Janusz Szymborski – podziękował za wszelkie uwagi i sugestie, które utwierdziły Pana Profesora w przekonaniu by nadal dążyć do połączenia koniecznych zmian systemowych oraz przywrócenie bądź utworzenie na nowo systemu opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem i system medycyny szkolnej.

Pan Prof. Marian Szamatowicz ad vocem metody In vitro (techniki rozrodu wspomaganie techniczne) ten typ leczenia nie popiera kościół katolicki ze względów doktrynalnych, a w Polsce stanowisko kościoła ma przełożenie na decyzje społeczno-ekonomiczne i dlatego też nie ma refundacji za tę procedurę. Podkreślił brak danych dotyczących osób chcących mieć dziecko czy wykonywanego In vitro, a ważne przy In vitro, iż niektórzy lekarze nie akceptują tej metody zapominając że dają szansę na stworzenie rodziny. Mocno podkreślił, iż de facto nie istnieje żadna edukacja medyczna a jedynie sensacje medialne propagują zdrowie np. mimo imiennych skierowań - na cytologię zgłasza się ok. 20-30-% kobiet. Mocno podkreślił konieczność współpracy i koordynacji między instytucjami medycznymi.

Pani Prof. Anna Wilmowska-Pietruszyńska podkreśliła, iż w swoim wystąpieniu zwróciła także uwagę na inne elementy, które mają wpływ na bezpieczeństwo zdrowotne m.in. dążenie w XXI wieku do przewyższania medycyny prewencyjnej nad medycyną naprawczą. Mocno podkreśliła na konieczność pilnej poprawy działania systemu opieki zdrowotnej mając na uwadze 6 mln 200 osób niepełnosprawnych, z których w części tych niepełnosprawności można wybyło uniknąć gdyby od początku choroby była ona wcześniej rozpoznana, prawidłowo diagnozowana oraz rehabilitowana. W 2006 na działania prewencyjne, diagnostykę prewencyjną i rehabilitację wydatkowano 33mld zł a na renty rodzinne i niezdolności do pracy kwotę 40 mld zł. Apelowała o konieczność zorganizowania koordynacji między systemami zdrowia oraz mocnej współpracy międzyresortowej – ponieważ obecnie za rehabilitację płaci NFZ, a koszty czasowej niezdolności do pracy ponosi ZUS/KRUS. Podkreśliła istniejący od lat problem osób niezdolnych do samodzielnego życia jako problem nie dotyczący tylko ludzi starszych.

gdyż w każdym momencie życia można się stać niesamodzielnym egzystencjonalnie, a kwota na utrzymanie wynosi 165 zł. Dlatego też pod kier. Prof. Religi powołano zespół międzyresortowy, na którym przygotowano projekt ustawy pielęgnacyjnej, która jest aktualizowana przez ekonomistów celem oszacowania kosztów niełatwych do obliczenia z powodu braku cennika usług medycznych. Obecnie prace są kontynuowane przez obecny Rząd.

Pani Dagmara Korbasińska – w uzupełnieniu wyjaśniła, iż prace nad projektem ustawy pielęgnacyjnej są w toku a obecnie projekt jest skierowany do Senatu. Odniosła się do wielu pytań informując, iż:

- ustawa systemu informacji medycznej jako niezwykle ważny problem przeszła przez ścieżkę legislacyjną, ale kierownictwo MZ podjęło decyzję o jej aktualizacji (dla poprawy jakości przygotowywanej ustawy) a prace nad nią są ponownie kontynuowane,
- kwestie medycyny pracy są nadzorowane przez Głównego Inspektora Sanitarnego i Państwowy Inspektorat Sanitarny. Istotą działania jest badanie i określenie zagrożeń w miejscu pracy, a lekarz medycyny pracy powinien ocenić stan zdrowia pracownika z uwagi na zagrożenia w miejscu pracy tej osoby. W wielu przypadkach niestety służby kadrowe i pracownicze są nie przygotowane do oceny tych zagrożeń, (na co zwracają uwagę kontrole – brak opisów stanowisk) i w tym kierunku idzie Minister Zdrowia, aby lepiej mierzyć, przewidzieć i zmniejszyć zagrożenia w miejscu pracy,
- zagadnienia badań dla programów profilaktycznych przygotowywanych przez MZ ich podstawowe cele określone są w NPZ, który został przyjęty przez RM. Jest to program obowiązujący dla resortów, program który powinien spajać działania z zakresu ochrony zdrowia,
- w katalogu 14 programów kluczowych priorytetami dla Rządu są programy m.in. zwalczania chorób nowotworowych, profilaktyki i leczenia chorób układu naczyniowo- sercowego. Zauważalny jest wzrost badań profilaktyki przesiewowej w większości programów profilaktycznych i są one tak konstruowane by zawierały w sobie element profilaktyki i element leczniczy, a prawidłowo skonstruowany program zawiera także elementy monitorowania skuteczności ich realizacji,
- w przypadku opieki długoterminowej i ubezpieczeń pielęgnacyjnych w przygotowywanych pracach przez Zespół pojawił się aspekt ekonomiczny w postaci zwiększenia zatrudnienia poprzez zaangażowanie osób przy usługach pielęgnacyjnych,
- zdefiniowanie problemu bezpieczeństwa zdrowotnego jest wprost niemożliwe i nie ma takiej definicji, gdyż można go rozumieć zarówno w sposób subiektywny jak i

obiektywny. Starala się przedstawić problem z punktu widzenia epidemiologicznego - czy istnieją pewne symptomy wskazujące na istotne pogorszenie i nasilenie zjawisk epidemiologicznych a w związku z tym potrzeba podejmowania działań w tym zakresie,

- o Poziom zadłużenia naszych zakładów opieki zdrowotnej jest istotny, ale nie można dokonać oceny jego poziomu bezpieczeństwa poprzez stopniowanie.

Pan Prof. Zbigniew Strzelecki – podsumowując dyskusję podkreślił, iż podjęto ważny problem, który zostanie wyrażony w stanowisku RRL (projekt zostanie rozesłany pocztą elektroniczną). Świadomie zakres tematyczny posiedzenia został ograniczony do opieki zdrowotnej, gdyż w przyszłym roku poświęcimy spotkanie RRL tematowi bezpieczeństwo zdrowotne i jego oddziaływanie na rozwój demograficzny. Pan Profesor podziękował ekspertom za przygotowane wystąpienia, które ukażą się w Biuletynie RRL.

Pani dr Zofia Słońska uzupełniła wypowiedź o wątek zdrowia publicznego - element mający niezwykle istotny wpływ na bezpieczeństwo zdrowotne. W drodze przemian dotyczących systemu zdrowia tego rodzaju stanowisko RRL jest niezwykle ważne dla strategii rozwiązywania problemów zdrowia. Należy mocno zaakcentować, iż za 70% zmienności w stanie zdrowia odpowiedzialne są czynniki, na które wydaje się niecałe 4% PKB. Jeśli brać pod uwagę myślenie strategiczne, jest to sprawa niezwyklej wagi i taki napór problemów w systemie opieki zdrowotnej utożsamiany jest błędnie z systemem zdrowia zominając o zdrowiu publicznym (w efekcie powodując klęskę wielu pomocniczych dziedzin zdrowia ważnych w sferze zdrowia publicznego) czego dowodem jest upadek medycyny szkolnej, czy też medycyny pracy. Zaakcentowała, iż NPZ jest tworzony jako dokument martwy, a odwołanie do niego następuje jedynie, gdy chodzi o środki finansowe. Natomiast bez pieniędzy i bez umocowania prawnego nie ma szans na pobudzenie współpracy sektorowej na rzecz poprawy zdrowia – jest to adres do całego Rządu. Podkreśliła konieczność rozwoju dziedziny kompetencji zdrowotnych i świadomości zdrowotnej obywateli oraz apelowała o zawarcie tego zagadnienia w stanowisku.

Pan Prof. Zbigniew Strzelecki wyraził wątpliwość czy można szpitale przekształcić w spółki prawa handlowego. Czy rozwiązanie z uchwalaniem NFZ jest rozwiązaniem poprawnym, skoro z punktu widzenia systemu opieki będą poza kontrolą finansową. Czy środki NFZ nie są marnowane w systemie? W rekomendacjach RRL napisala do MZ m.in. o badaniach istotnych dla społeczeństwa i ważkich dla Polski, który to program przekazemy Rządowi. RRL poprosi Ministerstwa o przedstawienie sprawozdania z realizacji rekomendacji zawartych w raportach RRL.

Ad. 2. porządku obrad

- **41 Sesja ONZ Komisji Ludność i Rozwój nt. Rozmieszczenie ludności, urbanizacja, migracje wewnętrzne i rozwój, Nowy York 7-11 04. 2008 r. – dr Alina Potrykowska**

Pan Prof. Zbigniew Strzelecki zaproponował (z uwagi na długi czas trwania posiedzenia – ponad 5 godz.) by sprawozdanie z 41 Sesji ONZ Komisji Ludność i Rozwój nt. Rozmieszczenie ludności, urbanizacja, migracje wewnętrzne i rozwój w Nowym Yorku Pani dr Alina Potrykowska przedłoży na piśmie. Zostanie ono po akceptacji Prezydium RRL opublikowane w Biuletynie RRL.

Rada zaakceptowała powyższe rozwiązanie.

Ad. 3. porządku obrad

- **Projekt stanowiska RRL w sprawie Starzenie się ludności Polski a zabezpieczenie społeczne.**

Pan Prof. Zbigniew Strzelecki przypomniał, iż zaktualizowany po ubiegłym posiedzeniu projekt stanowiska został rozesłany do członków RRL, uwagi do tej wersji napłynęły od dr W Skuły. Pan Profesor zaproponował przyjęcie stanowiska z uwzględnieniem zgłoszonych uwag.

Rada przyjęła projekt stanowiska Rządowej Rady Ludnościowej w sprawie *Starzenie się ludności Polski a zabezpieczenie społeczne.*

Ad. 4. porządku obrad

- **Sytuacja demograficzna Polski Raport 2007-2008**

Pan prof. Zbigniew Strzelecki – przedstawił projekt struktury Raportu 2007-2008, który obejmowałby siedem rozdziałów,

Rozdział I.	BILANS LUDNOŚCI
Rozdział II.	MALŻENSTWA I ROZWODY
Rozdział III.	URODZENIA I PLODNOŚĆ
Rozdział IV.	UMIERALNOŚĆ I TRWANIE ŻYCIA
Rozdział V.	MIGRACJE ZAGRANICZNE
Rozdział VI.	PRZESTRZENNE ZRÓŻNICOWANIE PROCESÓW DEMOGRAFICZNYCH ORAZ MIGRACJE WEWNĘTRZNE LUDNOŚCI
Rozdział VII.	STARZENIE SIĘ LUDNOŚCI POLSKI. STAN I PERSPEKTYWY. KONSEKWENCJE DLA GOSPODARKI I SPOŁECZEŃSTWA

Prof. Z. Strzelecki wnioskował, aby autorami poszczególnych rozdziałów byli dotychczasowi wykonawcy, natomiast rozdział 7 rozdział VII, który jest wynikiem posiedzenia plenarnego, poświęconego starzeniu się społeczeństwa, zostanie opracowany przez Panią prof. Lucynę

Frąckiewicz z zespołem w składzie, Prof. Wojciech Pędach i Prof. Piotr Szukalski.
Rada przyjęła strukturę raportu wraz z przedstawionymi autorami jego wykonania

Ad. 5. porządku obrad

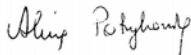
• **Protokół z posiedzenia RRL w dniu 13.03.2008 r.**

Pan prof. Zbigniew Strzelecki uznał, iż protokół z posiedzenia RRL w dniu 13.03.2008 r. został przyjęty wobec braku uwag zgłoszonych w wymaganym terminie.

Pan Profesor podziękował wszystkim za udział w posiedzeniu.

Sekretarz Generalny RRL

dr Alina Potrykowska

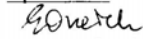


Zatwierdził



Przewodniczący Rządowej Rady Ludnościowej
dr hab. Prof. SGH Zbigniew Strzelecki

Opracowała


mgr Ewa Orzełek
Główny specjalista

Al. Niepodległości 208
00-925 Warszawa
Pok. 554 (blok C)
tel., + 48 (22) 608 30 40
tel., + 48 (22) 608 31 75
fax, + 48 (22) 608 38 87
e.orzelek@stat.gov.pl
www.stat.gov.pl

Załączniki

1. Lista obecności na posiedzeniu plenarnym RRL w dniu 12 maja 2008 r. r.



ZAAŁĄCZNIK NR 1

Lista obecności na Posiedzeniu Plenarnym RRL
w dniu 12 maja 2008 roku

Lp	Imię	Nazwisko	Podpis
1.	Wiesław	Adamczyk	
2.	Tomasz	Arabski	
3.	Mieczysław	Augustyn	
4.	Bożena	Balcerzak-Paradowska	
5.	Janusz	Balicki	
6.	Marek	Balicki	
7.	Barbara	Bień	
8.	Barbara	Bobek-Billewicz	
9.	Michał	Boni	
10.	Leszek	Borowski	
11.	Krzysztof	Bukiel	
12.	Bogdan	Chazan	
13.	Mariola	Chojnacka	
14.	Jerzy	Czerwiński	
15.	Joanna	Didkowska	
16.	Janusz	Dygaszewicz	
17.	Lucyna	Frąckiewicz	
18.	Andrzej	Gałązka	
19.	Dorota	Gardias	
20.	Krzysztof	Grzegorek	
21.	Józefina	Hrynkiewicz	
22.	Anna	Iwańczyk	
23.	Janina	Jóźwiak	
24.	Bożena	Kołączek	
25.	Ewa	Kopacz	
26.	Dagmara	Korbaśńska	
27.	Stanisława	Kostrubiec	
28.	Irena E.	Kotowska	



Lp	Imię	Nazwisko	Podpis
29.	Jerzy T.	Kowaleski	<i>[Signature]</i>
30.	Jolanta	Kulus	<i>[Signature]</i>
31.	Irena	Kowalska	
32.	Jolanta	Kurkiewicz	<i>[Signature]</i>
33.	Ireneusz	Kuropka	<i>[Signature]</i>
34.	Adam	Kurzynowski	<i>[Signature]</i>
35.	Kazimierz	Latuch	
36.	Adam	Leszkiewicz	
37.	Krzysztof	Lewandowski	<i>[Signature]</i>
38.	Wiesław	Łagodziński	<i>[Signature]</i>
39.	Grażyna	Marciniak	<i>[Signature]</i>
40.	Marcin	Nawrot	
41.	Marek	Nowacki	
42.	Lucyna	Nowak	
43.	Anna	Nowożyńska	<i>[Signature]</i>
44.	Józef	Oleński	<i>[Signature]</i>
45.	Grzegorz	Opolski	
46.	Ewa	Orzełek	<i>[Signature]</i>
47.	Leszek	Pączek	
48.	Grzegorz	Piecha	
49.	Sławomir	Piechota	
50.	Maria	Pierzynowska	
51.	Wojciech	Pędich	<i>[Signature]</i>
52.	Włodzimierz	Pisarski	
53.	Janusz	Popiel	
54.	Alina	Potrykowska	<i>[Signature]</i>
55.	Antoni	Rajkiewicz	<i>[Signature]</i>
56.	Konstanty	Radziwiłł	<i>[Signature]</i>
57.	Robert	Rauziński	<i>[Signature]</i>
58.	Andrzej	Rączaszek	<i>[Signature]</i>



Lp	Imię	Nazwisko	Podpis
59.	Iwona	Roeske-Słomka	<i>[Signature]</i>
60.	Rafał	Rogała	
61.	Witold	Rużullo	
62.	Zbigniew	Rykowski	<i>[Signature]</i>
63.	Adam	Sandauer	
64.	Barbara	Sakson	
65.	Włodzimierz	Sekula	<i>[Signature]</i>
66.	Władysław	Sidorowicz	
67.	Zofia	Stońska	<i>[Signature]</i>
68.	Irena	Skrzypczak	
69.	Izydor	Sobczak	<i>[Signature]</i>
70.	Monika	Stanny	
71.	Dariusz	Stańko	<i>[Signature]</i>
72.	Zbigniew	Strzelecki	<i>[Signature]</i>
73.	Marian	Szamatowicz	<i>[Signature]</i>
74.	Katarzyna	Szamatulska	<i>[Signature]</i>
75.	Kazimierz	Szczygielski	<i>[Signature]</i>
76.	Cezary	Szczylik	
77.	Ryszard	Szubański	
78.	Piotr	Szukalski	
79.	Janusz	Szymborski	<i>[Signature]</i>
80.	Agnieszka	Świecka-Pilaszek	
81.	Tadeusz	Tołłoczko	<i>[Signature]</i>
82.	Piotr	Warczyński	
83.	Anna	Wilmowska-Pietruszyńska	<i>[Signature]</i>
84.	Janusz	Witkowski	<i>[Signature]</i>
85.	Andrzej	Włodarczyk	
86.	Alina	Wojtowicz-Pomierna	<i>[Signature]</i>
87.	Zbigniew	Wronkowski	
88.	Witold	Zatoński	<i>[Signature]</i>



Lp	Imię	Nazwisko	Podpis
89.	Katarzyna	Zboś	
90.	Eugeniusz	Zdrojewski	<i>[Signature]</i>
91.	Wojciech	Zgliczyński	<i>[Signature]</i>
92.	Agnieszka	Kalbarczyk	
93.	ADAM	WARDASZKiewicz	<i>[Signature]</i>
94.	GRZEGORZ	DYJAK	<i>[Signature]</i>
95.	ANNA MYTKO	POLSKIE RADIO	<i>[Signature]</i>
96.	Wojciech		
97.	CECILIA	Bogdan	<i>[Signature]</i>
98.	JOANNA	MAJ	<i>[Signature]</i>
99.			
100.			
101.			
102.			
103.			
104.			
105.			



Protokół
z posiedzenia plenarnego Rządowej Rady Ludnościowej
z dnia 20 listopada 2008 r.

Posiedzenie prowadził przewodniczący RRL prof. dr hab. Zbigniew Strzelecki. Obecni byli członkowie Rady oraz zaproszeni goście –42 osoby (lista obecności w załączeniu).

Przyjęto następujący porządek obrad:

1. Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011 r. - stan prac.
- 2.. Projekt raportu 2007-2008 „Sytuacja demograficzna Polski” –
dr hab. prof. SGH Zbigniew Strzelecki.
3. Projekt stanowiska RRL w sprawie *Bezpieczeństwo zdrowotne ludności
Polski* – *dr Alina Potrykowska, prof. dr hab. Janusz Szymborski.*
4. Sprawy różne.
 - Biuletyn RRL nr 53.
 - Protokół z posiedzenia RRL w dniu 12 maja 2008 r.

Przebieg posiedzenia

Otwierając posiedzenie, przewodniczący RRL *prof. dr hab. Zbigniew Strzelecki*, powitał wszystkich uczestników (42 osoby - lista w załączeniu) a szczególnie Pana Prof. Józefa Oleńskiego Prezesa GUS. Serdecznie podziękował za egzemplarze Rocznika Statystycznego 2008 przekazane członkom Rady. Następnie Pan Prof. Zbigniew Strzelecki przedstawił porządek obrad, który wobec braku uwag został przyjęty.

Ad. 1 porządku obrad

- **Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011 r. - stan prac.**

Wprowadzenia dokonał *Pan Prezes GUS prof. Józef Oleński* przedstawiając informacje o stanie prac przygotowawczych nad spisem. Pan Prezes podkreślił, iż planowany NSP 2011 będzie zgodny ze standardami i rekomendacjami organizacji międzynarodowych w tym m. in. UE i przeprowadzony zostanie z zastosowaniem formularzy elektronicznych w sposób

całkowicie inny niż poprzednie spisy. Jako istotne Pan Prezes wskazał, iż zastosowanie formularzy elektronicznych pozwoli na większą dostępność pozyskanych danych i ogromne oszczędności m.in. zostanie zatrudnionych mniej rachmistrzów (ok. 20 tys. ze 180 tys. zatrudnionych w ubiegłym spisie) oraz ogromną oszczędność papieru i pracy z tym związanej.

Pan Dyrektor Janusz Dygaszewicz przedstawił syntetycznie stopień zaawansowania prac wstępnych do przeprowadzenia spisu, przypominając o najważniejszych celach strategicznych (głównie jakościowych) m.in. przeprowadzenie spisu zgodnie z oczekiwaniami uczestników, pozyskanie akceptacji społecznej zarówno społeczeństwa jak i osób wykonujących to zadanie, przygotowanie produktów i serwisów umożliwiających wykorzystanie zebranych danych (baz danych) dla badań i analiz naukowych oraz zadbanie o wysoki poziom efektywności kosztów bez obniżania jakości danych. Informacje uzyskane w spisie będą wprowadzane do systemu statystycznego przy pomocy przenośnych urządzeń elektronicznych, którymi posługiwać się będą rachmistrze spisowi podczas realizacji wywiadu bezpośredniego z osobami objętymi spisem (Computer Assisted Personal Interview – CAPI). W znacznym stopniu zostanie również wykorzystany Internet i zastosowana metoda wywiadu telefonicznego wspomagane programem komputerowym, prowadzonego przez ankietera statystycznego (Computer Assisted Telephone Interview – CATI, ważny obszar prac przygotowawczych do NSP 2011 obejmuje prace związane z tworzeniem wykazu dla potrzeb spisu. Przygotowanie wykazu adresowo-mieszkaniowego musi być poprzedzone modernizacją rejestru TERYT (Krajowy Rejestr Urzędowy Podziału Terytorialnego Kraju) oraz wykorzystaniem m.in. dla celów organizacyjnych narzędzi GIS (Geographic Information Systems). Modernizacja TERYT dla celów spisu polegać będzie na jego integracji z Państwowym Rejestrem Granic (PRG) oraz wzbogaceniu TERYT-owych identyfikatorów adresowych budynków o współrzędne geodezyjne x,y (punkty adresowe). Wykaz adresowo – mieszkaniowy zostanie przygotowany w oparciu o parowanie systemu NOBC (system identyfikacji adresowej ulic, nieruchomości, budynków i mieszkań – podsystem rejestru TERYT) z PESEL-em, a następnie będzie on zweryfikowany przez urzędy gmin podczas prowadzonej tam aktualizacji przedspisowej.

Przypomniał także, iż

- wymagania jakościowe są określone w dokumentach UE dotyczących przeprowadzania spisów i Polska wszystkie te zobowiązania wypełni.
- zgodnie z założeniami organizacyjnymi zostanie ograniczona liczba rachmistrzów oraz znacznie zredukowana dokumentacja papierowa na rzecz terminali mobilnych co

pozwoli na zbudowanie infrastruktury umożliwiającej bieżące śledzenie zjawisk w oparciu o wybrane parametry pozyskiwane w sposób ciągły.

- zastosowana zostanie metoda mieszana, czyli uwzględniająca obok faktycznego wywiadu realizowanego przez rachmistrza maksymalne wykorzystanie źródeł administracyjnych oraz samospis internetowy.
- nad całością harmonogramu prac do 2013 roku czuwa Centralne Biuro Spisowe w ramach którego tworzone są odpowiednie zespoły zadaniowe
- gotowy jest formularz elektroniczny.
- 2 września 2008 r. weszła w życie ustawa Parlamentu Europejskiego w sprawie spisów powszechnych ludności i mieszkań.
- zagadnienia legislacyjne ustawy dotyczące podstawy prawnej do przygotowania, zorganizowania i przeprowadzenia Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań w 2011 r są zamknięte, nadal jeszcze trwają prace dotyczące słownika pojęć.
- rozpoczęto prace nad aplikacjami do formularzy elektronicznych oraz uruchomiono prace do przeprowadzenia spisu próbnego.

Pani Dyrektor Lucyna Nowak w uzupełnieniu informacji przypomniała kwestie metodologiczne i tematyczne spisu powszechnego. Wskazała na podstawowe cele spisu jak: dostarczenie informacji na możliwie najniższym poziomie terytorialnym, uchwycenie zmian jakie zaszły pomiędzy poprzednim spisem w dziedzinie procesów demograficznych i społecznych, zabezpieczenie danych na potrzeby międzynarodowe. Wskazała na zalecenia międzynarodowe dotyczące podstawowych (obligatoryjnych) tematów spisowych oraz tematów dodatkowych (traktowanych fakultatywnie). Pani Dyrektor zwróciła uwagę, iż spis powszechny dostarcza najbardziej szczegółowych informacji o liczbie ludności, jej terytorialnym rozmieszczeniu, strukturze demograficzno-społecznej i zawodowej, a także o społeczno-ekonomicznej charakterystyce gospodarstw domowych i rodzin oraz o ich zasobach i warunkach mieszkaniowych na wszystkich szczeblach podziału terytorialnego kraju: ogólnokrajowym, regionalnym i lokalnym. Szczególną wagę w NSP 2011 przykładają do pozyskania wiedzy na temat zmian zachodzących w procesach demograficznych i społecznych m.in. z uwagi na wzmożone migracje ludności po wstąpieniu Rzeczypospolitej Polskiej do Unii Europejskiej. Wyniki spisu będą wykorzystywane bezpośrednio dla potrzeb statystyki publicznej jako baza do budowy operatów losowania do dalszych badań reprezentacyjnych prowadzonych na próbie gospodarstw domowych.

Pani Dyrektor przedstawiła syntetycznie stopień zaawansowania prac do przeprowadzenia spisu, a mianowicie:

- gotowy formularz spisowy on-line do samopisu i do spisu reprezentacyjnego.
- przygotowane wytyczne dla grupy losującej próbę.
- przygotowane wytyczne do wykonania aplikacji przez COIS.
- gotowe słowniki.

Prof. dr hab. Zbigniew Strzelecki podsumowując wystąpienia stwierdził, że prace dotyczące przygotowania spisu powszechnego są daleko zaawansowane od strony organizacyjnej i wykorzystania rejestrów oraz ich oceny ryzyka związanego z wykorzystaniem tych źródeł administracyjnych od strony merytorycznej.

Pan Prezes GUS prof. Józef Oleński reasumując wprowadzenie zwrócił się z prośbą o przekazanie do CBS sugestii dotyczących tych analiz, które powinny stanowić integralną część opracowywanych wyników spisowych (pełne spektrum dla potrzeb RRL) Część prac może być wykonana podczas spisu, inne mogą być tak zasugerowane, aby zorganizowane i udostępnione zostały zbiory danych by można było korzystać do prac naukowych czy analitycznych. Mocno zaakcentował kwestie związane z ryzykiem niedotrzymania terminów realizacji spisu oraz największe zagrożenie, jakim są braki finansowe. Pan Prezes podkreślił, że środki dodatkowe na realizację spisu przekazano dopiero w IV kw. br i w wysokości mniejszej niż to zostało zgłoszone (wystąpienie o środki 2 lata wstecz) z tego też powodu trudno będzie wygenerować etaty konieczne do uruchomienia spisu próbnego a wobec tego może być zagrożony termin jego realizacji.

Pan dr Kazimierz Szczygalski poprosił o wyjaśnienie co oznacza sformułowanie, iż w katalogu cech spisów jest wymieniana dostępność dla wielu użytkowników na najniższym poziomie oraz jaki katalog informacji zostanie udostępniony (mając na uwadze tajemnicę statystyczną). Pogratulował zbudowania i uruchomienia elektronicznej bazy terytorialnej i korelacji współrzędnych geograficznych z adresami.

Pan Dyrektor Janusz Dygusiewicz uzupełniając informacje wyjaśnił, że w ramach Centralnego Biura Spisowego przewiduje się utworzenie Centrum Zarządzania Spisem, które obejmie:

- 1) Centrum Przetwarzania – umieszczone w Centralnym Ośrodku Informatyki Statystycznej.
- 2) Centrum Zarządzania Rachmistrzami Spisowymi – umieszczone w GUS.

W województwach i gminach tworzone będą odpowiednio wojewódzkie (WBS) i gminne (GBS) biura spisowe z zakresem zadań określonym w ustawie. Centrum Przetwarzania posiadać będzie wojewódzkie odpowiedniki przy każdym WBS. Zadaniem centrów wojewódzkich będzie gromadzenie danych pochodzących z różnych kanałów informacyjnych, kontrola poprawności danych, ich dostosowanie do potrzeb statystyki.

przetwarzanie i opracowanie wyników.

Pan Prof. Adam Kurzynowski pogratulował zbudowania nowoczesnej infrastruktury do przeprowadzenia spisu, która zapewne pozostanie, pozwalając na funkcjonowanie utworzonego systemu tak, by móc aktualizować informacje spisowe nowymi danymi zbieranymi na bieżąco co pozwoli na posiadanie oryginalne zawsze aktualnych informacji (byłby to spis co roku). Zaproponował by w próbach dotyczące reprezentacji zejść na poziom gminy, która jest podstawową jednostką rozwojową.

Pani Prof. Irena E. Kotowska podziękowała za pozytywną wiadomość o znacznym zaawansowaniu prac dotyczących przygotowania spisu powszechnego. Zaproponowała by uintensyfikować promowanie NSP 2011, w którym to zadaniu mogłaby pomóc RRL. Podała pod rozwagę zorganizowanie kolejnego posiedzenia RRL poświęconego tematowi analiz, które będą możliwe do wykonania na bazie danych spisowych.

Pan Dyrektor Wiesław Lagodziński podkreślił, że każda informacja do mediów jest zobowiązaniem z którego musimy się wywiązać. Informacje dotyczące spisu o jego promocji muszą być aktualne, poprawne prawnie, które należy zrealizować. Zaznaczył, że prezentowanie materiałów spisowych leży w gestii organizatorów spisu, którzy wywiązują się z tego zadania dobrze.

Ks. prof. Janusz Balicki wyraził troskę o realizację samospisu internetowego w małych miejscowościach, w których dostęp do internetu nie jest powszechny.

Pan Prezes GUS prof. Józef Oleński ad vocem za prof. Kotowską wyraził nadzieję, iż RRL jako organ doradczy Prezesa RM wygeneruje pismo do organów decyzyjnych z zamysłem wskazania, iż finansowanie organizacji spisu musi być priorytetowe. Podkreślił, iż GUS nie jest silnym - kluczowym resortem a usługowym, wykonującym prace na rzecz innych, co sprawia odsunięcie finansowania. Podkreślił, że akcja promocyjna NSP 2011 dokonywana jest przy każdej okazji by wypromować spis. Poparł przygotowanie inspiracji tematów, które powinny wejść w program opracowań związanych ze spisami oraz sugestii tematów badawczych w ramach realizowanego budżetu spisowego. Pan Prezes podsunął myśl, by instytucje naukowe nawiązały kooperację z GUS, który udostępni dane spisowe oraz koncepcje, natomiast instytucje naukowe dostarczą analizy (przykładem jest opracowanie „Kobiety w Polsce – współpraca z SGH).

Pani Dyrektor Lucyna Nowak przypomniała, że przy kreowaniu spisu, dąży się do zbudowania bazy danych w sposób, który pozwoli powszechnie czerpać z niej dane jak i aktualizować ją danymi świeżymi zbieranymi na bieżąco, co pozwoli na posiadanie oryginalnych zawsze aktualnych informacji (byłby to spis co roku). Oczywiście dane te będą

porównywalne jak również zachowana będzie zgodność poprzez wypracowanie odpowiednich przejsć.

Pan Prof. Zbigniew Strzelecki zaproponował by Rada przygotowała dokument, w oparciu o uwagi zgłoszone na posiedzeniu, zwracając uwagę na pierwszoplanowość przygotowania spisu z prosbą o terminowe i stosowne finansowanie prac wstępnych do przeprowadzenia spisu w Polsce. Dodatkowo zostanie przygotowana lista tematów i rodzajów analiz, które mogłaby pilotować RRL w ramach agendy spisu. Rada zobowiązuje się jednocześnie do wspierania działań na polu przygotowawczym do NSP 2011 oraz do prezentowania informacji i aktualnego stan prac spisu na każdym posiedzeniu RRL.

Ad. 2. porządku obrad

- Projekt raportu 2007-2008 „Sytuacja demograficzna Polski”

Pan Prof. Zbigniew Strzelecki zastrzegł, że spotkanie poświęcone jest zgłaszaniu uwag do zawartości merytorycznej Raportu 2007-2008 o sytuacji demograficznej Polski. Przypomniał, że tak, jak co roku w Raporcie pojawia się część zawierająca analizy i oceny dotyczące: bilansu ludności i zmian w strukturze demograficznej mieszkańców Polski: ruchu naturalnego ludności (a więc zawierania małżeństw, rozwodów, urodzeń i płodności oraz umieralności), migracji zagranicznych i przestrzennego zróżnicowania procesów demograficznych. Ostatni rozdział VII stanowi część modułową poświęconą problematyce starzenia się ludności, stanu i perspektyw oraz konsekwencji dla gospodarki i społeczeństwa, będący efektem posiedzenia plenarnego, poświęconego starzeniu się społeczeństwa. W skład rozdziału wchodzi opracowania: Prof. Lucyny Frąckiewicz – „Społeczne konsekwencje procesu starzenia się ludności”, Prof. Wojciecha Pędicha – „Zdrowotna charakterystyka starości” i dr Piotra Szukalskiego – „Demografia relacji międzypokoleniowych w starzejącym się społeczeństwie polskim”. Wprowadzenie do raportu zawiera zestawienie pozytywnych i negatywnych tendencji w procesach demograficznych, ze szczególnym uwzględnieniem zjawisk, które miały miejsce w 2007 roku oraz wstępnie oszacowanych za 2008 rok. Zawarto w nim także syntetyczne ustalenia z poszczególnych części merytorycznych raportu oraz rekomendacje do właściwych ministrów odpowiedzialnych za działy, wskazując na najważniejsze działania, jakie należy podjąć w celu poprawy sytuacji demograficznej Polski.

Pan Prof. Antoni Rajkiewicz po uważnej lekturze Raportu odniósł się do jego całości zwracając uwagę, że teksty są zbyt edukacyjne a za mało informacyjne. Przypomniał, że jest to opracowanie nie dla demografów a dla polityków i ludzi kształtujących politykę społeczno-gospodarczą Polski.

Przedstawił uwagi dotyczące:

- rozdziału III by uzupełnić tablice danych o liczby absolutne oraz sprawdzić i skorygować poprawność przytoczonych danych z Rocznika Demograficznego (różne liczby w poszczególnych rozdziałach Raportu dane muszą być wiarygodne, by nie wprowadzać w błąd adresatów opracowania) oraz szerzej ująć urodzenia pozamałżeńskie,
- rozdziału V uwagi zostały przekazane autorce w formie pisemnej (dotyczące głównie sformułowań, uzupełnienia danych oraz wyeksponowania informacji o liczbie obywateli pracujących za granicą lub tam przebywających)
- tekstu – *wprowadzenia* – w którym należy skorygować faktyczną liczbę ludności zamieszkałej; pozytywnie ocenił opisane kwestie małżeństw binacjonalnych.
- wyjaśnienia terminu *starzenie się jest procesem negatywnym* oraz sformułowania *przyspieszenie procesu starzenia się*
- skorygowania tendencji negatywnych, np. starzenie się partnerów i matek rodzących
- uzupełnienia tekstu o tematykę dotyczącą zgonów nienaturalnych (wypadki, samobójstwa)
- uwzględnienia nowej prognozy demograficznej GUS do 2035 r.
- wstawienia w rozdziale VI obszarów wyludniania i przeludniania oraz tablicy z danymi o liczbie ludności wg miejscowości
- rekomendacji, w których proponuje dodać wskazanie o troskę o zdrowie dzieci i młodzieży.

Pan Profesor poprosił by członkowie Rady ustosunkowali się do artykułu I. Timofiejuka dotyczącego nauczania demografii.

Pan Krzysztof Lewandowski odniósł się do rozdziału VI nt. migracji zgłaszając uwagi dotyczące:

- uwzględnienia migracji nielegalnych, które mają swoją określoną skalę (Wietnamczycy, Ormianie),
- zagadnień integracji z cudzoziemcami imigrantami, którzy uzupełniają nasze niedobory demograficzne.
- uwzględnienia imigracji w której cudzoziemcy otrzymują obywatelstwo polskie, zjawisko narastające którego skala będzie coraz szersza.
- zasygnalizowania oddziaływania polityki i prawodawstwa UE w zakresie procesów

migracyjnych, wpływu przystąpienia Polski do Strefy Schengen oraz kwestii migracji zarobkowych.

- rozważenia relacji z działalnością powołanego w marcu 2008 r. Międzyresortowego Zespołu ds. migracji w ramach którego aktywnie działa grupa robocza zajmująca się Polakami powracającymi z krajów UE.

Pan Prof. Izidor Sobczak poparł uwagi zgłoszone przez Prof. A. Rajkiewicza, proponując by w omawianych zagadnieniach dotyczących ruchu naturalnego ludności prezentować liczby bezwzględne i wynikające z nich surowe współczynniki. Odnosząc się do kwalifikacji terminu starzenia się oznajmił, że należy odpowiedzieć sobie co jest powodem procesu. I tak gdy w procesie starzenia stwierdza się, że poziom urodzeń nie ulega zmianie a nawet rośnie, przy czym starzenie spowodowane jest wydłużaniem się przeciętnego trwania życia należy to zjawisko zaliczyć do pozytywnych. Natomiast gdy przeciętne trwanie życia pozostaje bez zmian, a starzenie następuje wskutek spadku liczby urodzeń ocenić trzeba to zjawisko jako negatywne.

Pan Dyrektor dr Włodzimierz Sekula sugerował, aby w rozdziale IV zawrzeć przyczyny zmian w trwaniu życia m.in. poprawie sytuacji zdrowotnej, diety oraz propagował wykorzystanie Raportu autorów B. Wojtyniaka i P. Goryńskiego „Sytuacja zdrowotna ludności Polski” zaprezentowanego na uroczystości 90-lecia PZH.

Pan Prof. Adam Kurzynowski postulował, aby sprawdzić relacje pomiędzy informacjami zawartymi w Raporcie i w Roczniku Demograficznym, który jest jego podstawą. Przypomnił, że raport jest opracowaniem sygnalizującym problemy i konieczność zmian dla poszczególnych polityk, jak również pokazanie jak rozpatrywać procesy z perspektywy strategicznej kraju. RRL poprzez opracowywany Raport powinna zawierać takie informacje, które zmotywują polityków oraz dadzą wsparcie dla ich decyzji.

Pani Prof. Józefina Hryniewicz popierając uwagi profesorów A. Rajkiewicza i A. Kurzynowskiego apelowała do autorów Raportu by zwrócili uwagę na jego adresatów, którym nie są demografowie a ludzie, którzy użytkują demografię jako narzędzie w programowaniu rozwoju społeczno-gospodarczego i szczegółowych polityk społecznych. Z tego punktu widzenia niejednokrotnie brakuje w przedstawionym Raporcie informacji, które muszą być liczbami naturalnymi i obrazującymi procesy zmian. Autorzy winni mniej polemizować i dokonywać analiz socjologicznych, a skupić się na przedstawieniu zjawisk w ujęciu obiektywnym z niebagatelną powagą dla Raportu.

Pan Prof. Jerzy T. Kowaleski zwrócił uwagę do fragmentu podsumowania w rozdziale VI, gdzie znalazła się uwaga że Polska wyludnia się od środka, rozwijając iż największe

ubytki są w woj. łódzkim i świętokrzyskim, przy czym różnice regionalne nie ulegają niwelacji i są na stałym poziomie.

Pan Prof. Zbigniew Strzelecki odnosząc się do uwag skomentował uwagę do rekomendacji odpowiadając, iż podniesiona kwestia zdrowia dzieci i młodzieży została szeroko uwzględniona w stanowisku RRL „*Bezpieczeństwo zdrowotne ludności Polski*”. Poprosił by do zgłoszonych uwag odnieśli się obecni na posiedzeniu autorzy rozdziałów, zaś pozostałym zostaną one przekazane. Poprosił członków Rady o aprobatę dla pisma, które zostanie wystosowane do autorów rekomendacji zawartych w dwóch poprzednich Raportach z prośbą o przedstawienie informacji z ich realizacji.

Pani Prof. Jolanta Kurkiewicz zgodziła się ze zgłoszonymi uwagami, które uwzględniła odpowiadając na uwagi wyjaśniła, że nie można przeprowadzić aktualnej analizy płodności z uwagi na wykształcenie matek ponieważ nie ma informacji o strukturze wykształcenia matek (ostatnia ze NSP z 2002).

Pan Prof. Ireneusz Kurojka poddał pod wątpliwość uzupełnienie Raportu o liczby bezwzględne, gdyż będzie to powielanie Rocznika Demograficznego. Przyjmując uwagi dokona odpowiednich korekt i uzupełnień.

Pan dr Andrzej Gałązka odnosząc się do zgłoszonych uwag wyjaśnił, że braki wynikają z założeń raportu, w którym przyjmuje się dane na poziomie powiatów i nie można zejść niżej zbyt szczegółowo z uwagi na ogromne opracowanie. Przyjmując uwagi uzupełni te dane, które zostaną mu udostępnione w celu dokonania odpowiednich korekt.

Pani dr Barbara Sakson podziękowała Prof. Rajkiewiczowi za szczegółowe uwagi, które przyjmuje i dokona korekty oraz uzupełnień. Odnośnie uwagi zgłoszonej przez Pana Lewandowskiego, realizacja ich wymagałaby napisania dodatkowych podrozdziałów, część więc uwzględni, ale w tym raporcie nie ma miejsca na szczegółowe odniesienie się do wszystkich uwag poza zasygnalizowaniem problemu.

Pani Prof. Lucyna Frąckiewicz dziękując za przychylne przyjęcie jej tekstu zobowiązała się do uzupełnienia opracowania o najnowszą prognozę i korekty uwzględniające uwagi.

Dr Piotr Szukalski przyjął z atencją uwagi, które uwzględni w szczególności przeformułując zbyt rozbudowane diagnozy.

Pan Prof. Zbigniew Strzelecki podziękował za zgłoszone uwagi, zobowiązując jednocześnie autorów by do końca miesiąca dokonali korekty i uzupełnień tekstów z uwagi na pilny termin opracowywania edytorskiego raportu, który musi być opracowany do końca roku.

Ad. 3. porządku obrad

- Projekt stanowiska RRL w sprawie *Bezpieczeństwo zdrowotne ludności Polski*.

Pan Prof. Zbigniew Strzelecki przypomniał, iż przygotowany projekt stanowiska RRL w sprawie *Bezpieczeństwo zdrowotne ludności Polski* jest wynikiem debaty ubiegłego posiedzenia plenarnego, któremu to zagadnienie było poświęcone.

Pan Prof. Janusz Szymborski jako współautor projektu odczytał te jego fragmenty, które uległy zmianie i przeformułowaniu oraz akapity poprawione - zgłoszone w trakcie trwania posiedzenia.

Pan Prof. Bogdan Chazan ocenił pozytywnie stanowisko, zwrócił uwagę na kwestie, które wymagałyby podkreślenia, a mianowicie brak jednolitego organu administracyjnego zajmującego się wykorzystaniem środków na zdrowie oraz zwrócenie uwagi na zagadnienia związane z jakością produktów i odżywiania.

Pani Prof. Józefina Hrynkiewicz sugerowała by podkreślić mocniej kwestie medycyny pracy i związanej z tym ochrony zdrowia pracowników oraz określenia zakresu tej ochrony.

Pan Zbigniew Rykowski poprosił o wyjaśnienie kto jest adresatem kierowanych w stanowisku postulatów.

Pan dr Włodzimierz Sekuła sugerował by nie pomijać, nie zapominać o czynniku otyłości ludności, który coraz bardziej zagraża zdrowiu, a Państwo nie podejmuje odpowiednich przedsięwzięć. Nawiązał do Narodowego Programu Zdrowia 2007-2013, w którym tylko na papierze sformułowane są zalecenia dla rządu - brakuje realizowania i sprawozdawczości.

Pan Prof. Janusz Szymborski przyjął wszystkie sugestie i uwagi, które zostaną uwzględnione w stanowisku.

Pan Prof. Zbigniew Strzelecki zaproponował przyjęcie stanowiska, którego ostateczną treść po uwzględnieniu zgłoszonych uwag zaakceptuje Prezydium RRL a następnie dokument zostanie przesłany do Kancelarii Prezesa RM.

Rada przyjęła projekt stanowiska Rządowej Rady Ludnościowej w sprawie *Bezpieczeństwo zdrowotne ludności Polski*.

Ad. 4. porządku obrad

- Biuletyn RRL nr 53.

Sekretariat Rządowej Rady Ludnościowej opublikował kolejny 53 numer Biuletynu RRL. Na jego treść składają się następujące materiały: 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, dotyczące starzenia się i bezpieczeństwa zdrowotnego ludności Polski oraz sprawozdanie z działalności Rządowej Rady Ludnościowej za 2007 r.

- Protokół z posiedzenia RRL w dniu 12 maja 2008 r.

Do protokołu z posiedzenia RRL w dniu 12.05.2008 r. uwagi zgłosiła Pani dr Z. Słońska, które zostały przyjęte.

Rada przyjęła protokół z posiedzenia RRL w dniu 12 maja 2008 r.

Pan Profesor podziękował wszystkim za udział w posiedzeniu.

Sekretarz Generalny RRL

Alina Potrykowska
dr Alina Potrykowska

Zatwierdził



Przewodniczący Rządowej Rady Ludnościowej
dr hab. *Prof. SGH* Zbigniew Strzelecki

Opracowała

Ewa Orzełek
mgr Ewa Orzełek
Główny specjalista

Al. Niepodległości 208
00-925 Warszawa
Pok. 554 (blok C)
tel., + 48 (22) 608 30 40
tel., + 48 (22) 608 31 75
fax, + 48 (22) 608 38 87
e.orzelek@stat.gov.pl
www.stat.gov.pl

Załączniki

1. Lista obecności na posiedzeniu plenarnym RRL w dniu 12 maja 2008 r. r.



**Lista obecności na Posiedzeniu Plenarnym RRL
w dniu 20 listopada 2008 roku**

Lp	Imię	Nazwisko	Podpis
1.	Wiesław	Adamczyk	<i>W. Adamczyk</i>
2.	Bożena	Balcerzak-Paradowska	<i>B. Balcerzak</i>
3.	Janusz	Balicki	<i>J. Balicki</i>
4.	Bogdan	Chazan	<i>B. Chazan</i>
5.	Agnieszka	Chłoń-Domińczak	<i>A. Chłoń-Domińczak</i>
6.	Mariola	Chojnacka	<i>M. Chojnacka</i>
7.	Lucyna	Fraćkiewicz	<i>L. Frączkiewicz</i>
8.	Andrzej	Gałązka	<i>A. Gałązka</i>
9.	Józefina	Hrynkiewicz	<i>J. Hrynkiewicz</i>
10.	Janina	Józwiak	
11.	Dagmara	Korbasińska	
12.	Irena E.	Kotowska	<i>I. Kotowska</i>
13.	Jerzy T.	Kowaleski	<i>J. Kowaleski</i>
14.	Jolanta	Kulus	<i>J. Kulus</i>
15.	Irena	Kowalska	
16.	Jolanta	Kurkiewicz	<i>J. Kurkiewicz</i>
17.	Ireneusz	Kuropka	<i>I. Kuropka</i>
18.	Adam	Kurzynowski	<i>A. Kurzynowski</i>
19.	Krzysztof	Lewandowski	<i>K. Lewandowski</i>
20.	Grażyna	Marciniak	<i>G. Marciniak</i>
21.	Joanna	Mazur	
22.	Marcin	Nawrot	
23.	Lucyna	Nowak	<i>L. Nowak</i>
24.	Anna	Nowożyńska	<i>A. Nowożyńska</i>
25.	Ewa	Orzełek	<i>E. Orzełek</i>
26.	Wojciech	Pędich	<i>W. Pędich</i>
27.	Alina	Potrykowska	<i>A. Potrykowska</i>
28.	Krzysztof	Przewoźniak	<i>K. Przewoźniak</i>



Lp	Imię	Nazwisko	Podpis
29.	Antoni	Rajkiewicz	<i>[Signature]</i>
30.	Robert	Rauziński	
31.	Andrzej	Rączaszek	<i>[Signature]</i>
32.	Iwona	Roeske-Słomka	
33.	Rafał	Rogała	z up. Adamski
34.	Zbigniew	Rykowski	<i>[Signature]</i>
35.	Barbara	Sakson	<i>[Signature]</i>
36.	Włodzimierz	Sekuła	<i>[Signature]</i>
37.	Zofia	Słońska	<i>[Signature]</i>
38.	Izydor	Sobczak	<i>[Signature]</i>
39.	Zbigniew	Strzelecki	<i>[Signature]</i>
40.	Kazimierz	Szczygielski	<i>[Signature]</i>
41.	Piotr	Szukalski	<i>[Signature]</i>
42.	Janusz	Szymborski	<i>[Signature]</i>
43.	Andrzej	Urmański	<i>[Signature]</i>
44.	Janusz	Witkowski	<i>[Signature]</i>
45.	Alina	Wojtowicz-Pomierna	z up. A. Janiarczyk
46.	Witold	Zatoński	<i>[Signature]</i>
47.	Eugeniusz	Zdrojewski	<i>[Signature]</i>
48.	Dyr.	Dybieczeni	<i>[Signature]</i>
49.	Jadwiga	Stokowicz	RG <i>[Signature]</i>
50.	Wierka	Jagodźnik	<i>[Signature]</i>
51.			
52.			
53.			
54.			
55.			
56.			
57.			
58.			

**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, Stale 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, Stale Przedstawicielstwo RP przy NZ, Nowy Jork:

III. ZADANIA DELEGACJI

W trakcie 41 sesji Komisji Ludności i Rozwoju ONZ delegacja polska przedłożyła krótką informację prezentującą sytuację migracyjną w Polsce. Delegacja polska uczestniczyła aktywnie w pracach Komisji – Pani Alina Potrykowska, Sekretarz Generalny Rady Ludnościowej przedstawiła wystąpienie w debacie plenarnej Komisji poświęconej krajowym doświadczeniom w ramach urbanizacji, migracji wewnętrznej i rozwoju (tekst wystąpienia w załączeniu). Delegatom został również udostępniony szerszy raport poświęcony polskim doświadczeniom w tej dziedzinie.

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.

IV. PROGRAM 41. SESJI

Agendę 41. Sesji Komisji ONZ Ludność i Rozwój stanowiły następujące tematy:

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. Przegląd metod pracy Komisji Ludność i Rozwój.
7. Program na 42. Sesję Komisji.
8. Przyjęcie Raportu Komisji z prac 41. Sesji.

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):

**PAŃSTWA AFRYKAŃSKIE
(12 członków)**

	Rok zakoń.
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)**

	Rok zakoń.
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)**

	Rok zakoń.
Armenia	2008
Bulgaria	2009
Polska	2011
Rosja	2010
Ukraina	2010

**PAŃSTWA AMERYKI ŁACIŃSKIEJ I WYSP KARAIBSKICH
(9 członków)**

	Rok zakoń.
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)**

	Rok zakoń.
Belgia	2009
Kanada	2009
Francja	2008
Niemcy	2009
Holandia	2008
Hiszpania	2011
Szwecja	2010
Szwajcaria	2009
Włk.Brytania i Irlandia Pln.	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 podniesienia wartości w wielkości miasta, szczególnie w krajach rozwijających się. Przez dekady, jakkolwiek wzrost miast był opóźniany komplikowany przez złożoność problemów. Miasta jako ośrodki rozwoju innowacji, handlu, finansów, technologii, kultury i ogólnej prosperity ekonomicznej – skomplikowane wymiany i sieci łączące je z obszarami wiejskimi, tworząc 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 były funkcjonalnie związane. Tech zwykle podlegają różnym jurysdykcjom, tworząc wyzwania dla zarządzania aglomeracją jako całością. 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 dużych miastach. Ubóstwo było głównie skoncentrowane na obszarach wiejskich, jakkolwiek zmniejszyło się na początku lat 1990., szczególnie w Azji Wschodniej. W wysoko zurbanizowanej 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 i dochodów potrzebnych do podniesienia poziomu usług lokalnych. Dlatego strategie mające 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 rozpoznać 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 absorbować 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, wyniosą 20,5 mld w 2010r. W przybliżeniu szacuje się, że 2/3 tych sum będą pochodzić z krajów rozwijających się, zaś 1/3 tj.6,8mld.USD. Zarówno wydatki od darczyńców jak i wydatki krajowe na programy ludnościowe wzrosły. Wydatki pochodzące od darczyńców oszacowane 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.

Przewodniczący Komisji **Ivan Piperkov** dokonał prezentacji raportu z trzech posiedzeń Biura Komisji, 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.

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 rozpoczęły 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 nietrywialnych 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 wody pitnej i in.

Przewodniczący Komisji, **Ivan Piperkov** przekazał przewodniczenie sesji **Hani Zlotnik**, która rozpoczęła kolejną część obrad związaną z prezentacją wykładowców i ich tematów wystąpień. Po każdym wykładzie miała miejsce dyskusja, zadawano pytania, na które wykładowcy (keynote speakers) udzielali swoich odpowiedzi.

Podczas sesji trzeciej wykładowcą był **Dawid Satterthwaite** - (Senior Fellow, International Institute for Environment and Development, London) 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 zaopatrzenia 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, kontrolowaniu 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, 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 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.

Odnosnie 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. Odnosnie 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 równolegle 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 światową bez precedensu 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 żyje $\frac{1}{4}$ z 3,3 mld ludności miejskiej świata i ta 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. 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 nadszpiezanie 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 nieznanne 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) w wykładzie 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. Było 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 wszystkich mieszkańców, w szczególności one muszą rozbudować miejskie usługi i infrastrukturę dla wszystkich w celu zatrudnienia, zachowania, przyciągnięcia i rozwoju kapitału i umiejętności oraz rozwoju możliwości dostępnych dla wszystkich mieszkańców.

Organizacje kryminalne najszybciej dostosowały się do rzeczywistości gospodarki globalnej, 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, 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 personelu, niezbędnych do ulepszenia 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 w branży bezpieczeństwa.

Miejskie instytucje akademickie służyły wykształceniu kadr. Z drugiej strony wyzwania dla Kapsztadu dotyczyły wzmocnienia jego roli jako politycznego i gospodarczego ośrodka dla 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 do publicznego sprawdzenia, aby zapobiec korupcji. To było konieczne, aby zachęcić rozwój konkurencyjnych i efektywnych rynków, aby zaopatrzyć w usługi, identyfikować i usunąć przeszkody do inwestowania, np. w rozwój elektryczności. Subsidia 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 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 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 przygotowany 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, Qataru 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 rządzenia 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.

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).

Odnośnie wdrożenia programu i przyszłego programu pracy Sekretariatu w tematyce ludności wypowiadali 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 Merore**s (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.

Stale Przedstawicielstwo brało aktywny udział w pracach UE w negocjacji projektu rezolucji, jak również monitorowało i wspierało prezydencję w procesie negocjacji na forum ONZ, biorąc pod uwagę krajowe stanowisko w tej tematyce.

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 Komisji¹.

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.

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 rozszereżonego 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

¹ Tekst dotyczący negocjacji nad projektem rezolucji tematycznej opracowała Katarzyna Kukier, Pierwszy Sekretarz, Stałe Przedstawicielstwo RP przy NZ, Nowy Jork:

udalo 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 Thoraya 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.

Bezpośrednio po zakończeniu 41. sesji Komisji, odbyło się pierwsze posiedzenie 42. sesji, podczas którego wybrano przez aklamację nowe Biuro, którego przewodniczącą została

Eleonor Zuniga, Sekretarz Generalny Rządowej Rady Ludnościowej Meksyku, zaś jako wiceprzewodniczący zostali wybrani: Ivankaw Tasheva (Bułgaria) Raja Nishirwan Zainal Abidin (Malezja) Yeva Ortiz de Urbina (Hiszpania) i Irene B.M.Tembo (Zambia).

Rządowa Rada Ludnościowa
SEKRETARZ GENERALNY
Alina Potrykowska
dr Alina Potrykowska



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 informacji, 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. Szczegółowe znaczenie rynku pracy w badaniach spisu jest określone z jednej strony przez silny wpływ procesów ludnościowych na podaż pracy, z 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



2



**Stanowisko Rządowej Rady Ludnościowej
w sprawie „Starzenie się ludności Polski a zabezpieczenie społeczne”**

W ostatnich latach szybkemu 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 stworzyć 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.





**Stanowisko Rządowej Rady Ludnościowej
w sprawie „Bezpieczeństwo zdrowotne ludności Polski”**

Zdrowie jest podstawową wartością w życiu ludzi a prawo do zdrowia należy do katalogu podstawowych praw człowieka. Realizacja tego prawa w stopniu gwarantującym bezpieczeństwo zdrowotne obywateli musi być wspierana skuteczną polityką państwa.

Bezpieczeństwo zdrowotne stało się strategicznym priorytetem UE, co wynika z nasilania się m.in. takich czynników determinujących zdrowie, jak:

- zmiany demograficzne, w tym starzenie się społeczeństw, co wpływa na zmianę struktury chorób, znacząco podnosi koszty i zagraża równowadze unijnych systemów zdrowotnych;

- zmiany warunków środowiskowych, w tym związanych z klimatem, poszerzającą się sfera nierówności społecznych i przemieszczaniem się całych grup ludności, co sprzyja występowaniu katastrof naturalnych o szerokim, niekiedy globalnym zasięgu oraz zwiększa zagrożenie epidemiczne i bioterroryzmem;

- rozwój nowych technologii, które rewolucjonizują sposób, w jaki promuje się zdrowie, zapobiega zagrożeniom zdrowotnym i leczy choroby.

W obliczu tych wyzwań Komisja Wspólnoty Europejskiej przyjęła na lata 2008-2013 trzy cele strategiczne: 1) propagowanie zdrowia w starzejącej się Europie, 2) ochrona obywateli przed zagrożeniami dla zdrowia; 3) monitorowanie funkcjonowania systemów zdrowotnych i nowych technologii.

Istotą strategii UE z punktu widzenia bezpieczeństwa zdrowotnego jest 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 odpowiedniej opieki zdrowotnej.

Odnosząc się w tym kontekście do bezpieczeństwa zdrowotnego ludności Polski należy mieć na uwadze zmieniającą się w czasie sytuację zdrowotną. W pierwszej dekadzie transformacji ustrojowej nastąpiły w Polsce korzystne procesy, w tym przede wszystkim systematyczny spadek umieralności niemowląt i znaczące obniżenie umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca, co przyczyniło się do stałego wzrostu przeciętnej długości życia. Te korzystne zmiany były wynikiem zarówno realizowanych programów polityki zdrowotnej państwa, jak i prozdrowotnych zmian w stylu życia ludności, zwłaszcza wzrostu spożycia tłuszczów roślinnych. W kolejnej dekadzie obejmującej początek XXI wieku wystąpiły w Polsce pewne niepokojące trendy zdrowotne, w tym:

- po roku 2002 wzrost długości życia uległ spowolnieniu, co powoduje narastanie dysproporcji w stosunku do przeciętnych wskaźników w krajach Unii Europejskiej; długość życia jest silnie różnicowana przez czynniki społeczne, w tym warunki socjalne, wykształcenie, środowisko zamieszkania;

- spadek umieralności niemowląt w Polsce uległ zahamowaniu w 2007 r. a poziom umieralności jest jeszcze wyraźnie (o 1/4) wyższy od przeciętnego w UE; głównym problemem jest umieralność wczesna niemowląt tzn. w pierwszym tygodniu życia, która w dużym stopniu zależy od jakości opieki medycznej; tymczasem od 2002 roku odstępiono

od realizacji trójstopniowego systemu opieki okołoporodowej jako programu polityki zdrowotnej państwa;

- choroby układu krążenia są znacznie częstszą przyczyną zgonów przedwczesnych mieszkańców Polski niż przeciętnie w UE i niestety w ostatnich latach w Polsce obserwowany w latach 90-tych spadek przedwczesnej umieralności z ich powodu uległ spowolnieniu;

- nowotwory są najważniejszą przyczyną przedwczesnych zgonów kobiet, ale ogólnie bardziej zagrażają życiu mężczyzn, nie zmniejsza się umieralność kobiet z powodu raka sutka a z powodu raka szyjki macicy zmniejsza się bardzo powoli i jest zawstydzająco wysoka na tle większości krajów UE;

- natężenie zgonów z powodu ogółu przyczyn zewnętrznych, trzeciej co do znaczenia grupy przyczyn zgonów w Polsce wykazuje powolny trend spadkowy tylko w przypadku kobiet, natomiast w przypadku mężczyzn nie zmienia się w ostatnich latach i jest znacznie wyższe od przeciętnego w UE. Wśród zewnętrznych przyczyn zgonów dominujące znaczenie mają wypadki komunikacyjne, w wyniku których ginie jednak coraz mniej osób, a także samobójstwa, których częstość jest dosyć ustabilizowana w latach 2000., a które powodują taką samą utratę potencjalnych lat życia mężczyzn jak wypadki komunikacyjne a większą niż zawał serca;

- hospitalizacja ludności w Polsce różni się od większości krajów UE dużą częstością leczenia najmłodszych roczników (poniżej 5 lat), przy znacznie rzadszej hospitalizacji osób najstarszych, powyżej 75 roku życia; stosunkowo niskiej obecnie na tle innych krajów śmiertelności szpitalnej w Polsce z powodu zawału serca towarzyszy wysoka śmiertelność w udarach mózgu;

- mimo stałej poprawy sytuacji epidemiologicznej, zapadalność na wiele chorób zakaźnych w Polsce jest wyższa niż przeciętna w krajach Unii Europejskiej; nadzór nad HIV/AIDS w Polsce nie dostarcza kluczowych informacji dotyczących aktualnych dróg szerzenia się wirusa w populacji, niezajomość głównych dróg transmisji wirusa HIV w danym miejscu i danym czasie wyklucza możliwość prowadzenia racjonalnych działań ograniczających szerzenie się zakażeń; niebezpiecznie wzrasta liczba zakażeń wzw C; niepokojący jest trend wzrostowy zachorowań na kiłę wrodzoną; od 2004 roku obserwuje się silny trend wzrostowy zachorowań na biegunki u dzieci do lat 2; niewystarczający rozwój diagnostyki laboratoryjnej i jej zbyt mała dostępność utrudniają rozpoznanie sytuacji epidemiologicznej niektórych chorób, co opóźnia wypracowywanie skutecznych metod zapobiegania tym chorobom, niska jest wiarygodność danych epidemiologicznych, w tym danych z rejestracji zachorowań;

- od 2000 roku nasila się dysfunkcja systemu publicznej ochrony zdrowia, czego wyrazem są zakłócenia w funkcjonowaniu opieki podstawowej, zwłaszcza opieki profilaktycznej nad kobietami, dziećmi i młodzieżą, niedostatki ambulatoryjnego leczenia specjalistycznego, zwłaszcza w opiece nad dziećmi, młodzieżą, pacjentami z zaburzeniami zdrowia psychicznego, osobami w wieku podeszłym; problemy w funkcjonowaniu leczenia stacjonarnego, w tym oddziałów położniczo-noworodkowych, pediatrycznych i wysokospecjalistycznych; do tej dysfunkcji systemu przyczyniła się także migracja lekarzy i pielęgniarek spowodowana brakiem satysfakcji finansowej pracowników ochrony zdrowia.

Zasygnalizowane zjawiska przyczyniają się do zmniejszenia poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. W kontekście tych wyzwań należy podkreślić, że wydatki na ochronę zdrowia w Polsce zarówno w przeliczeniu na jednego mieszkańca jak i jako procent PKB należą do jednych z najniższych w krajach Unii Europejskiej. Udział wydatków na hospitalizację w wydatkach na ochronę zdrowia jest niższy niż w większości krajów UE; niemniej poziom współpłacenia pacjentów jest również niski, natomiast udział wydatków na

leki w wydatkach na ochronę zdrowia jest wysoki, przy jednocześnie niskim udziale środków publicznych.

Z tej przyczyny najważniejszą sprawą do rozwiązania większości lub wszystkich problemów związanych z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia i zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów jest zapewnienie odpowiedniego finansowania systemu opieki zdrowotnej. Istotną część funkcji systemu opieki zdrowotnej pozostaje i musi pozostać dobrem publicznym, za które odpowiedzialność musi ponosić państwo. Na podstawie dogłębnej analizy aktualnej sytuacji i wyważenia proporcji pomiędzy obciążeniem publicznym, obciążeniem państwa, a obciążeniem indywidualnym na zdrowie, powinny zostać podjęte kroki zaradcze w kierunku systemowych zmian w ochronie zdrowia. Przy podejmowaniu takich decyzji należy pamiętać, że zmiana systemu nie jest celem samym w sobie i musi jej towarzyszyć naczelne przesłanie jakim jest zdrowie narodu i pojedynczego obywatela. Działania mające na celu zwiększenie możliwości dostępu pacjentów do świadczeń zdrowotnych, zniesienie limitów w rozumieniu dostępności do świadczeń, podniesienie jakości świadczeń medycznych, rzeczywistą wycenę świadczeń zdrowotnych, zwiększenie limitów przyjęć na studia medyczne (lekarze, pielęgniarki) powinny być połączone z reorientacją opieki medycznej i dostrzeżeniem istotnej roli promocji zdrowia, oświaty zdrowotnej oraz profilaktyki zagrożeń i chorób.

W opinii Rządowej Rady Ludnościowej konieczne jest podjęcie i realizacja następujących działań w sferze zdrowotnej polityki państwa, które przyczynią się do poprawy kondycji zdrowotnej populacji i zmniejszenia chorobowości i umieralności z przyczyn poddających się zapobieganiu:

- Zapoczątkowanie budowania systemu międzysektorowej współpracy na rzecz stwarzania warunków dla upowszechnienia zdrowego stylu życia z myślą o redukcji społecznych nierówności w zdrowiu, w ramach Narodowego Programu Zdrowia 2007-2015
- Zwiększenie skuteczności realizowanych programów polityki zdrowotnej państwa w zakresie kardiologii i onkologii poprzez wnikliwą ocenę dotychczasowych efektów działań i zwrócenie większej uwagi na promocję zdrowia i profilaktykę, w tym na zadania edukacyjne; dobra jakość leczenia szpitalnego pacjentów z zawałami powinna być utrzymana natomiast istnieje pilna potrzeba zajęcia się problemem udarów mózgu; profilaktyka chorób zależnych od tytoniu, w tym raka płuca, wymaga dofinansowania, natomiast całkowitej weryfikacji ze względu na obserwowane załamanie się profilaktyki, wymaga podejście do zachorowań kobiet na raka szyjki macicy i raka piersi.
- Ze względu na narastanie epidemii otyłości i nadwagi konieczne jest nadanie Narodowemu Programowi Zwalczenia Nadwagi i Otyłości oraz Przewlekłych Chorób Niezakaźnych poprzez poprawę żywienia i aktywności fizycznej (POL-HEALTH) 2007-2011 rangi programu rządowego z zapewnieniem finansowania jego realizacji.
- Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i ich zwalczania, co wymaga: podniesienia wiarygodności danych epidemiologicznych, w tym danych z rejestracji zachorowań, stanowiących podstawę większości podejmowanych decyzji; konsekwentnego prowadzenia i uowocześniania wieloletnich programów szczepień ochronnych; zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych i wzmocnionej kontroli higieny w instytucjach medycznych, zakładach kosmetycznych i innych, w których może dochodzić do przerwania ciągłości tkanek; stworzenia systemowych mechanizmów skutecznie przeciwdziałających ograniczaniu zakresu diagnostyki laboratoryjnej wykonywanej w celach epidemiologicznych, czyli na potrzeby zdrowia publicznego, a nie w celu określenia postępowania terapeutycznego.
- Zbudowanie systemu kompleksowej, międzysektorowej opieki gerontologicznej;

subwencjom ze strony sektora ochrony zdrowia musi towarzyszyć wsparcie sektora opieki społecznej i utworzenie systemu ubezpieczenia pielęgnacyjnego.

- Poprawa opieki zdrowotnej nad osobami niepełnosprawnymi (liczba tych osób w Polsce w populacji w i wieku produkcyjnym jest według szacunków UE najwyższa wśród krajów członkowskich i wynosi 16%), co wymaga rozwoju kompleksowej rehabilitacji. Zapobieganie zewnętrznym przyczynom zgonów musi być stałym priorytetem zdrowia publicznego.
- Rozpowszechnienie zaburzeń zdrowia psychicznego w Polsce i ich skutki społeczne warunkują pilną potrzebę wdrożenia Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.
- Poprawa opieki nad osobami cierpiącymi na choroby przewlekłe, w tym jakości życia osób chorujących na tzw. choroby rzadkie, poprawa systemu zwalczania bólu i ustalenie standardów opieki paliatywno-hospicyjnej dla dorosłych i odrębnie dla dzieci.
- Konieczne jest reaktywowanie przez Ministerstwo Zdrowia medycyny szkolnej we wszystkich jej funkcjach: promocji zdrowia i profilaktyki oraz leczenia i rehabilitacji. Umożliwienie dzieciom i młodzieży realizowania pełnego ich potencjału życiowego dla zdrowia i rozwoju medycyny szkolnej, w szczególności badań słuchu, wzroku - dla grup dyspersyjnych, które jeśli nie są wykryte wcześniej powodują ogromne straty w jakości życia młodych ludzi i przyczyniają się do niepełnosprawności w późniejszym wieku
- Konieczne jest nadanie rzeczywistego priorytetu w polityce państwa opiece zdrowotnej nad matką i dzieckiem, co wymaga: przestrzegania formalnych i merytorycznych zasad trójstopniowego systemu opieki okołoporodowej, podniesienia zakresu jakości opieki profilaktyczno-leczniczej nad kobietą ciężarną i rodzącą, przestrzegania standardów tej opieki i zapewnienia jej pełnej dostępności; zwiększonego zaangażowania państwa w zapobieganie i leczenie niepłodności (łącznie z rozwojem metody in vitro), zwiększenia liczby badań prenatalnych; przywrócenia roli pediatri jako lekarza sprawującego opiekę podstawową nad dzieckiem, zahamowania dysfunkcjonalności pediatrycznego lecznictwa szpitalnego, w tym wysoko specjalistycznego..

Podjęcie powyższych działań dotyczących nie tylko systemu ochrony zdrowia, ale zdrowia narodu jest niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego ludności w naszym kraju.

Działania te powinny być podejmowane przy współudziale wszystkich zainteresowanych, w tym m.in. przedstawicieli nauki, organizacji pozarządowych, przedstawicieli pracodawców i środków masowego przekazu.

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 w kwestii zabezpieczenia zdrowotnego 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 „Założeńach 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, 20.11.2008 r.

