

RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA

BIULETYN

58

Warszawa 2013

PL ISSN 1642-5979

Opracowuje:
Sekretariat Rządowej Rady Ludnościowej

Pod redakcją:
Aliny Potrykowskiej

Redakcja językowa:
Ludmiła Kwiatkowska

SPIS TREŚCI

WSTĘP	5
I. SPRAWOZDANIE Z KONFERENCJI nt. <i>ZACHOROWALNOŚĆ I UMIERALNOŚĆ NA NOWOTWORY A SYTUACJA DEMOGRAFICZNA POLSKI</i>	7
II. STANOWISKO RZĄDOWEJ RADY LUDNOŚCIOWEJ W SPRAWIE <i>ZACHOROWALNOŚCI I UMIERALNOŚCI NA CHOROBY NOWOTWOROWE ORAZ KONIECZNOŚCI POPRAWY PROFILAKTYKI I LECZENIA PACJENTÓW NOWOTWOROWYCH W OBLICZU WYZWAŃ DEMOGRAFICZNYCH W POLSCE</i>	50
III. DOKUMENTACJA Z 46. SESJI KOMISJI ONZ DO SPRAW LUDNOŚCI I ROZWOJU <i>NOWE TRENDY W MIGRACJACH – ASPEKTY DEMOGRAFICZNE (NEW TRENDS IN MIGRATION – DEMOGRAPHIC ASPECTS)</i>. NOWY JORK, 21–26.04.2013 r.	54
IV. ANKIETA ONZ 2012, <i>GLOBAL SURVEY ICPD BEYOND 2014</i>	91
V. SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI RZĄDOWEJ RADY LUDNOŚCIOWEJ w 2012 r.	235

WSTĘP

Oddajemy do rąk Czytelników kolejny, 58. numer „Biuletynu Rządowej Rady Ludnościowej”, dokumentujący działalność Rządowej Rady Ludnościowej i jej Sekretariatu.

Na treść biuletynu składają się następujące materiały:

- **Sprawozdanie z konferencji nt. *Zachorowalność i umieralność na nowotwory a sytuacja demograficzna Polski***
- **Stanowisko Rządowej Rady Ludnościowej w sprawie *zachorowalności i umieralności na choroby nowotworowe oraz konieczności poprawy profilaktyki leczenia pacjentów nowotworowych w obliczu wyzwań demograficznych w Polsce***
- **Dokumentacja z *46. sesji Komisji ONZ do spraw Ludności i Rozwoju***
- **Ankieta ONZ 2012, Global Survey ICPD Beyond 2014**
- **Sprawozdanie z *działalności Rządowej Rady Ludnościowej w 2012 roku.***

Ważniejsze dokumenty RRL prezentowane są na stronie internetowej www.stat.gov.pl

Dr Alina Potrykowska
Sekretarz Generalny
Rządowej Rady Ludnościowej

I. SPRAWOZDANIE Z KONFERENCJI

pt. ZACHOROWALNOŚĆ I UMIERALNOŚĆ NA NOWOTWORY A SYTUACJA DEMOGRAFICZNA POLSKI¹

Program konferencji, która została zorganizowana przez Rządową Radę Ludnościową w siedzibie Głównego Urzędu Statystycznego w Warszawie 3 grudnia 2013 r. przedstawiał się następująco:

SESJA I

Wprowadzenie

Prof. dr hab. Janusz Witkowski, Prezes Głównego Urzędu Statystycznego

Epidemiologia nowotworów złośliwych w Polsce

Prof. dr hab. n. med. Witold Zatoński, Kierownik Zakładu Epidemiologii i Prewencji Nowotworów, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Rak głównym zabójcą ludzi w XXI w. Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych

Dr n. med. Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii, Kierownik Kliniki Nowotworów Układu Chłonnego, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Zwalczanie nowotworów w Polsce: potrzeba nowej strategii

Prof. dr hab. n. med. Jacek Jassem, Przewodniczący Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, Kierownik Kliniki Onkologii i Radioterapii, Gdański Uniwersytet Medyczny

Dyskusja

SESJA II

Prowadzenie sesji – Prof. dr hab. n. med. Janusz Szymborski, Rządowa Rada Ludnościowa

¹ Sprawozdanie zostało zredagowane na podstawie stenogramu z Konferencji (E. Kowalczyk), a zamieszczone w niniejszym Biuletynie wystąpienia poszczególnych referentów mają postać „żywego słowa”. Przygotowane do druku przez Autorów opracowania zawierające ryciny, tabele, piśmiennictwo zostały umieszczone w publikacji pt. „Zachorowalność i umieralność na nowotwory a sytuacja demograficzna Polski”, red. A. Potrykowska, Z. Strzelecki, J. Szymborski, J. Witkowski, RRL, Warszawa 2014, dostępnej także w wersji elektronicznej na stronie www.stat.gov.pl w zakładce Rządowa Rada Ludnościowa.

Stan obecny w leczeniu nowotworów złośliwych narządów rodnych u kobiet
Prof. dr hab. n. med. Janina Markowska, Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologii
Ginekologicznej, Kierownik Kliniki Onkologii, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu,
Doc. dr hab. n. med. Radosław Mądry, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Prognozy rozwoju chorób nowotworowych w Polsce. Co nas czeka?
Dr n. med. Joanna Didkowska – Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów, Cen-
trum Onkologii, Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Leczenie raka w Polsce z perspektywy pacjenta
Jacek Gugulski – Prezes Polskiej Koalicji Organizacji Pacjentów Onkologicznych

Prezentacja projektu stanowiska Rządowej Rady Ludnościowej w sprawie zachorowal-
ności i umieralności na choroby nowotworowe oraz konieczności poprawy profilaktyki
leczenia pacjentów nowotworowych w obliczu wyzwań demograficznych w Polsce.
Prof. dr hab. n. med. Janusz Szymborski, Rządowa Rada Ludnościowa

Dyskusja

Wprowadzenie – Prof. Janusz Witkowski

Witam Państwa serdecznie na konferencji naukowej zorganizowanej przez Rządo-
wą Radę Ludnościową. Ci, którzy z nami współpracują wiedzą doskonale, że tego typu
spotkania naukowców, ekspertów, przedstawicieli różnych instytucji są ważnym ele-
mentem procesu konsultacji i prac Rządowej Rady Ludnościowej, zwłaszcza w zakre-
sie tak doniosłych problemów i tak ważnych aspektów jakim jest rozwój ludności Pol-
ski. Jest to wpisane w reguły naszego postępowania i mam nadzieję, że będziemy to
kontynuować, zwłaszcza, że tego typu konsultacje są niezwykle istotne także z punktu
widzenia wypracowania pewnych ocen, także w postaci rekomendacji, które pozwalają
przedstawić stanowisko Rządowej Rady Ludnościowej w kluczowych kwestiach
związanych z rozwojem demograficznym kraju. Taki jest również cel dzisiejszej kon-
ferencji, a mianowicie chcielibyśmy przedyskutować najważniejsze problemy dotyczą-
ce rozszerzania się zarówno zachorowalności, jak i umieralności, a w ślad za tym także
natężenia zgonów spowodowanych przyczynami chorób nowotworowych. Jest to też
niezwykle ważne, abyśmy na tej podstawie mogli dokonać diagnozy w gronie wybit-
nych naukowców, specjalistów zajmujących się tą problematyką. Być może będzie to
ważki powód do zastanowienia się nad tym i dokonania refleksji nad rolą, znaczeniem
tego typu zdarzeń dla rozwoju demograficznego naszego kraju.

Taka była idea tej konferencji, gdy prof. Zbigniew Strzelecki wystąpił z inicjaty-
wą jej zorganizowania i na tej podstawie zbudowana została cała struktura, cały pro-
gram konferencji. Prof. Z. Strzelecki nie może być dzisiaj z nami. Nieobecność
prof. Z. Strzeleckiego sprawiła, że zaszczyt przewodniczenia pierwszej części konfe-
rencji przypadł mnie. Jestem tym zaszczycony i jako jeden z dwojga wiceprzewodni-
czących Rządowej Rady Ludnościowej z przyjemnością podjąłem się tego zadania.

Równocześnie jest mi ogromnie miło, że jako prezes Głównego Urzędu Statystycznego mogę Państwa gościć w gmachu tej instytucji. Mam nadzieję, że uczestnicy konferencji będą się tutaj dobrze czuli a ta sala, która była świadkiem wielu intensywnych dyskusji, będzie sprzyjała zarówno nastrojem, jak i przeszłością (także dyskusji nad problemami demograficznymi) temu, abyśmy mogli wypracować istotne z punktu widzenia tego problemu i tematyki naszej konferencji, ważne konkluzje.

Nie ulega bowiem wątpliwości, że tematyka dzisiejszej konferencji jest niezwykle ważna i wymaga bardzo wnikliwego naświetlenia. Od dwóch dekad obserwujemy pewne korzystne tendencje w zakresie umieralności. Tak mógłbym powiedzieć jeszcze kilka lat temu, a z całą pewnością na początku tych dwóch dekad, bowiem w latach 90-tych rozpoczął się pewien proces przemiany wzorców i tendencji umieralności, który był korzystny. Początkowo te zmiany były dosyć intensywne, ale był to efekt oddziaływania wielu czynników, które mogły ujawnić się dosyć szybko na początku procesu transformacji. Natomiast w miarę upływu lat te korzystne tendencje zmian, jeżeli chodzi o natężenie umieralności oraz trendy w zakresie umieralności, ulegały systematycznie spowolnieniu. W związku z tym od kilku lat, a konkretnie od 2002 roku, możemy mówić o odwróceniu tej tendencji. Może nie aż takiej bardzo intensywnej, ale z całą pewnością jest to już zmiana wyraźna. W pewnych okresach wystąpiły nawet wahania pokazujące, że natężenie zgonów momentami nieznacznie rośnie, by w ostatnich dwóch latach ponownie się ustabilizować, zwłaszcza jeśli weźmiemy pod uwagę wskaźniki standaryzowane, a one są podstawą oceny tego, co dzieje się w zakresie umieralności. Procesy i przemiany w zakresie umieralności przebiegają w różny sposób w różnych subpopulacjach. Jeśli weźmiemy pod uwagę ludność wg płci, wieku, miejsca zamieszkania, także wg województw, to procesy te przebiegają w sposób odmienny. Jest to precyzyjnie opisywane w raportach demograficznych, które są co roku prezentowane jako efekt pracy RRL. Mamy możliwość zapoznawać się z nimi i dzięki temu śledzić dokonujące się przemiany.

W ramach zmian tych wzorców umieralności jeden z aspektów jest niezwykle ważny i wymaga podkreślenia także w ramach naszej konferencji. W strukturze przyczyn zgonów nastąpiły pewne korzystne zmiany, zwłaszcza jeżeli chodzi o ograniczenie, zredukowanie przyczyn zgonów spowodowanych chorobami układu krążenia. Jednakże z jedną grupą przyczyn nie możemy się uporać tzn. przyczynami spowodowanych chorobami nowotworowymi. Jeśli bowiem popatrzymy na okres ponad dwóch dekad, kiedy te tendencje w zakresie umieralności, bywały korzystne, to w tym obszarze korzystnych zmian nie odnotowaliśmy. Przeciwnie, odsetek zgonów z przyczyn chorób nowotworowych, zwiększył się. Należy podkreślić, że niezbędne jest wnikliwe przeanalizowanie i zdiagnozowanie tych stanów. Od kilku lat odsetek zgonów spowodowanych chorobami nowotworowymi pozostaje na stałym poziomie: 25–26%. Patrząc na wskaźniki standaryzowane, możemy powiedzieć, że pojawiły się pewne korzystne, chociaż krótkookresowe, zmiany w tym zakresie. Nie zmienia to faktu, że jest to jedna z głównych pozycji w strukturze przyczyn umieralności oraz powód naszego niepokoju i obaw. Wynikająca z analiz i przewidywań ekspertów zapowiedź zwiększonej zachorowalności (rozzróżniamy zachorowalność i umieralność) na te choroby jest powodem potrzeby przedyskutowania tej kwestii.

Umieralność spowodowana chorobami nowotworowymi jest bardzo ważnym problemem polskiego społeczeństwa. Wymaga on głębszego przeanalizowania i przedyskutowania. Nie jest to zresztą pierwszy przypadek, kiedy próbujemy się nad tym pochylić. Problematyka chorób nowotworowych zajmuje poczesne miejsce w pracach analityczno-programowych Rządowej Rady Ludnościowej. Najlepszym dowodem, przykładem był I Kongres Demograficzny w 2001 roku, kiedy ta problematyka była mocno dyskutowana, wnikliwie analizowana i co więcej, zaowocowała pewnymi efektami w postaci publikacji *Kardiologia i onkologia w Polsce na początku XXI wieku. Stan, wyzwania, perspektywy* pod redakcją prof. W. Zatońskiego. Wywołało to dyskusję, w której jednym z elementów stał się Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych w Polsce, powołany ustawą z dnia 1 lipca 2005 roku. Strategia została tam wypracowana, ale jak patrzymy na to z perspektywy kilku lat, to okazuje się, że nie wszystkie zapisy zawarte w Strategii realizowane są w taki sposób, który by nas satysfakcjonował. W związku z tym zahamowanie wzrostu zachorowalności i zmniejszenie umieralności powinno być powiązane z koniecznością pilnej poprawy realizacji zapisów tego Narodowego Programu w różnych obszarach, ale być może także podjęcia pewnych rozwiązań organizacyjnych, które mogłyby przyczynić się do tego, że te zadania będą lepiej realizowane, ale przede wszystkim efekty w tym zakresie będą zdecydowanie lepsze. Jest to zatem problem niezwykle ważny.

Jeszcze raz wyrażam ogromną satysfakcję, że możemy spotkać się w gronie wybitnych ekspertów, przedyskutować te zagadnienia. Serdecznie dziękuję za przyjęcie zaproszenia do udziału w naszej konferencji, w szczególności autorom referatów i wystąpień.

Zapraszam do wystąpienia pana prof. Witolda Zatońskiego, który przedstawi referat „Epidemiologia nowotworów złośliwych w Polsce”. W pierwszej części konferencji przewidziane są 3 wystąpienia. Pan prof. W. Zatoński spróbuje podjąć dyskusję z tym, co powiedziałem w swoim wprowadzeniu. Bardzo proszę Panie Profesorze.

Epidemiologia nowotworów złośliwych w Polsce – **Prof. Witold Zatoński**

Szanowni Państwo,

Przede wszystkim ogromnie dziękuję organizatorom za zaproszenie na to dzisiejsze spotkanie. Ze względu na obecność tak licznie zgromadzonych przedstawicieli różnych dyscyplin jest to spotkanie niezwykle.

Moje wystąpienie poświęcone epidemiologii nowotworów złośliwych w Polsce zacznę od krótkiego rysu historycznego. Już na początku lat 70. w Europie Zachodniej rozpoczął się okres znacznej poprawy stanu zdrowia społeczeństw, co wynikało z tzw. „rewolucji sercowo-naczyniowej” charakteryzującej się systematycznym spadkiem umieralności z powodu chorób serca i naczyń. Polska wkroczyła w fazę transformacji zdrowotnej dopiero po 1990 roku. Zahamowany został trwający od początku lat 60. wzrost liczby zachorowań na choroby układu sercowo-naczyniowego, a umieralność z tej przyczyny w latach 1991–2010 zmniejszyła się w Polsce o połowę. Zmiany te były jedną z głównych przyczyn szybkiego przyrostu długości życia; oczekiwana dłu-

gość życia po 30 latach zamrożenia w latach 1991–2010 wzrosła o 6,2 roku u mężczyzn i 5,5 roku u kobiet.

W wyniku ogromnej poprawy stanu zdrowia w ostatnim dwudziestoleciu szybko zmienił się też wzór epidemiologiczny zachorowań i zgonów w Polsce. Obecnie, podobnie jak w krajach Europy Zachodniej, nowotwory złośliwe stają się pierwszą przyczyną przedwcześnie przerywającą ludzkie życie, szczególnie w populacji osób przed 65 rokiem życia. Wśród kobiet przed 65 rokiem życia zgony z powodu nowotworów są dwa razy częstsze niż z powodu chorób układu krążenia.

Nowotwory złośliwe to schorzenie składające się z ponad 100 różnorodnych jednostek chorobowych z inną etiologią, diagnostyką, przebiegiem klinicznym czy leczeniem a ich kontrola wymaga stosowania różnych strategii, w których prewencja pierwotna i prewencja wtórna są tak samo ważne jak leczenie. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) szacuje, że jednej trzeciej zachorowań nowotworowych można zapobiec, jedną trzecią wyleczyć, a w przypadku jednej trzeciej poprawić jakość życia.

Trendy czasowe nowotworów złośliwych w Polsce w ostatnim półwieczu mają różnorodny przebieg, przy czym zgony z powodu siedmiu najczęstszych lokalizacji nowotworowych stanowią 70% wszystkich zgonów z powodu nowotworów złośliwych u kobiet i 60% u mężczyzn. Poza kilkoma najczęstszymi nowotworami, pozostałe są relatywnie rzadkie. Ponadto, częstość nowotworów złośliwych jest generalnie znacznie wyższa u mężczyzn niż u kobiet. Zachowania trendów czasowych dwóch lokalizacji nowotworowych – nowotworów złośliwych płuca oraz nowotworów złośliwych żołądka – zdominowały obraz zmian epidemiologicznych w zakresie raka w Polsce.

W Polsce umieralność z powodu nowotworów złośliwych płuca u mężczyzn wzrosła od początku okresu obserwacji (1960 r.) i osiągnęła najwyższy poziom na początku lat 90. Od tej pory współczynniki umieralności (standaryzowane wg wieku) z tej przyczyny zmniejszają się: w 1995 r. – 72/100 000, w 2010 – 56/100 000. U kobiet w ostatnich dziesięcioleciach umieralność na nowotwory złośliwe płuca wykazuje tendencję wzrostową, z bardzo niskiego poziomu – od współczynnika umieralności 4/100 000 w 1963 roku do 16/100 000 w 2010.

Inaczej zachowuje się trend czasowy umieralności z powodu nowotworów złośliwych żołądka; jego przebieg jest symetryczny u mężczyzn i kobiet. W XX wieku zachorowalność i umieralność z powodu tych nowotworów stale się zmniejsza. W 1963 r. w Polsce współczynnik umieralności z powodu nowotworów złośliwych żołądka wśród mężczyzn wynosił 45/100 000, a w 2010 – 12/100 000; u kobiet odpowiednio 22/100 000 i 4/100 000.

W populacji mężczyzn w ostatnich dwóch dziesięcioleciach obserwuje się wzrost umieralności z powodu dwóch innych lokalizacji nowotworowych – raka jelita grubego i raka prostaty. W przypadku obu tych nowotworów, w 2010 r. współczynnik umieralności przekroczył wartość 10 zgonów na 100 000 populacji rocznie. Pozostałe z siedmiu najczęstszych lokalizacji nowotworowych to nowotwór złośliwy pęcherza moczowego i trzustki, w przypadku których poziom umieralności nieznacznie wzrasta, oraz nowotwory złośliwe krtani, które charakteryzuje znaczący spadek umieralności od początku lat 90.

U kobiet od połowy lat 70. dominującą lokalizacją nowotworową i pierwszą przyczyną zgonów były nowotwory złośliwe piersi. W drugiej połowie lat 90. współczynnik umieralności z powodu raka piersi osiągnął najwyższy poziom (16/100 000 pop.) i od tej pory zmniejsza się. Od początku lat 90. trzecią (po raku płuca i raku piersi) lokalizacją nowotworową u kobiet o częstości większej niż 10 zgonów na 100 000 rocznie stały się nowotwory złośliwe jelita grubego

Czwartym co do częstości nowotworem u kobiet w Polsce jest nowotwór złośliwy jajnika. Pozostałe trzy z siedmiu najczęstszych lokalizacji nowotworowych, dla których współczynnik umieralności jest niższy niż 5 zgonów na 100 000 populacji – to nowotwory złośliwe trzustki, szyjki macicy (w przypadku których umieralność i zachorowalność znacząco maleje) oraz nowotwory złośliwe żołądka.

W tym wystąpieniu nie analizuję trendów czasowych umieralności z powodu nowotworów złośliwych ogółem.

Przystępując do krótkiego omówienia czynników kształtujących sytuację epidemiologiczną nowotworów złośliwych należy podkreślić, że można je różnorodnie definiować. Na przykład, można je rozpatrywać w dwóch kategoriach. Jako czynniki możliwe do modyfikacji – lepiej lub gorzej zidentyfikowane oraz jako czynniki niemożliwe do modyfikacji.

Dwie najważniejsze lokalizacje, które w przeszłości, od połowy XX w. decydują o zagrożeniu nowotworami złośliwymi w Polsce – to nowotwór złośliwy płuca oraz żołądka. Zachowania trendów czasowych tych dwóch lokalizacji zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet, w znacznym stopniu zdominowały obraz nowotworów w Polsce.

Przykładem nowotworów, których obraz epidemiologiczny wynika z działania słabo zidentyfikowanych czynników ryzyka bądź czynników ochronnych, są nowotwory złośliwe żołądka. Przez cały XX wiek stale obserwowano zmniejszanie się zachorowalności oraz umieralności z ich powodu. Sukces ten jednak nie był wynikiem zaplanowanych, racjonalnych działań człowieka, a raczej „produktem ubocznym” naszego rozwoju cywilizacyjnego. Przykład nowotworu złośliwego żołądka pokazuje, że określanie nowotworów chorobami cywilizacyjnymi jest nietrafne. Rozwój cywilizacyjny może także być czynnikiem zmniejszającym zagrożenie tymi schorzeniami, a problemy z nowotworami złośliwymi są tak stare jak ludzkość. Nowotwór żołądka był historycznie najczęstszym nowotworem złośliwym w populacji Polski, co potwierdzają protokoły sekcyjne Uniwersytetu Jagiellońskiego z XIX i początku XX wieku. Aż do początku lat 70. XX wieku pozostawał on najczęstszym nowotworem złośliwym zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet. Od tego czasu ryzyko zachorowania na ten nowotwór zmniejszyło się w Polsce wielokrotnie. Mimo to, rak żołądka nadal pozostaje istotnym problemem zdrowia w Polsce i innych krajach Europy Wschodniej, gdzie częstotliwość jego występowania jest od lat ok. 4–5 razy wyższa niż w krajach skandynawskich czy Szwajcarii. Należy przy tym zwrócić uwagę, że do początku drugiej dekady XXI wieku nie ma żadnych oznak przełomu w leczeniu tego schorzenia. Wydaje się jednak, że częstość tego nowotworu będzie także w najbliższych dziesięcioleciach stale się zmniejszała i nowotwór złośliwy żołądka będzie stawał się schorzeniem coraz rzadszym. Czynniki, które mają wpływ na obserwowane przez ostatni wiek zmniejszanie się zachorowalności na nowotwory złośliwe żołądka są złożone i nie

w pełni zidentyfikowane. Uważa się jednak, że zmiana diety, szczególnie wzrost spożycia warzyw i owoców przez cały rok, oraz stosowanie na powszechną skalę technologii niskich temperatur do przechowywania żywności, są ważnymi elementami warunkującymi to zjawisko. Badania naukowe prowadzone od dziesięcioleci, także przez nasz zespół, wskazują na ważną rolę infekcji bakterią *Helicobacter pylori* (oraz jej kontroli) w etiologii nowotworu żołądka.

Druga lokalizacja obecnie dominująca w obrazie nowotworów złośliwych w Polsce to nowotwór złośliwy płuca, historycznie najczęstszy najpierw u mężczyzn, a w ostatnim dziesięcioleciu także u kobiet. W przypadku tego schorzenia istnieje znaczna, jeśli nie pełna, możliwość modyfikacji zagrożenia. Frakcję zachorowalności na nowotwór płuca wynikającą z palenia (Tobacco Attributable Fraction) szacuje się w Polsce na około 80–90% u mężczyzn i około 60–70% u kobiet. W populacjach niepalących, także w Polsce, poziom zachorowań z powodu raka płuca jest bardzo niski i wynosi mniej niż 5 zachorowań na 100 000 osób. Podobnie jak w wypadku nowotworów żołądka, w ostatnim półwieczu nie obserwuje się przełomu w leczeniu tej lokalizacji nowotworowej.

Na początku XXI wieku jedynym skutecznym postępowaniem w kierunku kontroli tej lokalizacji nowotworowej jest eradykacja palenia tytoniu z populacji ludzkiej. Skuteczność i możliwości tej interwencji potwierdzają także polskie doświadczenia. Palenie jest wciąż najważniejszym możliwym do prewencji czynnikiem kształtującym zachorowania na nowotwory złośliwe w Polsce, podobnie jak we wszystkich krajach europejskich, ale już niekoniecznie w Azji, Afryce czy Ameryce Południowej. W XX wieku w Europie palenie tytoniu było ważnym elementem stylu życia. Palenie papierosów jest zachowaniem związanym z inhalacją dymu tytoniowego. Osoba paląca 20 papierosów dziennie inhaluje około 250 porcji dymu każdego dnia (łączna dawka w ciągu 10, 20 i 50 lat to odpowiednio 0,9 miliona, 1,8 miliona oraz 4,5 miliona porcji wdychanego dymu). Palenie papierosów składających się z tytoniu, papieru i kilkuset tzw. ulepszczy, przebiega w temperaturze 600–900 stopni Celsjusza i jest zjawiskiem chemicznym (tzw. suchą destylacją), w wyniku której powstaje mieszanina zawierająca ponad 4000 substancji chemicznych. W dymie papierosowym znajduje się 40–60 substancji rakotwórczych inicjujących i promujących proces nowotworzenia – mutacji genetycznych. W Polsce po II wojnie światowej spożycie papierosów gwałtownie rosło, osiągając w latach 70–80. najwyższy poziom na świecie. W latach 80. sprzedawano w Polsce rocznie ponad 100 miliardów papierosów. Liczba ta spadła do 73 miliardów w 2005 r., a następnie 47 miliardów w 2013. Szacuje się, że w latach 80. paliło codziennie około 15–16 milionów Polaków, w roku 1995 było to już 12,5 miliona, a w 2013 około 8,5 miliona palaczy – zatem nastąpił spadek o około 4 miliony w okresie ostatniego dwudziestolecia. Palenie papierosów jest w Polsce znacznie częstsze w populacji mężczyzn niż kobiet. U dorosłych mężczyzn w latach 80. osiągnęło ono szczytowy poziom prawie 65% i od tej pory systematycznie zmniejszało się we wszystkich grupach wiekowych, aż do poziomu 33% w roku 2013. Największą częstość palenia u dorosłych kobiet zaobserwowano na początku lat 80. (około 30%), obecnie – w 2013 r. – wynosi około 19%. Częstość palenia wśród kobiet znacznie różni się w poszczególnych grupach wieku i generacjach. U kobiet urodzonych przed

1940 rokiem odsetek palących jest niski, wynosi 5–10%. W pokoleniu ich córek, urodzonych między 1940 i 1960 rokiem, które wchodziły w dorosłość w latach 1960–1980, poziom palenia był wysoki i wynosił w niektórych okresach kalendarzowych prawie 50%. W populacji kobiet urodzonych po 1960 roku palenie jest już znacznie rzadsze. W tej generacji urodzeniowej pali około 20–25% kobiet – podobnie jak w krajach Europy Zachodniej. Historycznie, ekspozycja na czynniki rakotwórcze dymu tytoniowego (aktywne palenie), po uwzględnieniu 20–40-letniego okresu latencji (przesunięcia w czasie), bardzo dobrze przystaje i wyjaśnia trendy czasowe raka płuca oraz innych nowotworów przyczynowo związanych z paleniem mężczyzn i kobiet w grupach wieku, w odniesieniu do czasu kalendarzowego, według kohort urodzeniowych, wykształcenia, etc. Spadek częstości palenia (ekspozycji polskiej populacji na czynniki rakotwórcze dymu tytoniowego) jest wynikiem świadomej interwencji ludzkiej, która z inicjatywy Centrum Onkologii była prowadzona w Polsce od początku lat 80., a szczególnie intensywnie w latach 90. Działania te doprowadziły do stworzenia i uchwalenia w 1995 r. w Polsce ustawy na rzecz ograniczenia następstw palenia tytoniu – wówczas najbardziej spójnej i kompleksowej na świecie. Prowadzona edukacja społeczna pomogła poszerzyć wiedzę i zbudować kompetencje zdrowotne polskiej populacji w tym zakresie oraz zapoczątkowała zmiany postaw wobec palenia tytoniu. Poskutkowało to znacznym spadkiem odsetka rozpoczynających palenie oraz wzrostem częstości zaprzestania nałogu przez palących. Spadek sprzedaży papierosów ze 101 miliardów sztuk w 1980 r. do 47 miliardów w 2013 oraz liczby palaczy odpowiednio z 16 milionów do 8,5 jest bezpośrednio związany z zahamowaniem, a następnie trwającą od 20 lat fazą spadku zachorowań z powodu raka płuca u mężczyzn w Polsce we wszystkich grupach wiekowych i na wszystkich poziomach wykształcenia.

Kolejnym, ale niemodyfikowalnym istotnym elementem kształtującym zachorowalność na nowotwory złośliwe w populacji, jest zmiana struktury jej wieku, a szczególnie zwiększająca się długość życia populacji. Większość nowotworów złośliwych charakteryzuje długi okres latencji, liczony w dziesięcioleciach od chwili rozpoczęcia ekspozycji na czynnik rakotwórczy (na przykład palenie tytoniu) do chwili pojawienia się objawów schorzenia. Nowotworowe przekształcenie zdrowej komórki odbywa się w wyniku mutacji genetycznej. Zmiana w DNA zwykle wywołana jest działaniem czynnika mutagennego, np. dymu tytoniowego czy wirusów, np. HPV. Zmutowana nowotworowo komórka musi dodatkowo w trakcie niezliczonej liczby podziałów przełamać system genów obronnych. Dopiero wtedy mamy do czynienia z rozwojem choroby nowotworowej przechodzącej do fazy klinicznej. Te własności chorób nowotworowych prowadzą do liniowej zależności częstości zachorowań od długości ekspozycji, która jest funkcją przyrostu wieku.

Krzywa umieralności z powodu nowotworów złośliwych zwiększa się o wiele rzędów wielkości wraz ze wzrostem długości życia. Dla grupy wiekowej 0–19 lat częstość zgonów z powodu nowotworów złośliwych wynosi od 1 do 9 na 100 000 populacji. W grupie wiekowej 20–44 lat jest to od 10 do 99 zgonów na 100 000, w grupie wiekowej 45–64 – od 100 do 999, a w grupie 65+ od 1000 do 10 000 i więcej zgonów na 100 000 populacji.

Pragnę podkreślić, że po trwającej 30 lat zapaści zdrowotnej (lata 1960–1990), w Polsce na początku lat 90. rozpoczął się okres transformacji zdrowotnej, której wynikiem jest trwający od 20 lat znaczący wzrost oczekiwanej długości życia – w 2012 r. wynosi 81 lat dla kobiet i 72,7 dla mężczyzn. Szybki i znaczący wzrost długości życia, który w większości krajów Europy Zachodniej, Japonii czy Stanach Zjednoczonych obserwowany jest od co najmniej pół wieku, doprowadził do zmniejszania się udziału populacji umierającej przed 65 rokiem życia. Stworzyło to nową sytuację epidemiologiczną, której wynikiem w przyszłości będzie wzrost częstości zachorowań populacji po 65 roku życia na choroby nowotworowe.

Dziękuję za uwagę.

Prof. Janusz Witkowski

Bardzo dziękuję, Panie Profesorze. Zbudował Pan scenariusz swojej wypowiedzi, tak że najpierw trochę nas nastraszył mówiąc, że mimo tego postępu, który odnotowaliśmy, to jednak jesteśmy nadal na odległej drodze do krajów przodujących. Rzeczywiście, jeśli porównamy się do lat 80-tych, czy wcześniejszych, kiedy byliśmy w grupie trzech krajów: Związek Radziecki, Węgry i Polska, które miały najwyższy poziom umieralności, najtrudniejszą sytuację, to później udało nam się szybko ten postęp odnotować. Mimo wszystko zarówno wydłużenie przeciętnego trwania życia, jak i ograniczenie umieralności odbiegają pod pewnymi względami od innych krajów Europy Zachodniej i niektórych krajów świata. Później mieliśmy ten scenariusz optymistyczny, w którym Pan Profesor pokazał kilka obszarów dotyczących nowotworów, gdzie możemy mówić o pewnym postępie. Nie był to jednak pełny optymizm, ponieważ patrząc na niektóre jednostki chorobowe, jest lepiej, ale w wielu przypadkach wciąż wymagają one podejmowania kolejnych działań. O tym problemie i, że rak jest głównym zabójcą ludzi w XXI wieku, powie pan dr Janusz Meder.

Rak głównym zabójcą ludzi w XXI w. Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych – Dr Janusz Meder

Panie Przewodniczący, Szanowni Państwo,

Biorąc pod uwagę obecną sytuację epidemiologiczną i prognozy na najbliższe 10–20 lat pochodzące z raportów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) i jej Agencji, Międzynarodowej Agencji Badań nad Rakiem (IARC) oraz Międzynarodowej Unii Przeciwrakowej (UICC) można powiedzieć, że nowotwory staną się głównym zabójcą ludzi na całym świecie w XXI wieku. Widać to wyraźnie już dziś w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie, Australii, a ostatnio także w Wielkiej Brytanii, gdzie umieralność z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego zaczęła wyraźnie spadać w ostatnich dwudziestu latach, zaś nowotwory stały się najczęstszą przyczyną zgonów. Podobne trendy widać w całej Europie. W krajach Europy Środkowej i Wschodniej, a więc także w Polsce, nowotwory są obecnie główną przyczyną zgonów u kobiet w młodym i średnim wieku (20–64 lat). Za 10–15 lat podobna sytuacja wystąpi u mężczyzn w analogicznej grupie wiekowej.

Obecnie na świecie stwierdza się ponad 14 mln zachorowań na nowotwory rocznie oraz ponad 8 mln zgonów z tego powodu. Prognozy epidemiologiczne wskazują, że w ciągu najbliższych 15 lat nastąpi podwojenie tych liczb (w 2030 r. 26,5 mln zachorowań i 17,1 mln zgonów). W Polsce na choroby nowotworowe rocznie zachorowuje blisko 160 tys., a umiera 92,5 tys. ludzi (dane dr Didkowskiej prognozowane na rok 2014 po uwzględnieniu kompleksowości rejestracji nowotworów).

W krajach rozwijających się statystyki dotyczące chorób nowotworowych przedstawiają się jeszcze bardziej dramatycznie, a dynamiczny wzrost liczby nowych zachorowań związany jest przede wszystkim z przejmowaniem zachodniego stylu życia oraz występowaniem znaczącej liczby zakażeń wirusowo-bakteryjnych, które są przyczyną powstawania około 25–30% nowotworów.

W krajach wysoko rozwiniętych mężczyźni najczęściej zapadają na raka prostaty, płuca i jelita grubego, natomiast w krajach rozwijających się na raka płuca, żołądka i wątroby. Inne nowotwory dominują u kobiet: w krajach wysoko rozwiniętych stwierdza się najczęściej raka piersi, jelita grubego i płuc, a w krajach rozwijających się raka piersi, szyjki macicy i żołądka.

W krajach Unii Europejskiej, gdzie obecnie rocznie zachorowuje 2,1 mln ludzi, a umiera z powodu nowotworów 1,2 mln, kolejność najczęstszych nowotworów u obu płci jest następująca: rak płuca, jelita grubego, piersi, prostaty, żołądka, macicy, chłoniaki, rak jamy ustnej i gardła, białaczki oraz rak krtani i przełyku.

Za powstawanie 1/3 wszystkich nowotworów odpowiedzialne jest palenie papierosów i inhalowanie się palaczy rakotwórczymi substancjami zawartymi w dymie tytoniowym (w Polsce pali papierosy 31% mężczyzn i 18% kobiet). Palenie papierosów (nierzadko w połączeniu z piciem alkoholu) jest przyczyną powstawania nie tylko raka płuc, przełyku, gardła, jamy ustnej (45–60% zachorowań), ale też wielu innych, m.in. żołądka, trzustki, wątroby nerek, pęcherza moczowego, szyjki macicy, chłoniaków i białaczek.

Za powstawanie 1/3 nowotworów odpowiedzialny jest nasz tryb życia i nawyki odżywiania. Największą dynamikę wzrostu zachorowań i zgonów wykazuje drugi co do częstości występowania u kobiet i mężczyzn rak jelita grubego. Brak ruchu i stałej rekreacji fizycznej oraz dieta odległa od diety śródziemnomorskiej, obfitująca w mięso, tłuszcze, cukier, sól, ulepszacze, i konserwanty, a uboga w ryby, świeże warzywa i owoce, produkty zbożowe, orzechy, sery i jogurty, sprzyja lawinowemu narastaniu zachorowań na nowotwory przede wszystkim jelita grubego. Spożywanie codziennie czerwonego mięsa jeszcze bardziej podwyższa to ryzyko. Nowotwory jamy ustnej, gardła, krtani, przełyku, wątroby, piersi oraz okrężnicy i odbytnicy są wyraźnie przyczynowo powiązane z nadmiernym spożywaniem napojów alkoholowych.

Za powstawanie 1/3 nowotworów odpowiedzialne są albo nie rozpoznane, albo rozpoznane i niewyleczone niektóre przewlekłe infekcje wirusowe lub bakteryjne. Jeszcze do niedawna sądzono, że infekcje mogą być przyczyną wyindukowania procesu nowotworowego jedynie tylko w paru kilku procentach. Obecnie znamy dobrze zdefiniowane zależności powstawania konkretnych nowotworów zależnie od typu wirusów lub bakterii. Wirus Epsteina-Barr może być sprawcą chłoniaka Burkitta oraz raka nosogardzieli i gardła. Przewlekłe zakażenia *Helicobacter pylori* doprowadzają do

powstawania raka lub chłoniaka żołądka. Następstwem infekcji HIV mogą być chłoniaki o bardzo agresywnym przebiegu. Bakterie Chlamydia sprzyjają powstawaniu raka szyjki macicy i płuc oraz chłoniaków. U podłoża raka pęcherza leży zakażenie dwóinką rzeżączki, a wirus opryszczki HHV-8 sprzyjać może powstawaniu raka prostaty i mięsaka Kaposiego. Przewlekłe zakażenia E.coli, Enterococcus faecalis i wirusem Cytomegalii sprzyjają powstawaniu raka jelita grubego. Wiemy, że wirus brodawczaka ludzkiego HPV przenoszony jest na drodze transmisji seksualnej przy braku bezpiecznych zachowań seksualnych i wiedzy w społeczeństwie, że prezerwatywa może być niewystarczającym zabezpieczeniem, ponieważ wirus ten może być przenoszony poprzez skórę moszny u mężczyzny, szczególnie przy braku odpowiedniej higieny codziennej. W związku z ryzykownymi zachowaniami seksualnymi, podejmowaniem współżycia seksualnego w coraz młodszych grupach wiekowych, częstą zmianą przypadkowych partnerów oraz powszechnymi przemianami w obyczajowości (seks oralny i analny) HPV jest nie tylko odpowiedzialny za powstawanie nie tylko raka szyjki macicy, ale także nowotworów jamy ustnej, gardła, krtani, odbytnicy, prącia, sromu i skóry.

Szczepienie chroniące przed zakażeniem WZW B może uchronić przed rakiem wątroby, ale brak jeszcze szczepionki na WZW C. Wirusy te również mogą być przenoszone na drodze transmisji seksualnej, podobnie jak HIV. Szczepienie chroniące przed zakażeniem HPV pokrywa główne, ale nie wszystkie szczepy onkogenne i dziś jeszcze nie wiadomo jak długo będzie występowało działanie ochronne szczepionki. Powszechne szczepienie dziewcząt (i być może chłopców) przed inicjacją seksualną nie zastąpi mądrej i powszechnej edukacji seksualnej w szkołach oraz obowiązkowych badań cytologicznych umożliwiających wczesne wykrywanie stanów przedrakowych lub bardzo wczesnych raków szyjki macicy łatwych do całkowitego wyleczenia.

Największym wstydem polskiej medycyny pozostaje ciągle problem raka szyjki macicy, na który co roku w Polsce zachorowuje obecnie 3000 kobiet i połowa z nich umiera ze względu na zbyt późne rozpoznanie. Pomimo, że od 8 lat po raz pierwszy w historii powojennej Polski dzięki realizacji Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych (NPZChN) prowadzony jest bezpłatny, aktywny, populacyjny screening cytologiczny z indywidualnym zapraszaniem na badania ciągle za mało kobiet korzysta z tej możliwości.

Prowadzone są intensywne kampanie edukacyjne, których celem jest zmiana świadomości Polek, aby zechciały troszczyć się o swoje zdrowie i korzystać z możliwości bezpłatnych badań profilaktycznych. W krajach skandynawskich, gdzie populacyjny screening funkcjonuje od kilkadziesiątu lat i większość kobiet wykonuje systematycznie cytologię nie widuje się kobiet z zaawansowanym rakiem szyjki macicy, a rocznie umiera z powodu tego nowotworu zaledwie kilka kobiet. Ponad 20-letnie doświadczenie zespołu kierowanego w Centrum Onkologii w Warszawie przez dr med. Małgorzatę Rekosz, który prowadzi nieprzerwanie aktywny screening populacyjny dla mieszanek dzielnicy Usynów i Mokotów, wskazuje na takie same rezultaty jakie osiągnięto w Skandynawii.

Do fenomenów epidemiologicznych, czyli takich nowotworów, które wykazują stałą i dość wysoką dynamikę przyrostu nowych zachorowań każdego roku, poza

wspomnianymi już rakiem jelita grubego i rakiem prostaty należą także: czerniak – złośliwy nowotwór skóry i chłoniaki.

Wystawianie ciała na ekspozycję słońca w godzinach jego największej aktywności, zaniechanie stosowania dobrej jakości kremów ochronnych o odpowiednich filtrach stosownie do karnacji skóry oraz nagminne korzystanie z solariów przez młode pokolenie kobiet i mężczyzn przyczynia się do wzrostu ryzyka wyindukowania czerniaka z obecnych na naszej skórze znamion barwnikowych aż o 60–70%.

Jeśli chodzi o nowotwory układu chłonnego, to co roku obserwuje się przyrost nowych zachorowań o 4–5% i stanowią one 5–6 przyczynę zgonów pośród chorób nowotworowych.

Nowotwory u dzieci w Polsce stanowią jedynie 1% wszystkich nowotworów, a wyniki leczenia są porównywalne z krajami Europy Zachodniej. Niepokojące są dane epidemiologiczne pochodzące z rejestrów w Wielkiej Brytanii. Zwiększa się bowiem liczba nowych zachorowań na białaczki, chłoniaki i nowotwory OUN wśród dzieci i młodzieży w przedziale wieku 13–19 lat (w roku 1980 – 15/100 000, a w roku 2000 – 20/100 000).

Reasumując dane epidemiologiczne: w Polsce w okresie ostatnich 20 lat, a szczególnie w pierwszej dekadzie XXI wieku, dokonał się pewien postęp w osiąganej długości życia osób ze schorzeniami onkologicznymi. Największy przyrost wskaźnika przeżyć obserwowany jest w o nowotworach: prostaty, piersi, jelita grubego, i jądra oraz białaczkach.

Szczegółowe informacje na temat historii walki z rakiem w Polsce zostały zamieszczone w publikacji (tu przypis 1 s. 7 Biuletynu). Należy zwrócić uwagę na pilną potrzebę celowej, skoordynowanej akcji ogólnospołecznej popartej adekwatnymi środkami finansowymi, która powinna doprowadzić do stworzenia nowej, skutecznej struktury koordynującej ogólnonarodową akcję walki z rakiem. Będzie to kolejny Narodowy Program Walki z Chorobami Nowotworowymi.

Głównym celem utworzonej 24 października 2000 r. Polskiej Unii Onkologii było prowadzenie energicznych działań na rzecz uchwalenia przez Sejm Rzeczypospolitej Polskiej ustawy w sprawie realizacji Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych i zapewnienia środków finansowych na jego realizację. W dniu 1 lipca 2005 r. uchwalono Ustawę o NPZChN na plenarnym posiedzeniu Sejmu RP. W celu racjonalizacji wydatków przewidzianych na realizowanie NPZChN w dniu 7 lutego 2008 r. dokonano zmiany ustawy w punkcie mówiącym o planowaniu nakładów na realizację działań z zakresu wczesnego wykrywania chorób nowotworowych, po wprowadzonej poprawce muszą stanowić rocznie nie mniej niż 10% nakładów na program. Zadania Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych przyporządkowano do następujących grup:

- I. Programy profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów;
- II. Programy inwestycyjne;
- III. Programy poprawy jakości diagnostyki i leczenia nowotworów;
- IV. Programy edukacyjne;
- V. Pozostałe programy.

Jednym z najważniejszych wskaźników oceny skuteczności Programu „Prewencja pierwotna nowotworów” jest obserwowany spadek zachorowalności i umieralności na

nowotwory złośliwe płuca u mężczyzn we wszystkich grupach wieku. Dynamika spadku zachorowań na nowotwory złośliwe płuca u mężczyzn w średnim wieku jest w Polsce znacznie większa niż w krajach Unii Europejskiej.

W ramach programów populacyjnych na bieżąco kontrolowana jest przez Ośrodki Koordynujące jakość wykonywanych badań screeningowych i szkolona jest kadra realizująca screeningi w zakresie właściwej jakości wykonywanych badań. Ponadto w ramach programu funkcjonuje System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki (SIMP), umożliwiający monitorowanie i ewaluację programu oraz śledzenie bieżącej realizacji badań screeningowych.

Należy stwierdzić, że w latach 2006–2010 wykrywalność raka piersi stopniowo wzrasta, natomiast wskaźnik umieralności ulega stopniowemu zahamowaniu. Rosnąca zachorowalność na raka piersi przy ustabilizowanym trendzie umieralności świadczy o poprawie wykrywalności i/lub leczenia. Obecnie programem populacyjnym profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy objęto około 30% populacji kobiet.

Polska jest jednym z czterech krajów w Europie (Polska, Niemcy, Włochy i Luksemburg), w których program wczesnego wykrywania raka jelita grubego prowadzony jest za pomocą kolonoskopii. Liczba realizatorów w programie z 10 jednostek na początku jego realizacji wzrosła do 91 w 2012 r. Zapewniono wysoką jakość badań kolonoskopowych, dzięki wprowadzonemu procesowi monitorowania jakości oraz szkoleniom lekarzy i personelu uczestniczącego w Programie. W analizie EURO CARE, jak również w analizie przeprowadzonej przez Krajowy Rejestr Nowotworów, odsetki 5-letnich przeżyć chorych na raka jelita grubego w Polsce wzrosły z około 26% (publikacje z 2003 r.) do około 43–46%. Na przestrzeni tych lat Polska odnotowała jeden z najwyższych wzrostów tego wskaźnika w Europie. Niemniej nadal odsetki 5-letnich przeżyć są poniżej średniej europejskiej (około 54%), co wskazuje na konieczność kontynuacji i intensyfikacji działań w ramach Programu.

W ramach programów inwestycyjnych zakupiono aparaturę diagnostyczną do wczesnego wykrywania nowotworów m.in.: 22 aparaty MRI, 12 tomografów komputerowych, 5 gamma-kamer SPECT-CT, 4 aparaty USG i 4 cytomammobusy. We wszystkich zakładach nowe aparaty w zasadzie pozwoliły tylko na wymianę starego sprzętu. W Polsce liczba aparatów TK na 1 mln mieszkańców wynosi 12,2 (dla porównania Europa Zachodnia ok. 15–30/1 mln), natomiast liczba aparatów MRI 8 na 1 mln mieszkańców (Europa Zachodnia ok. 10–20), liczba gamma kamer na 1 mln mieszkańców wynosi 1,6 (dla porównania: Czechy 12/1 mln, Węgry 9/1 mln, Europa Zachodnia 20–40/1 mln).

W ostatnich latach nastąpił istotny postęp w zakresie radioterapii w Polsce. W wyposażenie zakładów radioterapii w nowy sprzęt zmniejszyło czas oczekiwania pacjentów na leczenie. W Polsce funkcjonują obecnie 23 pełnoprofilowe ośrodki radioterapii oraz 7 ośrodków wykonujących wybrane formy radioterapii (brachyterapia ginekologiczna, brachyterapia okulistyczna, radioterapia śródoperacyjna), w sumie 30 ośrodków państwowych: akademickich, regionalnych i jednostek badawczo-rozwojowych. Ponadto uruchomiono 7 niepublicznych ośrodków radioterapii realizujących podstawowe i wysoko specjalistyczne procedury radioterapii.

Mimo niewątpliwych osiągnięć w zwalczaniu raka w Polsce konieczne jest podjęcie szeregu skoordynowanych, długofalowych działań w tym zakresie.

Palenie papierosów, złe nawyki żywieniowe (otyłość), nadużywanie alkoholu, niska aktywność fizyczna, życie w przewlekłym stresie, skażenie środowiska naturalnego, nadmierna ekspozycja na promienie UV (promieniowanie słoneczne, solaria), ryzykowne zachowania seksualne (transmisja wielu patogenów onkogennych), unikanie szczepień ochronnych przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B oraz wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV), stosunkowo niska frekwencja społeczeństwa w bezpłatnych badaniach przesiewowych (cytologia, mammografia czy kolonoskopia), brak mądrej i skutecznej edukacji w szkołach w zakresie oświaty zdrowotnej (w tym bezpiecznych zachowań seksualnych), brak wiedzy na temat możliwości konsultacji w genetycznych poradniach onkologicznych dla rodzin o wysokim ryzyku rodzinnego występowania niektórych nowotworów – to główne czynniki ryzyka zachorowania na wiele nowotworów i inne poważne choroby cywilizacyjne. Na czynniki te możemy mieć aktywny wpływ, zmieniając swoje dotychczasowe niewłaściwe i szkodliwe nawyki i przyzwyczajenia oraz postawy na prozdrowotne i w rezultacie uświadomione poczucie odpowiedzialności za zdrowie własne i swoich najbliższych.

Na świecie i w Polsce zwiększa się populacja ludzi w starszym wieku. W najbliższych dziesięcioleciach największym wyzwaniem staną się rosnące koszty leczenia chorób ściśle związanych z wiekiem, w tym przede wszystkim chorób nowotworowych. W wyniku zmian demograficznych niezbędne będzie podniesienie nakładów na ochronę zdrowia o około 50%, co pozwoli jedynie na utrzymanie zaspokojenia świadczeń zdrowotnych na obecnym poziomie ich finansowania. Budżet państwa nie udźwignie tego ciężaru bez zdecydowanych, odważnych i gruntownych reform systemu ochrony zdrowia.

Choroby nowotworowe generują nie tylko koszty bezpośrednie związane z ich rozpoznawaniem i leczeniem, ale także koszty pośrednie – związane ze stratami w produkcji i przychodach z usług. Według ostatnich danych ZUS wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy w 2010 r. wyniosły blisko 29 mld złotych (2% PKB). Na jednego chorego na raka w Polsce przeznaczona jest 41 euro przy średniej w UE 102 euro (od 184 w Luksemburgu do 16 w Bułgarii). Wyraźna jest zależność wyników leczenia chorych na nowotwory od nakładów finansowych (USD/osobę/rok). Przy nakładach poniżej 2 tys. USD (Polska, Węgry) umiera 60% chorych; przy nakładach od 2500 do 3500 USD (Wielka Brytania, Hiszpania, Portugalia) umiera 40–50% chorych; przy nakładach powyżej 4000 USD (Francja, Belgia, Niemcy) umiera poniżej 40% chorych.

Od wielu lat czekamy na stworzenie przez decydentów transparentnych zasad i kryteriów, na podstawie których finansowane będą kompleksowe świadczenia onkologiczne realizowane przez publiczne i niepubliczne kliniki, szpitale i przychodnie odpowiednich stopni referencyjności, zależnie od posiadanych sił i środków oraz osiągniętych wyników leczenia o odpowiedniej jakości. Wydanie każdej złotówki powinno być przemyślane i poprzedzone analizą efektywno-kosztową.

Zapewnienie kompleksowości świadczeń przez ośrodki wysoko specjalistyczne ma w onkologii szczególne znaczenie, nie tylko z punktu widzenia chorego człowieka, ale także ze strony regulatora i płatnika zobowiązanych do baczenia na dobre wydawanie publicznych środków finansowych z budżetu państwa, których ciągle jest i będzie za

mało w stosunku do potrzeb. Twarde dane epidemiologiczne i demograficzne powinny być podstawą do rzetelnej, dokładnej okresowej weryfikacji placówek onkologicznych w poszczególnych rejonach kraju. Każda nowa inwestycja szpitala czy przychodni powinna być poprzedzona otrzymaniem promesy od płatnika, co zagwarantuje w przyszłości otrzymaniem kontraktu jeśli jest to zgodne z lokalnymi potrzebami i polityką strategiczną w zakresie ochrony zdrowia całego państwa. Jedynie szeroko pojęta, wysokospecjalistyczna, kompleksowa opieka onkologiczna (od prewencji i profilaktyki przez diagnozę i leczenie aż do rehabilitacji i opieki paliatywnej), oparta na sieci regionalnych centrów onkologii i akademickich klinik onkologicznych współpracujących ze sobą w danym regionie kraju oraz z ośrodkami satelitarnymi o niższych stopniach referencyjności, może zagwarantować prawidłowość finansowania, wysoką jakość i lepszą dostępność, a w rezultacie poprawę wyników leczenia chorych na nowotwory w Polsce.

Pierwszoplanowym zadaniem dla decydentów jest wypracowanie i właściwe sfinansowanie strategii prewencji i profilaktyki nowotworowej. Jest to jedyna droga do racjonalizacji wydatków na onkologię i obniżenia kosztów leczenia chorych na nowotwory w perspektywie następnego dziesięciolecia.

Potrzebą chwili jest powszechna, ustawiczna edukacja całego społeczeństwa, przede wszystkim za pośrednictwem różnorodnych mediów publicznych (powinność konstytucyjna!), której celem jest wykształcenie postaw prozdrowotnych, czujności onkologicznej i poczucia potrzeby we własnym interesie uczestniczenia w bezpłatnych badaniach okresowych i profilaktycznych.

W strategii Ministra Zdrowia powinno znaleźć się pilne wzmocnienie organizacyjne i finansowe instytucji lekarza rodzinnego. Lekarz rodzinny jest głównym partnerem onkologów m.in. w zakresie:

- szerzenia postaw prozdrowotnych i prewencji onkologicznej w oparciu o podstawę wytycznych Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem;
- efektywnego współdziałania z COK i WOK w bieżącej realizacji programów przesiewowych;
- przeprowadzania badań okresowych służących wczesnemu wykrywaniu chorób nowotworowych w zdrowej części populacji;
- wypracowania szeroko pojętej współpracy z aptekarzami, pielęgniarkami rodzinnymi i położnymi, z dyrektorami lokalnych szkół, z księżmi proboszczami oraz innymi podmiotami działającymi lokalnie (organizacje pozarządowe, stowarzyszenia pacjentów, harcerze, koła gospodyń wiejskich itp.);
- współpracy z oddziałami terenowymi Głównego Inspektora Sanitarnego w ramach istniejącej sieci edukacyjnej w szkołach całego kraju (szkolenie w zakresie zdrowia publicznego);
- ścisłej współpracy z terytorialnymi władzami samorządowymi;
- bieżącej współpracy z lokalnymi mediami.

W dobie telemedycyny i nowoczesnej informatyki lekarze rodinni powinni mieć możliwość zrealizowania poszerzonej diagnostyki i szybkich konsultacji ze specjalistami w najbliższym szpitalu i/lub kontaktując się z oddziałami satelitarnymi sieci onkologicznej, powinni też śledzić losy chorych po przebytych już leczeniu. Należy dodatkowo premiować finansowo lekarzy rodzinnych wykazujących wysoką aktyw-

ność w wykonywaniu wspomnianych zadań. W interesie państwa jest stworzenie systemu motywacyjnego bodźców i zachęt do podejmowania przez młodych lekarzy specjalizacji w dziedzinie medycyny rodzinnej (wykorzystanie środków UE przeznaczonych na realizację kursów szkoleniowych dla lekarzy specjalizacji deficytowych).

Odwagi decydentów wymaga eksperckie przeanalizowanie na drodze szerokiej debaty publicznej i osiągnięcie możliwego do uzyskania przyzwolenia społecznego, i w rezultacie podjęcie wiążących decyzji m.in. w następujących sprawach:

- zdefiniowanie koszyka świadczeń gwarantowanych refundowanych w całości przez Państwo;
- weryfikacja i racjonalizacja wydatków na ochronę zdrowia m.in. poprzez rzetelną wycenę procedur diagnostyczno-leczniczych, zakupy centralne sprzętu i leków na drodze negocjacji z firmami i producentami, zastąpienie hospitalizacji leczeniem w warunkach ambulatoryjnych lub w oddziałach dziennych, a także z wykorzystaniem hoteli przyszpitalnych;
- wprowadzenie współpłacenia za niektóre wybrane nisko kosztowne świadczenia zdrowotne;
- wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń komplementarnych, zapewniających obywatelom dostęp w razie potrzeby do ponadstandardowych świadczeń poza koszykiem.

Ponieważ w ciągu najbliższych 15 lat nastąpi podwojenie liczby nowych zachorowań na nowotwory na całym świecie, zgodnie z zaleceniami UE potrzebą chwili jest koordynacja i prowadzenie pod egidą Ministra Zdrowia intensywnych działań na rzecz opracowania przez zespoły ekspertów w drodze konsensusu następnego strategicznego Planu Walki z Rakiem w Polsce na lata 2016–2025. Od kilkunastu miesięcy trwają intensywne prace przygotowawcze prowadzone przez wiele niezależnych grup ekspertów, między innymi z Centrum Onkologii we współpracy z zarządami onkologicznych towarzystw naukowych i z Radą Dyrektorów Publicznych Wielospecjalistycznych Centrów Onkologii, a także przez zespoły współpracujące w ramach Polskiego Towarzystwa Onkologicznego. Członkowie Zarządu i Rady Naukowej PUO ściśle współpracują ze wszystkimi grupami eksperckimi w dążeniu do wypracowania optymalnej strategii walki z rakiem w Polsce i uzyskania w możliwie szybkim terminie zdecydowanej poprawy funkcjonowania systemu opieki onkologicznej i doprowadzenia do równego dostępu dla wszystkich obywateli naszego kraju do kompleksowych świadczeń onkologicznych diagnostyczno-leczniczych zgodnie ze standardami UE i w oparciu o postęp wiedzy medycznej.

Charakter opisanych powyżej działań ma wymiar pokoleniowy i powinny być one konsekwentnie realizowane w ramach kolejnych NPZChN, z niezbędnymi modyfikacjami stosownie do etapowych ewaluacji. Konieczne jest zachowanie ciągłości działań zgodnie z zapisami ustawowymi, które powinny gwarantować nieprzerwaną realizację i odpowiednie finansowanie z budżetu państwa postawionych celów na najbliższe dziesięciolecie.

Dziękuję za uwagę.

Prof. Janusz Witkowski

Bardzo dziękuję. Myślę, że pytanie, co jest najważniejsze, powinno znaleźć także odpowiedź w budowanych strategiach na przyszłość. Bardzo optymistycznie zabrzmiało, iż w tym zakresie możemy liczyć na wsparcie, i że program będzie kontynuowany. A jakie są efekty tego programu, mimo że zapewne nie wszystkie założenia, nie wszystkie cele, które były przecież formułowane na zasadzie optymistycznej, że chcielibyśmy uzyskać jak najwięcej, bo tak na ogół postępujemy, zostały zrealizowane, to jednak efekty były ogromne. Niezwykle ważne jest to, że próbujemy patrzeć na te problemy w sposób kompleksowy – z jednej strony – a także włączać w to całe społeczeństwo. Myślę, że działania prewencyjne, o których mówili obaj panowie, ale także te działania, którymi próbuje się zachęcić nas do uczestnictwa, jakby wspierania tych, którzy odpowiadają za nasze działania, jest niezwykle ważne. Myślę, że będzie to element kolejnej strategii. O tych działaniach strategicznych powie prof. Jacek Jassem, przewodniczący Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, w wystąpieniu zatytułowanym nt.: „Zwalczanie nowotworów w Polsce – potrzeba nowej strategii”. Z przebiegu dotychczasowej dyskusji wynika potrzeba kontynuowania dobrych elementów strategii, ale także zbudowania nowej.

Zwalczanie nowotworów w Polsce – potrzeba nowej strategii – **Prof. Jacek Jassem**

Panie Przewodniczący, Szanowni Państwo,

Mówimy o nowej strategii, o tym, że Polska potrzebuje nowego planu w dziedzinie onkologii na lata, na dekady. To jest to, co widzimy. Trudno mi mówić o sprawach demograficznych w takim miejscu, ale starzejemy się. Jesteśmy dumni z tego, że w Polsce w ciągu krótkiego czasu wydłużyła się o kilka lat średnia życia. Ludzie żyją dłużej, ale żyją z wieloma chorobami, które są typowe dla wieku starczego. Jest to biologia, której nie jesteśmy w stanie zmienić. Równocześnie zmniejszają się czynniki ryzyka dla chorób nowotworowych. Tutaj widzieliśmy spektakularny postęp w zakresie zmniejszania się np. narażenia się na dym tytoniowy w populacji polskich mężczyzn. Niestety u kobiet sukcesy są mniejsze, jeśli w ogóle są. Spada konsumpcja alkoholu, zmniejsza się liczba zakażeń. Są to ewidentne czynniki ryzyka dla chorób nowotworowych. Czyli mamy jakby równoczesną rywalizację dwóch czynników. Jednego, który jest ewidentnie związany ze wzrostem zachorowań, czyli starzenia się społeczeństwa, z drugiego w postaci czynników, które powodują, że tych zachorowań powinno być mniej. W sumie tendencja w zakresie liczby zachorowań jest wzrastająca i chyba nieunikniona. Równocześnie widzimy całą paletę możliwości wczesnego wykrywania oraz diagnostyki leczenia nowotworów. To jest to, na co my – środowisko lekarskie, środowisko medyczne – mamy jakiś wpływ. Niestety nasz wpływ na zachowanie się społeczeństwa jest ograniczony. A to jest główny winowajca. Mówię to wielokrotnie publicznie, chociaż nie jest to popularne, że świat lekarski, a zwłaszcza małe grono onkologów (kilkaset osób w Polsce) – nie może wziąć całej odpowiedzialności za zdrowie społeczeństwa. My jesteśmy przede wszystkim przedstawicielami medycyny interwencyjnej, oczywiście w pewnym stopniu również medycyny zapobiegawczej.

Są osoby, które specjalizują się właśnie w tym. Ale zdrowie społeczeństwa jest w rękach tegoż społeczeństwa i my tej lekcji nie odrobimy. Jeżeli nie przekonamy społeczeństwa do racjonalnych zachowań, do tego, że 2/3 nowotworów jest spowodowanych zachowaniami ludzkimi, dietą i zwyczajami, nałogami, odżywianiem się, brakiem ruchu, nadmiernym opalaniem, zakażeniami, czyli tym, na co człowiek ma pewien wpływ, to będziemy mogli tylko część tych chorych, którzy trafiają w nasze ręce uratować, ale nie zmienimy tych epidemiologicznych trendów.

Obecnie mamy do czynienia z sytuacją, że nowotwór w coraz większym stopniu – o czym też już dzisiaj słyszeliśmy – zamienia się z choroby śmiertelnej w chorobę przewlekłą, z którą się żyje przez lata. Ludzie żyją z nowotworem, ale niekoniecznie umierają z jego powodu. Ale oczywiście ci ludzie stanowią pewien problem. Tymi ludźmi trzeba się zająć. Podtrzymywanie życia w chorobie wymaga wysiłku. To nie jest tak, że oni żyją bo mają mniej złośliwą chorobę. To jest postęp, który dokonuje się w medycynie. W najbliższym czasie ukaże się bardzo ciekawa książka pt. „Życie z rakiem” autorstwa jednego z bardzo znanych dziennikarzy. Mówi ona o tym, że w naszym społeczeństwie będzie coraz więcej osób żyjących z rakiem. Staje się to jakby nowym zjawiskiem. Równocześnie, towarzyszy temu paradygmat równości w zdrowiu. Wszyscy chcemy mieć równy dostęp do tego, co jest dla nas najważniejsze, a jest to zdrowie i ochrona życia; dostęp równy w skali międzynarodowej, patrzymy na inne kraje, w których się to lepiej udaje, ale przede wszystkim równy w obrębie naszego kraju. Ma on przecież strukturę nie federacyjną, ale centralną. Powinniśmy spodziewać się, że dostęp do metod leczenia, do świadczeń zdrowotnych, będzie taki sam. A tak nie jest. Prognozy opracowane przez Centrum Onkologii (zwłaszcza pani dr J. Didkowska) właściwie już zostały wyprzedzone przez życie. Jeśli chodzi o zachowania, to my, środowisko lekarskie, medyczne, w niewielki sposób możemy na to wpływać. Oczywiście, prowadzimy szeroką kampanię wyjaśniającą, edukującą społeczeństwo. Prowadzi się politykę na szczeblu rządowym, poprzez zwiększanie akcyzy, poprzez ograniczanie miejsc, w których wolno palić w strefie publicznej, itd. To są działania państwa, które są w zasięgu jego decydentów, my natomiast możemy lepiej czy gorzej edukować społeczeństwo. Ale na to też potrzebne są środki. Chociaż jestem lekarzem klinicystą, to wielokrotnie podkreślam, że profilaktyka, zwłaszcza profilaktyka pierwotna, jest najmocniejszą bronią w walce z nowotworami.

Wreszcie to, co się już dzisiaj kilkakrotnie przewinęło, jesteśmy o ok. 10 pp. za średnią europejską w leczeniu nowotworów. Jest to dystans, który nie wynika z biologii, nie wynika z możliwości medycyny, ale z organizacji i struktury onkologii oraz z finansów. Zatem jest to dystans, który pozostaje w zasięgu możliwości współczesnej medycyny i jest to dystans, którego my dotychczas nie jesteśmy w stanie zmniejszyć. Ilu zgonów moglibyśmy uniknąć – przy liczbie 90 tys. zgonów rocznie z powodu nowotworów – gdybyśmy poprawili wyniki leczenia o 10 pp. Ci ludzie dzisiaj umierają niepotrzebnie.

Czego zatem brakuje polskiej onkologii, aby osiągnąć te sukcesy? Naszym zdaniem, a mówię to w imieniu środowiska polskich onkologów skupionych w Polskim Towarzystwie Onkologicznym, brakuje przede wszystkim całościowej, systemowej strategii obejmującej wszystkie aspekty diagnostyczno-terapeutycznej ścieżki chorego,

właściwego kształcenia kadr medycznych, zarówno przeddyplomowego, a więc studentów medycyny – o czym też już dzisiaj słyszeliśmy – jak i podyplomowego, a także kształcenia lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, którzy w tym systemie powinni odgrywać kapitalną rolę. Niedostatecznie rozwija się nauka, nie wykorzystujemy swoich możliwości, które stwarza nam chociażby członkostwo w Unii Europejskiej. Jest bardzo mało aplikacji o granty z Polski – w tym międzynarodowym podziale środków na naukę nie wykorzystujemy swoich możliwości.

Słabą stroną systemu są profilaktyka pierwotna i profilaktyka wtórna (badania przesiewowe). Mimo widocznego pewnego postępu, zgłaszalność do badań cytologicznych jest dramatycznie niska, jest nadal niewiele ponad 20%. Uzyskanie efektów populacyjnych wymaga uzyskanie zgłaszalności na poziomie ponad 45% w mammografii. Kolonoskopia jest dopiero wdrażana i oby się to udało, bo Polska może być liderem w tej dziedzinie; jesteśmy jednym z nielicznych krajów, które postawiły na kolonoskopię, a nie na badania krwi utajonej – praktykowane w wielu krajach – i ta kolonoskopia ma szereg zalet. Moim zdaniem, kolonoskopię powinno się oferować społeczeństwu, a badanie krwi utajonej powinniśmy mieć jako alternatywę dla tych pacjentów, którzy z jakichś powodów nie chcą poddać się badaniu kolonoskopowemu. Powinniśmy jednak przekonać społeczeństwo, że to naprawdę ratuje życie. Obniżenie umieralności u chorych poddanych kolonoskopii jest największe ze wszystkich badań przesiewowych.

Brakuje nam nowoczesnego zarządzania opartego na wiedzy. Nadal mamy duże luki w wiedzy np. na temat danych epidemiologicznych. To się poprawia, ale ten system nadal nie jest szczelny. W dobie informatyzacji ochrony zdrowia można to zrobić bardzo prosto. W momencie, gdy np. pacjent jest wypisywany z jednostki medycznej pojawia się wymagalne pole, którym jest karta zgłoszenia nowotworu złośliwego i nie można przejść dalej bez wypełnienia tej karty. Równocześnie znam oddziały, które nie wiedzą, że taki dokument istnieje.

Efektywność ekonomiczna to nie tylko zbyt mało pieniędzy ale, takie to, że są one fatalnie wydawane. Niezbędne jest racjonalne finansowanie.

Dużo mówi się o nadmiernej hospitalizacji. Są to marnowane pieniądze. Koszty hospitalizacji, w większości zbędnych, przekraczają koszty samego leczenia. Np. refundacja za radykalne leczenie chorego na raka gruczołu krokowego przy użyciu radioterapii, przy najbardziej wyrafinowanej technice, wynosi kilkanaście tysięcy złotych. Ośmiotygodniowy pobyt tego chorego (tydzień przygotowania i 7 tygodni leczenia) kosztuje dwukrotnie więcej. Chorzy na raka gruczołu krokowego, a są to najczęściej wczesne przypadki, nie wyglądają na osoby ciężko chore i mogliby spokojnie leczenie to odbyć w trybie ambulatoryjnym. W szpitalach umieszczani są tylko dlatego, że mieszkają daleko od centrów, w których mogą być leczeni. Ale nikt z decydentów nie może zrozumieć, że ten chory może być za 50 zł dziennie umieszczony w hotelu, który ma kontakt ze szpitalem i te pieniądze mogłyby być wykorzystane na procedury, na zlikwidowanie kolejek, na słynne już nadwykonania, itd., czyli na procedury ratujące życie. Łóżko onkologiczne nie ratuje życia. Powoduje natomiast, że człowiek jest „uwięziony” na kilka tygodni i ma jeszcze gorsze warunki niż więzień, gdyż nie może przez ten cały czas wyjść na przepustkę, nawet na 1 dzień, bowiem przerywa

to ciągłość hospitalizacji sprawiając poważne konsekwencje dla szpitala. Hospitalizacja służy zatem ratowaniu budżetu jednostek onkologicznych, ale równocześnie brakuje tam środków na diagnostykę i leczenie. Opublikowaliśmy „Białą księgę polskiej onkologii”, w której pokazaliśmy, że kraje o najlepszych wynikach w Europie, np. Finlandia i Szwecja, które są przecież rozległymi krajami – występuje tam ten sam problem geograficzny – mają najlepsze wyniki leczenia mimo, że mają najmniej łóżek na liczbę mieszkańców. W Polsce nadal buduje się pałace dla chorych onkologicznych, zamiast budować sale operacyjne, zamiast budować bunkry do radioterapii, zamiast tworzyć nowoczesne technologie, wdrażać innowacyjne leki. *Para, niestety, idzie w gwizdek.*

W polskich uczelniach medycznych nie ma pełnoprofilowych katedr onkologii. Jedyna taka uczelnia to ta, w której pracuję. Jest tam onkologia kliniczna, radioterapia i chirurgia onkologiczna. We wszystkich pozostałych uczelniach medycznych katedry onkologii są wirtualne, na bazie obcej, wykorzystują najemnych pracowników ośrodków onkologicznych. Tak się onkologii uczyć nie da. Tam nie rozwijają się kadry medyczne. Profesorów z zakresu onkologii jest w Polsce może dziesięciu, może piętnastu. W dziedzinie hematologii, która jest dziedziną znacznie mniejszą, jest kilkakrotnie więcej. Bo jeśli onkologii nie ma w uczelniach medycznych, to gdzie te profesury mają powstawać? Powoduje to braki kadry, zanik badań naukowych.

Kolejna bardzo ważna sprawa to jest fakt, że polski chory onkologicznie jest zagubiony w systemie. Ten system jest porozrywany. Nie odbywa się to pod jednym dachem. Wykrywamy nowotwór. Np. w badaniu mammograficznym kobieta otrzymuje informację, że powinna przejść biopsję. Zapisuje się do kolejki. Czeka na tę biopsję, zazwyczaj dosyć długo. Otrzymuje dodatni wynik biopsji, otrzymuje informację, że wymaga to operacji. Idzie zatem do innej jednostki. Czeka na tę operację – w Gdańsku np. pani zapisana w grudniu może zostanie zoperowana w marcu albo w kwietniu. Potem otrzymuje informację, że potrzebne jest dalsze leczenie, ale znowu nie ma tej szybkiej ścieżki. Cały efekt wynikający z wczesnego wykrycia nowotworu zostaje kompletnie zniweczony przez system, przez jego porozrywanie. Młodzi, zaradni ludzie, mający wsparcie rodziny, dadzą sobie radę. Starzy, niezaradni, biedni są na tyle w tym systemie zagubieni, że w pewnym momencie wypadają z tej ścieżki. Nie przechodzą wszystkich etapów, bowiem w pewnym momencie zniechęcą się – albo będzie za późno, albo wręcz nie dożyją. Powtarzam to ciągle². Pod tym względem jesteśmy na poziomie Afryki, umniejszając nic nie ujmując Afryce. Używamy 5 razy mniej opioidów, które są podstawowym lekiem przeciwbólowym przy zaawansowanych nowotworach na mieszkańca, niż np. Niemcy. To nie znaczy, że nasz rak boli 5 razy mniej. Ma to odzwierciedlenie w odbiorze naszej oferty przez pacjentów.

Renomowana firma przeprowadziła badanie ankietowe na bardzo dużej grupie. Kilka pytań – ocena ogólna jest taka, że 28% Polaków i 80% Austriaków jest zadowolonych z tego, co daje im system. Rozpoznawanie jest dobrze oceniane przez 45% Polaków i 85% Austriaków. Opieka w szpitalu – odpowiednio: 50% i 90%, opieka

² O tym zagubieniu pisałem m.in. w artykule w „Rzeczpospolitej” z 4 lutego 2013 r. Był na ten temat bardzo dramatyczny artykuł w „Polityce” z 3 lipca 2013 r. prezentujący raport nt. walki z bólem w Polsce.

ambulatoryjna: 20% i 76%. W tym ostatnim przypadku różnica jest prawie 4-krotna. Jeżeli chodzi o ocenę zaufania do systemu opieki zdrowotnej w obu krajach, to jako prawidłowy polski system opieki oceniło 31% pacjentów, austriacki – 94% pacjentów. Na pytanie, czy skuteczne leczenie zależy od zamożności pacjenta, w odniesieniu do systemu opieki zdrowotnej twierdząco odpowiedziało 84% pacjentów Polaków i 61% pacjentów Austriaków. To jest właśnie ocena tego paradygmatu równości w zdrowiu. Zdecydowanie mniej Austriaków niż Polaków uważa, że dostępność leczenia zależy od zamożności. Pozytywnej odpowiedzi na pytanie, czy dostęp do krajowego leczenia jest identyczny jak w krajach Unii, dzieliło 20% Polaków i 62% Austriaków.

Jak zatem wyglądamy na tle innych krajów Unii? Mamy gorsze wyniki leczenia, mamy mniejszy dostęp do nowoczesnych metod diagnostyki i leczenia, są opóźnienia w rozpoznawaniu i leczeniu, duże różnice w jakości leczenia, co dr J. Meder już dzisiaj pokazał. W Polsce leczyć chorych na nowotwory może każdy lekarz, nie ma żadnych ograniczeń. Dwóch lekarzy dowolnej specjalności może założyć jednostkę onkologiczną, zgłosić ją do odpowiedniego urzędu i zacząć leczyć nowotwory, nie mając po temu żadnych kwalifikacji. Dotyczy to zwłaszcza chirurgii. Są oddziały chirurgiczne, które operują po kilku chorych rocznie i jest to przyjmowane z pełną powagą. Wypłacana jest taka sama refundacja, jak za chorego zoperowanego w Instytucie Onkologii czy w uczelni medycznej. Nie wiem, czy ktoś z Państwa oddałby się w ręce chirurga, który wykonuje 3 zbiegi w obrębie piersi rocznie. A każdy zapytany chirurg powie, że świetnie da sobie z tym radę. Jest zatem wiele zgonów, których można byłoby unikać.

Musimy się zmobilizować! Wspomniany był już tutaj EPAAC (European Partnership for Action Against Cancer). Uczestniczyłem niedawno w naradzie w Lublanie. Na jednym z poprzednich spotkań tej grupy oceniono, od czego zależy skuteczność walki z rakiem. W połowie od zasobów – a zasobów mamy za mało. Ale w 1/4 od jakości świadczeń, którą można poprawić i w 1/4 od zarządzania. Popatrzmy na składowe tych trzech grup, od których zależy skuteczność walki z rakiem. Polska należy do tych krajów Unii Europejskiej, w których są najniższe nakłady na onkologię – poniżej 50\$ per capita. Panuje powszechne przekonanie, że zależność skuteczności leczenia od nakładów jest bardzo silna. Analizując zależność między nakładami na leczenie raka piersi i odsetkiem przeżyć wg województw (oddziałów NFZ) w Polsce nie wykazano jednak żadnej zależności między tymi dwiema cechami. Oznacza to, że można wpompować do systemu bardzo dużo pieniędzy, ale jeżeli nie uporządkuje się pewnych rzeczy, pieniądze będą po prostu zmarnowane. W Stanach Zjednoczonych w 1971 r. Nixon ogłosił walkę z rakiem. Oczywiście był to manifest polityczny, ale przyniosło to ogromne efekty. We Francji Jacques Chirac w 2000 roku ogłosił walkę z rakiem jako narodowy program, Słowenia – mały kraj – w czasie swojej prezydenturki utworzyła tę inicjatywę EPAAC, która przynosi dobre efekty w Unii Europejskiej. Międzynarodowe zalecenia są takie, że Światowe Zgromadzenie Zdrowia wzywa wszystkie kraje członkowskie do opracowania programów zwalczania nowotworów w zakresie: profilaktyki pierwotnej, wczesnego wykrywania, rozpoznawania i leczenia, opieki paliatywnej. EPAAC zobowiązało kraje członkowskie do opracowania takich planów do końca 2013 roku. Takiego planu w Polsce nie ma. Co takim planem chcemy osiągnąć? Chcemy ograniczyć występowanie i wpływ czynników ryzyka (profilaktyka pierwotna,

profilaktyka wtórna), poprawić skuteczność leczenia, jakość życia, lepiej zarządzać systemem i osiągać wysoką efektywność ekonomiczną prowadzonych działań. Proste cele. To wszystko ma zmniejszyć liczbę niepotrzebnych zgonów. Jest to ostateczny cel tych wszystkich działań.

Czy takie plany mają sens? Posłużę się przykładem Anglii, gdzie wprowadzono strategię zwalczania raka jelita grubego i uzyskano wzrost odsetka wyleczeń. W Walii, gdzie nie wprowadzono tej strategii utrzymuje się wysoka umieralność z tej przyczyny. To są tysiące ludzi. To nie jest efekt przypadkowy. Takich przykładów można pokazać bardzo wiele.

Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych odgrywał i odgrywa ogromną rolę w tym systemie, ponieważ wypełnia on pewne niedobory i szybciej nadąża za zmieniającymi się potrzebami w onkologii, która jest bardzo szybko rozwijającą się dziedziną. Musimy zrobić wszystko, aby ten program był kontynuowany od 2016 roku, bowiem uratował wiele osób i wiele rzeczy w Polsce zmienił, choćby wprowadzenie badań przesiewowych, które i tak wprowadzono z opóźnieniem. Ale stanowi on mniej niż 5% środków wydawanych na onkologię. W związku z tym będzie to tylko pewien dodatek do środków, które państwo musi na zwalczanie nowotworów wyłożyć. Będzie on pewnie nadal uzupełniał braki w zakresie infrastruktury organizacji, np. koordynacja wyspecjalizowanych ośrodków, dostęp do nowych pojawiających się technologii, edukacja społeczeństwa, edukacja pracowników ochrony zdrowia.

Polski *cancer plan* powstał jako inicjatywa oddolna Polskiego Towarzystwa Onkologicznego we współpracy ze wszystkimi dużymi towarzystwami onkologicznymi w Polsce: Polską Unią Onkologii oraz Koalicją Pacjentów Onkologicznych. To jest 10 grup roboczych, które właśnie w tych dniach zaczynają swoją pracę. Zostanie wynajęta profesjonalna firma doradcza, która będzie to koordynowała. Taki plan oddolnie stworzymy. Powstaje on poza Ministerstwem Zdrowia. Właśnie przed przyjazdem do Państwa byłem w tej sprawie w Ministerstwie Zdrowia. To, że jest to inicjatywa oddolna, nie będzie oznaczać, że przyjdziemy i położymy coś jako petenci. Ministerstwo będzie uczestniczyło w tworzeniu tej strategii. My w pewien sposób wyřęczamy Ministerstwo, ale tego nie wypominamy. Chcemy zrobić to wspólnie dla dobra polskiej onkologii. Ci, którzy śledzą prasę medyczną są świadkami polemik, w których ja jestem stroną, ponieważ uważamy, że musi powstać instytucja, która będzie w Polsce koordynowała sprawy onkologii. Nazywaliśmy to Narodowym Instytutem Raka, co wzburzyło wiele osób, którym wydawało się, że chcemy stworzyć jakiś nowy instytut, czy jakiś superszpital. Proponujemy zatem nazwę Agencja ds. Walki z Rakiem, bowiem taka nazwa lepiej oddaje istotę sprawy. Po co jest potrzebna ta inicjatywa? Chyba zgadzamy się, że choroby nowotworowe są bardzo ważne: dla zdrowia społecznego, życia społecznego, ekonomii. Waga tego zagadnienia będzie wzrastała. Za chwilę nowotwory będą pierwszą przyczyną zgonów. Opieka onkologiczna jest w Polsce poniżej średniego poziomu europejskiego. Jedną z przyczyn tego stanu jest brak instytucji koordynującej i nadzorczącej. W trakcie narady, w której wzięła udział bardzo duża liczba onkologów z całej Polski, którzy z własnej woli zgłosili się i zrobili burzę mózgów sformułowaliśmy postulaty, jak ta instytucja ma wyglądać. Będzie to bardzo mocna instytucja, która będzie działała na zasadzie uzgodnień środowiskowych w zakresie zadań,

kompetencji i sposobu zarządzania. Musi być consensus wokół tego. To nie może być kontestowane. Staramy się raczej ludzi przekonać, że jest to dobra droga. Konieczne jest rozdzielanie funkcji regulacyjnych od wykonawczych – to jest oczywiste. Agencja musi mieć własną osobowość prawną, własny budżet i raportować do Ministerstwa Zdrowia i Sejmu. Czyli ta Agencja ds. Walki z Rakiem powinna być wysoko usytuowana – na poziomie Ministerstwa, NFZ, czy też Agencji Oceny Technologii Medycznych. Podmiotami wykonawczymi są ośrodki najwyższego szczebla: Centrum Onkologii, duże szpitale onkologiczne, uczelnie medyczne, centra kompetencji, gdzie będziemy leczyli w sposób skoordynowany najważniejsze nowotwory, a więc np. *breast cancer units*. I wreszcie, nadal istotna będzie rola placówek nieprofilowanych, w których będzie mogło być realizowane proste leczenie onkologiczne oraz będzie mogła być prowadzona diagnostyka. Taka struktura zapewnia kolegialność decyzji, brak konfliktu interesów, najlepsze wykorzystanie potencjału intelektualnego kraju. Ta instytucja będzie korzystała z zasobów intelektualnych całego kraju, specjalistów, którzy będą powoływani do odpowiednich zadań. Jest to wielospecjalistyczna platforma koordynacyjna, sprawdzona w systemach wielu krajów. Tak to działa. Istnieje instytucja, która nie jest szpitalem, ale zarządza całym tym systemem, koordynuje i działa na rzecz dalekosiężnych planów w zakresie onkologii.

Podsumowując, polska onkologia jest zarówno niedofinansowana, jak i źle zorganizowana. Działania naprawcze powinny być oparte na dobrych wzorach i nie ma potrzeby, abyśmy tutaj wszystko robili – jak my, Polacy, lubimy – zupełnie od zera. Działania te są w zasięgu państwa. To nie jest coś, czego nie da się w dużym i nowoczesnym kraju europejskim wykonać. Podmiotem tych wszystkich działań powinni być chorzy. Proszę zwrócić uwagę, w całej tej retoryce pojawiają się fałszywe nuty. Mówiąc o dobru chorych wiele osób chce dobra dla np. świadczeniodawców. Nie o tutaj chodzi. Jest to obecnie naprawdę mantra wszystkich działań w zakresie ochrony zdrowia. Jest to *patients oriented*.

Dziękuję za uwagę.

Prof. Janusz Witkowski

Bardzo dziękuję, Panie Profesorze. To była znakomita diagnoza aktualnego stanu systemu ochrony onkologicznej, ale także plany i zamierzenia, które zakładam, że uda się wdrożyć. Była tutaj mowa o różnych sprzymierzeńcach jeśli chodzi o tę problematykę, dlatego chcę dodać, że również Rządowa Rada Ludnościowa jest ogromnym sprzymierzeńcem. Mam nadzieję, że efektem dzisiejszej konferencji będzie wypracowanie rekomendacji, stanowiska, które być może uwzględni te problemy, o których mówił prof. J. Jassem, abyśmy mogli działać szerokim frontem na rzecz wspierania tych rozwiązań. Rozwiązania te niekoniecznie przekraczają nasze możliwości, a znacznie lepiej wykorzystują środki, które są, a także zbudują nowy potencjał, który będzie służył właśnie tej dziedzinie.

Otwieram dyskusję. Gdyby ktoś z Państwa chciał zabrać głos, to bardzo proszę. Mogą to być wypowiedzi uzupełniające, komentarze lub pytania.

Dyskusja

Prof. Mirosław Wysocki – dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny.

Cieszę się z udziału w tej konferencji, nie tylko ze względu na merytoryczną wartość referatów, ale także dlatego, że jest to jeden z niewielu meetingów, na którym nikt nie myli umieralności ze śmiertelnością, co jest nagminne. Czynią to konsultanci, profesorowie, różni ważni ludzie, używają tego dziennikarskiego slangu. Cieszę się, że tutaj nie ma tego pomieszania pojęć. Niezależnie od tego, jest to bardzo ważne spotkanie, bowiem jak wszyscy to przedstawiali, niedługo nowotwory złośliwe będą pierwszą przyczyną zgonów w naszym kraju. Ponadto zwrócono tu uwagę na taką sprawę, o której rzadko się wspomina, a niekiedy wręcz „zamiata pod dywan”, że w Polsce pięcioletnia względna przeżywalność na te nowotwory, niezależnie od źródeł jakimi się posługujemy, należy do najniższych w Europie. Przy wszystkich sukcesach, jest to ilustracja słabości naszej onkologii. Bez wątpienia, mamy kolosalną poprawę jeśli chodzi o wyleczalność dzieci – 70% i więcej w różnych ośrodkach, które były tutaj prezentowane, stanowi olbrzymi sukces. Chciałem króciutko powiedzieć o zebraniu dotyczącym *strategmentów*. *Strategment* jest to duży program dotyczący chorób przewlekłych chorób niezakaźnych, na który przeznaczane są bardzo duże pieniądze, który nazywa się: zapobieganie i leczenie chorób przewlekłych niezakaźnych, czy chorób cywilizacyjnych. Na zebraniu, które odbywało się w siedzibie NCBR, zwracaliśmy uwagę, że cały strumień pieniędzy idzie na terapię, czy na nauki podstawowe. Jeżeli chodzi o prewencję, to w ogóle nie jest zauważana. Tam był i minister Radziejewicz-Winnicki, który dosyć stanowczo o tym mówił, i prof. B. Samoliński, ja i kilka innych osób. Wygłaszane były bardzo przekonujące prezentacje. taki okazało się, że pan, który tym wszystkim kieruje niczego nie rozumie i kilka innych osób, którym powinno zależeć na onkologii, mówi: ale skąd, prewencja to jest Ministerstwo Zdrowia, strategment to jest terapia. Mówią to w kraju, gdzie przeżywalność pięcioletnia należy do najniższych w Europie. Odnosząc się do dzisiejszej debaty, składam gratulacje panu doktorowi Mederowi, panu profesorowi W. Zatońskiemu. Są to znakomite prezentacje. Natomiast to, co przedstawił pan prof. J. Jassem, co jest opisane w tej białej księdze, to są właściwie takie praktyczne rady, czy kierunki strategiczne, które wskazują dosyć proste środki za pomocą których możemy poprawić skuteczność onkologii w Polsce. Większość punktów, o których mówił, to jest niesłuchanie ważna dla pacjenta wrażliwość systemu, niesłuchanie ważna w opinii o ochronie zdrowia. Wśród tych propozycji nie mówię już o wypełnianiu karty zgłoszeń, bo to załatwia jakość rejestru. Problem nadmiernej hospitalizacji chorych w odniesieniu do pacjentów onkologicznych, w odniesieniu do ludzi starych, gdzie ta hospitalizacja, gdy kładziemy go do szpitala niepotrzebnie, rozkłada go na dobrych kilka lat. Wszyscy znamy zagubienie chorego w systemie – trzeba to uprościć. Zupełnie koszmarna sytuacja w dziedzinie walki z bólem. Z jakichś przyczyn, ideologicznych czy religijnych, pozwala się choremu zupełnie niepotrzebnie cierpieć. W końcu – leczenie raka przez nefachowców. Ten chirurg, owszem utnie pierś, ale utnie tam, gdzie niczego nie trzeba robić, a zostawi węzły, bo on tego nie potrafi robić, ponieważ operuje dwa przypadki rocznie. Dlatego konieczna

jest koncentracja tego leczenia w takich ośrodkach jak Instytut Onkologii czy ośrodek kielecki, śląski, tam gdzie potrafią to robić. Mam nadzieję, że te sugestie, stanowiące główne punkty tej strategii, którą pan profesor Jassem proponuje, zostaną wzięte pod uwagę. A także płynąca z tego nauka, że najlepsze wyniki leczenia raka obserwujemy w krajach, gdzie chorzy na raka są najrzadziej hospitalizowani. To jest taka prosta prawda, która do nas nie trafia.

Prof. Janusz Witkowski

Dziękuję. Bardzo często jest tak, że to co najprostsze najtrudniej wdrożyć, albo najtrudniej ocenić, zdiagnozować to, co się wydaje oczywiste. Nie wiem, czy wynika to stąd tego, że nie chcemy o tych prostych sprawach myśleć, tylko wchodzimy w bardziej skomplikowane, ale sądzę, że te propozycje, które pan prof. J. Jassem zgłosił będą podstawą do nowego myślenia o onkologii. Bardzo proszę pana prof. J. Szymborskiego, który prosił o głos.

Prof. Janusz Szymborski

Chciałbym przede wszystkim podziękować prelegentom za wspaniałe prezentacje, które dla mnie stanowią podstawę do pewnego optymizmu. Wszyscy prelegenci są na dobrej drodze, aby polskiemu społeczeństwu przekazać same dobre wiadomości: Po pierwsze „możecie nie zachorować na raka” – jest na to cały szereg sposobów. Druga dobra wiadomość, to możliwość wczesnego wykrycia choroby i jej wyleczenia. Ale żeby te optymistyczne wiadomości ziściły się w całości, potrzebne jest sprostanie tym wyzwaniom, o których prelegenci mówili, a które dotyczą zarówno promocji zdrowia, jak i profilaktyki, diagnostyki, leczenia, rehabilitacji chorych onkologicznie. To wszystko, co słyszałem jako krytykę sytuacji w polskiej onkologii, odbieram też jako krytykę realizowanego od 2005 roku narodowego programu ograniczania zachorowalności i umieralności z powodu chorób nowotworowych. Wszystkie wątki poruszane w dyskusji, dotyczące profilaktyki, leczenia, koordynacji, planowania, szkolenia, organizacji, finansowania, były przedmiotem debaty w latach 2001–2005 i zaowocowały ustanowieniem narodowego programu. Okazuje się, że po 8 latach od przyjęcia tego programu muszą nastąpić poważne zmiany w jego realizacji. Dziś zostały przedstawione bardzo konstruktywne propozycje dobrej zmiany. W tym kontekście, jako członek Rządowej Rady Ludnościowej chciałbym wszystkim prelegentom bardzo podziękować za jedno – że nie obarczacie pacjentów odpowiedzialnością za gigantyczny wzrost kosztów leczenia i nakładów na ochronę zdrowia. Na ogół odpowiedzialnością za wzrost kosztów obciąża się pacjentów, zwłaszcza osoby starsze, których potrzeby na świadczenia zdrowotne zwiększają się. Chciałbym przywołać zaskakującą w swojej wymowie pracę, która ukazała się 13 listopada 2013 roku w JAMA. Z badań amerykańskich wynika, że gigantyczny wzrost kosztów ochrony zdrowia – o 90%, w ostatniej dekadzie – nie jest wynikiem starzenia się społeczeństwa i zwiększonego popytu na świadczenia, ale jest wynikiem wzrostu cen leków, wzrostu cen sprzętu, również tego drobnego, wzrostu kosztów leczenia szpitalnego i wzrostu kosztów administra-

cyjnych. Źródłem powodzenia w zaradzeniu wzrostowi kosztów, są dwa działania, o których prelegenci w zasadzie mówili: po pierwsze koncentracja na tych czynnikach ryzyka, które leżą w sferze promocji zdrowia i profilaktyki (żywienie, palenie, szczepienia i profilaktyka) oraz taka organizacja leczenia onkologicznego, aby zmniejszyć zarówno koszty leków, jak i procedur, koszty szpitalne i administracyjne, na które pacjent nie ma żadnego wpływu. Dlatego w stanowisku, które mamy nadzieję przygotować i przyjąć, Rządowa Rada Ludnościowa właśnie na to musi zwrócić szczególną uwagę. Nie wchodząc w spory środowiska onkologicznego odnośnie do koncepcji organizacyjnych, należy podkreślić, że koordynacja i nadzór nad zintegrowanym systemem zwalczania chorób nowotworowych muszą znajdować się w systemie zdrowia publicznego powołanym ustawą o zdrowiu publicznym, a nie w systemie medycyny naprawczej. Takie podejście wynika wprost z ustaleń II Kongresu Demograficznego.

Prof. Janusz Witkowski

Do tego, o czym powiedział pan prof. J. Szymborski dodałbym jeszcze, że jesteśmy w gronie, które może wystosować do społeczeństwa pozytywny przekaz, iż możemy unikać chorób, możemy się szybciej wyleczyć, ale również zmienić funkcjonowanie całego systemu opieki onkologicznej. Jest to jeden z elementów, który będzie z tego punktu widzenia niezwykle ważny. Pan prof. J. Jassem chciał jeszcze krótko uzupełnić swoją wypowiedź.

Prof. J. Jassem

Proszę Państwa, aby nie było wrażenia, że gołosłownie mówimy o tym, gdzie ten sukces można osiągnąć – w profilaktyce, czy w postępie w leczeniu? Jest to bardzo różnie w różnych nowotworach. Chcę podać przykład nowotworu, którym zajmuję się od ponad 30 lat. Jest to rak płuca. Niewiele osób ma ochotę zajmować się tak strasznym nowotworem, w którego leczeniu postęp jest niewielki. Aby pozbyć się depresji związanej z nowotworem płuca, zajmuję się też rakiem piersi. Gdy patrzymy na sytuację epidemiologiczną raka płuca w Wielkiej Brytanii, gdzie zarówno częstość zachorowań, jak i umieralność maleją u mężczyzn, a u kobiet jedno i drugie jest na tym samym poziomie od lat – zresztą w Polsce sytuacja jest podobna – to widzimy, że wyniki leczenia od kilkudziesięciu lat są niezadowolające. Zatem tutaj medycyna interwencyjna przynosi minimalne postępy. Rak płuca w ogóle podnosi statystyki onkologiczne. Gdyby liczba zachorowań z powodu raka płuca gwałtownie zmalała, to prawdopodobnie nie mielibyśmy wzrostu liczby zachorowań w skali świata. Jest to pierwszy zabójca, w wielu krajach ma też pierwsze miejsce w zachorowalności. Inna będzie sytuacja w przypadku raka jelita grubego czy w raka piersi. Trzeba zatem podchodzić indywidualnie. Nie można generalizować. Nad każdym nowotworem trzeba się pochylić i analizować go podobnie, ale z rakiem płuca sprawa jest ewidentna. Walkę z nim można wygrać nie postępowaniem w leczeniu, bo nie ma go od kilkudziesięciu lat, ale przede wszystkim profilaktyką pierwotną.

Prof. Janusz Witkowski

Właśnie ta propozycja indywidualizacji podejścia do określonych jednostek chorobowych w przypadku nowotworów jest niezwykle ważna z punktu widzenia także budowania pewnej strategii. A zatem diagnoza, ocena, pokazanie, gdzie mamy największe szanse i w jaki sposób budować tę strategię, jej kolejne działania, są również niezwykle ważne.

Serdecznie dziękuję autorom wszystkich referatów. Dziękuję i gratuluje, ponieważ były to znakomite wystąpienia. Ufam, że opublikowane materiały spełnią dodatkową rolę popularyzatorską przekazania tej informacji do społeczeństwa. Wprawdzie nie używaliśmy tego pojęcia, ale jednym z elementów, który był podkreślany we wszystkich wystąpieniach, jest edukacja. Edukacja, która wprowadzi kolejny etap do profilaktyki w sensie naszego udziału w tych działaniach profilaktycznych, a następnie świadomości, jak poradzić sobie nawet w przypadku choroby.

Bardzo serdecznie dziękuję. Drugą część naszej konferencji poprowadzi pan prof. Janusz Szymborski.

Sesja II – prowadzenie **Prof. Janusz Szymborski**

Serdecznie witam uczestników konferencji na drugiej sesji, w czasie której wysłuchamy trzech referatów odnoszących się do kolejnych wątków związanych z tematyką naszego spotkania a następnie przedstawię projekt stanowiska RRL w sprawie sytuacji polskiej onkologii. Pierwszy referat, pt. „Stan obecny w leczeniu nowotworów złośliwych narządów rodnych u kobiet”, przygotowany przez zespół Katedry i Kliniki Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, pod nieobecność Pani Prof. Janiny Markowskiej, przedstawi dr hab. Radosław Mądry.

Dr hab. Radosław Mądry

Panie Przewodniczący, Szanowni Państwo,

Jeśli chodzi o nowotwory ginekologiczne, obecnie istotne klinicznie pozostają rak szyjki macicy, rak trzonu macicy oraz rak jajnika. Pozostałe nowotwory, z uwagi na częstość występowania, kwalifikują się do grupy nowotworów rzadkich. Równocześnie każdy z wymienionych nowotworów stanowi inną sytuację epidemiologiczną, inaczej jest leczony oraz uzyskuje się inne wyniki leczenia.

Od 1990 do 2010 r. liczba zgonów z powodu **raka szyjki macicy** w Polsce zmniejszyła się z 7,6 do 5,2 na 100 000 kobiet. Oznacza to poprawę, która jednak nie jest satysfakcjonująca w porównaniu z innymi krajami. W Finlandii, która w latach 60. rozpoczęła screening populacyjny, w okresie 1963–2010 liczba zgonów na raka szyjki macicy zmniejszyła się aż ponad 6-krotnie – z 6,2 do zaledwie 1 na 100 000. Niestety, należymy do krajów o najgorszych wynikach leczenia raka szyjki macicy w Unii Europejskiej przed włączeniem państw bałkańskich. Dane pochodzące z badania Eurocare 3 dotyczące pacjentek, u których nowotwór rozpoznano w latach 1990–1994, plasują nasz kraj na ostatnim miejscu w Unii. Zmniejszenie się umieralności

związane jest z programami badań przesiewowych wprowadzonymi w Europie w latach 60. XX wieku. Program screeningu w Polsce został wprowadzony w roku 2004. Programem profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów szyjki macicy jest objęta populacja kobiet w wieku od 25 do 59 lat. Badania są przeprowadzane 1 raz na 3 lata i polegają na badaniu cytoonkologicznym. Istotnym problemem jest niska częstość zgłaszania się na takie badania – do zalecanych 70% pokrycia populacji nadal brakuje nam od 40 do 47%. Niestety nadal znaczna liczba kobiet pozostaje poza programem. Dzięki poznaniu roli, jaką w patogenezie raka szyjki macicy odgrywają wirusy HPV o wysokim potencjale onkogennym (HPV 16,18), możliwe stało się zastosowanie profilaktyki pierwotnej. Szczepienia za pomocą dwóch leków (Silgrad® – MSD, Cervarix® – GSK) wykazały w badaniach rejestracyjnych zmniejszenie ryzyka trwałej infekcji HPV. Oba produkty spowodowały redukcję ryzyka rozwoju zmian CIN2+. Dostępne są również wyniki spoza badań klinicznych. Dane pochodzące z badań w Australii, gdzie w 2007 r. wprowadzono narodowy program szczepień szczepionką tetrawalentną pokazują istotną redukcję częstości rozpoznawania kłykcin w populacji poddanej szczepieniom. Tymczasem w Polsce szczepienie przeciwko HPV nie znajduje się w kalendarzu szczepień. Równocześnie liczne programy, po pozytywnej opinii AOTM, realizowane są przez samorządy lokalne. W leczeniu operacyjnym raka szyjki macicy obserwujemy postęp, który polega na zachowaniu płodności, zmniejszeniu powikłań oraz zastosowaniu robota operacyjnego – systemu daVinci. Leczenie umożliwiające zachowanie płodności w stopniu IA1-IIA1 (przy wielkości guza nowotworowego mniejszej od 2 cm) polega na radykalnej trachelektomii (usunięcie szyjki macicy wraz z przymaciczami i sklepieniami pochwy z zachowaniem trzonu macicy). Trachelektomie mogą być wykonywane metodą klasyczną (laparoskopowo-pochwowa), przezbrzuszną, w całości laparoskopowo lub za pomocą robota (system daVinci). Wśród pacjentek poddanych leczeniu za pomocą tej techniki udaje się uzyskać około 50% ciąż, z których około połowie udaje się osiągnąć 32–33 tydzień. Leczenie oszczędzające unerwienie wegetatywne umożliwia zmniejszenie częstości powikłań okołoperacyjnych dotyczących motoryki dolnego odcinka przewodu pokarmowego oraz pęcherza moczowego, a także poprawia jakość życia poprzez zmniejszenie problemów seksualnych. Zachowanie unerwienia wegetatywnego jest łatwiejsze przy zastosowaniu laparoskopii lub robota operacyjnego (system daVinci). W leczeniu choroby zaawansowanej w badaniu III fazy (GOG240) wykazano skuteczność zastosowania bewacizumabu w połączeniu z chemioterapią u pacjentek z rakiem szyjki macicy w stopniu IVB lub nawrotem, nieleczonych wcześniej systemowo. Chemioterapia składająca się z paklitakselu z topotekaniem nie okazała się skuteczniejsza od kombinacji cisplatyny z paklitaksem, a zastosowanie bewacizumabu w połączeniu z chemioterapią wydłużyło w sposób istotny statystycznie medianę czasu do progresji (8,2 vs 5,9 miesięcy) oraz medianę całkowitego czasu przeżycia (17,0 vs 13,3 miesięcy).

Jeśli chodzi o **raka jajnika**, to sytuacja epidemiologiczna jest obecnie stabilna. Zachorowalność na nowotwory złośliwe jajnika wzrastała do połowy lat 90. XX wieku (12,2/105 w 1996 r.), po czym nastąpił spadek i stabilizacja zachorowalności na poziomie około 11/105. Niestety nadal większość chorych w chwili rozpoznania jest

w III i IV stopniu zaawansowania wg FIGO. Próby wprowadzenia skutecznego programu screeningu nie są skuteczne. Najbardziej zaawansowane badania brytyjskiego zespołu UKFOCSS wykazały, że zintensyfikowanie nadzoru poprzez oznaczanie markera CA125 co 4 miesiące z następowym wykonywaniem ultrasonografii przezpochwowej nie są skuteczne. Taki nadzór nie poprawił w sposób istotny możliwości wykrywania wczesnych raków jajnika u pacjentek z wysokim ryzykiem jego występowania. Odsetek wykrytych raków wczesnych (I i II) w badaniu brytyjskim był nadal niezadowolający i nie wyższy niż w badaniach corocznych. Nie wpływało to również na statystycznie istotne wydłużenie czasu przeżycia. Profilaktyczna chirurgia polegająca na wycięciu jajników i jajowodów pozostaje obecnie standardem u osób z wysokim ryzykiem raka jajnika lub jajowodu. W naszym kraju w ramach „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych” realizowane jest zadanie: „Program opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe”. W ramach tego zadania możliwe jest wykrywanie osób o zwiększonym ryzyku zachorowania oraz prowadzenie nadzoru poprzez badania obrazowe (MMR, NMR) oraz biochemiczne (oznaczanie antygenu CA125). Elementem zmniejszenia ryzyka zachorowania na raka jajnika jest profilaktyczne wycięcie jajników i jajowodów. Jeśli chodzi o leczenie systemowe raka jajnika, w roku 2013 było kilka istotnych badań. Badanie CHORUS potwierdziło wcześniejsze wyniki badania EORTC z 2008 roku dotyczące chemioterapii neoadjuwantowej. Jest to drugie badanie oparte na randomizacji, wykazujące że w zaawansowanym raku jajnika chemioterapia neoadjuwantowa może być alternatywą dla pierwotnej chirurgii. U pacjentek w III/IV stopniu zaawansowania – nie stwierdzono różnic mediany czasu do progresji (11,7 vs 10,3 miesiący) oraz mediany całkowitego czasu przeżycia (24,5 vs 22,8 miesiący). Równocześnie istotnie mniejsza była umieralność okołooperacyjna w grupie pacjentek leczonych chemioterapią neoadjuwantową. Co do chemioterapii I linii, to dwa badania: MITO 7 oraz GOG262, nie potwierdziły wyników japońskiego badania Novell. Japońskie badanie wykazało, że chemioterapia, w której paklitaksel był podawany co 7 dni wydłużyła istotnie medianę czasu do progresji oraz medianę całkowitego czasu przeżycia. W badaniach prowadzonych w Europie i Stanach Zjednoczonych (paklitaksel + karboplatyna podawane co tydzień – MITO7 oraz karboplatyna podawana co 21 dni + paklitaksel podawane co tydzień – GOG262) nie okazały się skuteczniejsze niż podawane co 21 dni. Wydaje się, że populacja japońska inaczej odpowiada na chemioterapię podawaną co 7 dni. Na zjeździe ESMO 2013 w Amsterdamie przedstawiono końcowe wyniki badania ICON7. Nie stwierdzono statystycznego wydłużenia czasu do progresji oraz całkowitego czasu przeżycia. W podgrupie pacjentek w stopniu III i IV z wielkością resztek powyżej 1 cm zastosowanie bewacizumabu wydłużyło w sposób statystycznie istotny czas do progresji (PFS) oraz całkowity czas przeżycia (OS). Leczenie antyangiogenne wydaje się tymczasem jednym z najbardziej obiecujących kierunków badań. Obecnie wykazano aktywność 5 leków w leczeniu raka jajnika. Wszystkie te preparaty wydłużyły czas do progresji ale całkowity czas przeżycia jeszcze nie został wydłużony.

Jeżeli chodzi o **raka endometrium**, to od dwu dekad obserwujemy wzrost zachorowalności i należy liczyć się z utrzymywaniem tego trendu przy stabilnym lub niewielkim wzroście poziomu umieralności. Od roku 1990 liczba zachorowań wzrosła

2-krotnie. W roku 1990 zgłoszono 2540 zachorowań, w 2010 – 5125. Przy wzrastającej liczbie zachorowań nie obserwujemy istotnego wzrostu zgonów, co może być związane z wcześniejszym wykrywaniem tego nowotworu. Rak trzonu macicy jest obecnie nowotworem najlepiej rokującym spośród nowotworów ginekologicznych. Po zmianie stopniowania FIGO jaka nastąpiła w 2009 r. sugeruje się, aby wszystkie chore poddawane zabiegowi operacyjnemu miały usuwane węzły chłonne miedniczne oraz okołoaortalne. W codziennej praktyce okazuje się to często niepotrzebne. Szereg danych wskazuje, że pacjentki z tzw. wczesną postacią raka endometrium – definiowaną jako typ endometrialny, typ G1/G2, naciek mniejszy niż ½ grubości mięśnia, zmiana mniejsza niż 2 cm – mogą przejść „ograniczone” leczenie operacyjne, na które składa się wycięcie macicy z przydatkami bez węzłów chłonnych. Równocześnie leczenie to może być leczeniem małoinwazyjnym – z zastosowaniem laparoskopii lub robota operacyjnego – systemu daVinci. Wyniki badania LAP2 wskazują, że jest to bezpieczne w odniesieniu zarówno do okresu okołoperacyjnego, jak i wyników odległych. Pomimo dobrego rokowania wznowy występują u ponad 20% chorych i są dla większości pacjentek przyczyną zgonu. W ciągu od 3 do 19 lat po leczeniu wznowy zaledwie 7,7% pacjentek żyje bez cech choroby. Równocześnie coraz więcej danych wskazuje, że radioterapia u młodych chorych powinna być stosowana szczególnie selektywnie. Korzyści z jej stosowania we wczesnych stopniach zaawansowania są nieznaczne, natomiast ryzyko wtórnych nowotworów w 20 lat po jej zastosowaniu i skrócenia życia jest bardzo duże. W leczeniu systemowym raka trzonu wyniki badania GOG 209 potwierdziły obserwacje, że schemat paklitaksel + karboplatyna stosowany powszechnie z uwagi na mniejszą toksyczność wykazał w randomizowanym badaniu klinicznym w grupie chorych w stopniu III, IV, lub ze wznową podobną częstość odpowiedzi – 51%, podobną medianę czasu do progresji (13 miesięcy) oraz podobną medianę czasu przeżycia (37 vs 40 miesięcy) w porównaniu do schematu TAP (cisplatyna + doksorubicyna + paklitaksel). Schemat 2-lekowy wykazał również mniejszą toksyczność.

W podsumowaniu chciałbym przedstawić kilka ogólniejszych refleksji.

1. Obecnie w ginekologii onkologicznej istotne klinicznie są rak szyjki macicy, rak jajnika oraz rak endometrium. Każdy z nich wykazuje inny typ problemu medycznego, co jest związane z inną sytuacją epidemiologiczną, możliwością profilaktyki pierwotnej i wtórnej oraz dostępnymi metodami leczenia.
2. Rak szyjki macicy jest wyznacznikiem jakości systemu opieki medycznej. Od 1990 do 2010 r. liczba zgonów z powodu raka szyjki macicy spadła w naszym kraju z 7,6 do 5,2 na 100 000. kobiet. Pomimo takiej poprawy jesteśmy daleko poza liderami w tej dziedzinie; w Finlandii liczba zgonów wynosi 1 na 100 000. Polski program screeningu nadal nie pokrywa odpowiednio dużej części populacji i nie widać postępu na tym polu. Nie widać również korelacji pomiędzy odsetkiem populacji objętym nadzorem a zachorowalnością i umieralnością. Szczepienia zmniejszające ryzyko infekcji HPV pomimo szeregu danych opartych na randomizowanych badaniach klinicznych oraz dostępnych danych z programu realizowanego w Australii, nie są częścią narodowego programu szczepień. Równocześnie realizowane są liczne lokalne programy szczepień przeciwko HPV posiadające pozytywne opinie AOTM. W ostatnich latach w leczeniu operacyjnym nastąpił znaczny postęp w le-

czeniu oszczędzającym chorych w stopniu IA1-IIA1(>2 cm) poprzez wprowadzenie trachelektomii. Wprowadzono leczenie oszczędzające unerwienie wegetatywne oraz zastosowano roboty. W leczeniu choroby zaawansowanej (IVA lub wznowa) zastosowanie systemowo bewacizumabu w połączeniu z chemioterapią u pacjentek nieleczonej wcześniej wydłużyło medianę czasu do progresji oraz medianę całkowitego czasu przeżycia.

3. W raku jajnika sytuacja epidemiologiczna jest stabilna, równocześnie nadal nie wykazano skutecznej formy screeningu nawet przy bardzo intensywnym nadzorze. W Polsce możemy pochwalić się skutecznym programem opieki nad rodzinami wysokiego dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe, co dzięki zabiegom profilaktycznego usuwania jajników i jajowodów jest obecnie jedyną drogą skutecznego zmniejszenia ryzyka zachorowania na raka jajnika. Postęp w leczeniu jest niewielki i obecnie dotyczy chemioterapii z zastosowaniem bewacizumabu w I linii leczenia. Wydaje się, że leczenie antyangiogenne daje obecnie największe szanse na poprawę przeżycia. Zastosowanie chemioterapii z cotygodniowym podawaniem paklitakselu nie poprawiło wyników leczenia.
4. W przypadku raka endometrium od 2 dekad obserwujemy wzrost zachorowalności i należy liczyć się utrzymywaniem tego trendu przy stabilnym lub niewielkim wzroście poziomu umieralności. Pomimo dobrego rokowania wznowy występują u ponad 20% chorych. Na podstawie szeregu badań klinicznych zdefiniowano pojęcie wczesnej postaci raka endometrium co pozwala ograniczyć zakres zabiegu oraz wykazano szkodliwość radioterapii u młodych kobiet w 20 lat po naświetleniu. W ostatnich latach udowodniono bezpieczeństwo chirurgii laparoskopowej oraz potwierdzono, że schemat 2-lekowy jest równie skuteczny przy mniejszej toksyczności.
Dziękuję za uwagę.

Prof. Janusz Szymborski

Bardzo dziękuję Panu Docentowi oraz Pani Prof. J. Markowskiej za przedstawienie wielu bardzo aktualnych i ważnych informacji na temat epidemiologii, prewencji i leczenia nowotworów narządu rodno u kobiet. Z kolei dr Joanna Didkowska, kierująca Krajowym Rejestrem Nowotworów w Centrum Onkologii w Warszawie, przedstawi pracę pt. „Prognozy rozwoju chorób nowotworowych w Polsce”.

Dr Joanna Didkowska

Szanowni Państwo,

Choroby nowotworowe są problemem, który występuje we wszystkich ludzkich populacjach. Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia w 2008 r. 12,4 mln ludzi zachorowało na nowotwór, 28 mln żyło z chorobą nowotworową, a prawie 8 mln osób zmarło. Nowsze opracowanie dotyczące danych za 2012 r. szacuje liczbę zachorowań na świecie na 14 milionów, zgonów na ponad 8 mln, a liczbę osób żyjących z diagnozą nowotworu na ponad 32 mln. Ponad połowa zachorowań i dwie trzecie zgonów dotyczy osób z krajów o niskich i średnich dochodach.

Choroby nowotworowe nie występują ze stałą częstością w czasie życia. Opisując zależność częstości występowania nowotworów od wieku często określa się ją mianem krzywej J. Zachorowania (czy zgony) na choroby nowotworowe wśród najmłodszych dzieci (0–4 lat) występują z częstością ponad 3 na każde 100 000 populacji w tym wieku. W kolejnych dwóch grupach wiekowych (5–9 i 10–14 lat) zachorowalność nie przekracza wartości charakterystycznych dla najmłodszej grupy wiekowej, po czym zaczyna wykładniczo wzrastać. Do 30 roku życia liczba zachorowań i zgonów nie przekracza 10 na 100 000 mieszkańców. W ciągu kolejnych dwóch dekad życia ryzyko zachorowania wzrasta 10-krotnie i około 50 roku życia wynosi 100 na 100 000 populacji. Wśród osób po 65 roku życia liczba zachorowań ponownie wzrasta 10-krotnie, do ponad 1000 na 100 000 ludności.

W polskiej populacji rocznie notuje się około 150 tys. zachorowań rocznie – w 2011 r. 71,8 tys. u mężczyzn i 72,6 tys. u kobiet. W populacji mężczyzn najczęściej diagnozuje się nowotwory płuca (20%), gruczołu krokowego (14%) i jelita grubego (12%); w populacji kobiet – nowotwory piersi (23%), jelita grubego (10%) i płuca (9%). Schorzenia te mają decydujący wpływ na obraz nowotworów w Polsce obecnie i w przyszłości.

Przedstawię prognozy zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce do 2025 r. Zmiany demograficzne (rosnący odsetek osób w starszym wieku) i zależność ryzyka zachorowania od wieku sprawiają, że można oczekiwać, biorąc pod uwagę wyłącznie te dwa czynniki, wzrostu liczby zachorowań na nowotwory. Przewidywania zmian czynników ryzyka i narażenia na nie są niezwykle trudne i bardzo trudno zbudować modele prognostyczne uwzględniające te zmiany, gdyż dotychczas nie zostały precyzyjnie określone wielkości ryzyka przypisane poszczególnym czynnikom ryzyka. Zwykle do predykcji zjawisk epidemiologicznych przyjmuje się proste modele liniowe, w których zmienna niezależna (czas) wyraża łączny wpływ wszystkich czynników oddziałujących na zachorowalność.

Przedstawiona prognoza zachorowalności została przygotowana na podstawie dwóch modeli. Dla nowotworów o rosnącej tendencji zachorowalności zastosowano funkcję liniową o następującej postaci: $case(i,t) = popu(i,t) * (\alpha(i) + \beta(i) * t)$ (gdzie $case(i,t)$ jest liczbą zachorowań w i-tej grupie wieku w okresie t, $popu(i,t)$ jest liczebnością populacji w i-tej grupie w okresie t). Dla nowotworów o malejącej tendencji zachorowalności zastosowano funkcję: $case(i,t) = popu(i,t) * \exp(\alpha(i) + \beta(i) * t)$. Obliczenia zostały wykonane przy użyciu pakietu STATA (<http://www.enchr.com.fr/...>).

Za bazę prognozy przyjęto historyczne trendy zachorowalności na nowotwory złośliwe w Polsce z lat 1980–2006, przy czym dla niektórych lokalizacji okres ten był krótszy ze względu na zmiany kierunku trendu lub tempa wzrostu (spadku). Dane dotyczące zachorowań pochodzą z bazy danych Krajowego Rejestru Nowotworów. Wszystkie dane dotyczące ludności (zarówno historyczne, jak i prognoza) pochodzą z materiałów Głównego Urzędu Statystycznego. Wyniki przedstawiono dla trzech najczęstszych nowotworów u każdej płci: u mężczyzn – rak płuca, rak gruczołu krokowego i rak jelita grubego; u kobiet – rak piersi, rak jelita grubego i rak płuca. Dodatkowo, ze względu na prowadzony od 2006 r. populacyjny program badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy, do analizy włączono również zachorowalność na ten nowotwór.

Omówienie wyników analiz rozpocznę od **nowotworów złośliwych ogółem**. Określenie „nowotwory złośliwe ogółem” oznacza grupę ponad 100 różnych schorzeń onkologicznych. Dane epidemiologiczne wskazują, że na trendy czasowe zachorowalności (i umieralności) na nowotwory złośliwe ogółem bardzo silnie wpływają nowotwory najczęściej występujące w populacji. W populacji mężczyzn trendy zachorowalności na nowotwory złośliwe ogółem determinują nowotwory płuca (20% zachorowań), natomiast w populacji kobiet nowotwory piersi (również 20% zachorowań). Zachorowalność na nowotwory złośliwe u mężczyzn w Polsce w ciągu najbliższych dwóch dekad będzie wykazywała spadek (z 250 na 100 000 populacji w 2006 r. do 236 w 2025 r.). Liczba nowych zachorowań u mężczyzn do 2025 r. będzie rosła (do około 92 tys.). Wśród kobiet spodziewany jest wzrost zarówno liczby zachorowań (do około 84 tys. w 2025 r.), jak i współczynników (z 189 w 2006 r. do 215 na 100 000 populacji w 2025). Wśród młodych dorosłych (20–44 lata) od wielu lat zachorowalność na nowotwory złośliwe ogółem była wyższa wśród kobiet. Prognozy wskazują na pogłębianie się tego zjawiska zarówno we współczynnikach, jak i w liczbach bezwzględnych. Wśród młodych mężczyzn oczekiwany jest spadek wartości współczynników z 48 na 100 000 populacji w 2006 r. do 37 na 100 000 populacji w 2025 r. Liczba zachorowań zmniejszy się do około 2,2 tys. w 2025 r. (wobec 3,2 tys. w 2006 r.). W populacji młodych kobiet spodziewany jest wzrost zarówno współczynników (79 na 100 000 populacji w 2025 r. wobec 74 w 2006 r.), jak i liczby zachorowań – do około 6 tys. w 2020 r. i 5,7 tys. w 2025 r. (wobec 5,2 tys. w 2006 r.). W populacji osób w średnim wieku (45–64 lat) od 1994 r., ze względu na rozbieżne trendy zachorowalności (podobnie jak wśród młodych dorosłych), prognoza wskazywała, że w 2010 r. należało spodziewać się wyższych współczynników zachorowalności na nowotwory złośliwe u kobiet (528 na 100 000) niż u mężczyzn (519 na 100 000) oraz pogłębiania się różnicy wartości współczynników na niekorzyść kobiet (odpowiednio 613 na 100 000 populacji i 441 w 2025 r.). Wśród mężczyzn w tej grupie wiekowej najwyższa liczba zachorowań była spodziewana w 2010 r. (28,3 tys.), a w kolejnych latach należy spodziewać się spadku liczby zachorowań (do 22,6 tys. w 2025 r.). W populacji kobiet prognoza wskazuje na dalszy wzrost liczby zachorowań (do około 32 tys. w 2025 r.). Prognoza zachorowalności w najstarszej grupie wiekowej (po 65 roku życia) wskazuje na wzrost wartości współczynników u obu płci. U mężczyzn w 2025 r. współczynniki zachorowalności osiągną poziom 1920 na 100 000 populacji (wobec 1790 w 2006 r.), u kobiet 961 na 100 000 populacji (wobec 914 w 2006 r.). Liczba zachorowań w 2025 r. zwiększy się u mężczyzn do około 67 tys. (w 2006 r. 36 tys.) i do 46 tys. u kobiet (30 tys. w 2006 r.).

Jeżeli chodzi o **nowotwory złośliwe jelita grubego**, to prognoza zachorowalności wskazuje na wzrost współczynników u obu płci, szybszy w populacji mężczyzn. Przewidywana wartość współczynnika zachorowalności w 2025 r. wynosi 38 na 100 000 populacji u mężczyzn (wobec 29 w 2006 r.) i 19 na 100 000 populacji u kobiet (wobec 17 w 2006 r.). Oszacowana liczba zachorowań u mężczyzn będzie prawdopodobnie dwukrotnie wyższa w 2025 r. (15 tys.) niż w 2006 r. (7,6 tys.). W populacji kobiet wzrost liczby zachorowań na raka jelita grubego wynosiłby około 50% (6 tys. w 2006 r. wobec 9 tys. w 2025 r.). Wśród młodych dorosłych (25–44 lat) zmiana zachorowalności do 2025 r. będzie stosunkowo niewielka (u mężczyzn prawdopodobnie pozostanie

na poziomie 4 na 100 000 populacji, u kobiet na poziomie 3,5 na 100 000 populacji). Liczba zachorowań wzrośnie nieznacznie: u mężczyzn z 217 w 2006 r. do 245 w 2025 r., u kobiet odpowiednio z 182 w 2006 r. do 210 w 2025 r. Wśród mężczyzn w średnim wieku (45–64 lat) prognozowany jest szybki wzrost zachorowalności (z 60 na 100 000 populacji w 2006 r. do 75 na 100 000 populacji w 2025 r.) i liczby zachorowań (z 2,7 tys. w 2006 r. do 3,8 tys. w 2025 r.). Wśród kobiet w średnim wieku przewidywana wartość współczynnika zachorowalności w 2025 r. wynosi 46 na 100 000 populacji (wobec 39 na 100 000 populacji w 2006 r.). Liczba zachorowań wzrośnie prawdopodobnie z 2 tys. w 2006 r. do 2,4 tys. w 2025 r. Zachorowalność na nowotwory jelita grubego w najstarszej grupie wieku (osoby powyżej 65 roku życia) wśród mężczyzn wzrośnie w 2025 r. do poziomu 330 na 100 000 populacji u mężczyzn (236 na 100 000 populacji w 2006 r.) i do 135 na 100 000 populacji u kobiet (118 na 100 000 populacji). Przyrost liczby zachorowań będzie największy w tej grupie wiekowej – u mężczyzn z 4,7 tys. w 2006 r. do ponad 11 tys. w 2025 r.; u kobiet z 4 tys. w 2006 r. do 6,5 tys. w 2025 r.

Jeżeli chodzi o **nowotwory złośliwe płuca**, to prognoza współczynników zachorowalności wśród mężczyzn wskazuje na kontynuację rozpoczętego w 1994 r. spadku (z poziomu 77 na 100 000 populacji). W 2006 r. zachorowalność wynosiła 59 na 100 000, natomiast do 2025 r. przewidywany jest spadek wartości współczynnika do 39 na 100 000 populacji. W populacji kobiet utrzymanie dotychczasowych trendów zachorowalności spowoduje wzrost współczynników z 15 na 100 000 populacji w 2006 r. do 20 w 2025 r. Liczba zachorowań u mężczyzn, mimo znacznego spadku współczynników zachorowalności, będzie nadal rosła (z 15,2 tys. w 2006 r. do 15,8 tys. w 2025 r.). W populacji kobiet przewidywany jest znaczący wzrost liczby zachorowań na raka płuca – z 5 tys. w 2006 r. do 7,7 tys. w 2025 r. Wśród młodych dorosłych (30–44 lat) spodziewany jest spadek zachorowalności u obu płci, przy czym należy spodziewać się zrównania współczynników zachorowalności mężczyzn i kobiet około 2020 r. (do poziomu około 2,3 na 100 000 populacji). Współczynniki zachorowalności w 2025 r. u mężczyzn zmniejszą się do poziomu około 1,5 na 100 000 populacji (6,3 w 2006 r.), u kobiet do poziomu 2 na 100 000 populacji (3,4 w 2006 r.). Liczba zachorowań w 2025 r. została oszacowana na 70 u mężczyzn i 97 u kobiet. Wśród osób w średnim wieku (45–64 lat) przewidywane jest wyrównanie wartości współczynników zachorowalności u mężczyzn i kobiet. W 2006 r. wartość współczynnika dla mężczyzn wynosiła 141 na 100 000 populacji, natomiast dla kobiet – 47. W 2025 r. oszacowana wartość współczynników wyniesie odpowiednio 80 i 69 na 100 000 populacji. Przewiduje się, że do 2025 r. liczba zachorowań na raka płuca w tej grupie wiekowej zmniejszy się u mężczyzn do 4 tys. (wobec 6,4 tys. w 2006 r.), natomiast u kobiet zwiększy się do 3,7 tys. (wobec 2,5 tys. w 2006 r.). W najstarszej grupie wieku nadal należy spodziewać się rozpoczętego w 1996 r. spadku zachorowalności u mężczyzn i kontynuacji wzrostu u kobiet. Współczynnik zachorowalności w 2025 r. został oszacowany na 333 na 100 000 populacji dla mężczyzn (437 w 2006 r.) i 85 na 100 000 populacji dla kobiet (78 w 2006 r.). Liczba zachorowań w najstarszej grupie wiekowej zwiększy się do 2025 r. u obu płci: do 11,7 tys. u mężczyzn (wobec 8,5 tys. w 2006 r.) i 3,9 tys. u kobiet (2,5 tys. w 2006 r.).

Prognoza na lata 2010–2025 wskazuje na wzrost zachorowalności na **nowotwory złośliwe piersi** do około 60 na 100 000 populacji w 2025 r. (z 44 w 2006 r.). Prognozowana na 2025 r. liczba zachorowań na nowotwory piersi (około 21 tys.) jest ponad o 50% większa niż obserwowana w 2006 r. (13,2 tys.). U kobiet przed menopauzą (0–49 lat) wzrost zachorowalności prawdopodobnie będzie niewielki (z 16 na 100 000 populacji w 2006 r. do 19 w 2025 r.), a liczba zachorowań wzrośnie do 1900 (wobec 1400 w 2006 r.). Największego przyrostu zachorowalności należy spodziewać się w grupie kobiet objętych populacyjnymi badaniami przesiewowymi (50–69 lat): wzrost z 160 na 100 000 populacji w 2006 r. do 250 w 2025 r. W tej grupie liczba zachorowań przekroczy 10,5 tys. (w 2006 r. odnotowano 7,3 tys. zachorowań). Wśród kobiet po 70 roku życia przewidywany wzrost zachorowalności jest wolniejszy niż wśród kobiet w średnim wieku: z 140 na 100 000 populacji w 2006 r. do 158 w 2025 r. Liczba zachorowań w najstarszej grupie wiekowej zwiększy się do 8,5 tys. (4,5 tys. w 2006 r.).

Co do **nowotworów złośliwych szyjki macicy**, to częstość ich występowania w Polsce zmniejsza się we wszystkich grupach wiekowych od ponad trzech dekad. Współczynnik zachorowalności dla całej populacji wynoszący w 2006 r. 11 na 100 000 populacji zmniejszy się do 8 w 2025 r., o ile utrzymają się dotychczasowe tendencje. Oczekiwany spadek zachorowalności w najmłodszej grupie wiekowej (25–44 lat) może spowodować, że wartość współczynnika zachorowalności w 2025 r. będzie wynosiła około 5 na 100 000 populacji (wobec 11 na 100 000 populacji w 2006 r.). Wśród kobiet w średnim wieku oczekiwany w 2025 r. poziom zachorowalności będzie wynosił około 28 na 100 000 populacji (w 2006 r. 34). W najstarszej grupie wiekowej spodziewany jest największy spadek zachorowalności: z 27 na 100 000 populacji w 2006 r. do 15 w 2025 r. W 2006 r. zarejestrowano 3226 zachorowań na raka szyjki macicy. W 2025 r. można spodziewać się około 2400 zachorowań, z tego około 290 w grupie 25–44 lat (w 2006 r. 583 zachorowania), w grupie 45–64 lat około 1400 zachorowań (w 2006 r. 1784) i w grupie powyżej 65 roku życia około 700 zachorowań (w 2006 r. 847).

Jeżeli chodzi o **nowotwory złośliwe gruczołu krokowego**, to większość zachorowań i zgonów z powodu raka gruczołu krokowego w polskiej populacji występuje u starszych mężczyzn. W 2006 r. 75% zachorowań miało miejsce po 65 roku życia, przed 45 rokiem życia występuje poniżej 1% zachorowań i zgonów. Prognozę zachorowalności ograniczono zatem do dwóch grup wiekowych (45–64 lata i powyżej 65 lat). Zachorowalność na nowotwory gruczołu krokowego od lat 90. ubiegłego wieku wzrastała bardzo szybko (ponad 5% rocznie w całej populacji, prawie 9% wśród mężczyzn w średnim wieku i 4,5% wśród najstarszych mężczyzn. Kontynuacja tych trendów sprawi, że 2025 r. zachorowalność osiągnie poziom ponad 50 na 100 000 populacji (wobec 27 na 100 000 populacji w 2006 r.). Wśród mężczyzn w średnim wieku (45–64 lat) przewiduje się wzrost zachorowalności z 44 na 100 000 populacji do około 100 w 2025 r. W najstarszej grupie wiekowej (powyżej 65 roku życia) można oczekiwać wzrostu zachorowalności z 269 na 100 000 populacji w 2006 r. do ponad 500 w 2025 r. Wzrost zachorowalności wraz ze starzeniem się populacji również wśród mężczyzn może przynieść znaczny wzrost liczby zachorowań. W 2025 r. można oczekiwać ponad 22 tys. zachorowań (7154 w 2006 r.), z tego około 5000 wystąpi u męż-

czynn w średnim wieku (1787 w 2006 r.) i ponad 17 tys. u mężczyzn powyżej 65 roku życia (5349 zachorowań w 2006 r.).

Podsumowując prezentowane wyniki analiz należy podkreślić, że prognoza zjawisk zdrowotnych jest narzędziem równie koniecznym, co ułomnym. Prognozowanie zachorowalności, a szczególnie liczby zachorowań, ma podstawowe znaczenie dla tworzenia strategii zdrowotnych państwa oraz przewidywania przyszłych kosztów ponoszonych przez społeczeństwo. Mówiąc o kosztach należy brać pod uwagę zarówno koszty bezpośrednie (leczenie), jak i pośrednie (wynikające z utraty ról społecznych przez osoby chore). Przewidywanie zjawisk dotyczących zdrowia jest jednak niezwykle trudne ze względu na fakt, że nie znamy wszystkich czynników determinujących dane zjawisko (lub nie potrafimy ich zmierzyć). Znajomość czynników ryzyka danego schorzenia nie oznacza niestety, że potrafimy skwantyfikować jego poziomy i wprowadzić je do modelu prognostycznego. Wyjątkiem jest rak płuca, dla którego znany jest podstawowy czynnik ryzyka odpowiedzialny w Polsce za 93% tych nowotworów u mężczyzn i 74% u kobiet.

Dobrym przykładem ilustrującym powyższe stwierdzenia byłaby prognoza raka płuca w populacji mężczyzn przeprowadzona na bazie lat 1980–1991, kiedy nowotwory te charakteryzowała się znacząca tendencja rosnąca. Prognoza oparta na tym okresie przewidywałaby dla 2011 r. zachorowalność wśród mężczyzn na poziomie 112 na 100 000 populacji i około 21 tys. zachorowań. Rzeczywista zachorowalność w 2011 r. wynosiła 50 na 100 000 populacji, a liczba zachorowań 14,5 tys. Predykcja oparta na modelu symulacyjnym, w którym wykorzystane zostały znane wskaźniki ryzyka przypisane nawykom palenia w populacji, pozwoliła stworzyć wiele wariantów przyszłej zachorowalności (umieralności) w zależności od przyjętych scenariuszy częstości palenia w populacji. Prognoza symulacyjna dla populacji mężczyzn sprawdza się w scenariuszu, w którym zakładano, że co 5 lat 10% osób w wieku 10–24 lat rozpocznie palenie i jednocześnie 20% palących w całej populacji trwale rezygnuje z palenia (rys. 6.25), a ten okazał się zgodny z zachodzącymi w Polsce zmianami nawyków palenia wśród mężczyzn. Liczba palących mężczyzn w latach 1996–2009 zmniejszyła się o ponad 2,2 mln, a odsetek palących mężczyzn zmniejszył się o 10 punktów procentowych (z 47,3% w 1996 r. do 37,9% w 2009 r.).

Podobne zjawisko można prześledzić w przypadku nowotworów gruczołu krokowego. Średnie tempo wzrostu zachorowalności w latach 1965–1995 wynosiło 3,2%, w latach 1981–1995 – 3,8% (indeksy łańcuchowe) i gdyby utrzymało się w kolejnych latach, spowodowałyby odpowiednio inny wzrost współczynników zachorowalności w kolejnych latach. Rzeczywisty przebieg zachorowalności zupełnie odbiega od hipotetycznego opartego na trendzie liniowym. Częstość rozpoznawania raka stercza wzrosła gwałtownie we wszystkich krajach, w których do diagnostyki tych nowotworów wprowadzono powszechny dostęp do oznaczania poziomu antygenu sterczowego (PSA) we krwi i ultrasonografii przezodbytnicznej (TRUS), a tego nie można było przewidzieć.

Raport Światowej Organizacji Zdrowia z 2008 r. wskazuje, że przyszłe zagrożenie nowotworami populacji krajów rozwiniętych i rozwijających się będzie wynikało głównie z tempa wzrostu udziału osób starszych w populacji tych krajów. Według przedstawionych prognoz liczba zachorowań na nowotwory w Europie wzrośnie z 3,4 mln w 2008 r. do 4,1 mln w 2030 r. w wariantcie zakładającym niezmiennosc

obecnych współczynników oraz do 5,5 mln zachorowań w wariantcie zakładającym 1% roczny wzrost współczynników. Oznacza to, że 0,7 miliona zachorowań w Europie będzie wyłącznie efektem starzenia się populacji.

Prezentowane prognozy zachorowalności na nowotwory w Polsce są również bardzo silnie determinowane wielkością i strukturą wiekową populacji w przyszłości, gdyż wiek jest niezależnym czynnikiem ryzyka w większości nowotworów, zarówno ze względu na długość ekspozycji na czynniki karcinogenne, jak i zaburzenia procesów odnowy i naprawy w komórce. Prezentowane oszacowanie przyszłej liczby zachorowań wskazuje, że 80% pacjentów i 65% pacjentek przekroczy 65 rok życia, a liczba zachorowań wynikająca wyłącznie ze zmiany struktury wieku polskiej populacji będzie wynosić około 27% u mężczyzn i 23% u kobiet (razem około 47 tys. osób).

Mimo wszystkich zastrzeżeń, prognoza liczby zachorowań (dla planowania) oraz zachorowalności (dla epidemiologii, między innymi jako narzędzie kontroli skuteczności profilaktyki pierwotnej) jest niezwykle ważnym elementem pozwalającym wdrożyć działania, które pomogą przygotować się na rosnącą liczbę zachorowań (ekonomia, ochrona zdrowia – kadry, zaplecze, hospicja) przy zmniejszającej się liczbie osób młodych.

Dziękuję za uwagę.

Prof. Janusz Szymborski

Bardzo dziękuję Pani Doktor. To niezwykle interesująca prezentacja. Jest to także problematyka bliska moim zainteresowaniom naukowym. Przed 5 laty, wspólnie z Panią dr Grażyną Marciniak, obecnie Wiceprezes GUS, opublikowaliśmy pracę, pt. „Przyszłość demograficzna a ochrona zdrowia”, w której oszacowaliśmy wzrost zachorowalności i umieralności na nowotwory związany z procesem starzenia się ludności. Te badania są kontynuowane a mogą być bardzo pomocne, podobnie jak wyniki prezentacji Pani Doktor, w budowaniu długofalowej polityki zdrowia publicznego nakierowanej na zwalczanie nowotworów złośliwych. Ostatnim, lecz szczególnie ważnym, referentem jest Pan Jacek Gugulski, Prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych, którego prezentacja nosi tytuł „Leczenie raka w Polsce z perspektywy pacjenta”.

Leczenie raka w Polsce z perspektywy pacjenta – Jacek Gugulski

Panie Przewodniczący, Szanowni Państwo,

Przede wszystkim chciałbym podziękować organizatorom konferencji za zaproszenie i możliwość prezentacji stanowiska Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych (PKPO). To jest wspólny głos ponad 100 tysięcy pacjentów onkologicznych w Polsce zrzeszonych w 22 stowarzyszeniach. PKPO działa w interesie 450 tysięcy pacjentów onkologicznych w Polsce oraz w interesie setek tysięcy tych osób, które zachorują w nadchodzących latach. Wspólnie działamy na rzecz poprawy sytuacji chorych onkologicznie w naszym kraju. Misją Koalicji jest poprawa statystyk dotyczących przeżycia chorych z chorobami nowotworowymi w Polsce, dzięki wdrożeniu najwyższych standardów diagnostyki i terapii nowotworów. Podpisanie Aktu Fundacyjnego Polskiej

Koalicji Pacjentów Onkologicznych nastąpiło 11 lutego 2009 roku, kiedy przypadła XVII Światowy Dzień Chorego, w Warszawie. Założycielami zostały cztery stowarzyszenia: Federacja Stowarzyszeń „Amazonki”, Stowarzyszenie Wspierające Chorych na Chłoniaki „Sowie Oczy”, Ogólnokrajowe Stowarzyszenie Pomocy Chorym na Przewłękła Białaczkę Szpikową oraz Polskie Towarzystwo Stomijne POL-ILKO. Podstawowymi celami fundacji są:

- wszechstronne wspieranie i współpraca z organizacjami pacjentów onkologicznych,
- kreowanie wspólnej polityki zdrowotnej,
- reprezentacja organizacji członkowskich w kontaktach z instytucjami publicznymi,
- wymiana doświadczeń i przykładów dobrych praktyk w celu wzmocnienia organizacji pacjentów onkologicznych na poziomie krajowym i europejskim.

Ideę działalności PKPO wyraża hasło „Nic o nas bez nas – rzetelne partnerstwo”. Doświadczenia ubiegłych lat, gdy system finansowania onkologii w Polsce nie wytrzymał konfrontacji z niebywałym postępem diagnostyki i terapii chorób nowotworowych, udowodniły nam jak ważny jest dialog z decydentami. Jesteśmy odpowiedzialnym partnerem owego dialogu. Aby podołać wyzwaniom w tak trudnym czasie, postanowiliśmy stworzyć możliwie najpełniejszą reprezentację organizacji pacjentów onkologicznych, jako odpowiedzialnego i silnego uczestnika dialogu z osobami kreującymi politykę zdrowotną w naszym kraju. Od września 2009 r. jesteśmy członkiem European Cancer Patient Coalition. Chcąc mówić jednym głosem w imieniu wszystkich grup pacjentów z rakiem, zarówno tych dotkniętych najczęściej diagnozowanymi, jak i najrzadszymi nowotworami, zabiegamy o dostęp do skuteczniejszych metod diagnostyki i innowacyjnych terapii. Koalicja dąży do tego, by ustawodawcy, politycy, pracownicy ochrony zdrowia, dziennikarze i opinia publiczna uznali powagę zagrożenia chorobami nowotworowymi wspierając wszystkie działania mogące zmniejszyć skalę cierpienia chorych i liczbę osób każdego dnia przegrywających walkę o życie. Kluczowym obszarem zainteresowania PKPO jest działanie na rzecz poprawy statystyk dotyczących przeżycia chorych z chorobami nowotworowymi w Polsce dzięki wdrożeniu standardów europejskich. Dziś zachorowalność na raka w Polsce wynosi 160 tysięcy osób rocznie. Corocznie z powodu nowotworów umiera 90 tysięcy osób. Tymczasem nakłady na onkologię w naszym kraju znacząco odbiegają od średniej europejskiej. Wydatki na onkologię w krajach Unii Europejskiej wynoszą średnio 148 euro na jednego mieszkańca, przy czym Niemcy, Szwecja, Francja przeznaczają na ten cel ponad 200 euro a Polska zaledwie 41 euro.

Działania długofalowe PKPO obejmują inicjatywy na rzecz nadania onkologii priorytetowego znaczenia w ochronie zdrowia, działania na rzecz dialogu w sprawach zdrowia, a także kampanie edukacyjne z wykorzystaniem nowoczesnych środków przekazu, w tym Internetu.

Projekt „RAK PUBLICZNY PRIORYTET” był realizowany w 2012 roku. W lutym zleciliśmy IPSOS badania opinii publicznej, w kwietniu przedstawiliśmy wyniki badań podczas Forum Pacjentów Onkologicznych, w maju dwanaście organizacji pacjentów złożyło swoje postulaty na ręce Prezydenta, Premiera oraz Ministra Zdrowia, w sierp-

niu 2012 r. odbyło się pierwsze spotkanie w Ministerstwie Zdrowia dotyczące możliwości wprowadzeniu priorytetu dla onkologii w systemie ochrony zdrowia i był to początek regularnych prac w mniejszych grupach roboczych.

Inicjatywa „DIALOG DLA ZDROWIA” została zaproponowana przez Ogólnopolską Federację Stowarzyszeń Reumatyków „REF” i w formie regularnych spotkań roboczych zyskała aprobatę Ministra Zdrowia. W trakcie II Forum Organizacji Pacjentów Onkologicznych w maju 2013 r., przedstawiciele wszystkich aktywnie działających organizacji pacjentów dotkniętych chorobą nowotworową mogli wymienić poglądy i przedstawić postulaty ekspertom systemu opieki zdrowotnej, przedstawicielom towarzystw naukowych, parlamentarnych komisji zdrowia i instytucji rządowych. Na podstawie szerokiej debaty zostały sformułowane propozycje interwencji w obszarach najbardziej dla pacjenta dolegliwych. Forum było też głosem za partnerskim udziałem organizacji pacjentów w procesach decyzyjnych, ważnych dla naszego życia i zdrowia. Merytorycznej dyskusji w czasie II FORUM towarzyszyła intensywna oprawa medialna: materiały prasowe, wywiady, spotkania z dziennikarzami.

Celem kampanii „Rak. To się leczy!” jest przekonanie Polaków do badań, nauczanie ich, że rak jest chorobą, którą można skutecznie leczyć. Kampania pragnie także obalić szkodliwe stereotypy związane z rakiem, przełamać lęk przed nowotworem i zmienić język opisujący go. Zaprosiliśmy znanych i lubianych aktorów z różnych pokoleń, aby zachęcali Polaków do badań. Mówimy językiem lekkim, filmowym o sprawach nielekkich. Ale właśnie o to chodzi, aby edukować bez straszenia i pokazywać, że badanie daje nadzieję na wyleczenie. Taka edukacja, włożona w usta Ewy Szykulskiej, Stanisława Mikulskiego, Cezarego Pazury, Jarosława Boberka a przede wszystkim Jerzego Stuhra, który pokonał raka, jest najbardziej przekonująca. Internetowe RADIO POZYTYW tworzone jest przez pacjentów onkologicznych dla nich samych i ich rodzin.

Cykl szkoleń i warsztatów organizowanych przez PKPO w ramach AKADEMII DOBRYCH PRAKTYK, przeznaczony jest dla liderów organizacji pacjentów onkologicznych. Akademia ma na celu wzrost kompetencji w prowadzeniu organizacji pacjentów i budowaniu wolontariatu, a także wzrost umiejętności pacjentów w zakresie współpracy z lekarzami, decydentami i mediami. Na podkreślenie zasługuje fakt, że dzięki inicjatywie związanej przy udziale PKPO „Koalicji dla Wolontariatu”, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej wycofało się z pomysłu likwidacji wolontariatu w służbie zdrowia, co zagrażało misji niesienia pomocy, m.in. chorym onkologicznie.

PKPO jest partnerem Obywatelskiego Porozumienia na Rzecz Onkologii zainicjowanego przez Fundację Wygrajmy Zdrowie (Szymon Chrostowski) oraz Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej (ks. Arkadiusz Nowak). Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych włącza się aktywnie w ten projekt, który ma pokazać potrzebne zmiany z punktu widzenia pacjenta.

Przedmiotem szczególnego zainteresowania PKPO jest zjawisko wykluczania pacjentów onkologicznych. Ogólnopolska kampania „PACJENT WYKLUCZONY” zwraca uwagę, że pacjent wykluczony jest osobą chorą, która:

- nie znajduje odpowiedniej opieki w systemie zdrowotnym,
- pozbawiona jest dostępu do rzetelnej informacji,

- ma utrudniony dostęp do leczenia w istniejącym systemie opieki zdrowotnej,
- zbyt długo oczekuje na postawienie rozpoznania choroby nowotworowej,
- nie ma dostępu do konsultacji specjalistycznych,
- zbyt długo oczekuje na pobranie wycinków do badania histopatologicznego,
- zbyt długo oczekuje na operację, chemioterapię, naświetlanie,
- doznaje poparzeń w czasie naświetlania z różnych powodów, w tym także z powodu przestarzałej, źle działającej aparatury,
- nie znajduje odpowiedniej opieki w stanie terminalnym.

PKPO dysponuje licznymi przykładami dokumentującymi zjawisko wykluczania pacjentów onkologicznych z bardzo różnych przyczyn. Oto niektóre z nich:

- chłopiec w wieku 12 lat chorujący na nowotwór podścieliskowy przewodu pokarmowego wykluczony z leczenia lekiem celowanym z powodu braku refundacji – terapia dostępna tylko dla dorosłych;
- 35 letni chory na hemofilię, u którego rozpoznano nowotwór wątroby oczekujący na operację chirurgiczną 55 dni;
- chory z rozpoznaniem nowotworu krwi czekający na wizytę do hematologa półtora miesiąca;
- chory z nowotworem żołądka odsyłany ze szpitala do szpitala z powodu bakterii uniemożliwiającej operację chirurgiczną – operacja odwołana;
- 56 letnia chora na raka piersi, z rozsianymi przerzutami, zakwalifikowana do opieki paliatywnej – mąż dostaje informację, że żona zostanie wypisana do domu i że rodzina musi zapłacić za transport karetką;
- 69 letni chory na raka krtani oczekujący na radioterapię 86 dni.

Według PKPO przyczyn wykluczenia pacjentów onkologicznych poszukiwać należy w obowiązujących placówki onkologiczne limitach, w niepotrzebnej hospitalizacji związanej ze sposobem finansowania świadczeń – pacjent musi leżeć w szpitalu dłużej, bo to jakoś spina budżet szpitala. W celu przeciwdziałania opisanemu zjawisku wykluczenia PKPO prowadzi szkolenia dla liderów organizacji pacjenckich w Polsce. Kampania oparta jest na synergii, połączeniu sił liderów organizacji. W szesnastu województwach, w zależności od miejsca zamieszkania, chora osoba ma możliwość kontaktu z liderem lokalnej organizacji, którego zadaniem jest koordynowanie kontaktu pacjenta z kancelarią prawną, pomoc pacjentowi wykluczonemu, w formie informacji o kampanii, kontakt z koordynatorem liderów organizacji.

Szanowni Państwo, na podstawie zgromadzonych przez PKPO danych na temat funkcjonowania systemu opieki onkologicznej, proponujemy szereg kroków zaradczych, których wspólną cechą jest zasada „PACJENT MUSI BYĆ W CENTRUM UWAGI”:

- zastąpienie drogiego leczenia szpitalnego tańszym ambulatoryjnym wedle zasady „JEŚLI PACJENT MOŻE CHODZIĆ NIE POWINIEN LEŻEĆ”;
- wprowadzenie właściwej wyceny procedur onkologicznych wedle zasady „NIE ZA WYSOKO NIE ZA NISKO”;
- właściwe wykorzystanie sprzętu, aby wyeliminować praktykę – „JEST SPRZĘT NIE MA PIENIĘDZY NA OBSŁUGĘ.”;

- właściwe wykorzystanie potencjału osobowego lekarzy onkologów, hematologów, urologów, chirurgów onkologicznych;
- opracowanie ścieżki dla pacjenta, aby po rozpoznaniu nie zniknął z pola widzenia;
- wykorzystanie badań molekularnych do właściwego precyzyjnego leczenia zindywidualizowanego;
- zniesienie limitów w leczeniu onkologicznym;
- zmiana zasad realizacji Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych z nastawieniem na poprawę zgłaszalności na badania przesiewowe.

Dziękuję za uwagę.

Prof. Janusz Szymborski

Bardzo dziękuję Panu Prezesowi. Nawiążę tu do mego wcześniejszego stwierdzenia podkreślającego wagę ocen prezentowanych przez ludzi, którzy osobiście zmagali się z nowotworem złośliwym. Te oceny są równie istotne jak wyniki badań i dyskusji naukowców. Poznaliśmy szeroką gamę takich ocen i wyników badań, które posłużą do wypracowania możliwie najbardziej spójnego stanowiska w sprawie problemów polskiej onkologii. Dlatego pozwolę sobie w imieniu własnym i wszystkich organizatorów oraz z upoważnienia inicjatora tej Konferencji, Przewodniczącego RRL, prof. Zbigniewa Strzeleckiego, serdecznie podziękować wszystkim referentom i uczestnikom Konferencji.

Proponuję teraz przystąpić do kluczowego punktu programu, jakim jest dyskusja nad przekazanym Państwu projektem „Stanowiska Rządowej Rady Ludnościowej w sprawie zachorowalności i umieralności na choroby nowotworowe oraz konieczności poprawy profilaktyki i wyników leczenia pacjentów nowotworowych w obliczu wyzwań demograficznych w Polsce”.

Projekt ten powstał na podstawie opracowań, które były prezentowane na dzisiejszej konferencji. W preambule zawarte są przesłanki dowodzące zarówno potrzeby zajęcia się tą problematyką, jak i kompetencji Rządowej Rady Ludnościowej do wypracowania stanowiska odnośnie do zachorowalności i umieralności z powodu chorób nowotworowych.

W kolejnej części projektu, w dziewięciu punktach, proponujemy podsumowanie diagnozy sytuacji w polskiej onkologii na podstawie danych epidemiologicznych oraz informacji w zakresie prewencji i wyników leczenia.

Zasadniczą częścią prezentowanego projektu stanowiska RRL są ujęte w 18 punktach rekomendacje do działań, które mogą przynieść poprawę prewencji, diagnostyki i wyników leczenia ludzi chorych na nowotwory złośliwe.

W podsumowaniu Stanowiska podkreślono, że realizacja proponowanych zadań, będzie miała istotne znaczenie z demograficznego punktu widzenia, ponieważ pozwoli na ograniczenie liczby zgonów z powodu nowotworów.

Szanowni Państwo, otwieram dyskusję, która oczywiście może dotyczyć także poszczególnych referatów.

Dr J. Didkowska

Panie Profesorze, Szanowni Państwo,

Mam pewne uwagi co do przedstawionych w diagnozie danych epidemiologicznych. Proponowałabym także wprowadzenie w tej części szczypty optymizmu, bowiem w pierwszej dekadzie XXI wieku widoczny jest pewien postęp w leczeniu nowotworów w Polsce. Wskaźniki przeżywalności znacznie poprawiły się u mężczyzn – u kobiet poprawa była nieco mniejsza. Wydaje mi się również, że część zawierająca rekomendacje jest zbyt obszerna a przez to mniej spójna. Deklaruję przesłanie aktualnych danych epidemiologicznych, którymi dysponuje Krajowy Rejestr Nowotworów oraz propozycji preredagowania rekomendacji.

Dr hab. Magdalena Bielska-Lasota, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH

Moja wypowiedź dotyczy konieczności monitorowania wyników leczenia chorych na nowotwory, z zastosowaniem populacyjnych wskaźników 5-letnich przeżyć oraz potrzeby poprawy jakości danych rejestrów populacyjnych. Podstawowym narzędziem w planowaniu i ocenie wszystkich programów walki z rakiem, tak jak to się dzieje praktycznie już na całym świecie, powinna być w Polsce dostępność do danych klinicznych, w sposób umożliwiający określenie znaczenia czynników rokowniczych dominujących w populacji chorych. Pragnę podkreślić przydatność wyników badań EUROCARE i CONCORD, które umożliwiają monitorowanie trendów oraz porównania międzynarodowe.

Krzysztof Przewoźniak, Zakład Prewencji i Epidemiologii Nowotworów – Centrum Onkologii w Warszawie

Szanowni Państwo,

Mam pewne uwagi do zapisów rekomendacji. Zastanawiam się, czy nie powinniśmy podzielić je na kilka części. Po pierwsze na działania w zakresie pierwotnej i wtórnej prewencji nowotworów, po drugie działania w zakresie diagnostyki i leczenia nowotworów, po trzecie działania w zakresie badań naukowych, kształcenia kadr medycznych i monitoringu programów nowotworowych, i wreszcie działania w zakresie polityki zdrowotnej. Każdej z tych części byłyby przypisane szczegółowe zadania. Deklaruję przesłanie w tej sprawie szczegółowych propozycji.

Prof. Janusz Szymborski

Szanowni Państwo,

Bardzo dziękujemy dyskutantom za przedłożone wnioski i propozycje. Myślę, że zgodzą się Państwo z konkluzją, że, choć projekt Stanowiska jako całość nie budzi większych zastrzeżeń, to jednak powinny być wprowadzone pewne zmiany w warstwie diagnostycznej oraz zmiany dotyczące rekomendacji polegające na zweryfikowaniu niektórych danych epidemiologicznych i nadaniu większej spójności propozycjom do

działań systemowych. Proponuję zatem, by powierzyli mi Państwo zadanie przygotowania, we współpracy z wnioskodawcami, finalnego projektu Stanowiska, w którym zostaną uwzględnione zaktualizowane dane dotyczące diagnozy sytuacji w onkologii, a także pewne zmiany redakcyjne odnoszące się do kwestii rekomendacji. Wyrażam przekonanie, że będziemy w stanie projekt ten przedłożyć Prezydium RRL³.

Na zakończenie Konferencji pragnę wyrazić ogromne uznanie dla wszystkich referentów i uczestników dyskusji oraz serdecznie podziękować Państwu za twórczy wkład w wypracowanie „Stanowiska RRL w sprawie „zachorowalności i umieralności na choroby nowotworowe oraz konieczności poprawy profilaktyki i wyników leczenia pacjentów nowotworowych w obliczu wyzwań demograficznych w Polsce”, co powinno przyczynić się do osiągnięcia oczekiwanego przez nas wszystkich postępu w zwalczaniu nowotworów. Jak podkreślił gospodarz Konferencji, Prezes GUS, prof. Janusz Witkowski „proponowane rozwiązania nie przekraczają naszych możliwości i wskazują na sposoby znacznie lepszego wykorzystania dostępnych środków w dziedzinie onkologii.”. Wraz z całym Audytorium gorące podziękowania kieruję do inicjatora Konferencji, Przewodniczącego RRL, Prof. Zbigniewa Strzeleckiego. Rządowa Rada Ludnościowa organizując tę znakomitą pod względem merytorycznym Konferencję wypełnia zaakcentowaną przez prof. J. Witkowskiego rolę „ogromnego sprzymierzeńca polskiej onkologii”.

Serdecznie dziękuję i zamykam konferencję.

Opracowanie:

Prof. dr hab. n. med. Janusz Szymborski
Dr Alina Potrykowska
Mgr Eugeniusz Kowalczyk
Mgr Anna Romiszewska

³ Finalne Stanowisko RRL zostało zamieszczone w następnym rozdziale niniejszego Biuletynu

II. STANOWISKO RZĄDOWEJ RADY LUDNOŚCIOWEJ W SPRAWIE ZACHOROWALNOŚCI I UMIERALNOŚCI NA CHOROBY NOWOTWOROWE ORAZ KONIECZNOŚCI POPRAWY PROFILAKTYKI I WYNIKÓW LECZENIA PACJENTÓW NOWOTWOROWYCH W OBLICZU WYZWAŃ DEMOGRAFICZNYCH W POLSCE

Choroby nowotworowe od wielu lat stanowią w Polsce drugą przyczynę zgonów, w wyniku której umiera rocznie przeciętnie 96 tys. osób (25% wszystkich zgonów), przy czym ogólna liczba zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe będzie systematycznie rosnąć, stając się w niedalekiej przyszłości pierwszą przyczyną zgonów przed 65. rokiem życia zarówno mężczyzn, jak i kobiet. Przyrost liczby zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe w Polsce w ostatnim półwieczu wynika zarówno ze starzenia się ludności Polski, jak i z częstego narażenia populacji na czynniki rakotwórcze, przede wszystkim związane ze stylem życia Polaków.

Przyczyny te sprawiają, że problematyka chorób nowotworowych zajmuje istotne miejsce w pracach analityczno-programowych Rządowej Rady Ludnościowej. Już I Kongres Demograficzny w Polsce (wrzesień-listopad 2001) przyjął ustalenia dotyczące tej problematyki, które zawarto w publikacji *Kardiologia i onkologia w Polsce na początku XXI wieku. Stan, wyzwania i perspektywy* (red. Nowacki M., Religa Z., Zatoński W., RRL RCSS, Warszawa 2002). Rekomendacje tam zawarte stanowiły ważny głos w debacie, której efektem stał się Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych (NPZChN) w Polsce, powołany do życia ustawą z dnia 1 lipca 2005 roku.

Debata w toku II Kongresu Demograficznego w Polsce (marzec-listopad 2012) pozwoliła na zaktualizowanie diagnozy sytuacji epidemiologicznej, dokonanie oceny efektywności NPZChN oraz nakreślenie kierunków dalszych działań na rzecz ograniczenia zachorowalności i umieralności z powodu chorób nowotworowych w naszym kraju. Problematyka ta została potraktowana priorytetowo zarówno w publikacji kongresowej *Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa* (red. Szymborski J., RRL, 2012), jak i w głównym dokumencie pokongresowym – *Założeniach Polityki Ludnościowej w Polsce*.

Niniejsze stanowisko Rządowej Rady Ludnościowej nawiązuje także do sformułowanych w ostatnich miesiącach postulatów środowisk medycznych, naukowych i organizacji społecznych w sprawie konieczności opracowania i wdrożenia kompleksowej strategii, opartej na zasadach *evidence based health policy* i obejmującej wszystkie działania związane z chorobami nowotworowymi. Zalecenie opracowania do końca 2013 r. strategicznych planów dla onkologii przez wszystkie kraje członkowskie, zostało zawarte w dokumencie Komisji Europejskiej przygotowanym w ramach *European Partnership for Action Against Cancer*. Stanowisko Rządowej Rady Ludnościowej obejmujące diagnozę sytuacji w polskiej onkologii oraz kierunkowe rekomendacje w tym zakresie zostały przyjęte na Konferencji Naukowej, która odbyła się 3 grudnia 2013 r. z udziałem przedstawicieli wszystkich zainteresowanych środowisk.

Diagnoza

1. W 2011 r. u mężczyzn najczęściej występowały nowotwory złośliwe płuca (20%), gruczołu krokowego (14%) i jelita grubego (12%). W dalszej kolejności występowały nowotwory złośliwe pęcherza moczowego (7%) i żołądka (5%). Wymienione nowotwory były również najczęściej przyczyną zgonów nowotworowych: zgony na nowotwory złośliwe płuca stanowiły prawie 1/3 wszystkich zgonów nowotworowych w populacji mężczyzn (30%).

2. Wśród kobiet w 2011 r. najczęściej rejestrowano zachorowania na nowotwór złośliwy piersi (23%), jelita grubego (10%), płuca (9%), trzonu macicy (7%) i jajnika (5%) i szyjki macicy (4%). Podobnie jak u mężczyzn, najczęstszą przyczyną zgonów u kobiet był rak płuca (15%). Odsetek zgonów z powodu nowotworów złośliwych piersi utrzymywał się w populacji kobiet na podobnym poziomie (13%). Niewiele rzadsze były zgony na nowotwory złośliwe jelita grubego (12%). Wśród pozostałych przyczyn zgonów nowotworowych w populacji kobiet znajdują się także nowotwory złośliwe jajnika (6%), trzustki (5%), żołądka (3%) i szyjki macicy (4%).

3. U dzieci (0–19 lat) nowotwory złośliwe, w większości białaczki (ok. 40% zachorowań i 60% zgonów nowotworowych w tym wieku), są rzadkim schorzeniem, a umieralność z powodu nowotworów od wielu lat spada. Wskazuje to, przy utrzymującym się wzroście zachorowalności na choroby nowotworowe, na postęp w leczeniu nowotworów wieku dziecięcego.

4. W populacji młodych dorosłych Polaków (20–44 lat) zachorowalność na nowotwory złośliwe od początku lat 80. XX wieku jest wyższa u kobiet niż u mężczyzn. Wśród mężczyzn zachorowalność od początku lat 90. Ubiegłego wieku zachowuje stały poziom. U młodych kobiet do lat 80. obserwuje się wzrost zachorowalności na nowotwory złośliwe. Umieralność u obu płci do lat 90. nie zmieniała się istotnie, zaczęła zaś spadać po tym okresie. Najczęstszym nowotworem u młodych kobiet jest od wielu lat rak piersi (w 2011 r. 29% zachorowań i 24% zgonów nowotworowych w tej grupie wieku w populacji kobiet). Najczęstszym nowotworem występującym u młodych mężczyzn jest rak jądra (24% zachorowań, 6% zgonów).

5. Największym wyzwaniem dla prewencji i leczenia nowotworów w Polsce jest wysoka zachorowalność i umieralność na nowotwory złośliwe osób w średnim wieku (45–64 lata). Najczęstszym nowotworem złośliwym u mężczyzn w tym wieku jest od wielu lat rak płuca (23% zachorowań, 35% zgonów). Kobiety w średnim wieku najczęściej chorują na nowotwory złośliwe piersi (29% wszystkich zachorowań), a umierają na nowotwory złośliwe płuca (21%) i piersi (17%).

6. Najczęstszym nowotworem złośliwym u mężczyzn powyżej 65. r.ż. jest rak płuca (20% zachorowań i 29% zgonów). Dominującymi przyczynami zgonów nowotworowych u kobiet w starszym wieku są nowotwory złośliwe piersi (17% zachorowań i 11% zgonów), jelita grubego (odpowiednio 13% i 14%) i płuca (8% i 13%).

7. Niski w porównaniu z innymi krajami odsetek wczesnych rozpoznań nowotworów złośliwych – zwłaszcza raka szyjki macicy, piersi, jelita grubego – jest m.in. spowodowany niedostatecznym przygotowaniem lekarzy rodzinnych i innych specjalistów oraz niewystarczającym upowszechnieniem metod wczesnego rozpoznawania raka.

Związane jest to m.in. z ograniczonym finansowaniem prewencji pierwotnej i wtórnej nowotworów złośliwych, a także z niewystarczającym rozwojem edukacji onkologicznej w polskim środowisku medycznym. Istotną przyczyną takiej sytuacji są także poważne zaniedbania w promocji zdrowego stylu życia ludności.

8. Wyniki leczenia nowotworów w Polsce są gorsze niż w krajach Europy Zachodniej, ale w pierwszej dekadzie XXI wieku widoczny jest pewien postęp: wskaźniki przeżywalności znacznie poprawiły się u mężczyzn (32,9% – diagnoza w latach 2000–2002; 37,3% – diagnoza 2003–2005); u kobiet poprawa była nieco mniejsza (odpowiednio 51,2% i 53,5%).

9. Mimo postępu skuteczności leczenia nowotworów i wprowadzenia nowych leków ciągle istnieje potrzeba lepszego wykorzystania sprzętu oraz doposażenia ośrodków onkologicznych w sprzęt do diagnostyki i leczenia nowotworów.

Rekomendacje

Waga problemu, koszty społeczno-ekonomiczne oraz oczekiwania społeczeństwa jednoznacznie potwierdzają, że onkologia wymaga priorytetowego miejsca w polityce zdrowotnej państwa. Konieczna jest zmiana paradygmatu myślenia o zdrowiu publicznym i polityce zdrowotnej rządu, która za pomocą instrumentów ekonomicznych i społecznych może doprowadzić do ograniczenia czynników zachorowań na nowotwory. Potrzeba działań o charakterze strategicznym była wielokrotnie wyrażana przez onkologów i ekspertów skupionych w polskich towarzystwach onkologicznych, które przywołują dobre doświadczenia i skuteczne rozwiązania innych krajów, np. Finlandii i Francji z tego zakresu. W opinii Rządowej Rady Ludnościowej główny element planowanej strategii w postaci Narodowego Instytutu Raka powinien być umiejscowiony w powołanym ustawą systemie zdrowia publicznego, a nie w systemie opieki medycznej.

Podstawowe cele i kierunki dalszych działań na rzecz ograniczenia epidemii chorób nowotworowych w Polsce są nakreślone w Narodowym Programie Zwalczania Chorób Nowotworowych. Dotychczasowe doświadczenia pokazują, że zahamowanie wzrostu zachorowań i zmniejszenie umieralności na nowotwory powinno być powiązane z upowszechnianiem i wdrażaniem zaleceń Kodeksu Walki z Rakiem oraz realizacją zadań zapisanych w NPZChN. Szczególnie istotne są:

1) wprowadzenie regulacji prawnych dostosowanych do potrzeb realizacji programu zwalczania chorób nowotworowych oraz stałe monitorowanie funkcjonowania programu pozwalające na zarządzanie zmianą;

2) profilaktyka pierwotna – edukacja społeczeństwa obejmująca upowszechnienie wiedzy na temat czynników ryzyka nowotworów, między innymi dotycząca korzyści ograniczania palenia tytoniu, promowania właściwej diety i aktywności fizycznej, unikania otyłości;

3) profilaktyka wtórna – kontynuacja istniejących populacyjnych programów przesiewowych w kierunku wykrywania raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego wraz z działaniami zwiększającymi uczestnictwo w programach oraz systematyczną oceną ich jakości i skuteczności;

4) diagnostyka i leczenie chorób nowotworowych – przyspieszenie procesu diagnostycznego oraz wykorzystanie nowoczesnych metod leczenia (wdrożenie postępowania wielodyscyplinarnego, planowania i koordynacji w procesie leczenia oraz wdrożenie do praktyki diagnostycznej i leczniczej metod biologii molekularnej i immunologii);

5) opieka nad pacjentem po leczeniu – polepszenie dostępności do rehabilitacji po leczeniu, wdrożenie najnowszych metod leczenia objawowego i walki z bólem dla chorych terminalnych;

6) kształcenie lekarzy i personelu medycznego – rozwój i upowszechnienie nauczania onkologii w kształceniu przed i podyplomowym lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek, położnych i przedstawicieli innych zawodów medycznych;

7) badania naukowe i ich wdrożenia – rozwój badań naukowych, zwłaszcza w dziedzinach rokujących szybkie zastosowanie praktyczne (epidemiologia analityczna, biologia molekularna, genetyka, immunologia) oraz systemu monitorowania czynników ryzyka nowotworów;

8) polityka zdrowotna w ograniczenia następstw chorób nowotworowych – podjęcie skoordynowanych działań systemowych, najlepiej w postaci długofalowego, narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych, kontynuowanego w kolejnych dekadach i finansowanego głównie ze środków publicznych, stosownie do potrzeb zdrowotnych i społecznych z uwzględnieniem grupy wysokiego ryzyka oraz nierówności społeczno-ekonomicznych i regionalnych w dostępie do zdrowia i opieki zdrowotnej.

Podjęcie tych działań, w szczególnie trudnej sytuacji demograficznej Polski, pozwoli na oszczędzenie „ginącego” rokrocznie jednego miasta średniej wielkości w wyniku zgonów z powodu nowotworów. Pozwoli też zmienić mentalność i postawy wobec własnych zachowań i stylu życia ludności, które prowadzą do zachorowalności na nowotwory złośliwe, a także, co jest bardzo ważne społecznie i ekonomicznie, zmniejszy koszty medycyny naprawczej nie tylko w uwarunkowaniach nowotworowych, ale i wielu innych rodzajów chorób.

Przewodniczący Rządowej Rady Ludnościowej
dr hab. Zbigniew Strzelecki, prof. nadzw. SGH

III. DOKUMENTACJA Z 46. SESJI ONZ DO SPRAW LUDNOŚCI I ROZWOJU nt. *NOWE TRENDY W MIGRACJACH – ASPEKTY DEMOGRAFICZNE (NEW TRENDS IN MIGRATION – DEMOGRAPHIC ASPECTS)*, NOWY JORK 21–26 KWIETNIA 2013 R.

SPRAWOZDANIE Z WYJAZDU DELEGACJI RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ NA 46. SESJĘ KOMISJI DO SPRAW LUDNOŚCI I ROZWOJU ONZ nt. *NOWE TRENDY W MIGRACJACH – ASPEKTY DEMOGRAFICZNE (NEW TRENDS IN MIGRATION – DEMOGRAPHIC ASPECTS)* NOWY JORK, 21–26 KWIETNIA 2013 R.

I. CEL WYJAZDU

Celem wyjazdu delegacji RP do Nowego Jorku było wzięcie czynnego udziału w 46. Sesji Komisji Ludności i Rozwoju ONZ nt. „*Nowe trendy w migracjach – aspekty demograficzne*” (*New trends in migration – demographic aspects*). Przygotowanie materiału na sesję ONZ, dotyczącego sytuacji demograficznej kraju, w tym płodności i urodzeń ludności oraz zdrowia prokreacyjnego młodzieży i młodych ludzi, sytuacji małżeństw i rodziny w Polsce oraz kwestii migracji zagranicznych, szczególnie emigracji młodych ludzi z Polski, zwłaszcza z przyczyn ekonomicznych (migracje do pracy), jak również, migracji edukacyjnych młodzieży i młodych ludzi.

II. SKŁAD DELEGACJI RZĄDOWEJ RP NA 46. SESJĘ KOMISJI LUDNOŚCI i ROZWOJU ONZ

Przewodniczący:

Pan Ambasador Ryszard Sarkowicz, Stały Przedstawiciel RP przy ONZ w Nowym Jorku

Wiceprzewodnicząca:

Pani Dr Alina Potrykowska, Sekretarz Generalny Rządowej Rady Ludnościowej
Członkowie, eksperci:

1. Pan Dr Robert Gawłowski, Doradca w Gabinetnie Politycznym Ministerstwa Administracji i Cyfryzacji
2. Pani Aleksandra Saniewska, Przedstawiciel, Ministerstwo Zdrowia
3. Pani Agnieszka Klaus, II Sekretarz Stałego Przedstawicielstwa RP przy ONZ w Nowym Jorku

III. ZADANIA DELEGACJI

W trakcie 46. Sesji Komisji Ludności i Rozwoju ONZ delegacja polska uczestniczyła aktywnie w pracach Komisji. W dniu 24 kwietnia 2013 r. wiceprzewodnicząca delegacji polskiej – dr Alina Potrykowska przedstawiła stanowisko rządu RP na temat *New trends in migration – demographic aspects* (Nowe trendy w migracjach – aspekty demograficzne).

Tekst przemówienia stanowi Załącznik nr 3.

Stanowisko zawiera ogólną informację nt. sytuacji demograficznej Polski w tym: obecne i przyszłe trendy i prognozy demograficzne, migracji wewnętrznych i procesów urbanizacji, migracji międzynarodowych i polityki migracyjnej, zagadnień polityki prorodzinnej i ludnościowej oraz rozwoju.

Pozostali przedstawiciele delegacji brali aktywny udział w generalnej debacie oraz dyskusji w ramach punktu 4. porządku obrad, w tym w tematach dot.: migracji wewnętrznych i procesów urbanizacji, migracji międzynarodowych i polityki migracyjnej, zagadnień polityki prorodzinnej i ludnościowej oraz rozwoju.

We wszystkich innych sprawach delegacja polska w porozumieniu ze Stałym Przedstawicielstwem Polski przy ONZ zajmowała stosowne stanowisko w kwestiach podnoszonych *ad hoc* – zgodnie z obowiązującymi krajowymi regulacjami prawnymi. Delegacja ściśle współpracowała z UE w wypracowaniu wspólnego stanowiska negocjacyjnego na potrzeby prac nad tekstami rezolucji i decyzji, jakie były przyjęte przez Komisję, a także konsultowała się z UE w pozostałych kwestiach będących przedmiotem obrad Komisji. W przypadku braku wspólnego stanowiska negocjacyjnego UE, Polska prezentowała w toku negocjacji uzgodnione międzyresortowe stanowisko narodowe.

W przypadkach pojawiania się spraw złożonych delegacja zwracała się z prośbą o odpowiednią konsultację z przedstawicielami instytucji rządowych za pośrednictwem Ministerstwa Spraw Zagranicznych i Rządowej Rady Ludnościowej. We wszystkich innych sprawach delegacja polska w porozumieniu ze Stałym Przedstawicielstwem Polski przy ONZ zajmowała stosowne stanowisko w kwestiach podnoszonych *ad hoc* – zgodnie z istniejącymi regulacjami prawnymi krajowymi.

IV. PROGRAM 46. SESJI KOMISJI LUDNOŚCI I ROZWOJU ONZ

Agendę 46. Sesji Komisji ONZ Ludności i Rozwoju (E/CN.9/2013/1) stanowiły następujące punkty:

1. Wybór członków Biura 46. Sesji.
2. Przyjęcie programu i zasad organizacji pracy 46. Sesji.
3. Dalszy ciąg działań w zakresie rekomendacji Światowej Konferencji „Ludność i Rozwój”, Kair 1994.
4. Debata generalna – doświadczenia krajowe dotyczące migracji, migracji zagranicznych, płodności, zdrowia prokreacyjnego i rozwoju.
5. Debata generalna w zakresie implementacji Programu Działań Międzynarodowej Konferencji „Ludność i Rozwój” w świetle jej dwudziestej rocznicy.

6. Wkład prac Komisji Ludności i Rozwoju w zakresie tematyki Corocznego Przeglądu Ministerialnego 2013.
7. Realizacja programu i przyszły program pracy Sekretariatu w obszarze zagadnień ludnościowych
8. Program na 47. Sesję Komisji.
9. Przyjęcie Rezolucji 46. Sesji Komisji ONZ Ludności i Rozwoju 2013 i Raportu Komisji z prac 46. Sesji.

V. KOMISJA LUDNOŚCI I ROZWOJU ONZ

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 roku. 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*) Międzynarodowej Konferencji Ludności i 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 uprawnienie kobiet, rola rodziny, urbanizacja, migracja, edukacja, technologia). Prace Komisji koncentrują się obecnie na przygotowaniu opracowań dotyczących kwestii ludnościowych i trendów w tej dziedzinie, głównie dynamiki przyrostu naturalnego, na integrowaniu strategii ludnościowych i rozwojowych oraz udzielaniu pomocy i rekomendacji w sprawach ludnościowych ONZ państwom członkowskim i 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, Azja – 11, Ameryka Łacińska – 9, Europa Wschodnia – 5, Europa Zachodnia i inne kraje – 10 członków. W roku 2013 w skład Komisji wchodziły następujące państwa:

PAŃSTWA AFRYKAŃSKIE (12 członków)

Rok zakończenia członkostwa

Algieria	2015
Angola	2014
Demokratyczna Republika Kongo	2013
Gabon	2015
Ghana	2014
Kenia	2013
Malawi	2014

Ruanda	2013
Senegal	2014
Tunezja	2012
Uganda	2012
Wybrzeże Kości Słoniowej	201

**PAŃSTWA AZJI
(11 członków)**

Bangladesz	2013
Chiny	2014
Filipiny	2014
Indie	2014
Indonezja	2013
Iran	2015
Japonia	2012
Kazachstan	2013
Malezja	2014
Pakistan	2013
Turkmenia	2015

**PAŃSTWA EUROPY ŚRODKOWEJ
I WSCHODNIEJ
(5 członków)**

Białoruś	2013
Chorwacja	2012
Gruzja	2015
Rosja	2014
Węgry	2014

**PAŃSTWA AMERYKI ŁACIŃSKIEJ
I WYSP KARAIBSKICH
(9 członków)**

Brazylia	2013
Ekwador	2015
Gwatemala	2014
Haiti	2013
Jamajka	2014
Kolumbia	2012
Kuba	2013
St. Lucia	2014
Salvador	2015

**PAŃSTWA EUROPY ZACHODNIEJ
I INNE KRAJE
(10 członków)**

Belgia	2013
Finlandia	2012
Niemcy	2013
Holandia	2013
Izrael	2013
Luxemburg	2014
Portugalia	2015
Szwajcaria	2013
Wielka Brytania	2014
Stany Zjednoczone	2014

Należy podkreślić, że Polska rozpoczęła swoją kadencję członka Komisji Ludności i Rozwoju w 2008 roku. Członkostwo Polski w latach 2008–2011 było trzecim w historii Komisji.

**VI. OBRADY 46. SESJI KOMISJI LUDNOŚCI I ROZWOJU ONZ
nt. *NOWE TRENDY W MIGRACJACH – ASPEKTY DEMOGRAFICZNE*
(*NEW TRENDS IN MIGRATION: DEMOGRAPHIC ASPECTS*)
NOWY JORK, 22.–26.04.2013.**

Pierwsze, *stricte* formalne posiedzenie 46. Sesji odbyło się w dniu 27 kwietnia 2012 r. i podczas niego ogłoszono tematykę i zaproponowano skład Biura¹ 46. Sesji Komisji Ludności i Rozwoju ONZ. Zdecydowano, że 46. sesja Komisji Ludności i Rozwoju odbędzie się w dniach 22–26 kwietnia 2013 r. Temat przewodni sformułowany został następująco: „Nowe trendy w migracjach – aspekty demograficzne” (*New trends in migration: demographic aspects*). Przewodniczącym Biura wybrany został przez aklamację – Pan Vlad Lupan, Stały Przedstawiciel Republiki Mołdawii przy ONZ w Nowym Jorku. W skład Biura weszli również wiceprzewodniczący: Pan Juan Carlos Alfonso – przedstawiciel Kuby, Pan Matthias Schikorski – przedstawiciel Niemiec oraz Pan Eduardo José De Vega – przedstawiciel Filipin. Przedstawicielka Grupy Afrykańskiej została wybrana w późniejszym terminie.

¹ 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.

W dniu 22 kwietnia 2013 r. (posiedzenie 2) obrady otworzył i wygłosił krótkie przemówienie Pan Vlad Lupan, Przewodniczący Biura 46. Sesji Komisji Ludności i Rozwoju ONZ.

Oficjalne przemówienie inauguracyjne wygłosił Pan **Ban Ki-moon**, Sekretarz Generalny ONZ. Podkreślił znaczenie tegorocznej sesji jako nadzwyczajnej ze względu na tematykę, która przyciągnęła uwagę bardzo wielu przedstawicieli delegacji rządowych, instytucji i organizacji pozarządowych, czego dowodem była sala wypełniona po brzegi (ponad 500 osób, a szczególnie młodych ludzi i młodzieży).

Na podstawie przedstawionych danych oraz raportu przygotowanego przez Sekretarza Generalnego można wskazać następujące tendencje dotyczące migracji międzynarodowych:

- Liczba migrantów systematycznie rośnie. Obecnie jest to już 215 mln osób rocznie, co przy systematycznym wzroście liczby ludności świata powoduje, że kwestia migracji jest istotnym zagadnieniem w polityce rozwoju;
- Celem migracji są głównie kraje wysoko rozwinięte Europy Zachodniej, Ameryki Płn., jak również kraje w Afryce. Ze względu na wysoką selektywność migracji szczególnie ze względu na płeć i wiek – migranci są coraz lepiej wykształceni oraz wśród nich jest coraz więcej kobiet i w przeważającej liczbie ludzie młodzi.

Nowym zagadnieniem w ramach migracji są nowe technologie. Powoduje to, że tradycyjnie rozumiane problemy związane z rozłąką rodziny przestają być istotne. Rozwój Internetu oraz mediów społecznościowych umożliwia systematyczny kontakt pomiędzy rodziną oraz wzmacniają kontrolę. Na podstawie badań przeprowadzonych w Japonii nowe media mają jednak także negatywny aspekt, np. migrantom bardziej odpowiada taki kontakt niż realne relacje rodzinne. Zagadnienie to wymaga dalszych badań szczególnie w kontekście skutków migracji rodziców na dzieci. Najistotniejszym problemem jest fakt, iż przeważającą liczbę migrantów na świecie stanowią ludzie młodzi. Odzwierciedla to sytuację w dzisiejszym świecie, w którym generacja młodych jest najliczniejszą w historii ludzkości. Młodzi stanowią zarówno siłę demograficzną, jak i potencjał rozwojowy świata. Sekretarz Generalny ONZ podkreślił, iż ustanowił funkcję specjalnego Doradcy ds. młodzieży i młodych ludzi. Wzmocnienie roli młodych ludzi jest głównym punktem programowym ONZ w następnych latach.

W imieniu Pana **Wu Hongbo**, Zastępcy Sekretarza Generalnego ds. Społeczno-Ekonomicznych (Under Secretary General for Economic and Social Affairs), przemówienie wygłosił doradca Sekretarza Generalnego ds. rozwoju gospodarczego i finansów, Pan **Shamshad Akhtar**, który podkreślił, że przedmiotem badań Departamentu ds. Ekonomicznych i Społecznych są współzależności między trendami ludnościowymi, migracjami wewnętrznymi i zagranicznymi a rozwojem ekonomicznym. Obecnie nową formą migracji są szybko rozwijające się w świecie migracje cyrkulacyjne. Podkreślił, że coroczne sesje Komisji Ludności i Rozwoju wpisują się w aktualne prace ONZ, a przede wszystkim w tematykę Rady Gospodarczej i Społecznej ONZ (ECOSOC) w dziedzinie rozwoju społeczno-ekonomicznego. W tym kontekście bardzo duże znaczenie ma 46. Sesja Komisji, obejmująca dyskusję i prezentację narodo-

wych doświadczeń poszczególnych krajów dotyczące migracji, zwłaszcza słabszych grup migrantów, tj. kobiet i rodzin oraz dzieci i młodzieży. W tym świetle ważne było także wystąpienie przedstawiciela delegacji Rzeczypospolitej Polskiej, dr Aliny Potrykowskiej. Warto zwrócić uwagę, że omawiana sesja Komisji poświęcona migracjom w aspekcie demograficznym wnosi bezpośredni wkład w bieżącą tematykę corocznego Przeglądu Ministerialnego ECOSOC. Wyniki tych prac zostały przedłożone Zgromadzeniu Narodowemu ONZ.

Pan Dr Babatunde Osotimehin, Dyrektor Wykonawczy Funduszu Ludnościowego Narodów Zjednoczonych (Executive Director of the United Nations Population Fund – UNFPA) w swoim wystąpieniu nt.) podkreślił, że w 7-miliardowej obecnie populacji świata, z której 1,2 mld liczy mniej niż 20 lat, migranci (a szczególnie kobiety, młodzież i dzieci) powinni żyć w poszanowaniu godności i praw humanitarnych, które jako powszechne, stanowią podstawę Programu Działań Międzynarodowej Konferencji „Ludność i Rozwój” (ICPD). W szczególności prawo dostępu do zdrowia prokreacyjnego i seksualnego jest ważne dla młodych kobiet – migrantek, równego traktowania płci i zrównoważonego rozwoju. Największym wyzwaniem jest przezwyciężenie dysproporcji i zaspokojenie potrzeb zdrowotnych młodych ludzi, którzy migrują. Zdrowie jest integralną częścią rozwoju społeczno-gospodarczego – lepsze zdrowie jest związane z wysokimi dochodami i wysokim statusem społeczno-ekonomicznym. Dobre zdrowie migrantów zależy od czynników społecznych, m.in. pracy, edukacji, mieszkalnictwa i polityki prorodzinnej. Ponadto takie czynniki jak dyskryminacja płci i przemoc wywierają negatywny wpływ na zdrowie kobiet i dziewcząt, zwłaszcza w sferze zdrowia seksualnego i prokreacyjnego, które pozostaje wciąż zaniedbaną sferą polityki.

Zgodnie z Agendą 46. Sesji pierwszym punktem obrad, stosownie do dokumentu *E/CN.9/2013/1 – Election of officers*, był wybór członków Biura. Jednocześnie Przewodniczący, **Pan Vlad Lupan** poinformował Komisję, że na jej pierwszym posiedzeniu, które miało miejsce w dniu 27 kwietnia 2012 roku, wybrano skład Biura 46 Sesji. Na członków Biura, jako wiceprzewodniczący, wybrani zostali przez aklamację: **Pani Marianne Odette Bibalou** (Gabon), której powierzono funkcję sprawozdawcy Sesji, **Pan Juan Carlos Alfonso** – przedstawiciel Kuby, **Pan Matthias Schikorski** – przedstawiciel Niemiec, oraz **Pan Eduardo José De Vega** – przedstawiciel Filipin, któremu powierzono funkcję prowadzącego nieformalne konsultacje. Propozycje te zostały jednogłośnie zaakceptowane.

Po wyborze składu Biura Przewodniczący zaproponował przyjęcie w kolejności dwóch dokumentów o charakterze organizacyjnym, tj. programu sesji *Provisional Agenda* i informacji dot. organizacji sesji *Organization of work* (dok. E/CN.9/2013/1 – załączniki 1 i 2) oraz raportu z „międzysesyjnych” posiedzeń Biura Komisji *Report of the Bureau of the Commission on Population and Development on its intersessional meeting* (dok. E/CN.9/2013/2).

Francesca Perucci, Szef Sekcji Analiz Demograficznych Wydziału Ludnościowego (Chief, Demographic Analysis Branch, Population Division, Department of Economic and Social Affairs) przedstawiła raport Sekretarza Generalnego dotyczący monitorowania rozwoju ludności świata i migracji, związany z tematem sesji (*Report*

of the Secretary-General on "New trends in migration: demographic aspects" – E/CN.9/2013/3).

Z kolei **Bruce Campbell** (Director, Technical Division, UNFPA) przedstawił raport dotyczący monitoringu Programów Ludnościowych związanych z nowymi trendami w migracjach w aspektach demograficznych "*Monitoring of population programmes, focusing on "New trends in migration: demographic aspects"*" (dok. E/CN.9/2013/4). Raport ilustruje przykłady programu pracy Funduszu Ludnościowego ONZ (UNFPA) w zakresie migracji zagranicznych, aktywności w rozwiązywaniu problemów w skali globalnej, polityki dialogu na rzecz rozwoju, a także badań naukowych i pozyskiwania baz danych w zakresie zasobów migracji, migracji międzynarodowych, dezagregacji migracji według cech demograficznych. Bardzo ważny jest program pomocy krajom świata we wdrażaniu Programu Działań ICPD. Program ten jest istotny w podnoszeniu poziomu zdrowia prokreacyjnego i seksualnego oraz praw w dziedzinie zdrowia prokreacyjnego, szczególnie w odniesieniu do młodych migrantów jako priorytety narodowe oraz stosowanie praw człowieka. Bardzo ważna jest poprawa jakości życia migrantów: młodych mężczyzn, kobiet, młodzieży i dzieci, ludzi młodych, populacji szczególnie zagrożonych i słabszych. Indywidualne osoby, młodzi mężczyźni i kobiety, muszą mieć wsparcie w edukacji, planowaniu rodziny i przezwyciężaniu ubóstwa, które trapi miliony młodych ludzi (850 mln migrantów żyje w ubóstwie) i przeszkadza w rozwoju. UNFPA angażuje się w politykę dialogu i formułowanie polityki na rzecz migrantów.

Jose Miguel Guzman (Population and Development Branch, Technical Division, UNFPA) przedstawił Raport Sekretarza Generalnego pt. *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* (dok. E/CN.9/2013/5). Raport zawiera informacje o darczyńcach i wydatkach na działania w zakresie programów ludnościowych w krajach rozwijających się i krajach transformacji ekonomicznej w 2010 r., szacunki za rok 2010 oraz prognozy na 2011 rok. Pula wydatków Funduszu Ludnościowego obejmuje następujące dziedziny: planowanie rodziny, zdrowie prokreacyjne, choroby przenoszone drogą płciową (STD) i HIV/AIDS oraz badania podstawowe, bazy danych analizy polityki dot. ludności i rozwoju. Fundusze pochodzące od darczyńców i krajowe wydatki w 2010 r. wynosiły prawie 11 mld USD. Zarówno sumy od darczyńców, jak i wydatki krajowe na programy ludnościowe, wzrosły. Wydatki pochodzące od darczyńców oszacowano na 11 mld USD w 2010 r., zaś krajowe wydatki (to jest wydatki poszczególnych państw rozwijających się na programy ludnościowe) zostały oszacowane na około 55,4 mld USD w 2012 r. oraz 58,9 mld USD w 2013 r. Obecne fundusze nie zaspokajają wzrastających potrzeb w krajach rozwijających się. Nowe szacunki uwzględniają zarówno bieżące potrzeby i koszty, jak i dodatkowe koszty działań na podstawie najnowszych badań i wiedzy. Szacunki te są również oparte na podejściu metodologicznym w ocenie bieżących kosztów, związanych z celami Programu Działania ICPD oraz dążeniem do osiągnięcia Milenijnych Celów Rozwoju.

Podczas debaty oświadczenia wygłosili przedstawiciele Rosji, Chin, Meksyku i Fiji (w imieniu grupy państw „Group 77”), Kuby, Luksemburga, Swaziland, Gabonu, USA i Egiptu.

W ramach posiedzeń plenarnych w dniach 23–27 kwietnia 2012 r. wygłoszone zostały dwa wykłady/prezentacje ekspertów na światowym poziomie: Pana Profesora Dr. **Graeme Hugo**, z Wydziału Środowiska i Ludności Uniwersytetu w Adelajdzie na temat nowych trendów w migracjach; **Pani Stelli Go**, Zastępcy Sekretarza Generalnego ds. Badań nad migracjami, Ministerstwa Spraw Zagranicznych Filipin na temat migracji, gender i rodziny. W dniu 23 kwietnia 2014 r. odbyła się dyskusja panelowa na temat migracji i rozwoju pod przewodnictwem **Pana Tobiasza Billstroma**, Ministra ds. Migracji i Polityki Azylowej Szwecji, z udziałem panelistów : **Pana Aderanti Adepoju** (Uniwersytet w Ife, Nigeria), **Pani Marceli Cerrutti** (Rady Narodowej Argentyny ds. Badań Naukowych i technicznych) oraz **Pana Prof. Marka Okólskiego** z Uniwersytetu Warszawskiego. Po każdym wystąpieniu odbywała się dyskusja z udziałem delegatów.

W ramach poszczególnych punktów agendy sesji prowadzono debaty plenarne, w trakcie których prezentowane były wystąpienia przedstawicieli państw członkowskich. W dniu 23 kwietnia 2013 r. przemówienie dot. polskich doświadczeń w zakresie implementacji Programu Działań w sferze objętej tematem przewodnim sesji wygłosiła wiceprzewodnicząca delegacji **Dr Alina Potrykowska (załącznik 3)**.

W dalszej części sesji obrady przebiegały, jak w ubiegłych latach, dwutorowo. Równolegle miały miejsca posiedzenia plenarne oraz nieformalne konsultacje dot. projektu rezolucji o tytule pokrywającym się z tematem przewodnim sesji, projektu decyzji w sprawie tematu przewodniego sesji Komisji w 2014 r. oraz projektu decyzji w sprawie wstępnego programu obrad kolejnej 47. sesji.

W ramach pkt. 5 programu sesji przemówienie wygłosił Pan **Masood Khan**, Ambasador Pakistanu, Wiceprzewodniczący ECOSOC.

John Wilmoth, Dyrektor Wydziału Ludnościowego ECOSOC przedstawił raport Sekretarza Generalnego dotyczący Programów Ludnościowych związanych z tematem *„New trends in migration: demographic aspects” (Report of the Secretary-General on Programme implementation and progress of work in the field of population in 2012: Population Division, Department of Economic and Social Affairs (dok. E/CN.9/2013/6) oraz E/CN.9/2013/CRP.1 – proposed strategic framework for the period 2014–2015: Subprogramme 5, Population, Programme of work of the Population Division, Department of Economic and Social Affairs.*

W ramach pkt. 7 programu sesji przyjęto notę Sekretariatu dotyczącą programu 47. Sesji Komisji.

Wszystkie ww. dokumenty, podobnie jak pozostałe opracowania przygotowane na potrzeby sesji oraz teksty rezolucji i decyzji przyjętych na jej zakończenie, są dostępne na stronie internetowej o adresie <http://www.un.org/esa/population/cpd/cpd2010/conim2Q10.htm>. Zostały na niej również zamieszczone wystąpienia narodowe wygłoszone w związku z przyjęciem rezolucji.

W odniesieniu do decyzji w sprawie tematu 47. sesji w 2014 r. uzgodniono jego brzmienie: „Przegląd stanu i postępów w realizacji wdrażania Programu Działań Międzynarodowej Konferencji nt. Ludności i Rozwoju” (postanowień Konferencji Kairskiej w 1994 r.). Dokumenty zostały przyjęte podczas ostatniego posiedzenia plenarnego w ramach 46. Sesji Komisji.

Nieformalne konsultacje odnośnie do projektów decyzji i projektu rezolucji 46. Sesji Komisji prowadzone były pod przewodnictwem **Pana Eduardo José De Vega**, przedstawiciela Filipin, wiceprzewodniczącego Biura. 46. sesji w dniach 22–26 kwietnia 2013 r. Rozmowy w sprawie decyzji prowadzone były nieformalnie i na zasadzie bilateralnej; głównymi interlokutorami były UE i G77. Najbardziej kontrowersyjne okazały się jednak rozmowy dotyczące tekstu projektu rezolucji (**załącznik 4**).

W związku z powyższym, po przyjęciu rezolucji na wznowionym posiedzeniu plenarnym Komisji, Polska zgłosiła zastrzeżenia do paragrafów zawierających odniesienia do zdrowia prokreacyjnego i seksualnego oraz praw prokreacyjnych i zaprezentowała *Explanation of position*, w którym wyjaśniła rozumienie zapisów tekstu rezolucji zawierających odniesienia do zdrowia, praw i usług seksualnych i prokreacyjnych oraz planowania rodziny. Zostało ono przekazane w wersji elektronicznej, a także papierowej do Sekretarza Generalnego ONZ, Sekretariatu CPD, Wydziału Ludności DESA i służb konferencyjnych Sekretariatu ONZ w celu jak najszerszego upowszechnienia.

Po przyjęciu rezolucji, wystąpienia w sprawie tych fragmentów tekstu, które zawierają odniesienia do praw i usług dot. zdrowia seksualnego i prokreacyjnego, wygłosiły: Syria, Fidżi (w imieniu „Grupy 77”), Chiny, Chile, Egipt (w imieniu Grupy Krajów Arabskich), Tunezja, Sudan, Qatar, Meksyk, Polska, Rosja, Filipiny, Węgry, Salwador, Kostaryka, Norwegia, Malta, Kenia, Szwajcaria, Bangladesz i delegacja UE.

Przed zamknięciem ostatniego posiedzenia 46. Sesji Komisji Ludności i Rozwoju przyjęto wstępną wersję raportu z przebiegu sesji.

Przemówienia końcowe zaprezentowali: **Pan Dr Babatunde Osotimehin**, Dyrektor Wykonawczy Funduszu Ludnościowego Narodów Zjednoczonych oraz **Pan John Wilmoth**, Dyrektor Wydziału Ludnościowego ECOSOC oraz przedstawiciel UNFPA.

Pan John Wilmoth, Dyrektor Wydziału Ludnościowego ECOSOC podkreślił, że zagadnienia migracji wewnętrznych i zagranicznych poruszane podczas sesji, są podstawą rozwoju ludności i wyzwani w celu działań na rzecz zrównoważonego rozwoju. Wystąpienia prezentujące narodowe doświadczenia i wysiłki w tej mierze świadczyły o różnorodności podejść. Ponadto przedstawiono wyzwania dla polityki rządów o charakterze zarówno uniwersalnym, jak i specyficznym. Bardzo ważne jest, aby podwoić wysiłki w celu przyspieszenia osiągnięcia Milenijnych Celów Rozwoju.

Pan dr. Babatunde Osotimehin, Dyrektor Wykonawczy UNFPA, podkreślił rolę kobiet w procesach migracji. Udział kobiet i dzieci oraz młodych ludzi w migracjach jest przeważający i z tego punktu widzenia ich prawa humanitarne muszą być przestrzegane. W czasie 46. Sesji podjęto wysiłki w kierunku osiągnięcia celów Programu Działań ICPD w zakresie zdrowia prokreacyjnego młodych migrantów, zwłaszcza młodych kobiet i dziewcząt. Pogratulował Przewodniczącemu i członkom Biura 46. Sesji Komisji Ludności i Rozwoju sprawnego przebiegu i organizacji sesji oraz podziękował wszystkim uczestnikom sesji za owocny wkład w prace Komisji podczas obrad, konsultacji i negocjacji dotyczących uchwalenia rezolucji.

Niezwłocznie po zamknięciu 46. Sesji Komisji Ludności i Rozwoju otwarte zostało pierwsze, *stricte* formalne posiedzenie 47. Sesji Komisji.

Zdecydowano, że 47. sesja Komisji Ludności i Rozwoju odbędzie się w dniach 7–11 kwietnia 2014 r. Temat przewodni sformułowany został następująco: Przez

aklamację – Przewodniczącym Biura wybrany został Pan Gonzalo Koncke, Stały Przedstawiciel Urugwaju przy ONZ w Nowym Jorku. W skład Biura weszli również wiceprzewodniczący: Pani Fatou Isidora Niang – przedstawicielka Senegalu, Pan Katsuhiko Takahashi – przedstawiciel Japonii, Pani Nino Shekriladze – przedstawicielka Gruzji, Pan Jens Ole Bach Hansen – przedstawiciel Danii

VII. WNIOSKI

46. Sesja Komisji Ludności i Rozwoju, odbywająca się pod tematem przewodnim „Nowe trendy w migracjach – aspekty demograficzne” *New trends in migration: demographic aspects*, miała charakter szczególnie w związku ze zbliżającą się dwudziestą rocznicą Międzynarodowej Konferencji ONZ w Kairze „Ludność i Rozwój” (ICPD). W związku z powyższym oraz mając na uwadze szeroko ujęty temat przewodni, w toku dyskusji koncentrowano się na zagadnieniach związanych z realizacją programu Działań ICPD oraz Celów Milenijnych dot. migracji międzynarodowych i wewnętrznych, a także przyszłości ludzi młodych, a mianowicie dostępu do edukacji, zatrudnienia oraz dostępu do opieki zdrowotnej, w tym usług zdrowia prokreacyjnego. Szczególną uwagę zwracano na opóźnienia w realizacji Programu Działań ICPD w kierunku zapewnienia powszechnego dostępu do zdrowia prokreacyjnego. Szersze podejście do tematu prezentowano w toku debaty generalnej, dotyczącej z jednej strony postępów w implementacji założeń Programu Działań ICPD, z drugiej natomiast – narodowych doświadczeń w tym zakresie, a także w ramach wyjątkowo interesujących prezentacji zaproszonych gości (*keynote speakers*).

- Na podstawie sprawozdań państw członkowskich można stwierdzić, że problematyka migracji stanowi przedmiot zainteresowania coraz większej liczby państw i zyskuje coraz większe znaczenie w polityce publicznej. O fakcie tym świadczy przyjmowanie specjalnych polityk poświęconych migracji, rozwijająca się współpraca międzynarodowa związana z tym zagadnieniem;
- Problematyka migracji stanowi przedmiot zainteresowania ONZ. W związku z powyższym UNFPA oraz International Economic and Social Affairs prowadzą działania mające na celu: (1) analizę zjawiska migracji w skali międzynarodowej; (2) obserwują zagadnienia związane z ochroną praw człowieka migrantów, prawa kobiet oraz dzieci, przemytu ludzi; (3) wspierają współpracę i partnerstwo w kwestiach związanych z migracjami; (4) badają kwestie związane z mobilnością związaną z pracą i prowadzą debatę w skali międzynarodowej na ten temat;
- Kluczowym zagadnieniem związanym z migracjami jest wzmocnienie potencjału administracji krajowych w kierunku monitorowania oraz analizy tychże zagadnień. Jest to kwestia kluczowa w zakresie prowadzenia polityk publicznych oraz prowadzenia dialogu w skali międzynarodowej. Obecne trudności wynikają właśnie z braku wystarczających informacji na temat migracji. ONZ prowadzi obecnie projekt: *Strengthening National Capacities to Deal With International Migration: Maximizing Benefits and Minimizing Negative Impact* oraz *Migrants Count, Five Steps Toward Better Migration Data*, które mają poprawić proces zbierania danych i wzmocnić evidence based policy.

Jak zwraca uwagę w sprawozdaniu Sekretarz Generalny problematyka migracyjna nie może pozostawać dłużej zagadnieniem marginalnym, lecz powinna wejść na wysokie miejsce w agendzie ONZ, szczególnie w kontekście debaty nad Milenijnymi Celami Rozwoju.

Podczas obrad Komisji pracowano nad projektem rezolucji 46. sesji Komisji Ludności i Rozwoju (*Commission on Population and Development, CPD*). Rezolucja dotyczyła tematu przewodniego sesji, (odbywającej się w dniach 23–27 kwietnia 2013 r.) tj. nowych trendów i aspektów demograficznych. Rezolucje Komisji są najważniejszymi dokumentami przyjmowanymi tradycyjnie na zakończenie sesji. Obok nich przyjmowane są decyzje dot. kwestii proceduralnych oraz organizacyjnych, związanych z kolejnymi sesjami CPD. Przyjęte przez Komisję dokumenty są następnie przekazywane do akceptacji ECOSOC, podczas głównej letniej sesji, co wynika ze statusu CPD jako komisji funkcjonalnej Rady.

W świetle negocjacji bardzo istotne i kontrowersyjne są następujące kwestie.

1. Kwestia zdrowia reprodukcyjnego, a szczególnie praw reprodukcyjnych wzbudza liczne kontrowersje. Unia Europejska wypracowała na sesji wspólne stanowisko, ale poszczególne kraje, w tym Polska wygłosiły oddzielne stanowiska, aby podkreślić i wyjaśnić najważniejsze zagadnienia. Stanowisko Polski zaprezentowała przedstawicielka Stałego Przedstawicielstwa RP przy ONZ, w porozumieniu z polskim Ministerstwem Spraw Zagranicznych, zgodnie z instrukcją wyjazdową.

2. W związku z faktem, że niektóre postanowienia rezolucji zawierają odniesienia do świadczeń/praw prokreacyjnych, które nie są dostatecznie wyraźnie usytuowane w kontekście PoA ICPD, po przyjęciu rezolucji przedstawicielka Polski, zgodnie z dotychczasową praktyką w tym zakresie, wygłosiła oświadczenie. Stwierdzono w nim, że 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 czy promocja aborcji. Sprecyzowano także, że aborcja na żądanie jest w Polsce nielegalna. Coraz częściej proponuje się włączanie do przemówień i projektów międzynarodowych dokumentów sformułowań typu *'sexual and reproductive health care and services'*, *'sexual and reproductive health and rights'*, dlatego celowe byłoby uzgodnienie międzyresortowego stanowiska Polski w tym zakresie.

3. Epidemia HIV/AIDS wśród migrantów, a w szczególności takie zagadnienia jak feminizacja epidemii, przemoc wobec kobiet oraz nierówny dostęp kobiet i mężczyzn do świadczeń zdrowotnych, pozostaje problemem niezwykle aktualnym na całym świecie, wymagającym wdrożenia strategii na poziomie rządowym.

4. Pełne wdrożenie PoA ICPD w Kairze oraz PoA z Pekinu są nierozzerwalnie związane z działaniami światowymi mającymi na celu zwalczanie ubóstwa oraz osiągnięcie trwałego rozwoju i równości płci.

5. Szczególnie istotne jest wdrażanie Programu Działania ICPD, ponieważ jest to proces ściśle związany z realizacją Milenijnych Celów Rozwoju.

Dr Alina Potrykowska
Sekretarz Generalny Rządowej Rady Ludnościowej

**Economic and Social Council**Distr.: General
13 February 2013

Original: English

Commission on Population and Development

Forty-sixth session

22-26 April 2013

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. Actions in follow-up to the recommendations of the International Conference on Population and Development.
4. General debate on national experience in population matters: new trends in migration — demographic aspects.
5. General debate on the contribution of population and development issues to the theme of the annual ministerial review in 2013.
6. Programme implementation and future programme of work of the Secretariat in the field of population.
7. Provisional agenda for the forty-seventh session of the Commission.
8. Adoption of the report of the Commission on its forty-sixth 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 Chair, one or more Vice-Chairs and such other officers as may be required.

In accordance with Council decision 2005/213, the Commission, immediately following the closure of its forty-fifth session, held the first meeting of its forty-sixth session for the sole purpose of electing the new Chair and other officers of the

* E/CN.9/2013/1.



Commission. The following officers were elected: Chair: Vlad Lupan (Republic of Moldova); Vice-Chairs: Eduardo Jose de Vega (Philippines); Matthias Schikorski (Germany); and Juan Carlos Alfonso (Cuba). The election of the Vice-Chair from the Group of African States was deferred. The membership of the Commission at its forty-sixth session is provided in the annex.

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-fifth session, the Council, in its decision 2012/234 (see A/67/3, chap. VIII.H), approved the provisional agenda and documentation for the forty-sixth 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 (see E/1997/25, para. 52). At its thirty-ninth session, in its resolution 2006/1 (see E/2006/25, chap. I.B), the Commission requested its Bureau to meet as frequently as necessary in preparation for its annual sessions. The Commission has before it the report of the Bureau on its intersessional meetings.

Documentation

Provisional agenda (E/CN.9/2013/1)

Report of the Bureau of the Commission on Population and Development on its intersessional meetings (E/CN.9/2013/2)

Note by the Secretariat on the organization of work of the session (E/CN.9/2013/L.1)

3. Actions in follow-up 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 (see E/1995/27, annex I, sect. I.A), 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 would, inter alia, 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 (see E/1995/27, annex I, sect. III).

At its twenty-first special session, the General Assembly, in its resolution S-21/2, adopted the key actions for the further implementation of the Programme of Action.

In its decision 2011/101 (see E/2011/25, chap. I.B), the Commission decided that the special theme for the forty-sixth session in 2013 should be "New trends in migration: demographic aspects".

Documentation

Report of the Secretary-General on new trends in migration: demographic aspects (E/CN.9/2013/3)

Report of the Secretary-General on the monitoring of population programmes, focusing on new trends in migration (E/CN.9/2013/4)

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.9/2013/5)

4. General debate on national experience in population matters: new trends in migration — demographic aspects

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 theme of the Commission session. Under this item, Governments would report on national experience in meeting the goals and objectives related to new trends in migration set out in the Programme of Action of the International Conference on Population and Development and would exchange views on ways to accelerate their achievement.

5. General debate on the contribution of population and development issues to the theme of the annual ministerial review in 2013

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 (see E/2008/25, chap. V). In response, the Commission added this item to its annual agenda. At its forty-sixth session, the Commission will discuss the contributions it could make to the annual ministerial review that the Council will conduct in 2013 on the theme "Science, technology and innovation, and the potential of culture, for promoting sustainable development and achieving the Millennium Development Goals". 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 relevance of population trends to the theme of the 2013 annual ministerial review.

6. 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 and include the biennial preparation of estimates and projections of global, national, urban, rural and city populations; the conduct of studies on population and related development policies; the preparation of studies on interactions of population change with other development processes; the conduct of analyses of mortality; contribution to and coordination of in-depth studies on fertility, nuptiality and reproductive rights and health, including family

planning; the conduct of studies to improve the understanding of the causes and consequences of internal migration and international migration; increasing public awareness of and information exchange on population and development issues; making the necessary arrangements for coordinating the review and appraisal of the Programme of Action; and the provision of 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 (see E/1995/27, annex II). The Commission reaffirmed the content of the work programme at its twenty-ninth session (Commission resolution 1996/1, see E/1996/25, chap. I.C).

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, see E/1997/25, chap. I.C). 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, see E/2004/25, chap. I.B). At the same session, the Commission further emphasized that the Population Division should continue basic work on population estimates and projections; patterns of rural and urban population change; the analysis of international migration; the implications of the changing age structure of the population for development; the increasing diversity of fertility and mortality levels and trends; the interrelations among population, resources, the environment and development; and the evolution of population policies, applying a gender perspective in this regard (Commission resolution 2004/1).

As indicated in the strategic framework for the period 2010-2011 (see A/63/6/Rev.1, programme 7), the objective of the subprogramme on population is to strengthen the international community's capacity to effectively address current and emerging population issues and to integrate the population dimensions into the development agenda at the national and international levels. In paragraph 7.12 of the strategic framework, the Population Division was designated as the entity responsible for the subprogramme and the Division was mandated to achieve that objective by: (a) providing substantive support to United Nations bodies, especially to the Commission, and assessing progress made in the implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development and the achievement of the internationally agreed goals, including the Millennium Development Goals; (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, in particular through the Population Division websites; and (e) building capacity to address population issues at the national level through workshops or the dissemination of technical material, such as manuals and software.

The Commission has before it for consideration the draft programme of work of the Population Division for the biennium 2014-2015. The Commission is invited to review the proposal and provide its comments thereon.

Documentation

Report of the Secretary-General on programme implementation and progress of work in the field of population in 2012 (E/CN.9/2013/6)

Draft programme of work of the Population Division of the Department of Economic and Social Affairs for the biennium 2014-2015 (E/CN.9/2013/CRP.1)

7. Provisional agenda for the forty-seventh 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 has before it the draft provisional agenda for its forty-seventh 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 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 its 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-seventh session of the Commission (E/CN.9/2013/L.2)

8. Adoption of the report of the Commission on its forty-sixth 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.

Annex**Membership of the Commission on Population and
Development at its forty-sixth session (2013)****(47 members; four-year term)**

Term expires at close of session in the year

Algeria	2015
Angola	2014
Bangladesh	2013
Belarus	2013
Belgium	2013
Brazil	2013
China	2014
Côte d'Ivoire	2013
Cuba	2013
Democratic Republic of the Congo	2013
Ecuador	2015
Egypt	2016
El Salvador	2015
Gabon	2015
Georgia	2015
Germany	2013
Ghana	2014
Guatemala	2014
Haiti	2013
Hungary	2014
India	2014
Indonesia	2013
Iran (Islamic Republic of)	2015
Israel	2013
Jamaica	2014
Japan	2016
Luxembourg	2014
Malawi	2014
Malaysia	2014
Norway	2016
Pakistan	2013

Term expires at close of session in the year

Philippines	2014
Portugal	2015
Republic of Moldova	2016
Russian Federation	2014
Rwanda	2013
Saint Lucia	2014
Senegal	2014
Spain	2016
Switzerland	2013
Turkmenistan	2015
Uganda	2016
United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland	2014
United Republic of Tanzania	2016
United States of America	2014

Note: At its 52nd meeting, on 26 November 2012, the Economic and Social Council further postponed the election of one member from the Group of Asia-Pacific States and one member from the Group of Latin American and Caribbean States for terms beginning on the date of election and expiring at the close of the forty-ninth session of the Commission, in 2016.

United Nations

E/CN.9/2013/L.1



Economic and Social Council

Distr.: Limited
13 February 2013

Original: English

Commission on Population and Development

Forty-sixth session

22-26 April 2013

Item 2 of the provisional agenda*

Adoption of the agenda and other organizational matters

Organization of work of the session

Note by the Secretariat

1. The draft organization of work of the forty-sixth session of the Commission on Population and Development, which is contained in the annex to the present note, has been prepared in order to facilitate the Commission's consideration of the items included in the agenda for the session, in accordance with the time and conference services that have been allocated to it. The annotated provisional agenda for the session is contained in document E/CN.9/2013/1.

2. Meeting facilities will be available for two meetings of the Commission each day. Meetings are held from 10 a.m. to 1 p.m. and from 3 to 6 p.m.

* E/CN.9/2013/1.

13-23299 (E) 260213

Please recycle

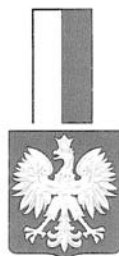


Annex**Draft organization of work, 22-26 April 2013**

<i>Date/time</i>	<i>Agenda item/programme/documentation</i>
Monday, 22 April	
10 a.m.-noon	<ol style="list-style-type: none"> 1. Election of officers 2. Adoption of the agenda and other organizational matters Provisional agenda and organization of work (E/CN.9/2013/1; E/CN.9/2013/L.1) Report of the Bureau of the Commission on Population and Development on its intersessional meetings (E/CN.9/2013/2) 3. Actions in follow-up to the recommendations of the International Conference on Population and Development Report of the Secretary-General on new trends in migration: demographic aspects (E/CN.9/2013/3) Report of the Secretary-General on the monitoring of population programmes, focusing on new trends in migration (E/CN.9/2013/4) 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.9/2013/5)
Noon-1 p.m.	Keynote statement by Graeme Hugo on "New trends in migration"
3-4 p.m.	Keynote statements by selected representatives of migrants
4-6 p.m.	<ol style="list-style-type: none"> 4. General debate on national experience in population matters: new trends in migration — demographic aspects Simultaneous with plenary: informal consultations on draft proposals
Tuesday, 23 April	
10-11.30 a.m.	<ol style="list-style-type: none"> 4. <i>(continued)</i> Simultaneous with plenary: informal consultations on draft proposals
11.30 a.m.-1 p.m.	Panel discussion on "Migration and development"
3-6 p.m.	<ol style="list-style-type: none"> 4. <i>(continued)</i> Simultaneous with plenary: informal consultations on draft proposals

<i>Date/time</i>	<i>Agenda item/programme/documentation</i>
Wednesday, 24 April	
10 a.m.-noon	4. (<i>continued</i>) Simultaneous with plenary: informal consultations to discuss draft proposals
Noon-1 p.m.	Keynote statement on "Migration, gender and the family"
3-6 p.m.	5. General debate on the contribution of population and development issues to the theme of the annual ministerial review in 2013 Simultaneous with plenary: informal consultations on draft proposals
3 p.m.	<i>Deadline for submission of draft proposals</i>
Thursday, 25 April	
10 a.m.-1 p.m.	6. Programme implementation and future programme of work of the Secretariat in the field of population Report of the Secretary-General on programme implementation and progress of work in the field of population in 2012 (E/CN.9/2013/6) Draft programme of work of the Population Division of the Department of Economic and Social Affairs for the biennium 2014-2015 (E/CN.9/2013/CRP.1) Simultaneous with plenary: informal consultations on draft proposals
3-6 p.m.	Informal consultations on draft proposals
Friday, 26 April	
10 a.m.-1 p.m.	Informal consultations on draft proposals
3-6 p.m.	Action on draft proposals
	3. (<i>continued</i>)
	7. Provisional agenda for the forty-seventh session of the Commission Note by the Secretariat containing the provisional agenda for the forty-seventh session of the Commission (E/CN.9/2013/L.2)
	8. Adoption of the report of the Commission on its forty-sixth session Closure of the session ^d

^d In accordance with Economic and Social Council decision 2005/213, the Commission, immediately following the closure of the forty-sixth session, will hold the first meeting of its forty-seventh session for the sole purpose of electing a new Chair and other members of the Bureau, in accordance with rule 15 of the rules of procedure of the functional commissions of the Council.



REPUBLIC OF POLAND
PERMANENT MISSION TO THE UNITED NATIONS

750 THIRD AVENUE, NEW YORK, NY 10017

TEL. (212) 744-2506

Check against delivery

Commission on Population and Development
Forty-sixth session, 22 – 26 April 2013
General debate on national experience in population matters
New trends in migration: demographic aspects

STATEMENT

by

Ms. Alina Potrykowska

**Secretary-General of the Government Population
Council**

Poland

New York, April 23rd, 2013

Mister Chair, Distinguished Delegates, Ladies and Gentlemen,

On behalf of the Republic of Poland I am honored to address the 46th session of the Commission on Population and Development, devoted to *New trends in migration – demographic aspects*.

At the beginning, I would like to congratulate you, Mister Chairman, on your election as President of the 46th Session of the Commission of Population and Development, and other members of the Bureau on their election.

Poland is a European country with a substantial demographic potential. The results of the National Population Census conducted in 2011, together with the current statistic and registers constitute a basis for the multidimensional evaluation of the changes of the main demographic processes in Poland. According to the 2011 NPC, the population of Poland, which amounted to 38,5 mln, is homogenous. 91.6% of people declared exclusively the Polish nationality, while 2.2% – the Polish nationality together with other national or ethnic identity. Young people between 15–29 constitute 22% of the total population, placing Poland among Europe's youngest societies. At the same time, the total fertility rate (1.38) is one of the lowest in Europe, with a forecasted value of 1.45 for the period of 2030–2035. The continuously low number of births and the extending average life expectancy lead to the imbalance in the population structure by age. This imbalance is further enhanced by the increased migration of mainly young people, observed since the country's accession to the European Union in 2004.

According to the Central Statistical Office's forecasts, by 2030 the size of the Polish population will decrease by 1.3 million, due to the decreasing rate of generation's replacement. Further negative changes in the age structure of the population and resulting shortages on the labour market are to be expected. This issue is linked to the question of stability of the social security system.

Therefore, to improve the situation, it is crucial to increase fertility rate of the Polish population and to make a maximum use of available labour resources. The population policy requires long-term actions on the part of the State.

The urgent need to develop an interdisciplinary approach to the demographic processes in Poland has been expressed by the Government Population Council in its annual reports entitled *The demographic situation of Poland*. This postulate was also approved by the Committee of the Council of Ministers and the Government Population Council, and further discussed during the 2nd Demographic Congress, held under the honorary patronage of the President of the Republic of Poland, Bronisław Komorowski, from 22 March to 23 November 2012, and dedicated to Poland's demographic future. The goal of the Congress was to inspire interest in the issues related to the demographic development among the scientific community, local government bodies, non-governmental organisations, representatives of religious institutions, and potentially all Poles. The Congress also considered a document entitled *Foundations of the Polish Population Policy*.

Mr Chairman,

Thanks to Poland's accession to the EU, Polish citizens move around the EU freely. Since 2004, the number of Poles residing temporarily outside of Poland has more than doubled. The emigration of Poles peaked shortly before the global economic crisis, i.e. in 2007 (2.27 million). According to estimates by the Central Statistical Office, at the end of 2011, 2.06 million Poles, representing about 6% of the country's population resided temporarily outside of Poland (of which approx. 73% for reasons associated with work), with 1.67 million persons residing in other EU Member States (Great Britain, Germany, Ireland, the Netherlands, Belgium, France, and Norway). The vast majority of emigrants is in the mobile age, i.e. between 18–44 years of age. For some of Poland's regions the situation is particularly serious (e.g. for Opolskie Voivodeship the drop in the number of persons aged 18–44 is over 34%). The scale of the economic emigration from Poland at the beginning of the 21st century could be accounted for, among other things, by persons born during the population boom of the 1970s and 1980s entering the labour market and adulthood during the economic slowdown, with the high unemployment rate reaching 20%. Consequences of such a significant population outflow in a short time are very complex and will most probably be noticeable in the years to come. It is, therefore, crucial for the Polish authorities to create conditions encouraging returns of migrants.

On the other hand, it is necessary for our country to analyse the issue of international migration which ensues from both Poland's accession to the European Union as well as the process of globalization. In terms of internal migration, in 2011 stagnation was observed, the number of people changing residence reached 456 000 people. Since the beginning of the decade a negative net migration for rural areas has reversed completely into a positive balance; migration to disfavoured urban areas has also grown considerably. An analysis of internal and international migration trends is of great importance for an assessment of demographic changes, both at the national and the regional levels, in a period of social and economic transformation.

These changes will have specific consequences in terms of labour force supply or tensions or the state of the social insurance system. A conscious immigration policy seems to be one of the potential instruments for limiting negative consequences of demographic changes.

The analysis of the available data on foreigners coming to Poland has revealed the prevalence of a model of circulatory migrations for economic purposes, which is the most in line with the needs of the Polish economy, and with the possibilities to attract immigrants. Therefore, the migration policy should be a supplementary measure in relation to the proper family policy that would allow an increase in fertility rate, as well as the policy for vocational activation of social groups remaining outside the labour market.

Distinguished Delegates, Ladies and Gentlemen,

Let me speak in more detail about issues pertinent to the Polish migration policy.

Migration policy. On 31 July 2012, the Council of Ministers adopted the document *Migration Policy of Poland – the current state and further actions* which constitutes the basis for cohesive action towards foreigners and formulates systemic solutions and recommendations for the public administration in the field of migration. The main theme is the adaptation of migration policy to labour market priorities and the need to ensure competitiveness of the Polish economy. The lines for action include such elements as documented migration, controlling irregular migration, integration, international protection for foreigners, citizenship and repatriation, efficient functioning of the legal and institutional system and monitoring of migration processes.

The migration component is believed to constitute a significant element of a separate, comprehensive population policy, without which the determination of the scale of and needs for encouraging migration will not be possible. In this context it could be stated that without a population policy it is not possible to pursue a targeted migration policy as an instrument for influencing the demographic situation of Poland.

Legalization of stay of foreigners in Poland.

In Poland, EU citizens and their family members enjoy the freedom of movement of persons, which is regulated by Directive No. 38/2004 of 29 April 2004 on the right of citizens of the Union and their family members to move and reside freely within the territory of the Member States (OJ. L. 158 of 30.04.2004, p 77), adopted by the European Parliament and the Council of the European Union. This Directive has been transposed into the Polish law by the Act of 14 July 2006 on the entry into the territory of the Republic of Poland, stay and departure from that territory of nationals of Member States of the European Union and their family members (O.J.of 2006., No. 144, item. 1043 as amended).

The issue of legalization of stay of third-country nationals is regulated by the Act of 13 June 2003 *on Aliens* (O.J. of 2011, No 264, item. 1573, as amended). In accordance with this act, foreigners can be granted temporary residence permits (residence permit for a fixed period) and permanent residence permits (settlement permit, long-term resident's EU residence permit).

In 2012 a new Act on Polish citizenship entered into force. It includes among others, provisions on the possibility of restoring Polish citizenship. The procedure of citizenship restoration applies to persons who lost Polish citizenship before 1 January 1999. Since this date, granting citizenship has been a prerogative of the President of the Republic of Poland, who has also become the sole entity entitled to revoke Polish citizenship.

Between 1 January and 2 July 2012 foreigners with an undocumented status had the possibility of regularizing their stay. An uninterrupted stay in Poland since 1 January 2011 was the basic condition of granting the residence permit for this category of foreigners. Until the end of 2012, 4405 positive decisions were issued in the first instance. In 2012 the work on a draft new Act on foreigners which is to regulate the majority of issues related to the stay of third-country nationals (non-EU citizens) in the territory of Poland was initiated.

Polish asylum system. In the Polish legal order the principles, conditions and procedures for granting protection to foreigners are regulated in the Act of 13 June 2003, on granting protection to foreigners in the territory of the Republic of Poland (O.J. of 2012, item 680). In 2012 a record number of 10 753 persons applied to the Head of the Office for Foreigners, for the refugee status.

Common European Asylum System. The basic layout of the CEAS consists in the establishment of a common asylum procedure and a uniform status valid throughout the EU. Poland has been actively participating in the creation of the system as a member of EU working groups and other European fora.

Social assistance for asylum seekers in Poland. On the basis of the Act of 13 June 2003 on granting protection to foreigners within the territory of the Republic of Poland, migrants applying for the refugee status are entitled to social assistance that is provided by the Office for Foreigners.

As stated before, it is our strong conviction that an analysis of migration trends is of crucial importance for an assessment of demographic changes in a period of social and economic transformation.

Thank you for this opportunity to present the foundations of the Polish migration policy and for your kind attention.

Resolution 2013/1

New trends in migration: demographic aspects¹

The Commission on Population and Development,

Recalling the Programme of Action of the International Conference on Population and Development² and the key actions for its further implementation,³

Recalling also the Universal Declaration of Human Rights⁴ and the obligations of States parties to the International Covenant on Civil and Political Rights, the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights,⁵ the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women,⁶ the Convention on the Rights of the Child,⁷ the Convention on the Rights of Persons with Disabilities,⁸ the International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination⁹ and the International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families,¹⁰

Recalling further the United Nations Convention against Transnational Organized Crime¹¹ and the supplementing protocols thereto, namely, the Protocol to Prevent, Suppress and Punish Trafficking in Persons, Especially Women and Children,¹² and the Protocol against the Smuggling of Migrants by Land, Sea and Air,¹³ and the United Nations Global Plan of Action to Combat Trafficking in Persons,¹⁴

Recalling the United Nations Declaration on the Rights of Indigenous People,¹⁵

Recalling also the 2005 World Summit Outcome,¹⁶ its resolution 60/265 of 30 June 2006 on follow-up to the development outcome of the 2005 World Summit, including the Millennium Development Goals and the other internationally agreed development goals, and recalling further the High-Level Plenary Meeting of the General Assembly on the Millennium Development Goals and its outcome document,¹⁷

Acknowledging that the first High-level Dialogue on International Migration and Development in 2006 provided an opportunity to address constructively the issue of international migration and development and increased awareness of the issue, including the summary by the President of the General Assembly of the Dialogue,¹⁸

¹ For the discussion, see chap. II.

² *Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994* (United Nations publication, Sales No. E.95.XIII.18), chap. I, resolution 1, annex.

³ See General Assembly resolution S-21/2, annex; *Official Records of the General Assembly, Twenty-first Special Session, Supplement No. 3 (A/S-21/S/Rev.1)*; and A/S-21/PV.9.

⁴ General Assembly resolution 217 A (III).

⁵ See General Assembly resolution 2200 A (XXI), annex.

⁶ United Nations, Treaty Series, vol. 1249, No. 20378.

⁷ *Ibid.*, vol. 1577, No. 27531.

⁸ *Ibid.*, vol. 2515, No. 44910.

⁹ *Ibid.*, vol. 660, No. 9464.

¹⁰ *Ibid.*, vol. 2220, No. 39481.

¹¹ *Ibid.*, vol. 2225, No. 39574.

¹² *Ibid.*, vol. 2241, No. 39574.

¹³ *Ibid.*, vol. 2237, No. 39574.

¹⁴ General Assembly resolution 64/293.

¹⁵ See General Assembly resolution 61/295, annex.

¹⁶ General Assembly resolution 60/1.

¹⁷ General Assembly resolution 65/1.

Recognizing the contribution of the Global Forum on Migration and Development to addressing the multidimensional nature of international migration and promoting coherent and comprehensive approaches,

Recalling all General Assembly resolutions relevant to international migration, including those on international migration and development, and on the protection of migrants, in particular Assembly resolutions 63/225 of 19 December 2008, 65/170 of 20 December 2010, 67/172 of 20 December 2012 and 67/219 of 12 December 2012, which are relevant to the second High-level Dialogue on International Migration and Development, which will be held during the sixty-eighth session of the General Assembly and will discuss the overall theme of

“Identifying concrete measures to strengthen coherence and cooperation at all levels, with a view to enhancing the benefits of international migration for migrants and countries alike and its important links to development, while reducing its negative implications”,

Recalling also the United Nations Conference on Sustainable Development, held in Rio de Janeiro, Brazil, from 20 to 22 June 2012, and its outcome document, entitled “The future we want”,¹⁷

Reaffirming the resolve expressed by the Heads of States and Governments to take measures to ensure respect for and protection of the human rights of migrants, migrant workers and members of their families,

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,²⁰ as well as those on population and development, education and gender equality, are integrally linked to global efforts to eradicate poverty and achieve sustainable development, and that population dynamics are allimportant for development,

Recognizing also that all human rights are universal, indivisible, interdependent, interrelated and mutually reinforcing and that the international community must treat human rights globally in a fair and equal manner, on the same footing and with the same emphasis, and stresses that, while the significance of national and regional particularities and various historical, cultural and religious backgrounds must be borne in mind, it is the duty of States regardless of their political, economic and cultural systems to promote and protect all human rights and fundamental freedoms,

Recognizing further the responsibility of States to promote and protect effectively the human rights and fundamental freedoms of all migrants, regardless of their migration status, especially those of women and children,

Acknowledging the important link between migration and development, and recognizing that migration brings both opportunities and challenges to countries of origin, transit and destination to migrants and to the global community,

Reaffirming that development is a central goal in itself and that sustainable development in its economic, social and environmental aspects constitutes a key

¹⁸ A/61/515.

¹⁹ General Assembly resolution 66/288, annex.

²⁰ 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.

element of the overarching framework of United Nations activities,

Recognizing the importance of preventing and eliminating trafficking in persons, including migrant workers, while assuring the protection of their human rights,

Recognizing also that increased national, bilateral, regional and multilateral cooperation and shared responsibility are important to ensure orderly, regular and safe processes of migration and to reduce undocumented or irregular migration,

Recognizing further the importance of having a comprehensive and balanced approach to migration, and bearing in mind that migrants can contribute to the political, economic, social and cultural fabric of countries and the historical, cultural and economic ties that exist among some regions,

Recognizing that remittance flows constitute one of the important aspects of international migration and constitute a source of private capital,

Acknowledging the importance of sustainable integrated urban development in order to respond effectively to the growth of urban populations, while also recognizing that a significant portion of the world's poor live in rural areas and that rural communities play an important role in the economic development of many countries,

Aware that migration has increased in volume, scope, complexity and impact since the adoption of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development, and that migration is an intrinsic feature of a globalizing world in which economic, social, cultural, demographic, political and environmental factors all play an important role,

Acknowledging the complexity of migratory flows and that international migration movements also occur within the same geographical regions, and in this context calling for a better understanding of migration patterns across and within regions,

Noting that greater internal migratory flows have a significant impact on the distribution and concentration of populations in cities and large urban agglomerations, and recognizing the growing numbers of urban poor who often have no other option but to live in slums,

Recognizing the need to further consider the role that environmental factors may play in migration,

Noting that international migration affects the population size and population distribution of countries as well as their composition by age and sex, and recognizing that migration flows are important considerations for development planning,

Recognizing that women and girls account for almost half of all international migrants at the global level, that women are increasingly migrating on their own or as heads of households and that while this situation can create opportunities for economic independence and empowerment, it can also lead to exploitation and vulnerability, and violence and abuse for girls, as well as for migrant women and their families, and therefore requires more attention and greater gender sensitivity in all policies and efforts related to migration,

Recognizing also the contributions of adolescents and young migrants to countries of origin, transit and destination, their particular vulnerabilities, circumstances and needs, and their potential to build social, economic and cultural bridges of cooperation and understanding across societies, and in that regard

acknowledging the need to consider the socioeconomic circumstances and specific needs of young migrants, including access to education and health services, in order that they may achieve their full potential and contribute to inclusive social and economic development,

Recognizing further that any migrant can be vulnerable depending on the conditions and circumstances of his or her migration, and that these vulnerabilities can be exacerbated depending on a variety of factors such as age, sex, ethnicity and legal status,

Recognizing that young people, including young migrants, are particularly vulnerable to HIV infection because of social and economic factors and other inequities, including stigma and discrimination, gender-based and sexual violence, gender inequality and violations, and lack of accurate information on HIV and other sexually transmitted infections, and access to sexual and reproductive health, including HIV-related services,

Recalling the resolve expressed to provide protection and assistance to refugees and internally displaced persons, of whom a majority are women and children, in accordance with international law, including international humanitarian law,

Recognizing that all migrants have the right to a nationality to prevent statelessness, which can leave migrants particularly vulnerable to arbitrary arrest and detention, exploitation, and other abuses, and that all children, including the children of migrants, should be registered immediately after birth,

Recognizing also that in order to achieve their full potential for economic and social development, migrants need to have access to vital registration services and relevant documentation, education, vocational training, housing, productive employment, and social and health services, including sexual and reproductive health services, with due regard for applicable laws and eligibility requirements,

Recalling the various General Assembly resolutions requesting the United Nations system and other relevant international organizations, in particular the International Organization for Migration, to enhance their cooperation to improve the collection, dissemination and analysis of migration data disaggregated, inter alia, by age and sex,

Taking note of the reports of the Secretary-General on world population monitoring and on the monitoring of population programmes, both focusing on new trends in migration,²¹ 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 Development and the key actions for its further implementation;

2. *Also reaffirms* the Beijing Platform for Action and the outcomes of the twenty-third special session of the General Assembly,²³ including in the area of migrant women;

3. *Further reaffirms* the sovereign right of each country to implement the recommendations of the Programme of Action or other proposals in the present resolution, consistent with national laws and development priorities, with full

²¹ E/CN.9/2013/3 and E/CN.9/2013/4.

²² E/CN.9/2013/5.

²³ General Assembly resolutions S-23/2, annex, and S-23/3, annex.

respect for the various religious and ethical values and cultural backgrounds of its people, and in conformity with universally recognized international human rights;

4. *Calls upon* States to promote and protect effectively the human rights and fundamental freedoms of all migrants regardless of migration status, especially those of women and children, and to address international migration through international, regional or bilateral cooperation and dialogue and a comprehensive and balanced approach, recognizing the roles and responsibilities of countries of origin, transit and destination in promoting and protecting the human rights of all migrants, and avoiding approaches that might aggravate their vulnerability;

5. *Urges* Member States to take effective measures in conformity with international law to protect migrants affected or exploited by terrorism and incitement;

6. *Also urges* Member States to take concerted actions in conformity with international law to remove the obstacles faced by migrants, including those living in situations of armed conflict or under foreign occupation;

7. *Requests* all Member States, in accordance with their relevant international obligations and commitments, to promote cooperation at all levels in addressing the challenge of undocumented or irregular migration, so as to foster orderly, regular and safe processes of migration;

8. *Urges* all Member States to devise, enforce and strengthen effective measures and specific policies to prevent, combat and eliminate all forms of trafficking in persons, to counter the demand for trafficked victims and to protect the victims, in particular women and children subjected to forced labour, sexual exploitation, violence or sexual abuse;

9. *Encourages* Member States that have not already done so to enact national legislation and take other appropriate measures to combat international smuggling of migrants, including legislative, judicial, regulatory and administrative measures, recognizing that migrant smuggling may endanger the lives of migrants or make them vulnerable to trafficking, kidnapping or other crimes and abuse by organized criminal groups, and to strengthen international cooperation to combat such crimes;

10. *Urges* Member States to safeguard and protect migrants and members of their families from illegal or violent acts, including acts of discrimination and crimes perpetrated on any basis, and to respect their physical integrity, dignity, religious beliefs and cultural values;

11. *Encourages* Member States that have not done so to consider signing and ratifying or acceding to the International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families,¹¹ as well as other relevant legal instruments related to labour standards, and requests the Secretary-General to continue his efforts to promote and raise awareness of such instruments;

12. *Calls upon* Member States to promote and protect the human rights and fundamental freedoms of, and promote equal opportunities for, internal migrants, to combat all forms of discrimination against them, to provide them with access to education, health care and social services, and to foster social integration, especially for marginalized migrants;

13. *Reaffirms* that there is a need to address and to promote conditions for cheaper, faster, more transparent and safer transfers of remittances, in a non-discriminatory fashion, in both source and recipient countries, and invites Member States as well as the private sector, international organizations, the banking community and other stakeholders, to work towards the further reduction of transfer

costs of remittances;

14. *Reaffirms also* the need to encourage opportunities for development oriented investments in recipient countries by beneficiaries that are willing and able to undertake such actions;

15. *Invites* Governments to encourage diasporas to contribute to the development of their countries and communities of origin, in accordance with domestic legislation, including by facilitating human capital transfer, direct investment, trade and philanthropy, and by ensuring an environment that is conducive to investments and entrepreneurship with easy access to information, networks and infrastructure;

16. *Invites* Member States to take practical measures to enhance the benefits of international migration for development by, inter alia, seeking to ensure the fair treatment of migrants with regard to their working conditions and wages, the portability of pensions and other social protections, as appropriate, and the mutual recognition of diplomas and qualifications, with due regard to eligibility criteria, and in general lowering the costs of migration and promoting circular and return migration;

17. *Calls upon* States to ensure that migration, which affects many areas of development, is integrated into national and sectoral development policies, strategies and programmes;

18. *Reiterates* the need to consider how the migration of highly skilled persons, especially in the health, social and engineering sectors, affects the development efforts of developing countries and endorses the example of good practice set by the World Health Organization Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, whereby the international community is encouraged to support and promote the strengthening of health systems;

19. *Invites* Governments, when developing policies, to take into account the role that environmental factors may play in migration;

20. *Urges* Member States and the international community to give due consideration to the linkages between migration and development in the further implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development beyond 2014, and in the elaboration of the post-2015 development agenda;

21. *Urges* Member States, with the support of the international community, to consider population and migration trends and projections in developing, implementing, monitoring and evaluating national, rural and urban development strategies and policies, and to seize the opportunities and address the challenges associated with demographic change, including migration;

22. *Encourages* Member States to promote sustainable and integrated rural and urban development, to strengthen urban-rural linkages and to expand participatory efforts to upgrade slums;

23. *Encourages* Governments to harness the benefits of persons moving to urban areas in pursuit of education, employment or family unity, and to seize the advantages of higher population density, notably higher energy efficiency in transport and housing, as well as cheaper provision of services and infrastructure, while at the same time working to mitigate the adverse impacts of the rapid concentration of populations in cities or metropolitan areas;

24. *Welcomes* programmes that allow migrants to integrate fully into society, facilitate family reunification in accordance with the laws and specific criteria of

each Member State and promote a harmonious, tolerant and respectful environment, and encourages host countries to take appropriate measures aimed at the full integration of long-term, regular migrants staying in the country;

25. *Calls upon* States to protect the human rights of migrant children, especially migrant girls, given their vulnerability, particularly unaccompanied migrant children, ensuring that the best interests of the child are a primary consideration in State policies on integration, return and family reunification, including repatriation mechanisms;

26. *Urges* Member States and relevant international organizations to incorporate a gender perspective into all policies and programmes on international migration in order, inter alia, to reinforce the positive effects that migration can have for the empowerment of women and the contributions that migrant women can make to the economic, social and human development of their countries of origin and their host countries, and to strengthen actions to prevent and eliminate all forms of violence, coercion, discrimination, trafficking in persons, and exploitation and abuse of women and girls;

27. *Urges* Governments to take into account the best interests of the child by adopting or strengthening measures to promote and protect the human rights of migrant girls, including unaccompanied girls, regardless of their immigration status, so as to prevent labour and economic exploitation, discrimination, sexual harassment, violence and sexual abuse in the workplace, including in domestic work;

28. *Calls upon* Member States to consider the consequences of humanitarian emergencies for migrants and migration, including for longer-term development, in particular regarding the situation of international migrants affected by acute crises in destination or transit countries, and the impact of return migration, and also specifically considering the role of human mobility in disaster risk reduction strategies, disaster preparedness, national climate change adaptation programmes and sustainable urban planning;

29. *Also calls upon* Member States to increase measures to protect women migrants from violence and harassment, including sexual harassment and bullying, in both public and private spaces, and to address security and safety through awareness-raising policies and programmes;

30. *Recognizes* that migrants and displaced persons in many parts of the world have limited access to health care, including for sexual and reproductive health, and face specific threats to their reproductive health and rights, and calls upon Governments to provide services that are particularly sensitive to the needs of individual women and adolescents and responsive to their often powerless situation, with particular attention to those who are victims of sexual violence,

31. *Calls upon* Member States to intensify efforts to provide migrants with access to health and social services, including sexual and reproductive health services, information and education, and access to services for the prevention and treatment of HIV and AIDS and other communicable or non-communicable diseases, and for the care and support of persons living with these conditions; as well as to implement measures to prevent violence, including sexual violence, and to address the consequences by providing, inter alia, emergency contraception and safe abortion in circumstances where such services are permitted by national law;

32. *Urges* States that have not yet done so to adopt and implement legislation and policies that protect all women migrant domestic workers and to include therein and improve, where necessary, relevant monitoring and inspection measures in line with applicable International Labour Organization conventions and other instruments to ensure compliance with international obligations, and to grant women migrant workers in domestic service access to gender sensitive, transparent

mechanisms for bringing complaints against employers, while stressing that such instruments should not punish women migrant domestic workers, and calls upon States to promptly investigate and punish all violations of their rights;

33. *Encourages* Member States to consider identifying and reviewing any remaining HIV-related restrictions on the entry, stay and residence of migrants in order to eliminate the restrictions;

34. *Urges* Member States, with the support of the international community and within their national strategies for the development of statistics, to prioritize the collection and publication of timely and comparable migration data, based on existing standards and guidelines, including data disaggregated by age and sex, and to build national capacity for this work;

35. *Requests* the Secretary-General to examine best practices and make recommendations for strengthening national capacities to collect, process and disseminate migration data, and for using such data for decision-making and informed public debate and dialogue, as part of his report to the 2013 High-level Dialogue on International Migration and Development;

36. *Encourages* Member States to take advantage of advances in methodologies and technologies for data collection and analysis and to collaborate regularly in the collection, processing, exchange and analysis of migration and other relevant data compiled through various data collection systems;

37. *Also encourages* Member States to make migration data available at the highest level of spatial disaggregation possible, in all cases respecting the privacy of individuals and taking into account legal and ethical standards, in order to improve the quality, timeliness and accessibility of data for the purpose of policy and programme development, implementation, monitoring and evaluation;

38. *Encourages* efforts by Member States and the international community to promote a balanced and comprehensive approach to migration and development, in particular by building partnerships among all relevant stakeholders and by ensuring coordinated action to develop national capacities, including for data collection and for the management of migration in ways that respect and protect human rights;

39. *Stresses* the need to take 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 and regional policies and cooperative strategies with the meaningful participation of migrants to ensure that migration contributes to the development of both countries of origin and countries of destination;

40. *Reaffirms* the right of Governments to enforce their migration laws consistent with their international obligations;

41. *Calls upon* Governments of both developed and developing countries to make every effort to mobilize the required resources to ensure that the migration, development and human rights-related objectives of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development are met, and urges Governments and development partners to cooperate closely to ensure that resources are used in a manner that ensures maximum effectiveness and is in full alignment with the needs and priorities of developing countries;

42. *Calls upon* all relevant bodies, agencies, funds and programmes of the United Nations system, and other relevant intergovernmental, regional and subregional organizations, including the Global Migration Group, within their respective mandates, to strengthen their collaboration and cooperation in the area of

international migration, to adopt coherent, comprehensive and coordinated approaches and to include migration issues in their contributions to the preparation of the post-2015 development agenda;

43. *Requests* the Secretary-General to continue his substantive work on migration and development and, in collaboration with the United Nations system and relevant organizations, including the International Organization for Migration, to continue assessing the progress made in achieving the goals and objectives on migration and development set out in the outcomes of the major United Nations conferences and summits;

44. *Looks forward* to the second High-level Dialogue on International Migration and Development, with the aim of identifying concrete measures to harness the benefits of migration and to minimize its negative impacts, which is to be held during the sixty-eighth session of the General Assembly, reiterates the invitation to Member States and observers to participate at the highest possible level, and calls on Member States to contribute through appropriate regional consultative processes to the High-level Dialogue;

45. *Recommends* in this regard that the Economic and Social Council transmit the report of the Commission on its forty-sixth session to the second Highlevel Dialogue on International Migration and Development.

GLOBAL SURVEY ICPD BEYOND 2014

COUNTRY QUESTIONNAIRE

Name of Country / Territory: POLAND

Name of Global Survey Coordinator: Government Population Council of Poland

208, Al. Niepodległości, 00-925 Warszawa

Professor Zbigniew Strzelecki; Dr Alina Potrykowska

Interview date(s): December 2012 – January 2013

Brief summary of Global Survey completion process: After the accession to the European Union in May 2004, at the beginning of the second decade of the 21st century Poland faces serious demographic problems, such as low number of births, difficulties in the establishment and development of families, high mortality rates compared with Western European countries, shorter life expectancy than in the European Union, deficits in health status of the population, the real prospect of a large decrease in the number of inhabitants and a problem of the balance between generations. The continuity of generations is a serious issue to ensure a place for our nation and state in the modern world. The starting point for *the demographic issue* should be a conviction to respect human life. To support such systems of values, which increase the ethos of family and marriage in Polish society Demographic regeneration in Poland is necessary. It will be possible when conditions favoring establishing families and realizing reproductive plans will be created, including the combination of work and family responsibilities, as well as creating conditions favoring development of the young generation in families, as a factor to improve the quality of human capital (supporting families in bearing the costs of upbringing of the young generation), preventing social exclusion and dysfunctions in families. They should consider the changes taking place in today's society among the young generations - in their lifestyles, choices to be made, life priorities and, in general, the new patterns of life. In spite of the positive demographic change in recent years: a decrease in the mortality of infants, children and adolescents, extending the average duration of human life, they recognize the urgent need for planned remedial measures. An aging population should not be treated as a threat; it requires the understanding of adaptation processes to the demographic change, which has a global character. Population policy requires long-term actions by the state, which include acceptance and public support. The objectives of sustainable economic and social development, the "Europe 2050" strategy, "Europe 2020" the "Poland 2030" strategy, the "Poland 2050" report (by the Forecasting Committee, Poland 2000 plus) and "Millennium Goals for the Development of the United Nations" form the basic principles for the development of our country. (Declaration, II Demographic Congress in Poland, 2012).

TABLE OF CONTENTS

SECTION 1: POPULATION, SUSTAINED ECONOMIC GROWTH AND SUSTAINABLE DEVELOPMENT (CHAPTER III)	94
SECTION 2: POPULATION GROWTH AND STRUCTURE (CHAPTER VI)	101
Addressing the needs of adolescents and youth	101
Addressing ageing and the needs of older persons	109
Addressing the needs of persons with disabilities	119
Addressing the needs of indigenous people	128
SECTION 3: URBANIZATION AND INTERNAL MIGRATION (CHAPTER IX)	137
SECTION 4: INTERNATIONAL MIGRATION AND DEVELOPMENT (CHAPTER X)	145
SECTION 5: FAMILY, WELLBEING OF INDIVIDUALS AND SOCIETIES (CHAPTER V)	154
SECTION 6: REPRODUCTIVE RIGHTS AND REPRODUCTIVE HEALTH (CHAPTER VII) AND HEALTH, MORBIDITY AND MORTALITY (CHAPTER VIII)	165
SECTION 7: GENDER EQUALITY, EQUITY AND EMPOWERMENT OF WOMEN (CHAPTER IV)	208
SECTION 8: POPULATION, DEVELOPMENT AND EDUCATION (CHAPTER XI)	223

ACRONYMS

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ASRH	Adolescent Sexual Reproductive Health
CD	Communicable Disease
CEDAW	Convention on the Elimination of all forms of Discrimination Against Women
CRC	Convention on the Rights of the Child
CSCs	Citizen Service Centers
BCC	Behaviour Change Communication
EmOC	Emergency Obstetric Care
FBOs	Faith Based Organisations
FGM/C	Female Genital Mutilation/Cutting
GBV	Gender-Based Violence
HIV	Human Immunodeficiency Virus
ICPD	International Conference on Population and Development <i>(held in Cairo Egypt in 1994)</i>
ICPD+5	5th Anniversary of the ICPD <i>(which was marked in 1999)</i>
ICPD+10	10th Anniversary of the ICPD <i>(which was marked in 2004)</i>
ICPD+15	15th Anniversary of the ICPD <i>(which was marked in 2009)</i>
IDP	Internally Displaced Person
INGO	International Non-Governmental Organisation
M&E	Monitoring and Evaluation
MDGs	Millennium Development Goals
MSM	Men having Sex with Men
NCD	Non-Communicable Disease
NDS	National Development Strategy
NGO	Non-Governmental Organisation
ODA	Official Development Assistance
OiC	Officer-in-Charge
PETS	Public Expenditure Tracking Survey
PoA	Programme of Action
PLHIV	People Living with HIV
PMTCT	Preventing Mother-to-Child Transmission (PMTCT) to HIV
PRSP	Poverty Reduction Strategy Paper
QSDS	Quantitative Service Delivery Surveys
RHCS	Reproductive Health Commodity Security
SRH	Sexual and Reproductive Health
STI	Sexually Transmitted Infection
VCT	Voluntary Counselling and Testing

SECTION 1: POPULATION, SUSTAINED ECONOMIC GROWTH AND SUSTAINABLE DEVELOPMENT (CHAPTER III)

Name(s) of the primary respondent(s) and position(s): Jolanta Rawska-Olejniczak
 Minister Councillor; Bolesława Domańska, Deputy Director
 Name(s) of institution(s)/department(s): Ministry of Environment, Department of Sustainable Development
 Ministry of the Environment; ul. Wawelska 52/54, 00-922 Warszawa
 Central Statistical Office, Department of Regional Issues and the Environment
 208, Al.Niepodległości, 00 925 Warszawa
 Interview date(s): 30.11.2012; 3.12.2012

1.1. Does the country have a national policy, programme and/or strategy that explicitly addresses the interaction between population and sustainable development?

- 1) Yes
 2) No (if no, skip to 1.3)

1.2. If YES, please provide the name, the type, status, the main institution responsible for implementing the policy, programme and/or strategy, the implementation timeframe or the year of inception/revision.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Name of policy, programme and/or strategy addressing the interaction between population and sustainable development	Type	Status	Main responsible institution	Implementation timeframe or year of inception/revision
a) Long-term Development Strategy 2030	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input checked="" type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input checked="" type="checkbox"/>	The Chancellery of the Prime Minister	To 2030
b) Mid-term Development Strategy 2020	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input checked="" type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input checked="" type="checkbox"/>	The Chancellery of the Prime Minister	To 2020
c) Human Capital Development Strategy	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input checked="" type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input checked="" type="checkbox"/>	The Chancellery of the Prime Minister	
d)	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input type="checkbox"/>		
e)	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input type="checkbox"/>		

1.3. Has the country established any institutional entities to address issues related to the interaction between population and sustainable development?

- 1) Yes
 2) No (if no, skip to 1.5)

1.4. If YES, please indicate the name(s) of the institutional entity(ies) and the year of establishment.

(1)	(2)
Other institutional entities addressing issues related to the interaction between population and sustainable development	Year of establishment
a)	
b)	
c)	
d)	
e)	

1.5. Addressing ICPD issues regarding in the national context during the last five (5) years.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
ICPD issues related to the interaction of population and sustainable development	Was this issue addressed in any existing policy/programme/strategy or through an institutional entity? If yes, in which one(s)?	Was budget allocated to this issue?	Has the country taken concrete implementation measures to address this issue?	In your assessment, and based on most concrete evidence at your disposal and that you may be aware of, how would you rate the overall progress of implementation of the measures adopted on a scale of 1 to 4 as follows: 1-deficient 2-behind schedule 3-on schedule 4-ahead of schedule
a) Eradication of poverty with special attention to income generation and employment strategies	1) Yes <input type="checkbox"/> Name__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
b) Strengthening food security	1) Yes <input type="checkbox"/> Name__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
c) Promoting Environmental resources management	1) Yes <input type="checkbox"/> Name__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
ICPD issues related to the interaction of population and sustainable development	Was this issue addressed in any existing policy/programme/strategy or through an institutional entity? If yes, in which one(s)?	Was budget allocated to this issue?	Has the country taken concrete implementation measures to address this issue?	In your assessment, and based on most concrete evidence at your disposal and that you may be aware of, how would you rate the overall progress of implementation of the measures adopted on a scale of 1 to 4 as follows: 1-deficient 2-behind schedule 3-on schedule 4-ahead of schedule
d) Reducing territorial inequalities	1) Yes <input type="checkbox"/> Name__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
e) Achieving fair trade relations	1) Yes <input type="checkbox"/> Name__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
f) Improving solid Waste management	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name: National Waste Management Plan 2014 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Describe_ educational and information campaigns, legislative changes, infrastructure construction 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
g) Foster sustainable resource use and preventing environmental degradation	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name Energy Safety and Environment Strategy 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
h) Address the population trends/dynamics in ecologically vulnerable areas.	1) Yes <input type="checkbox"/> Name__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
i) Address the implications of population trends in large urban agglomerations	1) Yes <input type="checkbox"/> Name__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
ICPD issues related to the interaction of population and sustainable development	Was this issue addressed in any existing policy/programme/strategy or through an institutional entity? If yes, in which one(s)?	Was budget allocated to this issue?	Has the country taken concrete implementation measures to address this issue?	In your assessment, and based on most concrete evidence at your disposal and that you may be aware of, how would you rate the overall progress of implementation of the measures adopted on a scale of 1 to 4 as follows: 1-deficient 2-behind schedule 3-on schedule 4-ahead of schedule
j) Addressing the needs of people living within or on the edge of fragile ecosystems	1) Yes <input type="checkbox"/> Name __ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe __ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
k) Other , specify _____	1) Yes <input type="checkbox"/> Name __ 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe __ 2) No <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>

1.6. Areas of progress in addressing issues related to the interaction between population and sustainable development.

Among the issues related to the interaction between population and development that are most relevant in the national context, briefly list achievements (citing reports), and comment on facilitators and barriers. List as many issues as are deemed relevant by copying this table – each table is for one (1) identified issue.

ICPD issues regarding population and sustainable development of relevance to the national context	
a) Name of the issue (mentioned in question 2.5 above)	Social and economic development of the Eastern Poland
b) Key achievements	Development of local industries, inc. SMS, education, informatization, eco-tourist, improvement of medical service
c) Facilitators*	Financial, technical and institutional support of this part of Poland
d) Barriers*	Demographic issues, unbalanced development of the country, lower allocation of resources for research and development

*See list of facilitators and barriers in the questionnaire interviewer's guide

1.7. Considering the national context, what are the most relevant issues regarding the interaction between population and sustainable development, that the country considers priority for public policy for the next five (5) to ten (10) years? Cite up to five (5) issues.

Issues regarding the interaction between population and development that should receive further public policy priority for the next five (5) to ten (10) years
a)
b)
c)
d)
e)

1.8. Has the country carried out research on population dynamics for planning purposes at the national and/or subnational level in the last five (5) years?

- 1) Yes At the national level only, please cite report(s)
- 2) Yes At the national and at the subnational level, please cite report(s) "Demographic Yearbook", "National Census of Population and Housing 2011. Report on the results", "Population projection for Poland 2008–2035 (level: NUTS 1, NUTS 2, NUTS 3, LAU 1), "Population projection for powiats (LAU 1) and cities with powiat status and subregions for the years 2011–2035" (internet version in Polish)
- 3) Yes At the subnational level please cite report(s) "Report on the results in voivodship... National Census of Population and Housing 2011"
- 4) No

**1.9. Has the country allocated resources for research and capacity development for research regarding the following population-related issues in the last five years?
If YES, provide examples.**

Allocation of resources for research and capacity development for research regarding population-related issues
a) Monitor population trends and prepare population projections / scenarios 1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Cite example(s) demography surveys – as part of the annual programmes of statistical surveys 2) No <input type="checkbox"/>
b) Linkages between population and poverty 1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Cite example(s) EU-SILC, Household Budget Survey, Social Cohesion Survey 2) No <input type="checkbox"/>
c) Linkages between population, the environment and natural resources 1) Yes <input type="checkbox"/> Cite example(s) _____ 2) No <input type="checkbox"/>
d) Linkages between population trends and sustained economic growth 1) Yes <input type="checkbox"/> Cite example(s) _____ 2) No <input type="checkbox"/>
e) Linkages between population trends and employment 1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Cite example(s) labour market surveys e.g. Labour Force Survey 2) No <input type="checkbox"/>

1.10. If yes, on a scale of 0 to 5 where 0 is low and 5 is high, to what extent has research on population dynamics informed resource allocation decisions?

Low					High
0	1	2	3	4	5

1.11. If yes, on a scale of 0 to 5 where 0 is low and 5 is high, to what extent it has informed other policies /strategies?

Low					High
0	1	2	3	4	5

1.12. Name up to three civil society organisations (CSOs) whom the government has partnered with in the area of sustainable development. Cite the type of CSO, the name of the government unit which partnered with it, its area(s) of involvement, and the activities conducted.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Name of the CSO	Type of CSO	Name of the Government unit which partnered with the CSO	Area of CSO involvement	Activities conducted
a)	1) National NGO <input type="checkbox"/> 2) International NGO <input type="checkbox"/> 3) Youth Groups <input type="checkbox"/> 4) Academic/research centers <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ____ <input type="checkbox"/>		1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ____ <input type="checkbox"/>	
b)	1) National NGO <input type="checkbox"/> 2) International NGO <input type="checkbox"/> 3) Youth Groups <input type="checkbox"/> 4) Academic/research centers <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ____ <input type="checkbox"/>		1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ____ <input type="checkbox"/>	
c)	1) National NGO <input type="checkbox"/> 2) International NGO <input type="checkbox"/> 3) Youth Groups <input type="checkbox"/> 4) Academic/research centers <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ____ <input type="checkbox"/>		1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ____ <input type="checkbox"/>	

1.13. Does the country have a policy or strategy that promotes information, education and communication on issues related to sustainable development?

1) Yes Describe Polish statistics takes active part in works related to sustainable development. Central Statistical Office of Poland carried out a project which aim was to elaborate, develop and implement the set of indicators monitoring sustainable development in Poland. The results of the project are presented in publication "Sustainable development indicators" (http://www.stat.gov.pl/gus/5840_12144_ENG_HTML.htm)

- 1) Yes Describe
National Environmental Education Strategy *Through Education to Sustainable Development*. The Strategy has been adopted in 1997 by the Minister of National Education and the Minister of the Environment. The main objective of the Strategy is to disseminate the ideas of sustainable development in all the fields of life, also taking into account man's work and rest, and to extend permanent environmental education to all the residents of the Republic of Poland. Promotion of sustainable development has been also incorporated into many national policy documents, e.g.:
 - Act on Environmental Protection;
 - The National Environmental Policy for 2009–2012 and its 2016 outlook;
 - Strategy of changing production and consumption patterns to favour the implementation of sustainable development principles;
 - Development Cooperation Act;
 - National Culture Development Strategy for 2004–2013.

2) No

1.14. Name up to three (3) examples where the government has been engaged in international cooperation via the provision or receipt of financial and/or technical assistance in the area sustainable development. List the name(s) of the donor country/government unit as well as the name of the recipient country/government unit, the type of international cooperation and the activities conducted.

(1)	(2)	(3)	(4)
Name of country and government unit providing international cooperation	Name of the country and government unit receiving international cooperation	Type of international cooperation	Activities conducted
a)		1) Financial 2) Technical 9) Other, specify___	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b)		1) Financial 2) Technical 9) Other, specify___	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c)		1) Financial 2) Technical 9) Other, specify___	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

SECTION 2: POPULATION GROWTH AND STRUCTURE (CHAPTER VI)

Name(s) of the primary respondent(s) and position(s): Cezary Gawel, Alina Potrykowska
 Name(s) of institution(s)/department(s): Ministry of Labour and Social Policy, Department of Economic Analyses and Forecasts; Nowogrodzka 1/3/5 00-513 Warszawa Central Statistical Office, Department of Demographic Studies, The Government Population Council Interview date(s): 10.12.2012

Addressing the needs of adolescents and youth

2.1. Does the country have a national policy, programme and/or strategy addressing the needs of adolescents and youth (10–24 years) that is/are currently being drafted or implemented?

- 1) Yes
 2) No (if no, skip to 2.3)

2.2. If YES, provide the name, the type, status, the main institution responsible for implementing the policy, programme and/or strategy, the targeted population groups and the implementation timeframe or the year of inception/revision.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Name of policy, programme and/or strategy addressing the needs of adolescents and youth (10–24 years)	Type	Status	Main responsible institution	Targeted population groups*	Implementation timeframe or year of inception/revision
a) Human Capital Development Strategy (HCDS)	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input checked="" type="checkbox"/>	1) Drafted <input checked="" type="checkbox"/> 2) Implemented <input type="checkbox"/>	Ministry of Labour and Social Policy		
b) Poland 2030 ("Long-term National Development Strategy 2030")	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input checked="" type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input checked="" type="checkbox"/>	Ministry of Administration and Digitalisation		
c) National Reform Programme	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Programme <input checked="" type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input checked="" type="checkbox"/>	Ministry of Economy	In part concerning the employment of persons under 25 years of age -> person under 25 years of age	Revision 2012–2020 (every year)

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Name of policy, programme and/or strategy addressing the needs of adolescents and youth (10–24 years)	Type	Status	Main responsible institution	Targeted population groups*	Implementation timeframe or year of inception/revision
d) Act of 20 April 2004 on promotion of employment and labour market institutions (Dz. U. of 2008, No. 69, item 415, as amended)	1) Policy <input checked="" type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input checked="" type="checkbox"/>	Voluntary Labour Corps		
e) Act of 7 September 1991 on the education system (Dz. U. of 2004 No. 256, item 2572, consolidated text as amended)	1) Policy <input checked="" type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input checked="" type="checkbox"/>	Voluntary Labour Corps		
f) Act of 17 July this year on post-graduate internships (Dz. U. No. 127, item 1052)	1) Policy <input checked="" type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input checked="" type="checkbox"/>	Ministry of Labour and Social Policy		

*See targeted population groups list in the questionnaire interviewer's guide

2.3. Has the country established any institutional entities to address issues regarding the needs of adolescents and youth (10–24 years)?

- 1) Yes
2) No (if no, skip to 2.5)

2.4. If YES, indicate the name(s) of the institutional entity(ies) and the year of establishment.

(1)	(2)
Institutional entities addressing the needs of adolescents and youth (10–24 years)	Year of establishment
a) Voluntary Labour Corps	1958(it is continuation of organisation set up in 1936)
b) Poviats Labour Offices	
c)	
d)	
e)	

2.5. Addressing ICPD issues regarding the needs of adolescents and youth (10–24 years) in the national context during the last five (5) years.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<p>ICPD issues regarding adolescents and youth (10–24 years)</p>	<p>Was this issue addressed in any existing policy/programme/strategy or through an institutional entity? If yes, in which one(s)?</p>	<p>Was budget allocated to this issue?</p>	<p>Were concrete implementation measures taken to address this issue?</p>	<p>In your assessment, and based on most concrete evidence at your disposal and that you may be aware of, how would you rate the overall progress of implementation of the measures adopted on a scale of 1 to 4 as follows: 1-deficient 2-behind schedule 3-on schedule 4-ahead of schedule</p>
<p>a) Creating employment opportunities for youth</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>a. Act of 17 July this year on post-graduate internships (Dz. U. No. 127, item 1052)</p> <p>b. Act of 20 April 2004 on promotion of employment and labour market institutions (Dz. U. of 2008, No. 69, item 415, consolidated text as amended)</p> <p>2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>b. Yes <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>a. No <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>b) Yes <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>a. The relevant regulations concerning employment of young people have long been subject to regulation of the Labour Code (vocational training, non-strenuous work).</p> <p>Notwithstanding the above, the Act of 17 July this year on post-graduate internships (Dz. U. No. 127, item 1052), which entered into force on 28 August 2009, gives the opportunity to individuals, legal persons and organizational units without legal personality, to take for internship a person who has completed at least middle school and on the start of internship has not completed 30 years of age. Internship can take up to three months (in total or for subsequent periods not exceeding a total of 3 months). Internship is meant to make it easier for graduates to gain experience and acquire practical skills necessary to work.</p> <p>b. Refunding from the Labour Fund the salaries paid to young workers (Dz. U. 2010, No. 244, item 1632).</p> <p>2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<p>ICPD issues regarding adolescents and youth (10–24 years)</p>	<p>Was this issue addressed in any existing policy/programme/strategy or through an institutional entity? If yes, in which one(s)?</p>	<p>Was budget allocated to this issue?</p>	<p>Were concrete implementation measures taken to address this issue?</p>	<p>In your assessment, and based on most concrete evidence at your disposal and that you may be aware of, how would you rate the overall progress of implementation of the measures adopted on a scale of 1 to 4 as follows: 1-deficient 2-behind schedule 3-on schedule 4-ahead of schedule</p>
<p>b) Addressing the adverse effects of poverty on adolescents and youth</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> • HCDS, • Poland 2030 (“Long-term National Development Strategy 2030”) • National Reform Programme <p>2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>One of the tools to combat poverty is financial support under the system of family benefits</p> <p>2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Due to the nature of family benefits aimed at the partial financial support for families with children, and the fact that it is one of the tools to fight child and youth poverty, it is difficult to assess progress in the implementation of measures</p>
<p>c) Addressing the violence, exploitation and abuse of children, adolescents and youth, including sexual exploitation and commercial sexual exploitation</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>National Programme for the Prevention of Domestic Violence, adopted by Resolution No. 162/2006 of the Council of Ministers of 25 September 2006</p> <p>2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Activities:</p> <p>Social campaign:</p> <ul style="list-style-type: none"> – posters, leaflets; – guidebooks for professionals dealing with the prevention of violence in the family; – TV spot broadcast on Polish television and TVN. <p>Training for professionals dealing with the prevention of violence in the family;</p> <p>Diagnosis of domestic violence against the elderly and disabled - author the Polish Academy of Sciences;</p> <p>Organization of a national conference for professionals dealing with prevention of violence in the family.</p> <p>2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
ICPD issues regarding adolescents and youth (10–24 years)	Was this issue addressed in any existing policy/programme/strategy or through an institutional entity? If yes, in which one(s)?	Was budget allocated to this issue?	Were concrete implementation measures taken to address this issue?	In your assessment, and based on most concrete evidence at your disposal and that you may be aware of, how would you rate the overall progress of implementation of the measures adopted on a scale of 1 to 4 as follows: 1-deficient 2-behind schedule 3-on schedule 4-ahead of schedule
d) Instituting concrete procedures and mechanisms for adolescents and youth to participate in the planning, implementation and evaluation of development activities that have a direct impact on their lives	1) Yes <input type="checkbox"/> Name__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
e) Ensuring that adolescents and youth have the same rights and access to sexual and reproductive health services, including HIV prevention services	1) Yes <input type="checkbox"/> Name__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
f) Collecting age and sex disaggregated data on the socio-economic status of adolescents and youth	1) Yes <input type="checkbox"/> Name__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
g) Other, specify__	1) Yes <input type="checkbox"/> Name__ 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe__ 2) No <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>

2.6. Achievements in addressing issues related adolescents and youth (10–24 years).

Among the issues related to the needs of adolescents and youth (10–24 years) that are most relevant in the national context, briefly list achievements (citing reports), and comment on facilitators and barriers. List as many issues as are deemed relevant by copying this table – each table is for one (1) identified issue.

ICPD issues regarding the needs of adolescents and youth (10–24 years) relevant to the national context	
a) Name of the issue (mentioned in question 2.5 above)	
b) Achievements (cite the reports)	
c) Facilitators*	
d) Barriers*	

*See list of facilitators and barriers in the questionnaire interviewer’s guide

2.7. Considering the national context, what are the most relevant issues regarding the needs of adolescents and youth (10–24 years) that are anticipated to receive further public policy priority for the next five (5) to ten (10) years? Cite up to five (5) issues.

Issues regarding the needs of adolescents and youth (10–24 years) that are anticipated to receive further public policy priority for the next five (5) to ten (10) years
a) Increasing the employment rate of people aged under 25
b) Resolving negative impact of poverty on young people and teenagers
c)
d)
e)

2.8 Has the country conducted an assessment/situation analysis on the needs of adolescents and youth (10–24 years) at the national and/or sub-national level in the last five (5) years? IF YES, cite the report(s).

- 1) Yes At the national level only, cite the report(s) _____
- 2) Yes At the sub-national level only, cite the report(s) _____
- 3) Yes At both the national and at the sub-national level, cite the report(s) _____
- 4) No

2.9. Name up to three (3) civil society organisations (CSOs) whom the government has partnered with in the area of adolescents and youth (10–24 years) over the past five (5) years. Cite the type of CSO, the name of the government unit which partnered with it, its area(s) of involvement, and the activities conducted.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Name of the CSO	Type of CSO	Name of the Government unit which partnered with the CSO	Area of CSO involvement	Activities conducted
a)	1) National NGO <input type="checkbox"/> 2) International NGO <input type="checkbox"/> 3) Youth Groups <input type="checkbox"/> 4) Academic/research centres <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ____ <input type="checkbox"/>		1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ____ <input type="checkbox"/>	
b)	1) National NGO <input type="checkbox"/> 2) International NGO <input type="checkbox"/> 3) Youth Groups <input type="checkbox"/> 4) Academic/research centres <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ____ <input type="checkbox"/>		1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ____ <input type="checkbox"/>	
c)	1) National NGO <input type="checkbox"/> 2) International NGO <input type="checkbox"/> 3) Youth Groups <input type="checkbox"/> 4) Academic/research centres <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ____ <input type="checkbox"/>		1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ____ <input type="checkbox"/>	

2.10 Name up to three (3) private sector partners whom the government has partnered with in the area of adolescents and youth (10–24 years) over the past five (5) years. Cite the name of the government unit which partnered with it, its area(s) of involvement, and the activities conducted.

(1)	(2)	(3)	(4)
Name private sector partner	Name of the Government unit which partnered with the private sector	Area of involvement	Activities conducted
a)		1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify____ <input type="checkbox"/>	
b)		1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify____ <input type="checkbox"/>	
c)		1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify____ <input type="checkbox"/>	

2.11. Name up to three (3) examples where the government has been engaged in international cooperation via the provision or receipt of financial and/or technical assistance in the area of adolescents and youth over the past five (5) years. List the name(s) of the donor country/government unit as well as the name of the recipient country/government unit, the type of international cooperation and the activities conducted.

(1)	(2)	(3)	(4)
Name of country and government unit providing international cooperation	Name of the country and government unit receiving international cooperation	Type of international cooperation	Activities conducted
a)		1) Financial <input type="checkbox"/> 2) Technical <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ___ <input type="checkbox"/>	
b)		1) Financial <input type="checkbox"/> 2) Technical <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ___ <input type="checkbox"/>	
c)		1) Financial <input type="checkbox"/> 2) Technical <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ___ <input type="checkbox"/>	

Addressing ageing and the needs of older persons

2.12 Does the country have a national policy, programme and/or strategy addressing ageing and/or the needs of older persons (60+ years) that is/are currently being drafted or implemented?

- 1) Yes
 2) No (if no, skip to 2.14)

2.13. If YES, provide the name, the type, status, the main institution responsible for implementing the policy, programme and/or strategy, the targeted population groups and the implementation timeframe or the year of inception/revision.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Name of policy, programme and/or strategy addressing the ageing and/or the needs of older persons (60+ years)	Type	Status	Main responsible institution	Targeted population groups*	Implementation timeframe or year of inception/revision
a) Government Program for Senior Citizens Social Activity for 2012–2013	1) Policy <input checked="" type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted <input checked="" type="checkbox"/> 2) Implemented <input type="checkbox"/>	Ministry of Labour and Social Policy – Department of Senior Policy	Older people aged 60 + (3 of 4 priorities, 1 inter-generational – open to different age groups including persons 60 +)	2012–2013
b) Act of 12 March 2004 on social assistance (Dz. U. of 15 April 2004)	1) Policy <input checked="" type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input checked="" type="checkbox"/>	Ministry of Labour and Social Policy – Department of Social Assistance and Integration		
c)	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input type="checkbox"/>			
d)	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input type="checkbox"/>			
e)	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input type="checkbox"/>			

*See targeted population groups list in the questionnaire interviewer's guide

2.14. Has the country established any institutional entities to address issues regarding ageing and/or the needs of older persons (60+ years)?

- 1) Yes
2) No (if no, skip to 2.16)

2.15. If YES, indicate the name(s) of the institutional entity(ies) and the year of establishment.

(1)	(2)
Institutional entities addressing ageing and/or the needs of older persons (60+ years)	Year of establishment
a) Ministry of Labour and Social Policy, Department of Senior Policy	
b) Ministry of Labour and Social Policy, Department of Social Assistance and Integration	
c)	
d)	
e)	

2.16. Addressing ICPD issues regarding ageing and/or the needs of older persons (60+ years) in the national context during the last five (5) years.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
ICPD issues regarding ageing and/or the needs of older persons (60+ years)	Was this issue addressed in any existing policy/programme/strategy or through an institutional entity? If yes, in which one(s)?	Was budget allocated to this issue?	Were concrete implementation measures taken to address this issue?	In your assessment, and based on most concrete evidence at your disposal and that you may be aware of, how would you rate the overall progress of implementation of the measures adopted on a scale of 1 to 4 as follows: 1-deficient 2-behind schedule 3-on schedule 4-ahead of schedule
a) Enabling older persons to live independently as long as possible	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> a. Act on social assistance – care services in place of residence and in support centres b. Government Program for Senior Citizens Social Activity for 2012–2013 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> a. Activities of social welfare centres – local level b. Co-financing local projects for the elderly through an open tender 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
b) Providing social services including long-term care	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Act on social assistance - care services in place of residence and in support centres, stay in a nursing home 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> actions of social welfare centres and district centres for family support - local level 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<p>ICPD issues regarding ageing and/or the needs of older persons (60+ years)</p>	<p>Was this issue addressed in any existing policy/programme/strategy or through an institutional entity? If yes, in which one(s)?</p>	<p>Was budget allocated to this issue?</p>	<p>Were concrete implementation measures taken to address this issue?</p>	<p>In your assessment, and based on most concrete evidence at your disposal and that you may be aware of, how would you rate the overall progress of implementation of the measures adopted on a scale of 1 to 4 as follows: 1-deficient 2-behind schedule 3-on schedule 4-ahead of schedule</p>
<p>c) Enabling older persons to make full use of their skills and abilities</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Government Program for Senior Citizens Social Activity for 2012-2013 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> Action allowing for the creation of new and development of existing institutions and organizations carrying out educational and integrative activities for people 60 +, taking into account their expectations and qualifications 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>
<p>d) Extending or improving old age allowances /pensions and/or other income support schemes for older persons, including non-contributory pensions</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Act on social welfare - mechanism for verification of income criteria 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Ordinance of the Council of Ministers of 17 July 2012 on verified income criteria and the amounts of cash benefits from social assistance 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/></p>
<p>e) Providing affordable, appropriate and accessible health care to meet the needs of older persons</p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<p>ICPD issues regarding ageing and/or the needs of older persons (60+ years)</p>	<p>Was this issue addressed in any existing policy/programme/strategy or through an institutional entity? If yes, in which one(s)?</p>	<p>Was budget allocated to this issue?</p>	<p>Were concrete implementation measures taken to address this issue?</p>	<p>In your assessment, and based on most concrete evidence at your disposal and that you may be aware of, how would you rate the overall progress of implementation of the measures adopted on a scale of 1 to 4 as follows: 1-deficient 2-behind schedule 3-on schedule 4-ahead of schedule</p>
<p>f) Addressing neglect, abuse and violence against older persons</p>	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>a. National Programme for the Prevention of Domestic Violence, adopted by Resolution No. 162/2006 of the Council of Ministers of 25 September 2006</p> <p>b. Government Program for Senior Citizens Social Activity for 2012-2013</p> <p>2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/></p> <p>2) No <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>a. Social campaign - posters, flyers, - a guide-book for professionals dealing with the prevention of violence in the family; - TV spot aired on Polish television and TVN. Training for professional staff dealing with the prevention of violence in the family; Diagnosis of domestic violence against the elderly and the disabled – author - the Polish Academy of Sciences; Organising national conferences for professional staff dealing with the prevention of violence in the family.</p> <p>b. Under Priority 3 of the SCSA Program the activities focus on creating local support networks for senior citizens using the volunteer work</p> <p>2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>
<p>g) Preventing discrimination against older persons, especially widows</p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> Name__</p> <p>2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/></p> <p>2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/></p> <p>Describe__</p> <p>2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<p>ICPD issues regarding ageing and/or the needs of older persons (60+ years)</p>	<p>Was this issue addressed in any existing policy/programme/strategy or through an institutional entity? If yes, in which one(s)?</p>	<p>Was budget allocated to this issue?</p>	<p>Were concrete implementation measures taken to address this issue?</p>	<p>In your assessment, and based on most concrete evidence at your disposal and that you may be aware of, how would you rate the overall progress of implementation of the measures adopted on a scale of 1 to 4 as follows: 1-deficient 2-behind schedule 3-on schedule 4-ahead of schedule</p>
<p>h) Promoting employment opportunities for older workers</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name__ a. HCDS b. Programme 50+ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> a. Activities aimed at developing forms of care for children aged up to 3 years are to help prevent deactivation of the elderly (grandparents) and allow taking legitimate work as nannies, for which the State pays social security and health insurance contributions to the amount of minimum wage b. Program 50+: package of government measures aimed at increasing the employment of people above 50 years of age in Poland. The program provides both measures that increase incentives for employment of persons aged 50+ by entrepreneurs, and the activities that contribute to improving the skills, abilities and effectiveness of these individuals. 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> a. CSO data shows that for the most part nannies are persons aged 50–59 years, but due to the fact that it is one of the measures aimed at promoting employment for older workers, it is difficult to assess progress in the implementation of measures b. Program 50+: the program translated into an increase in employment among people 50 +</p>
<p>i) Providing support to families caring for older persons</p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> Name__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> Describe__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<p>ICPD issues regarding ageing and/or the needs of older persons (60+ years)</p>	<p>Was this issue addressed in any existing policy/programme/strategy or through an institutional entity? If yes, in which one(s)?</p>	<p>Was budget allocated to this issue?</p>	<p>Were concrete implementation measures taken to address this issue?</p>	<p>In your assessment, and based on most concrete evidence at your disposal and that you may be aware of, how would you rate the overall progress of implementation of the measures adopted on a scale of 1 to 4 as follows: 1-deficient 2-behind schedule 3-on schedule 4-ahead of schedule</p>
<p>j) Collecting age and sex-disaggregated data on the socio-economic status and living conditions of older persons</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> POLSENIOR study 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> A comprehensive analysis of medical, psychological, sociological and economic aspects of aging people in Poland 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>
<p>k) Instituting concrete procedures and mechanisms for older persons to participate in the planning, implementation and evaluation of development activities that have a direct impact on their lives</p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> Government Program for Senior Citizens Social Activity for 2012–2013 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Assumptions of State senior long-term policy, whose development is one of the objectives of the Government Programme SCOSA 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> During implementation</p>
<p>l) Other, specify _____</p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> Name _____ 2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> Describe _____ 2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>

2.17. Achievements in addressing issues related to ageing and/or the needs of older persons (60+ years).

Among the issues related ageing and/or the needs of older persons (60+ years) that are most relevant in the national context, briefly list achievements (citing reports), and comment on facilitators and barriers. List as many issues as are deemed relevant by copying this table – each table is for one (1) identified issue.

ICPD issues regarding ageing and/or the needs of older persons (60+ years) relevant to the national context	
Name of the issue (mentioned in question 2.16 above)	a)
Achievements (cite the reports)	The open tender in SCSA Program selected more than 420 projects for co-financing by organizations for older people
Facilitators*	Strong interest in the competition - received 1,400 applications
Barriers*	

*See list of facilitators and barriers in the questionnaire interviewer's guide

2.18. Considering the national context, what are the most relevant issues regarding ageing and/or the needs of older persons (60+ years) that are anticipated to receive further public policy priority for the next five (5) to ten (10) years? Cite up to five (5) issues.

Issues regarding ageing and/or the needs of older persons (60+ years) that are anticipated to receive further public policy priority for the next five (5) to ten (10) years
a) Extending working lives of older people
b) Preventing the exclusion of older people through social activities
c) Creating conditions for learning throughout life
d) Increasing the availability and quality of services targeted to the elderly
e) Increasing solidarity within and between generations

2.19. Has the country conducted an assessment/situation analysis on ageing and/or the needs of older persons (60+ years) at the national and/or sub-national level in the last five (5) years? IF YES, cite the report(s).

- 1) Yes At the national level only, cite the report(s) _____
- Medical, psychological, sociological and economic aspects of aging people in Poland (POLSENIOR) [multi-sectoral research] (2012)
 - IRSS report "Institutions in relation to the needs of the elderly" (2010)
 - Governmental Population Council report "On the situation of the elderly" (2012)
- 2) Yes At the sub-national level only, cite the report(s) _____
- 3) Yes At both the national and at the sub-national level, cite the report(s) _____
- 4) No

2.20. Name up to three (3) civil society organisations (CSOs) whom the government has partnered with in the area of ageing and/or the needs of older persons (60+ years) over the past five (5) years. Cite the type of CSO, the name of the government unit which partnered with it, its area(s) of involvement, and the activities conducted.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Name of the CSO	Type of CSO	Name of the Government unit which partnered with the CSO	Area of CSO involvement	Activities conducted
a) National Federation of the Universities of the Third Age	1) National NGO <input checked="" type="checkbox"/> 2) International NGO <input type="checkbox"/> 3) Older Persons' Groups <input type="checkbox"/> 4) Academic/ /research centres <input type="checkbox"/> 9) Other, specify____ <input type="checkbox"/>	Ministry of Labour and Social Policy	1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input checked="" type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify____ <input type="checkbox"/>	Participation in consultations on the Government Programme SCSA
b) AGE Platform Europe	1) National NGO <input type="checkbox"/> 2) International NGO <input checked="" type="checkbox"/> 3) Older Persons' Groups <input type="checkbox"/> 4) Academic/ /research centres <input type="checkbox"/> 9) Other, specify____ <input type="checkbox"/>	Ministry of Labour and Social Policy	1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input checked="" type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify____ <input type="checkbox"/>	Participation in consultations on the Government Programme SCSA
c) Little Brothers of the Poor Association	1) National NGO <input checked="" type="checkbox"/> 2) International NGO <input type="checkbox"/> 3) Older Persons' Groups <input type="checkbox"/> 4) Academic/ /research centres <input type="checkbox"/> 9) Other, specify____ <input type="checkbox"/>	Ministry of Labour and Social Policy	1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input checked="" type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify____ <input type="checkbox"/>	Participation in consultations on the Government Programme SCSA

2.21. Name up to three (3) private sector partners whom the government has partnered with in the area of ageing and/or the needs of older persons (60+ years) over the past five (5) years. Cite the name of the government unit which partnered with it, its area(s) of involvement, and the activities conducted.

(1)	(2)	(3)	(4)
Name private sector partner	Name of the Government unit which partnered with the private sector	Area of involvement	Activities conducted
a) UPC, "Coalition Maturity in the Net. E-senior academy"	Ministry of Labour and Social Policy	1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input checked="" type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ____ <input type="checkbox"/>	Participation in consultations on the Government Programme SCSA
b)		1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ____ <input type="checkbox"/>	
c)		1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ____ <input type="checkbox"/>	

2.22. Name up to three (3) examples where the government has been engaged in international cooperation via the provision or receipt of financial and/or technical assistance in the area of ageing and/or the needs of older persons (60+ years) over the past five (5) years. List the name(s) of the donor country/government unit as well as the name of the recipient country/government unit, the type of international cooperation and the activities conducted.

(1)	(2)	(3)	(4)
Name of country and government unit providing international cooperation	Name of the country and government unit receiving international cooperation	Type of international cooperation	Activities conducted
a) European Commission	AGE-SPC working group	1) Financial <input type="checkbox"/> 2) Technical <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ___ <input checked="" type="checkbox"/>	Attending meetings, creating documents, developing standards of activities in relation to aging populations
b) UN	Working group on ageing	1) Financial <input type="checkbox"/> 2) Technical <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ___ <input checked="" type="checkbox"/>	Attending meetings, creating documents, developing standards of activities in relation to aging populations
c) OECD	Working Party on Social Policy	1) Financial <input type="checkbox"/> 2) Technical <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ___ <input checked="" type="checkbox"/>	Attending meetings, creating documents, developing standards of activities in relation to aging populations
d) European Year for Combating Poverty and Social Exclusion (2010)	European Commission	1) Financial <input checked="" type="checkbox"/> 2) Technical <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ___ <input type="checkbox"/>	Awarded grants for projects aimed at inter alia, combating the exclusion of older people

Addressing the needs of persons with disabilities

2.23. Does the country have a national policy, programme and/or strategy addressing the needs of persons with disabilities that is/are currently being drafted or implemented?

1) Yes

2) No (if no, skip to 2.25)

2.24. If YES, provide the name, the type, status, the main institution responsible for implementing the policy, programme and/or strategy, the targeted population groups and the implementation timeframe or the year of inception/revision.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Name of policy, programme and/or strategy addressing the needs of persons with disabilities	Type	Status	Main responsible institution	Targeted population groups*	Implementation timeframe or year of inception/revision
a) supporting the employment of people with disabilities	1) Policy <input checked="" type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input checked="" type="checkbox"/>	Ministry of Labour and Social Policy	people with disabilities	1991, adoption of the Act on vocational and social rehabilitation and employment of disabled persons
b) helping to promote equal vocational opportunities and social inclusion of people with disabilities	1) Policy <input checked="" type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input checked="" type="checkbox"/>	Ministry of Labour and Social Policy	people with disabilities	1991, adoption of the Act on vocational and social rehabilitation and employment of disabled persons
c) programs of the State Fund for Rehabilitation of Persons with Disabilities for the equalization of opportunities for persons with disabilities	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Programme <input checked="" type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input checked="" type="checkbox"/>	State Fund for Rehabilitation of Persons with Disabilities	people with disabilities	1993, the implementation of first targeted programs, the programs are carried out regularly, adequately to the needs of specific groups of people with disabilities
d) Poland 2030 ("Long-term National Development Strategy 2030")	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input checked="" type="checkbox"/>	1) Drafted <input checked="" type="checkbox"/> 2) Implemented <input type="checkbox"/>	Ministry of Administration and Digitalisation	including people with disabilities	Referral to the Council of Ministers; contains general framework for action regarding the growth of social and professional activities of persons with disabilities, especially in the open labour market, designed for all; access to information
e) Medium-Term National Development Strategy 2020	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input checked="" type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input checked="" type="checkbox"/>	Ministry of Regional Development	including people with disabilities	Adopted for implementation by the Council of Ministers in September 2012 – increasing activity of the excluded and the people at risk of social exclusion

*See targeted population groups list in the questionnaire interviewer's guide

2.25. Has the country established any institutional entities to address issues regarding the needs persons with disabilities?

1) Yes

2) No (if no, skip to 2.27)

2.26. If YES, indicate the name(s) of the institutional entity(ies) and the year of establishment.

(1)	(2)
Institutional entities addressing issues regarding the needs of persons with disabilities	Year of establishment
Appointment at the Minister of Labour and Social Policy (now the Social Policy) of the Government Plenipotentiary for Persons with Disabilities	1991
b) State Fund for Rehabilitation of Persons with Disabilities	1991
c)	
d)	
e)	

2.27. Addressing ICPD issues regarding the needs of persons with disabilities in the national context during the last five (5) years.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
ICPD issues regarding adolescents and youth (10–24 years)	Was this issue addressed in any existing policy/programme/strategy or through an institutional entity? If yes, in which one(s)?	Was budget allocated to this issue?	Were concrete implementation measures taken to address this issue?	In your assessment, and based on most concrete evidence at your disposal and that you may be aware of, how would you rate the overall progress of implementation of the measures adopted on a scale of 1 to 4 as follows: 1-deficient 2-behind schedule 3-on schedule 4-ahead of schedule
a) Ensuring a general education system where children are not excluded on the basis of disability	1) Yes <input type="checkbox"/> Name __ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe____ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
b) Creating employment opportunities for persons living with disabilities	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Act on vocational and social rehabilitation and employment of disabled persons 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> budget subsidy-MLSP SFRPD budget 2) No <input checked="" type="checkbox"/>	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Act on vocational and social rehabilitation and employment of disabled persons 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<p>ICPD issues regarding adolescents and youth (10–24 years)</p>	<p>Was this issue addressed in any existing policy/programme/strategy or through an institutional entity? If yes, in which one(s)?</p>	<p>Was budget allocated to this issue?</p>	<p>Were concrete implementation measures taken to address this issue?</p>	<p>In your assessment, and based on most concrete evidence at your disposal and that you may be aware of, how would you rate the overall progress of implementation of the measures adopted on a scale of 1 to 4 as follows: 1-deficient 2-behind schedule 3-on schedule 4-ahead of schedule</p>
<p>c) Ensuring that persons with disabilities have the same rights and access to sexual and reproductive health care, including family planning information and services and HIV prevention services</p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> Name __ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> Describe __ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>
<p>d) Developing infrastructure to ensure that persons with disabilities have access, on an equal basis with others, to the physical environment, to transportation, to information and communications, and to other facilities and services open or provided to the public</p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> Name __ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> Describe __ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>
<p>e) Strengthening and extend comprehensive habilitation and rehabilitation services and programmes for persons with disabilities</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> MLSP – legislation SFRPD – implementation MLSP, SFRPD – competence in the field of vocational and social rehabilitation, and the implementation of programs Ministry of Health competence in medical rehabilitation; 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1) Yes SFRPD budget <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Under the Act, the special fund has been established – the State Fund for Rehabilitation of Persons with Disabilities 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<p>ICPD issues regarding adolescents and youth (10–24 years)</p>	<p>Was this issue addressed in any existing policy/programme/strategy or through an institutional entity? If yes, in which one(s)?</p>	<p>Was budget allocated to this issue?</p>	<p>Were concrete implementation measures taken to address this issue?</p>	<p>In your assessment, and based on most concrete evidence at your disposal and that you may be aware of, how would you rate the overall progress of implementation of the measures adopted on a scale of 1 to 4 as follows: 1-deficient 2-behind schedule 3-on schedule 4-ahead of schedule</p>
<p>f) Instituting concrete procedures and mechanisms for persons with disabilities to participate in the planning, implementation and evaluation of development activities that have a direct impact on their lives</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Policy 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Establishment of an advisory body to the Minister of Labour and Social Policy – the Polish Sign Language Council and to the Government Plenipotentiary for Persons with Disabilities – the National Advisory Council for Persons with Disabilities – advisory role in the social dialogue. 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>
<p>g) Guaranteeing to persons with disabilities equal and effective legal protection against discrimination on all grounds</p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> Name __ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> Describe __ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>
<p>h) Promoting equality by taking all appropriate steps to ensure that reasonable accommodation is provided in all aspects of economic, social, political and cultural life</p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> Name __ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> Describe __ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<p>ICPD issues regarding adolescents and youth (10–24 years)</p>	<p>Was this issue addressed in any existing policy/programme/strategy or through an institutional entity? If yes, in which one(s)?</p>	<p>Was budget allocated to this issue?</p>	<p>Were concrete implementation measures taken to address this issue?</p>	<p>In your assessment, and based on most concrete evidence at your disposal and that you may be aware of, how would you rate the overall progress of implementation of the measures adopted on a scale of 1 to 4 as follows: 1-deficient 2-behind schedule 3-on schedule 4-ahead of schedule</p>
<p>i) Providing support to families caring for persons with disabilities</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> In the system of family benefits 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> In the system of family benefits: care benefits paid to families who abandon employment in order to care for a disabled child or a disabled family member 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Due to the nature of family benefits aimed at the partial financial support for families with children, and the fact that it is one of the tools that provide support to families with the disabled, it is difficult to assess progress in the implementation of measures</p>
<p>j) Collecting data on the civil, political and socio-economic status of persons with disabilities disaggregated on the basis of sex, age, place of residence, ethnic, social origin or any other status.</p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> Name __ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> Describe __ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>
<p>k) Other, specify __</p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> Name __ 2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> Describe __ 2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>

2.28. Achievements in addressing issues related to the needs of persons with disabilities.

Among the issues related to the needs of persons with disabilities that are most relevant in the national context, briefly list achievements (citing reports), and comment on facilitators and barriers. List as many issues as are deemed relevant by copying this table – each table is for one (1) identified issue.

ICPD issues regarding the needs persons with disabilities relevant to the national context	
a) Name of the issue (mentioned in question 2.27 above)	b)
a) Achievements (cite the reports)	The increase in employment of people with disabilities in sheltered and open labour market
b) Facilitators*	Legislation taking into account the needs of persons with disabilities, the implementation of targeted programs aimed at equalizing opportunities for people with disabilities, employers' growing interest in employing the disabled
b) Barriers*	Limited finances
ICPD issues regarding the needs persons with disabilities relevant to the national context	
c) Name of the issue (mentioned in question 2.27 above)	e)
a) Achievements (cite the reports)	The implementation of the statutory tasks of social and vocational rehabilitation, as well as through targeted programs
b) Facilitators*	Government policy, raising SFRPD funds for subsidizing the cost of program implementation
d) Barriers*	Limited finances
ICPD issues regarding the needs persons with disabilities relevant to the national context	
e) Name of the issue (mentioned in question 2.27 above)	f)
a) Achievements (cite the reports)	The inclusion of social partners and the community of people with disabilities in social dialogue, evaluation of normative acts
b) Facilitators*	Legislation, conducting debates and consultations, participation of social partners in the organization of conferences and debates
f) Barriers*	Limited financial resources

*See list of facilitators and barriers in the questionnaire interviewer's guide

2.29. Considering the national context, what are the most relevant issues regarding the needs of persons with disabilities that are anticipated to receive further public policy priority for the next five (5) to ten years (10)? Cite up to five (5) issues.

Issues regarding the needs of persons with disabilities that are anticipated to receive further public policy priority for the next five (5) to ten (10) years
a) The increase in employment, particularly in the open labour market
b) Supported employment
c) Providing an environment accessible to persons with disabilities
d) Universal design
e) Social inclusion of people with disabilities

2.30. Has the country conducted an assessment/situation analysis on persons with disabilities at the national and/or sub-national level in the last five (5) years? IF YES, cite the report(s).

- 1) Yes
 2) The European Health Examination Survey – carried out in 2009 (Poland and EU countries)
 3) The Modular LFS (Labour Force Survey) on working people with disabilities – carried out in 2011 (Poland and EU countries)
 4) European Study of Health and Social Integration – 2012 (Poland and EU countries)
 5) Nationwide survey on the situation, needs and abilities of people with disabilities – 2009

2.31. Name up to three (3) civil society organisations (CSOs) whom the government has partnered with in the area of persons with disabilities over the past five (5) years. Cite the type of CSO, the name of the government unit which partnered with it, its area(s) of involvement, and the activities conducted.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Name of the CSO	Type of CSO	Name of the Government unit which partnered with the CSO	Area of CSO involvement	Activities conducted
a) Polish Forum of the Disabled	1) National NGO <input type="checkbox"/> 2) International NGO <input type="checkbox"/> 3) Groups of persons with disabilities <input type="checkbox"/> 4) Academic/ /research centres <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ____ <input checked="" type="checkbox"/>	Ministry of Labour and Social Policy	1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input checked="" type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input checked="" type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ____ <input checked="" type="checkbox"/>	Implementation of the project "campaign to improve the functioning conditions of persons with disabilities in all areas of life" – through the preparation of Polish legislation to ratify the UN Convention on the Rights of persons with disabilities
b) Coalition for People with Disabilities	1) National NGO <input checked="" type="checkbox"/> 2) International NGO <input type="checkbox"/> 3) Groups of persons with disabilities <input type="checkbox"/> 4) Academic/ /research centres <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ____ <input type="checkbox"/>	Ministry of Labour and Social Policy	1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input checked="" type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input checked="" type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input checked="" type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ____ <input type="checkbox"/>	Implementation of the project "Advocacy for people with disabilities – social rehabilitation service standards for disabled people" to develop a basket of basic social rehabilitation services
c) Foundation Institute for Regional Development	1) National NGO <input checked="" type="checkbox"/> 2) International NGO <input type="checkbox"/> 3) Groups of persons with disabilities <input type="checkbox"/> 4) Academic/ /research centres <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ____ <input type="checkbox"/>	Ministry of Labour and Social Policy	1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input checked="" type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input checked="" type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input checked="" type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ____ <input type="checkbox"/>	Implementation of the project "The Black Book of Discrimination" – information campaign for the implementation of the provisions of the UN Convention on the Rights of persons with disabilities

2.32. Name up to three (3) private sector partners whom the government has partnered with in the area of persons with disabilities over the past five (5) years. Cite the name of the government unit which partnered with it, its area(s) of involvement, and the activities conducted.

(1)	(2)	(3)	(4)
Name private sector partner	Name of the Government unit which partnered with the private sector	Area of involvement	Activities conducted
a) Polish Organization of Employers of People with Disabilities	Ministry of Labour and Social Policy	1) Service Delivery <input checked="" type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input checked="" type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input checked="" type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input checked="" type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input checked="" type="checkbox"/> 6) Education and training <input checked="" type="checkbox"/> 9) Other, specify ____ <input type="checkbox"/>	Specialized training to employers on issues of people with disabilities, conducting a campaign for the employment of people with disabilities, collection of data on employment of people with disabilities in supported employment enterprise
b) Nationwide Database of Employers of People with Disabilities	Ministry of Labour and Social Policy	1) Service Delivery <input checked="" type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input checked="" type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input checked="" type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input checked="" type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input checked="" type="checkbox"/> 6) Education and training <input checked="" type="checkbox"/> 9) Other, specify ____ <input type="checkbox"/>	Keeping a database of employers who employ people with disabilities, training, consulting
c) Polish Confederation of Private Employers Lewiatan (PKPP Lewiatan) ;	Ministry of Labour and Social Policy	1) Service Delivery <input checked="" type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input checked="" type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input checked="" type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input checked="" type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input checked="" type="checkbox"/> 6) Education and training <input checked="" type="checkbox"/> 9) Other, specify ____ <input type="checkbox"/>	Consulting, training, participation in the organization of conferences to promote the employment of people with disabilities

2.33. Name up to three (3) examples where the government has been engaged in international cooperation via the provision or receipt of financial and/or technical assistance in the area(s) of persons with disabilities over the past five (5) years. List the name(s) of the donor country/government unit as well as the name of the recipient country/government unit, the type of international cooperation and the activities conducted.

(1)	(2)	(3)	(4)
Name of country and government unit providing international cooperation	Name of the country and government unit receiving international cooperation	Type of international cooperation	Activities conducted
a) Poland – Ministry of Foreign Affairs, Ministry of Labour and Social Policy (Polish Development Assistance)	Georgia – Ministry of Labour, Social Affairs and Health	1) Financial <input checked="" type="checkbox"/> 2) Technical <input type="checkbox"/> 9) Other, specify___ <input type="checkbox"/>	2011/2012 training courses, workshops, conferences, study visits, counselling (implementation of the project "Legal, financial and administrative bases of support system for people with disabilities – examples of good practice)
b) Poland – MFA	Afghanistan	1) Financial <input checked="" type="checkbox"/> 2) Technical <input type="checkbox"/> 9) Other, specify___ <input type="checkbox"/>	2009 – the creation of structures of social assistance including courses for people with disabilities and activities for their social inclusion, training programs
c) Poland MFA	Rwanda	1) Financial <input checked="" type="checkbox"/> 2) Technical <input type="checkbox"/> 9) Other, specify___ <input type="checkbox"/>	2007 – construction of a centre for blind children, financing Braille printer for visually impaired students

Addressing the needs of indigenous people

2.34. Does the country have a national policy, programme and/or strategy addressing the needs of indigenous peoples that is/are currently being drafted or implemented?

- 1) Yes
2) No (if no, skip to 2.36)

Tab. 1. Specificity of Polish society

People born in Poland – 98.1%

People with Polish citizenship – 99.7%

People with Polish nationality – 93.7%

Exclusively Polish – 91.6%

Polish and other national and ethnic identity – 2.2%

According to data of the National Population Census 20112 Population of Poland is homogenous. Moreover, exclusively Polish nationality was declared by 91.6% of people, while Polish nationality and other national and ethnic identity was declared by 2.2%. The population census allowed us to establish the population structure according to national and ethnic identity. This was the purpose of this project within the framework of NPC.

In the population structure according to national and ethnic identity. On the list of national and ethnic identities other than Polish the following groups can be distinguished: Silesian, Kashubian and German as the most numerous; others are significantly less numerous.

It is worth mentioning the issue of complex identity, particularly characteristic in the case of Silesian and Kashubian identity. People who declare Silesian identity, in many cases declared also Polish identity (415 thousand per 809 thousand declarations of Silesian identity). These relations appear in even clearer proportions in the case of Kashubian identity, where nearly all the Kashubians declared Polish identity, as well. It is extremely important information regarding the expectations of different population groups which concern the national and ethnic structure of our society.

Tab. 2. Population by selected national and ethnic identity

Specification	Total – regardless of the number and order of declaration (in the first or the second question)	Including Polish
	In thousands	
Silesian	809	415
Kashubian	228	212
German	109	52
Ukrainian	48	20
Belorussian	47	15
Romanian	16	6
Russian	13	7
American	11	10
Lemko	10	3
English	10	8

Poland is a large country, which is spatially varying also with regards to the demographic situation. Numerous demographic processes and regularities are historically conditioned which is reflected in a different formation of the population development dynamics in particular regions

2.35. If YES, provide the name, the type, status, the main institution responsible for implementing the policy, programme and/or strategy, the targeted population groups and the implementation timeframe or the year of inception/revision.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Name of policy, programme and/or strategy addressing the needs of indigenous peoples	Type	Status	Main responsible institution	Targeted population groups*	Implementation timeframe or year of inception/revision
a)	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input type="checkbox"/>			
b)	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted 2) Implemented			
c)	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted 2) Implemented			
d)	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted 2) Implemented			
e)	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted 2) Implemented			

*See targeted population groups list in the questionnaire interviewer's guide

2.36. Has the country established any institutional entities to address issues regarding the needs of indigenous peoples?

- 1) Yes
2) No (if no, skip to 2.38)

2.37. If YES, indicate the name(s) of the institutional entity(ies) and the year of establishment.

(1)	(2)
Institutional entities addressing the needs of indigenous peoples	Year of establishment
a)	
b)	
c)	
d)	
e)	

2.38. Addressing ICPD issues regarding the needs of indigenous peoples in the national context during the last five (5) years.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
ICPD issues regarding the needs of indigenous peoples	Was this issue addressed in any existing policy/programme/strategy or through an institutional entity? If yes, in which one(s)?	Was budget allocated to this issue?	Were concrete implementation measures taken to address this issue?	In your assessment, and based on most concrete evidence at your disposal and that you may be aware of, how would you rate the overall progress of implementation of the measures adopted on a scale of 1 to 4 as follows: 1-deficient 2-behind schedule 3-on schedule 4-ahead of schedule
a) Creating educational conditions for indigenous peoples to have access to an education in their own language and respecting their culture	1) Yes <input type="checkbox"/> Name__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe____ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
b) Ensuring that indigenous individuals, particularly children, have access to all levels and forms of public education of the state without discrimination	1) Yes <input type="checkbox"/> Name__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe____ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
c) Creating decent work opportunities for indigenous peoples without discrimination	1) Yes <input type="checkbox"/> Name__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe____ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
d) Ensuring that indigenous peoples have the access to culturally appropriate sexual and reproductive health care, including HIV prevention services	1) Yes <input type="checkbox"/> Name__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe____ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
e) Enabling indigenous peoples to have tenure and manage their lands	1) Yes <input type="checkbox"/> Name__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe____ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<p align="center">ICPD issues regarding the needs of indigenous peoples</p>	<p align="center">Was this issue addressed in any existing policy/programme/strategy or through an institutional entity? If yes, in which one(s)?</p>	<p align="center">Was budget allocated to this issue?</p>	<p align="center">Were concrete implementation measures taken to address this issue?</p>	<p align="center">In your assessment, and based on most concrete evidence at your disposal and that you may be aware of, how would you rate the overall progress of implementation of the measures adopted on a scale of 1 to 4 as follows: 1-deficient 2-behind schedule 3-on schedule 4-ahead of schedule</p>
<p>f) Protecting and restoring the natural ecosystems on which indigenous communities depend for their survival and wellbeing</p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> Name__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> Describe____ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>
<p>g) Instituting concrete procedures and mechanisms for indigenous peoples to participate in the planning, implementation and evaluation of development activities that have a direct impact on their lives</p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> Name__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> Describe____ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>
<p>h) Seeking free, prior and informed consent of indigenous peoples in trade agreements, foreign direct investment agreements, and concessions agreements affecting their lives and environment</p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> Name__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> Describe____ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>
<p>i) Protecting indigenous peoples from discrimination</p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> Name__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> Describe____ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
ICPD issues regarding the needs of indigenous peoples	Was this issue addressed in any existing policy/programme/strategy or through an institutional entity? If yes, in which one(s)?	Was budget allocated to this issue?	Were concrete implementation measures taken to address this issue?	In your assessment, and based on most concrete evidence at your disposal and that you may be aware of, how would you rate the overall progress of implementation of the measures adopted on a scale of 1 to 4 as follows: 1-deficient 2-behind schedule 3-on schedule 4-ahead of schedule
j) Collecting data on the socio-economic status of indigenous peoples disaggregated on the basis of sex, age, place of residence	1) Yes <input type="checkbox"/> Name__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe____ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
k) Other, specify____	1) Yes <input type="checkbox"/> Name__ 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe____ 2) No <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>

2.39. Achievements in addressing issues related to the needs of indigenous peoples.

Among the issues related to the needs of indigenous peoples that are most relevant in the national context, briefly list achievements (citing reports), and comment on facilitators and barriers. List as many issues as are deemed relevant by copying this table – each table is for one (1) identified issue.

ICPD issues regarding the needs indigenous peoples	
Name of the issue (mentioned in question 2.38 above)	
Achievements (cite the reports)	
Facilitators*	
Barriers*	

*See list of facilitators and barriers in the questionnaire interviewer's guide

2.40. Considering the national context, what are the most relevant issues regarding the needs of indigenous peoples that are anticipated to receive further public policy priority for the next five (5) to ten (10) years? Cite up to five (5) issues.

Issues regarding the needs of indigenous peoples that are anticipated to receive further public policy priority for the next five (5) to ten (10) years

2.41. Has the country conducted an assessment/situation analysis on the needs of indigenous peoples at the national and/or subnational level in the last five (5) years? IF YES, cite the report(s).

- 1) Yes At the national level only, cite the report(s) _____
- 2) Yes At the subnational level only, cite the report(s) _____
- 3) Yes At both the national and at the subnational level, cite the report(s) _____
- 4) No

2.42. Name up to three (3) civil society organisations (CSOs) whom the government has partnered with in the area of indigenous peoples over the past five (5) years. Cite the type of CSO, the name of the government unit which partnered with it, its area(s) of involvement, and the activities conducted.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Name of the CSO	Type of CSO	Name of the Government unit which partnered with the CSO	Area of CSO involvement	Activities conducted
a)	1) National NGO <input type="checkbox"/> 2) International NGO <input type="checkbox"/> 3) Indigenous peoples' groups <input type="checkbox"/> 4) Academic/research centers <input type="checkbox"/> 9) Other, specify _____ <input type="checkbox"/>		1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify _____ <input type="checkbox"/>	
b)	1) National NGO <input type="checkbox"/> 2) International NGO <input type="checkbox"/> 3) Indigenous peoples' groups <input type="checkbox"/> 4) Academic/research centers <input type="checkbox"/> 9) Other, specify _____ <input type="checkbox"/>		1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify _____ <input type="checkbox"/>	

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Name of the CSO	Type of CSO	Name of the Government unit which partnered with the CSO	Area of CSO involvement	Activities conducted
c)	1) National NGO <input type="checkbox"/> 2) International NGO <input type="checkbox"/> 3) Indigenous peoples' groups <input type="checkbox"/> 4) Academic/research centers <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ____ <input type="checkbox"/>		1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ____ <input type="checkbox"/>	

2.43. Name up to three (3) private sector partners with whom the government has partnered with in the area of indigenous peoples over the past five (5) years. Cite the name of the government unit which partnered with it, its area(s) of involvement, and the activities conducted.

(1)	(2)	(3)	(4)
Name private sector partner	Name of the Government unit which partnered with the private sector	Area of involvement	Activities conducted
a)		1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ____ <input type="checkbox"/>	
b)		1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ____ <input type="checkbox"/>	
c)		1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ____ <input type="checkbox"/>	

2.44. Name up to three (3) examples where the government has been engaged in international cooperation via the provision or receipt of financial and/or technical assistance in the area of indigenous peoples over the past five (5) years. List the name(s) of the donor country/government unit as well as the name of the recipient country/government unit, the type of international cooperation and the activities conducted.

(1)	(2)	(3)	(4)
Name of country and government unit providing international cooperation	Name of the country and government unit receiving international cooperation	Type of international cooperation	Activities conducted
a)		1) Financial <input type="checkbox"/> 2) Technical <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ___ <input type="checkbox"/>	
b)		1) Financial <input type="checkbox"/> 2) Technical <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ___ <input type="checkbox"/>	
c)		1) Financial <input type="checkbox"/> 2) Technical <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ___ <input type="checkbox"/>	

SECTION 3: URBANIZATION AND INTERNAL MIGRATION (CHAPTER IX)

Name(s) of the primary respondent(s) and position(s): Piotr Żuber, Director; Anna Baucz
 Name(s) of institution(s)/department(s): Ministry of Regional Development
 Interview date(s): 30.11.2012

3.1. Does the country have a national policy, programme and/or strategy addressing urbanization and internal migration issues that is/are currently being drafted or implemented?

- 1) Yes
 2) No (If no, skip to 3.3)

3.2. If YES, provide the name, the type, status, the main institution responsible for implementing the policy, programme and/or strategy, the targeted population groups and the implementation timeframe or the year of inception/revision.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Name of policy, programme and/or strategy addressing urbanization and internal migration	Type	Status	Main responsible institution	Targeted population groups*	Implementation timeframe or year of inception/revision
a) National Urban Policy	1) Policy <input checked="" type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted <input checked="" type="checkbox"/> 2) Implemented <input type="checkbox"/>	Ministry of Regional Development	–	2014–2020
b)	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input type="checkbox"/>			
c)	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input type="checkbox"/>			
d)	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input type="checkbox"/>			
e)	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input type="checkbox"/>			

*See targeted population groups list in the questionnaire interviewer's guide

The National Spatial Development Concept 2030 (further the NSDC) constitutes a part of new system of national development management, the foundation of which was provided for in the amended act of 6 December 2006 on the principles of conducting development policy. According to the provisions of the System of national development management (the guidelines were adopted by the Council of Ministers on 27 April 2009), the NSDC shall be a part of the Long-term National Development Strategy, equally treating spatial as well as socio-economic aspects, while with respect to integrated strategies, including the National Regional Development Strategy, it shall be a guideline regarding territorial dimension.

The act on conducting development policy (Journal of Laws of 2009, No. 84, item 712), amended in December 2008, laid foundations for new system of strategic documents providing the vision and directions of national development both in long-term perspective by 2030 (the document called "The Poland 2030 Report. The third wave of modernity" is being prepared) and in immediate decade – The 2020 National Regional Development Strategy as well as 9 integrated strategies:

1. Innovation and Economy Efficiency Strategy;
2. Human Capital Development Strategy;
3. Transportation Development Strategy;
4. Energy Security and Environment;
5. "Efficient State" Strategy;
6. Social Capital Development Strategy;
7. The Republic of Poland National Defence Strategy;
8. Sustainable Development Strategy of Agriculture and Rural Areas, adopted on 27 April 2012;
9. The 2010–2020 National Regional Development Strategy. Regions, Cities, Rural Areas, adopted by the government on 13 July 2010.

The 2020 National Development Strategy is the main development strategy in the medium term. It indicates the state strategic tasks necessary in order to strengthen development processes (including estimated values of financial resources needed).

3.3. Has the country established any institutional entities to address issues regarding urbanization and internal distribution?

- 1) Yes
 2) No (if no, skip to 3.5)

3.4. If YES, indicate the name(s) of the institutional entity(ies) and the year of establishment.

(1)	(2)
Other institutional entities addressing urbanization and internal distribution	Year of establishment
a)	
b)	
c)	
d)	
e)	

3.5. Addressing ICPD issues regarding urbanization and internal migration in the national context during the last five (5) years.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<p>ICPD issues regarding urbanization and internal migration</p>	<p>Was this issue addressed in any existing policy/ /programme/ /strategy or through an institutional entity? If yes, in which one(s)?</p>	<p>Was budget allocated to this issue?</p>	<p>Were concrete implementation measures taken to address this issue?</p>	<p>In your assessment, and based on most concrete evidence at your disposal and that you may be aware of, how would you rate the overall progress of implementation of the measures adopted on a scale of 1 to 4 as follows: 1-deficient 2-behind schedule 3-on schedule 4-ahead of schedule</p>
<p>a) Promoting the growth of small or medium-sized urban centres</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name_ National Regional Development Strategy 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> Describe 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>
	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name_ Cohesion Policy of the European Union 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Using funds from the Cohesion Policy of the UE there were measures implemented in the small and medium-sized urban centres aimed at promoting their growth. 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>
<p>b) Promoting rural development strategies to decrease push factors on urbanization</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name_ Common Agricultural Policy, Cohesion Policy, Fishery Policy of EU 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Describe____ In the operational programmes implemented within the Cohesion Policy and the Common Agricultural Policy and the Fishery Policy within the European Funds for 2007–2013 there are several measures foreseen to support rural development. Agriculture, Fishery, Entrepreneurship, Employment and rural renewal, green energy sources, trainings, education, health social capital and environment etc.</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
ICPD issues regarding urbanization and internal migration	Was this issue addressed in any existing policy/ /programme/ /strategy or through an institutional entity? If yes, in which one(s)?	Was budget allocated to this issue?	Were concrete implementation measures taken to address this issue?	In your assessment, and based on most concrete evidence at your disposal and that you may be aware of, how would you rate the overall progress of implementation of the measures adopted on a scale of 1 to 4 as follows: 1-deficient 2-behind schedule 3-on schedule 4-ahead of schedule
			Please find more information here English summary on page 16 http://www.google.pl/url?q=http://www.minrol.gov.pl/pol/content/download/33575/188079/file/Fundeko_raport_30122011_zalaczniki_SP.pdf&sa=U&ei=Sq20UKjTENGJhQfkn4CYCg&ved=0CBUQFjAA&usg=AFQjCNFQdQWeQV7rmiLblwUd8lOpa9_vtA 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	
c) Promoting decentralization	1) Yes <input type="checkbox"/> Name___ 2) No <input checked="" type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
d) Ensuring land, housing, services and livelihood of urban poor	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name___ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> This is the responsibility of the gminas (local level) to ensure housing and help for the urban poor 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
e) Facilitating the integration of rural-to-urban migrants	1) Yes <input type="checkbox"/> Name___ 2) No <input checked="" type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe___ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
f) Promoting environmental management of urban agglomerations	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name___ Cohesion Policy and Cohesion Fund of the European Union 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Using funds from the Cohesion Policy and the Cohesion Funds of the UE there were measures aimed at promoting environmental management of urban agglomerations 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
ICPD issues regarding urbanization and internal migration	Was this issue addressed in any existing policy/ /programme/ /strategy or through an institutional entity? If yes, in which one(s)?	Was budget allocated to this issue?	Were concrete implementation measures taken to address this issue?	In your assessment, and based on most concrete evidence at your disposal and that you may be aware of, how would you rate the overall progress of implementation of the measures adopted on a scale of 1 to 4 as follows: 1-deficient 2-behind schedule 3-on schedule 4-ahead of schedule
g) Promoting health, education, training and employment support for IDPs (<i>where relevant</i>)	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name__ Cohesion Policy of the European Union 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Using funds from the Cohesion Policy there was an operational programme addressing these issues 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
h) Proactive planning for urban population growth	1) Yes <input type="checkbox"/> Name__ 2) No <input checked="" type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
i) Other, specify_____	1) Yes <input type="checkbox"/> Name__ 2) No <input checked="" type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe__ 2) No <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>

3.6. Achievements in addressing issues related to urbanization and internal migration.

Among the issues related to urbanization and internal migration that are most relevant in the national context, briefly list achievements (citing reports), and comment on facilitators and barriers. List as many issues as are deemed relevant by copying this table – each table is for one (1) identified issue.

ICPD issues regarding urbanization and internal migration relevant to the national context	
a) Name of the issue (mentioned in question 3.5 above)	
b) Achievements (cite the reports)	
c) Facilitators*	
d) Barriers*	

*See list of facilitators and barriers in the questionnaire interviewer's guide

3.7. Considering the national context, what are the most relevant issues regarding urbanization and internal migration that the country considers priority for public policy for the next five (5) to ten (10) years?

Issues regarding internal migration and urbanisation relevant to the national context that should be the focus for the next five (5) to ten years (10)
a) Improving competitiveness of Polish larges city centres
b) Improving development of medium-sized cities
c) Revitalisation of deprived urban areas
d) Combating urban sprawl
e) Improving governance within the functional urban areas of the large cities

3.8. Are there any legal or practical restrictions on the movement of people within the country, including the need for a work permit, proof of identity, and proof of employment or legal address at the place of destination, based on HIV status, or, in the cases of women the need to be authorized by the husband or a legal guardian/tutor?

- 1) Yes, legal (List the kind of restriction(s): _____)
- 2) Yes, practical (List the kind of restriction(s): _____)
- 3) Yes, legal and practical (List the kind of restriction(s): _____)
- 4) No

3.9. Has the country conducted an assessment/ situation analysis on internal migration and/or urbanisation at the national and/or subnational level in the last five (5) years? IF YES, cite the report(s).

- 1) Yes At the national level only, cite the report(s) National Census of 2011
- 2) Yes At the subnational level only, cite the report(s) _____
- 3) Yes At both the national and at the subnational level, cite the report(s) _____
- 4) No

3.10. Has the country conducted an assessment/ situation analysis on internally displaced persons and/or refugees in the last five (5) years?

- 1) Yes Initial assessment to address post-crisis/disaster population displacements
- 2) Yes Internally displaced persons profiling exercise
- 3) Yes Surveys conducted covering refugee populations
- 4) No None of the above (if no, skip to 3.12)

3.11. If YES, describe the key actions taken to protect and assist refugees and displaced persons based on the above assessments/situation analyses.

3.12. Name up to three (3) civil society organisations (CSOs) whom the government has partnered with in the area of urbanisation and internal migration over the past five (5) years. Cite the type of CSO, the name of the government unit which partnered with it, its area(s) of involvement, and the activities conducted.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Name of the CSO	Type of CSO	Name of the Government unit which partnered with the CSO	Area of CSO involvement	Activities conducted
a)	1) National NGO <input type="checkbox"/> 2) International NGO <input type="checkbox"/> 3) Migrant Networks <input type="checkbox"/> 4) Academic/research centers <input type="checkbox"/> 9) Other,specify____ <input type="checkbox"/>		1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify____ <input type="checkbox"/>	
b)	1) National NGO <input type="checkbox"/> 2) International NGO <input type="checkbox"/> 3) Migrant Networks <input type="checkbox"/> 4) Academic/research centers <input type="checkbox"/> 9) Other,specify____ <input type="checkbox"/>		1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify____ <input type="checkbox"/>	
c)	1) National NGO <input type="checkbox"/> 2) International NGO <input type="checkbox"/> 3) Migrant Networks <input type="checkbox"/> 4) Academic/research centers <input type="checkbox"/> 9) Other,specify____ <input type="checkbox"/>		1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify____ <input type="checkbox"/>	

3.13. Name up to three (3) private sector partners with whom the government has partnered with in the area of urbanisation and internal migration over the past five (5) years. Cite the name of the government unit which partnered with it, its area(s) of involvement, and the activities conducted.

(1)	(2)	(3)	(4)
Name private sector partner	Name of the Government unit which partnered with the private sector	Area of involvement	Activities conducted
a)		1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify____ <input type="checkbox"/>	
b)		1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify____ <input type="checkbox"/>	
c)		1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify____ <input type="checkbox"/>	

3.14. Name up to three (3) examples where the government has been engaged in international cooperation via the provision or receipt of financial and/or technical assistance in the area of urbanization and internal migration over the past five (5) years. List the name(s) of the donor country/government unit as well as the name of the recipient country//government unit, the type of international cooperation and the activities conducted.

(1)	(2)	(3)	(4)
Name of country and government unit providing international cooperation	Name of the country and government unit receiving international cooperation	Type of international cooperation	Activities conducted
a) European Union	Poland	1) Financial <input checked="" type="checkbox"/> 2) Technical <input type="checkbox"/> 9) Other, specify____ <input type="checkbox"/>	
b)		1) Financial <input type="checkbox"/> 2) Technical <input type="checkbox"/> 9) Other, specify____ <input type="checkbox"/>	
c)		1) Financial <input type="checkbox"/> 2) Technical <input type="checkbox"/> 9) Other, specify____ <input type="checkbox"/>	

SECTION 4: INTERNATIONAL MIGRATION AND DEVELOPMENT (CHAPTER X)

Name(s) of the primary respondent(s) and position(s): Monika Prus, Director,
Krzysztof Lewandowski Deputy Director
Name(s) of institution(s)/department(s): Ministry of Interior
Interview date(s): 3.12.2012

4.1. Does the country have a national policy, programme and/or strategy addressing international migration and development that is/are currently being drafted or implemented?

- 1) Yes
2) No (If no, skip to 4.3)

4.2. If YES, provide the name, the type, status, the main institution responsible for implementing the policy, programme and/or strategy, the targeted population groups and the implementation timeframe or the year of inception/revision.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Name of policy, programme and/or strategy addressing international migration and development	Type	Status	Main responsible institution	Targeted population groups*	Implementation timeframe or year of inception/revision
a) Polish migration policy – current stage and recommended actions	1) Policy <input checked="" type="checkbox"/> 2) Programme <input checked="" type="checkbox"/> 3) Strategy <input checked="" type="checkbox"/>	1) Drafted <input checked="" type="checkbox"/> 2) Implemented <input type="checkbox"/> *Adopted on 31 July 2012, not implemented yet	Ministry of Interior, Migration Policy Department	Migrants	Revision after 4 years
b)	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input type="checkbox"/>			
c)	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input type="checkbox"/>			
d)	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input type="checkbox"/>			
e)	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input type="checkbox"/>			

*See targeted population groups list in the questionnaire interviewer's guide

4.3. Has the country established any institutional entities to address issues regarding international migration and development?

- 1) Yes
 2) No (If no, skip to 4.5)

4.4. If YES, indicate the name(s) of the institutional entity(ies) and the year of establishment.

(1)	(2)
Other institutional entities addressing international migration and development	Year of establishment
a) Ministry of Interior	Institution existing for dozens of years
b) Ministry of Labour and Social Policy	Institution existing for dozens of years
c) Office for Foreigners	Replaced in 2007 the Office for Repatriation and Foreigners
d) Interministerial Committee for Migration	2007
e)	

4.5. Addressing ICPD issues regarding international migration and development in the national context during the last five years

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
ICPD issues regarding international migration and development	Was this issue addressed in any existing policy/ /programme/ /strategy or through an institutional entity? If yes, in which one(s)?	Was budget allocated to this issue?	Were concrete implementation measures taken to address this issue?	In your assessment, and based on most concrete evidence at your disposal and that you may be aware of, how would you rate the overall progress of implementation of the measures adopted on a scale of 1 to 4 as follows: 1-deficient 2-behind schedule 3-on schedule 4-ahead of schedule
a) Addressing the root causes of migration so migration is by choice not necessity	1) Yes <input type="checkbox"/> Name___ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue) *No activities conducted by Polish migration administration in this field	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe___ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
ICPD issues regarding international migration and development	Was this issue addressed in any existing policy/ /programme/ /strategy or through an institutional entity? If yes, in which one(s)?	Was budget allocated to this issue?	Were concrete implementation measures taken to address this issue?	In your assessment, and based on most concrete evidence at your disposal and that you may be aware of, how would you rate the overall progress of implementation of the measures adopted on a scale of 1 to 4 as follows: 1-deficient 2-behind schedule 3-on schedule 4-ahead of schedule
b) Protecting migrants against human rights abuses, racism, ethnocentrism and xenophobia	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Constitution of Poland provides for general principle of non-discrimination, so it relates also to foreigners 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> *Activities conducted by Polish services within the general budget of those services and without particular budget allocated for this concrete task	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe____ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
c) Taking gender and age into account in formulating immigration policies	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> recommendations in Polish legislation concerning minors 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Describe: regulations concerning access of immigrant children to education 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
d) Addressing the factors that contribute to forced internal displacement	1) Yes <input type="checkbox"/> Name____ 2) No <input checked="" type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe____ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
e) Strengthening support for international activities to protect and assist refugees and displaced persons	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name____ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Describe: cooperation projects with countries and with international and non-governmental organizations 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
ICPD issues regarding international migration and development	Was this issue addressed in any existing policy/programme/strategy or through an institutional entity? If yes, in which one(s)?	Was budget allocated to this issue?	Were concrete implementation measures taken to address this issue?	In your assessment, and based on most concrete evidence at your disposal and that you may be aware of, how would you rate the overall progress of implementation of the measures adopted on a scale of 1 to 4 as follows: 1-deficient 2-behind schedule 3-on schedule 4-ahead of schedule
f) Combat trafficking and/or smuggling of migrants	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Ministry of Interior, Border Guard 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
g) Facilitate the flow and use of remittances to support development	1) Yes <input type="checkbox"/> Name____ 2) No <input checked="" type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe____ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
h) Strengthening of dialogue and cooperation between countries of origin, transit and destination	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Ministry of Interior, Office for Foreigners, Border Guard, Ministry of Labour and Social Policy 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/> *Activities conducted by Polish services within the general budget of those services and without particular budget allocated for this concrete task	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Describe: cooperation projects with countries sending migrants to Poland____ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
i) Improving disaggregated data on international migration (including forced migration) taking age, sex and other equity and vulnerability variables into account	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> EU legislation 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> *Activities conducted by Polish services within the general budget of those services and without particular budget allocated for this concrete task	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe: implementation of EU legislation in the field of statistics____ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
ICPD issues regarding international migration and development	Was this issue addressed in any existing policy/ /programme/ /strategy or through an institutional entity? If yes, in which one(s)?	Was budget allocated to this issue?	Were concrete implementation measures taken to address this issue?	In your assessment, and based on most concrete evidence at your disposal and that you may be aware of, how would you rate the overall progress of implementation of the measures adopted on a scale of 1 to 4 as follows: 1-deficient 2-behind schedule 3-on schedule 4-ahead of schedule
j) Other, specify- _____	1) Yes <input type="checkbox"/> Name___ 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe___ 2) No <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>

4.6. Achievements in addressing issues related to international migration and development.

Among the issues related to international migration and development that are most relevant in the national context, briefly list achievements (citing reports), and comment on facilitators and barriers. List as many issues as are deemed relevant by copying this table – each table is for one (1) identified issue.

ICPD issues regarding international migration and development relevant to the national context	
a) Name of the issue (mentioned in question 4.5 above)	
b) Achievements (cite the reports)	
c) Facilitators*	
d) Barriers*	

**See list of facilitators and barriers in the questionnaire interviewer's guide*

4.7. On a scale of 1–4, indicate to what extent the following international migration priorities are addressed in the current national context

(1)	(2)
International migration priorities	Level of priority (1=low; 2=somewhat low 3=somewhat high; 4=high)
Sending countries	
a) Address the root causes of migration and make remaining in one's country a viable option for all people.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
b) Facilitate inflows of remittances by sound economic policies and adequate banking facilities.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
c) Make provisions for voluntary repatriation and safe return of migrants, including forced migrants	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/>
d) Facilitating exchange of information on migration policies	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
e) Facilitate the reintegration of migrants	1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
f) Creating mechanisms for promoting diaspora investments and contributions to the communities of origin	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/>
Receiving countries	
g) Ensure the same treatment to documented migrants and members of their family accorded to nationals with regard to basic human rights	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/>
h) Protect women and children who migrate as family members from abuse and denial of their human rights.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/>
i) Work towards integration of family reunification into national legislation	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
j) Prevent racist and xenophobic actions and policies.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/>
k) Prevent the exploitation of undocumented migrants and protect their basic human rights	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/>
l) Prevent international trafficking in migrants; and protect them against racism, ethnocentrism and xenophobia.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/>
m) Making potential migrants aware of the legal conditions for entry, stay and employment in host countries	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
n) Facilitate the integration of migrants, including forced migrants	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
o) Preventing discrimination of migrants on the basis of age, sex, race, HIV status, religion or disability	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/>
All countries	
p) Engaging in bilateral or multilateral negotiations on, inter alia, readmission agreements that protect the basic human rights of undocumented migrants in accordance with relevant international instruments.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/>
q) Strengthen support for international activities to protect and assist refugees and displaced persons.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/>
r) Provide access to health services, including sexual and reproductive health services, to migrants, IDPs and Refugees.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
s) Support the data gathering and monitoring of stocks and flows of migrants	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>

4.8. Considering the national context, what are the most relevant issues regarding international migration and development that the country considers priority for public policy for the next five (5) to ten (10) years?

Issues regarding international migration and development that are anticipated to receive further public policy priority for the next five to ten years
a) Labour migration
b) Integration of immigrants
c) Monitoring
d) International protection
e)

4.9. Has the country conducted an assessment/situation analysis on international migration and development at the national and/or subnational level in the last five (5) years? IF YES, cite the report(s).

- 1) Yes At the national level only, cite the report(s) European Migration Network national reports , reports on Vietnamese and Armenian immigration to Poland_____
- 2) Yes At the subnational level only, cite the report(s) _____
- 3) Yes At both the national and at the subnational level, cite the report(s) _____
- 4) No

4.10. Name up to three (3) civil society organisations (CSOs) whom the government has partnered with in the area of international migration and development over the past five (5) years. Cite the type of CSO, the name of the government unit which partnered with it, its area(s) of involvement, and the activities conducted.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Name of the CSO	Type of CSO	Name of the Government unit which partnered with the CSO	Area of CSO involvement	Activities conducted
a) Helsinki Foundation for Human Rights	1) National NGO <input checked="" type="checkbox"/> 2) International NGO <input type="checkbox"/> 3) Youth Groups <input type="checkbox"/> 4) Academic/research centers <input type="checkbox"/> 9) Other, specify _____ <input type="checkbox"/>	Ministry of Interior, Migration Policy Department	1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input checked="" type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input checked="" type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input checked="" type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify _____ <input type="checkbox"/>	Cooperation in formulation of the Polish migration policy, participation in different consultations
b) Association for Legal Intervention	1) National NGO <input checked="" type="checkbox"/> 2) International NGO <input type="checkbox"/> 3) Youth Groups <input type="checkbox"/>	Ministry of Interior, Migration Policy Department	1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/>	Cooperation in formulation of the Polish migration

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Name of the CSO	Type of CSO	Name of the Government unit which partnered with the CSO	Area of CSO involvement	Activities conducted
	4) Academic/research centers <input type="checkbox"/> 9) Other, specify____ <input type="checkbox"/>		3) Advocacy and Policy Formulation <input checked="" type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input checked="" type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input checked="" type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify____ <input type="checkbox"/>	policy, participation in different consultations
c)	1) National NGO <input checked="" type="checkbox"/> 2) International NGO <input type="checkbox"/> 3) Youth Groups <input type="checkbox"/> 4) Academic/research centers <input type="checkbox"/> 9) Other, specify____ <input type="checkbox"/>		1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input checked="" type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input checked="" type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input checked="" type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify____ <input type="checkbox"/>	

4.11. Name up to three (3) private sector partners with whom the government has partnered with in the area of international migration and development over the past five (5) years. Cite the name of the government unit which partnered with it, its area(s) of involvement, and the activities conducted.

(1)	(2)	(3)	(4)
Name private sector partner	Name of the Government unit which partnered with the private sector	Area of involvement	Activities conducted
a)		1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify____ <input type="checkbox"/>	
b)		1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify____ <input type="checkbox"/>	

(1)	(2)	(3)	(4)
Name private sector partner	Name of the Government unit which partnered with the private sector	Area of involvement	Activities conducted
c)		1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ____ <input type="checkbox"/>	

4.12. Name up to three (3) examples where the government has been engaged in international cooperation via the provision or receipt of financial and/or technical assistance in the area of international migration and development over the past five (5) years. List the name(s) of the donor country/government unit as well as the name of the recipient country/government unit, the type of international cooperation and the activities conducted.

(1)	(2)	(3)	(4)
Name of country and government unit providing international cooperation	Name of the country and government unit receiving international cooperation	Type of international cooperation	Activities conducted
a) Twinning programme involving Polish and Swedish migration services	Armenian migration services	1) Financial <input type="checkbox"/> 2) Technical <input checked="" type="checkbox"/> 9) Other, specify ____ <input type="checkbox"/>	Analysis of Armenian migration law
b) Prague Process leader countries: Poland, Czech Republic, Germany, Hungary, Romania, Slovakia, Sweden	Countries of the Eastern Partnership, Western Balkans, Central Asia, Russia, Turkey	1) Financial <input type="checkbox"/> 2) Technical <input checked="" type="checkbox"/> 9) Other, specify ____ <input type="checkbox"/>	Exchange of information, development of i-map, implementation of projects concerning regular and irregular migration, development, asylum
c) Polish migration services	Ukrainian migration services	1) Financial <input type="checkbox"/> 2) Technical <input checked="" type="checkbox"/> 9) Other, specify ____ <input type="checkbox"/>	Strengthening of Ukrainian migration services

SECTION 5: FAMILY, WELLBEING OF INDIVIDUALS AND SOCIETIES (CHAPTER V)

Name(s) of the primary respondent(s) and position(s): Cezary Gawel,
Name(s) of institution(s)/department(s): Ministry of Labour and Social Policy,
 Department of Economic Analyses and Forecasts; Nowogrodzka 1/3/5 00-513 Warszawa
Interview date(s): 10.12.2012

5.1. Does the country have a national policy, programme and/or strategy addressing the needs of the family and the wellbeing of individuals that is/are currently being drafted or implemented?

- 1) Yes
 2) No (If no, skip to 5.3)

5.2. If YES, provide the name, the type, status, the main institution responsible for implementing the policy, programme and/or strategy, the targeted population groups and the implementation timeframe or the year of inception/revision.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Name of policy, programme and/or strategy addressing the needs the family and the wellbeing of individuals	Type	Status	Main responsible institution	Targeted population groups*	Implementation timeframe or year of inception/revision
a) National Reform Programme	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Programme <input checked="" type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input checked="" type="checkbox"/>	Ministry of Economy	Family with dependent child, children	Revision – 2012
b) Human Capital Development Strategy	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input checked="" type="checkbox"/>	1) Drafted <input checked="" type="checkbox"/> 2) Implemented <input type="checkbox"/>	Ministry of Labour and Social Policy	Families with dependent child; children	
c) Medium-Term National Development Strategy POLAND 2020	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input checked="" type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input checked="" type="checkbox"/>	Ministry of Regional Development	Families with dependent child; children	
d) Poland 2030 ("Long-term National Development Strategy 2030")	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input checked="" type="checkbox"/>	1) Drafted <input checked="" type="checkbox"/> 2) Implemented <input type="checkbox"/>	Ministry of Administration and Digitalisation	Families with dependent child; children	
e) Multiannual "Government Nutrition Programme"	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Programme <input checked="" type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input checked="" type="checkbox"/>	Ministry of Labour and Social Policy	Children and adults	2006–2013
Act of 12 March 2004 on social assistance	1) Policy <input checked="" type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input checked="" type="checkbox"/>	Ministry of Labour and Social Policy		

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Name of policy, programme and/or strategy addressing the needs the family and the wellbeing of individuals	Type	Status	Main responsible institution	Targeted population groups*	Implementation timeframe or year of inception/ /revision
Act of 27 June 2003 on social pensions	1) Policy <input checked="" type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input checked="" type="checkbox"/>	Ministry of Labour and Social Policy		
Act of 28 November 2003 on family benefits (Dz. U. of 2006, No. 139, item 992, as amended).	1) Policy <input checked="" type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input checked="" type="checkbox"/>	Ministry of Labour and Social Policy		
Act of 7 September 2007 on support for persons entitled to alimony (Dz. U. of 2009, No. 1, item 7, as amended)	1) Policy <input checked="" type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input checked="" type="checkbox"/>	Ministry of Labour and Social Policy		
Act of 9 June 2011 on support to families and the foster care system (Dz. U. No. 149, item 887, as amended).	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input type="checkbox"/>	Ministry of Labour and Social Policy		
Act of 4 February 2011 on care for children under 3 (Dz.U. no. 45, item 235).	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input type="checkbox"/>	Ministry of Labour and Social Policy		

*See targeted population groups list in the questionnaire interviewer's guide

5.3. Has the country established any institutional entities to address issues regarding the needs of the family and the wellbeing of individuals?

- 1) Yes
2) No (If no, skip to 5.5)

5.4. If YES, indicate the name(s) of the institutional entity(ies) and the year of establishment.

(1)	(2)
Other institutional entities addressing the needs of the family and the wellbeing of individuals	Year of establishment
a) Ministry of Labour and Social Policy	
b) Gmina government	
c) Voivodeship government	
d) Powiat government	
e)	

5.5. Addressing ICPD issues regarding the needs of the family and the wellbeing of individuals in the national context during the last five (5) years.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<p>ICPD issues regarding the needs of the family and the wellbeing of individuals</p>	<p>Was this issue addressed in any existing policy/programme/strategy or through an institutional entity? If yes, in which one(s)?</p>	<p>Was budget allocated to this issue?</p>	<p>Were concrete implementation measures taken to address this issue?</p>	<p>In your assessment, and based on most concrete evidence at your disposal and that you may be aware of, how would you rate the overall progress of implementation of the measures adopted on a scale of 1 to 4 as follows: 1-deficient 2-behind schedule 3-on schedule 4-ahead of schedule</p>
<p>a) Increasing efforts to ensure health, education and welfare services function collaboratively and effectively</p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> Name ___ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> Describe ___ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>
<p>b) Facilitating compatibility between labour force participation and parental responsibilities</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> National Reform Programme Human Capital Development Strategy Policy 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> support to local governments by co-financing the tasks of caring for children under 3 years through departmental programs and funding In Poland, the big changes in the labour law with regard to the pro-family powers came into force in 2009. The Labour Code extended maternity leave and made it conditional on the number of children born at one time. Thus the length of maternal leave ranges from 20 weeks (in case of one child at one birth) to 37 weeks (in case of five or more children at one birth). The same - in respect to the length of the leave - applies to the regulations for the entitlement to the so-called adoption-related leave. Adoption leave is provided no longer than until the child reaches seven years of age (or 10 years of age when compulsory schooling was postponed).</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Since the beginning of November 2012, there has been ongoing work to extend the period of paid leave in connection with the birth of a baby – to one year.</p>

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<p>ICPD issues regarding the needs of the family and the wellbeing of individuals</p>	<p>Was this issue addressed in any existing policy/programme/strategy or through an institutional entity? If yes, in which one(s)?</p>	<p>Was budget allocated to this issue?</p>	<p>Were concrete implementation measures taken to address this issue?</p>	<p>In your assessment, and based on most concrete evidence at your disposal and that you may be aware of, how would you rate the overall progress of implementation of the measures adopted on a scale of 1 to 4 as follows: 1-deficient 2-behind schedule 3-on schedule 4-ahead of schedule</p>
			<p>Apart from extending the length of the maternal leave (and the adoption-related leave), another novelty was the introduction of additional maternal and parental leave. Both the additional maternal leave, and the parental leave are optional (contrary to the obligatory maternal leave).</p> <p><u>Additional maternity leave:</u></p> <p>Introduction of the target length of the leave will take place in stages, until reaching in 2014 the final length of the maternal leave (respectively 6 and 8 weeks depending on the number of children at one birth). The additional leave may be taken also by the father of the child.</p> <p><u>Work during additional maternity leave:</u></p> <p>An employee can combine the use of additional maternity leave and work for an employer granting the leave. Work, however, cannot be done on a time basis higher than half of full-time work. Start of work occurs following a written request of employee made no later than 7 days before the start of work. In the request the employee indicates the working time and the period during which he/she wants to use the additional maternity leave and work. The employer has a duty to consider the request of the employee.</p>	

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<p>ICPD issues regarding the needs of the family and the wellbeing of individuals</p>	<p>Was this issue addressed in any existing policy/programme/strategy or through an institutional entity? If yes, in which one(s)?</p>	<p>Was budget allocated to this issue?</p>	<p>Were concrete implementation measures taken to address this issue?</p>	<p>In your assessment, and based on most concrete evidence at your disposal and that you may be aware of, how would you rate the overall progress of implementation of the measures adopted on a scale of 1 to 4 as follows: 1-deficient 2-behind schedule 3-on schedule 4-ahead of schedule</p>
			<p><u>Paternity leave:</u> Since 2010 an employed father bringing up a child has the right to paternity leave. Since 2012, the length of such leave is 2 weeks, but not longer than until the child reaches 12 months of age or the expiry of 12 months from the effective date of validation of the decision on the adoption and not longer than until the child is 7 years of age (or 10 years, in case of postponed compulsory schooling).</p> <p><u>Child care leave:</u> An employee is entitled to child care leave of up to three years, but not longer than until the child is 4 years old.</p> <p>Employee is entitled to child care leave of up to three years (regardless of whether he/she used the child care leave for children of up to 4 years of age), but not longer than until the child reaches the age of 18, if the child requires personal care because of health condition confirmed by the decision on disability or severe disability.</p> <p>In addition, it should be pointed out that the legislature also expanded the definition of social activities of employers in the provisions of the Act relating to the</p>	

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<p>ICPD issues regarding the needs of the family and the wellbeing of individuals</p>	<p>Was this issue addressed in any existing policy/programme/strategy or through an institutional entity? If yes, in which one(s)?</p>	<p>Was budget allocated to this issue?</p>	<p>Were concrete implementation measures taken to address this issue?</p>	<p>In your assessment, and based on most concrete evidence at your disposal and that you may be aware of, how would you rate the overall progress of implementation of the measures adopted on a scale of 1 to 4 as follows: 1-deficient 2-behind schedule 3-on schedule 4-ahead of schedule</p>
			<p>Employee Benefit Fund. Funds of the Employee Benefit Fund can be used for care for children in nurseries, children's clubs, kindergartens and other forms of pre-school education.</p> <p>2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	
<p>c) Providing financial and social protection schemes to single parent families</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>a. HCDS</p> <p>b. Act of 28 November 2003 on family benefits (Dz. U. of 2006, No. 139, item 992, as amended)</p> <p>c. Act of 7 September 2007 on support for persons entitled to alimony (Dz. U. of 2009, No. 1, item 7, as amended)</p> <p>2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Through the benefits of the alimony fund and the system of family benefits (family allowance and allowance for single parents)</p> <p>2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>
<p>d) Developing the capacity to monitor the impact of policies on the wellbeing of families</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Efficient State Strategy</p> <p>2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>– digitization and reporting in the field of family and social security</p> <p>2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<p>ICPD issues regarding the needs of the family and the wellbeing of individuals</p>	<p>Was this issue addressed in any existing policy/programme/ /strategy or through an institutional entity? If yes, in which one(s)?</p>	<p>Was budget allocated to this issue?</p>	<p>Were concrete implementation measures taken to address this issue?</p>	<p>In your assessment, and based on most concrete evidence at your disposal and that you may be aware of, how would you rate the overall progress of implementation of the measures adopted on a scale of 1 to 4 as follows: 1-deficient 2-behind schedule 3-on schedule 4-ahead of schedule</p>
<p>e) Providing effective assistance to families and the individuals within them who are affected by specific problems</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>a. Human Capital Development Strategy b. POLAND 2030 c. Act of 9 June 2011 on support to families and the foster care system (Dz. U. No. 149, item 887, as amended).</p> <p>2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>– building a support system for ineptitude families</p> <p>2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>
<p>f) Preventing children’s abuse and neglect and provide assistance to children victims of abuse, neglect or abandonment, including orphans</p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> Name__</p> <p>2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/></p> <p>2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/></p> <p>Describe__</p> <p>2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>
<p>g) Assisting families caring for family members with disabilities, and family members living with HIV</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Human Capital Development Strategy</p> <p>2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>– family benefits (including allowance for education and rehabilitation of disabled child, care allowance, care benefit)</p> <p>2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>
<p>h) Ensuring good quality early childhood care and education for working families, including extended day programs</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Human Capital Development Strategy</p> <p>2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>support to local governments by co-financing the tasks of caring for children under 3 years through departmental programs and funding</p> <p>2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
ICPD issues regarding the needs of the family and the wellbeing of individuals	Was this issue addressed in any existing policy/programme/ /strategy or through an institutional entity? If yes, in which one(s)?	Was budget allocated to this issue?	Were concrete implementation measures taken to address this issue?	In your assessment, and based on most concrete evidence at your disposal and that you may be aware of, how would you rate the overall progress of implementation of the measures adopted on a scale of 1 to 4 as follows: 1-deficient 2-behind schedule 3-on schedule 4-ahead of schedule
i) Supporting and assisting vulnerable families (very poor, victims of humanitarian crisis, drought, etc.)	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Act of 12 March 2004 on social assistance 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> benefits in cash and in-kind from social assistance – permanent , temporary, targeted benefits, food, shelter, etc. 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
j) Supporting educational programmes concerning parental roles, parental skills and child development	1) Yes <input type="checkbox"/> Name___ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe___ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
k) Other, specify_____	1) Yes <input type="checkbox"/> Name___ 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe___ 2) No <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>

5.6. Achievements in addressing issues related to the needs of families and the wellbeing of individuals.

Among the issues related to the needs of families and the wellbeing of individuals that are most relevant in the national context, briefly list achievements (citing reports), and comment on facilitators and barriers. List as many issues as are deemed relevant by copying this table – each table is for one (1) identified issue.

ICPD issues regarding the needs of the family and the wellbeing of individuals relevant to the national context	
a) Name of the issue (mentioned in question 5.5 above)	b), h), e)
1) Achievements (cite the reports)	– creating legal framework to support families and foster care systems and financing and co-financing of tasks in this area – boosting the formation of various forms of care for children aged under 3 years by co-financing the running costs of the institutions, the payment of social security contributions and health insurance for nannies, co-financing for the creation of new institutions
b) Facilitators*	
c) Barriers*	

*See list of facilitators and barriers in the questionnaire interviewer's guide

5.7. Does the country provide special support (monetary or in kind) through social protection programmes/schemes to disadvantaged families and individuals?

(1)	(2)	(3)	(4)
Name of social protection programme/scheme	Targeted groups*	Monetary support	In kind support
a) Programs to support local governments in the development of institutions for children aged up to 3 years	Parents of children up to 3 years of age	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
b) Programs to support families and foster care system	Families, foster family care forms, staff of family support system and foster care system	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
c) Act of 28 November 2003 on family benefits (Dz. U. of 2006, No. 139, item 992, as amended)	Entire population	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
d) Act of 7 September 2007 on support for persons entitled to alimony (Dz. U. of 2009, No. 1, item 7, as amended)	Entire population	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>
e) Act of 12 March 2004 on social assistance	Entire population	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
f) Act of 27 June 2003 on social pensions	People with disabilities	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>

**See targeted population groups list in the questionnaire interviewer's guide*

5.8. Considering the national context, what are the most relevant issues regarding the family and the wellbeing of individuals that are anticipated to receive further public policy priority for the next five (5) to ten (10) years? Cite up to five (5) issues.

Issues regarding the family and the wellbeing of individuals that are anticipated to receive further public policy priority for the next five (5) to ten (10) years
a) The increase in the availability of care services for children aged up to 3 years
b) Development of alternative family care
c) Development of prevention and work with a family in crisis

5.9. Has the country conducted an assessment/situation analysis on the family, its needs and composition/structure at the national and/or sub-national level in the last five (5) years? IF YES, cite the report(s).

- 1) Yes At the national level only, cite the report(s)
 2) SOCIAL DIAGNOSIS,
 3) Study on income support for families

5.10. Name up to three (3) civil society organisations (CSOs) whom the government has partnered with in the area of the family and the wellbeing of individuals over the past five (5) years. Cite the type of CSO, the name of the government unit which partnered with it, its area(s) of involvement, and the activities conducted.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Name of the CSO	Type of CSO	Name of the Government unit which partnered with the CSO	Area of CSO involvement	Activities conducted
a) CASE	1) National NGO <input checked="" type="checkbox"/> 2) International NGO <input type="checkbox"/> 4) Academic/research centres <input type="checkbox"/> 9) Other, specify____ <input type="checkbox"/>	Ministry of Labour and Social Policy	1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input checked="" type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify____ <input type="checkbox"/>	Study in the field of child-care facilities in Poland
b) Representatives of the scientific community, Santa Claus Foundation	1) National NGO <input checked="" type="checkbox"/> 2) International NGO <input type="checkbox"/> 4) Academic/research centres <input checked="" type="checkbox"/> 9) Other, specify____ <input type="checkbox"/>	Ministry of Labour and Social Policy	1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input checked="" type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify____ <input type="checkbox"/>	Studies on family foster care
c) Organizations for the rights of the child and family	1) National NGO <input checked="" type="checkbox"/> 2) International NGO <input type="checkbox"/> 4) Academic/research centres <input type="checkbox"/> 9) Other, specify____ <input type="checkbox"/>	Ministry of Labour and Social Policy – honorary patronage and co-organization	1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input checked="" type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input checked="" type="checkbox"/> 9) Other, specify____ <input type="checkbox"/>	Honorary patronage and co-organization of workshops and conferences

5.11. Name up to three (3) private sector partners with whom the government has partnered with in the area of the family and the well-being of individuals over the past five (5) years. Cite the name of the government unit which partnered with it, its area(s) of involvement, and the activities conducted.

(1)	(2)	(3)	(4)
Name private sector partner	Name of the Government unit which partnered with the private sector	Area of involvement	Activities conducted
a) Nationwide press	Ministry of Labour and Social Policy	1) Service Delivery <input checked="" type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input checked="" type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify____ <input type="checkbox"/>	Promotion of foster families by distributing leaflets on the forms of family care
b) Appearances in radio and television of professional staff	Ministry of Labour and Social Policy	1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input checked="" type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify____ <input type="checkbox"/>	Promotion and information about the state of the law (Act on support to families and foster care system, Act on care for children under the age of 3, Act on family benefits)

5.12. Name up to three (3) examples where the government has been engaged in international cooperation via the provision or receipt of financial and/or technical assistance in the area of the needs of the family and wellbeing of individuals over the past five (5) years. List the name(s) of the donor country/government unit as well as the name of the recipient country/government unit, the type of international cooperation and the activities conducted.

(1)	(2)	(3)	(4)
Name of country and government unit providing international cooperation	Name of the country and government unit receiving international cooperation	Type of international cooperation	Activities conducted
a) Poland, Ministry of Labour and Social Policy	Georgia	1) Financial <input type="checkbox"/> 2) Technical <input checked="" type="checkbox"/> 9) Other, specify____ <input type="checkbox"/>	Workshops on caring for a disabled child
b) Poland, Ministry of Labour and Social Policy	The Visegrad Group	1) Financial <input type="checkbox"/> 2) Technical <input checked="" type="checkbox"/> 9) Other, specify____ <input type="checkbox"/>	Presentation of the method of de-institutionalization of the system of foster care of a child under the age of 3, promoting active forms of combining work and family life
c) Poland, Ministry of Labour and Social Policy	Czech Republic, Slovakia, Georgia, Ukraine, Lithuania, Hungary	1) Financial <input type="checkbox"/> 2) Technical <input checked="" type="checkbox"/> 9) Other, specify____ <input type="checkbox"/>	Exchange of experience in the field of foster care of a child

SECTION 6: REPRODUCTIVE RIGHTS AND REPRODUCTIVE HEALTH (CHAPTER VII) AND HEALTH, MORBIDITY AND MORTALITY (CHAPTER VIII)

Name(s) of the primary respondent(s) and position(s):

Dagmara Korbaśińska – Director of the Department of Mother and Child in the Ministry of Health;
Aleksandra Saniewska – Kilim – Senior Specialist, Department of Mother and Child in the Ministry of Health;

Błażej Osojca – employee of the Department of Mother and Child in the Ministry of Health;

Name(s) of institution(s)/department(s): Department of Mother and Child in the Ministry of Health

E-mail address(es): dep-md@mz.gov.pl

Interview date(s): 03.12.2012

6.1. Does the country have a national policy, programme and/or strategy addressing sexual and reproductive health and reproductive rights that is/are currently being drafted or implemented?

- 1) Yes
2) No (if no, skip to 6.4)

6.2. If YES, provide the name, the type, status, the main institution responsible for implementing the policy, programme and/or strategy, the targeted population groups and the implementation timeframe or the year of inception/revision.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Name of policy, programme and/or strategy addressing sexual and reproductive health and reproductive rights	Type	Status	Main responsible institution	Targeted population groups*	Implementation timeframe or year of inception/revision
a) Act of 7 January 1993 on Family Planning, the Protection of the Human Foetus, and Conditions on the Admissibility of Abortion.	1) Policy <input checked="" type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input checked="" type="checkbox"/>	Ministry of Health	99 – Other, specify.	1993
b) National Health Programme 2007–2015	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Programme <input checked="" type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input checked="" type="checkbox"/>	Ministry of Health	99 – Other, specify.	2007–2015
c) Regulation of the Minister of Health of 23 September 2010 on the standard of perinatal care	1) Policy <input checked="" type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input checked="" type="checkbox"/>	Ministry of Health	2 – Women	2010

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Name of policy, programme and/or strategy addressing sexual and reproductive health and reproductive rights	Type	Status	Main responsible institution	Targeted population groups*	Implementation timeframe or year of inception/revision
d)	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input type="checkbox"/>			
e)	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input type="checkbox"/>			

*See targeted population groups list in the questionnaire interviewer's guide

6.3. If YES, indicate whether the national policy, programme and or strategy addressing sexual and reproductive health and reproductive rights include the following HIV prevention, treatment, care and support issues?

HIV prevention, treatment, care and support issues	
a) VCT within family planning	Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
b) BCC on HIV within SRH services	Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
c) PMTCT within maternal health services	Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
d) HIV treatment for people living with HIV	Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
e) STI and HIV prevention services	Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

6.4. Has the country established any institutional entities to address issues regarding sexual and reproductive health and reproductive rights?

- 1) Yes
2) No (If no, skip to 6.6)

6.5. If YES, indicate the name(s) of the institutional entity(ies).

(1)	(2)
Other institutional entities addressing sexual and reproductive health and reproductive rights	Year of establishment
a) Department of Mother and Child in the Ministry of Health	2009
b) National AIDS Centre	1993
c) Diagnostic and Research Centre for Sexually Transmitted Diseases in Białystok	
d)	
e)	

6.6. Addressing ICPD issues regarding sexual and reproductive health and reproductive rights in the national context during the last five (5) years

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<p>ICPD issues regarding sexual and reproductive health and reproductive rights</p>	<p>Was this issue included in any policy/programme/strategy or addressed through an existing institutional arrangement? If yes, in which one(s)?</p>	<p>Was budget allocated to this issue?</p>	<p>Were concrete implementation measures taken to address this issue?</p>	<p>In your assessment, and based on most concrete evidence at your disposal and that you may be aware of, how would you rate the overall progress of implementation of the measures adopted on a scale of 1 to 4 as follows: 1-deficient 2-behind schedule 3-on schedule 4-ahead of schedule</p>
<p>a) Increasing women's accessibility to information and counselling on sexual and reproductive health</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name: A. Act of 7 January 1993. on family planning, human foetus protection and conditions of permissibility of abortion; B. The Act of 27 August 2004 on health care services financed from public funds 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> Describe ____ 2) No <input checked="" type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>
<p>b) Increasing women's access to comprehensive sexual and reproductive health services, regardless of marital status and age</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name: The Act of 27 August 2004 on health care services financed from public funds 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> Describe ____ 2) No <input checked="" type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>
<p>c) Increasing indigenous people's and cultural minorities' access to comprehensive sexual and reproductive health services, regardless of marital status and age, including access to contraception</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name: A. Act of 7 January 1993. on family planning, human foetus protection and conditions of permissibility of abortion; B. The Act of 27 August 2004 on health care services financed from public funds 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> Describe ____ 2) No <input checked="" type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<p>ICPD issues regarding sexual and reproductive health and reproductive rights</p>	<p>Was this issue included in any policy/programme/strategy or addressed through an existing institutional arrangement? If yes, in which one(s)?</p>	<p>Was budget allocated to this issue?</p>	<p>Were concrete implementation measures taken to address this issue?</p>	<p>In your assessment, and based on most concrete evidence at your disposal and that you may be aware of, how would you rate the overall progress of implementation of the measures adopted on a scale of 1 to 4 as follows: 1-deficient 2-behind schedule 3-on schedule 4-ahead of schedule</p>
<p>d) Increasing access of persons with disability to comprehensive sexual and reproductive health services, regardless of marital status and age, including access to contraception</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name __ A. Act of 7 January 1993. on family planning, human foetus protection and conditions of permissibility of abortion; B. The Act of 27 August 2004 on health care services financed from public funds 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> Describe __ 2) No <input checked="" type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>
<p>e) Increasing men's access to sexual and reproductive health information, counselling, and services</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name __ A. Act of 7 January 1993. on family planning, human foetus protection and conditions of permissibility of abortion; B. The Act of 27 August 2004 on health care services financed from public funds 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> Describe __ 2) No <input checked="" type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>
<p>f) Provision of adequate food and nutrition to pregnant women (including nutrition supplementation)</p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> Name __ 2) No <input checked="" type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> Describe __ 2) No <input checked="" type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>
<p>g) Referrals to essential and comprehensive emergency obstetric care (EmOC)</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name: A. The Act of 27 August 2004 on health care services financed from public funds; B. Regulation of the Minister of Health of 23 September 2010 on the standard of perinatal care 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> Describe __ 2) No <input checked="" type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>

<p>(1)</p>	<p>(2)</p>	<p>(3)</p>	<p>(4)</p>	<p>(5)</p>
<p>ICPD issues regarding sexual and reproductive health and reproductive rights</p>	<p>Was this issue included in any policy/programme/strategy or addressed through an existing institutional arrangement? If yes, in which one(s)?</p>	<p>Was budget allocated to this issue?</p>	<p>Were concrete implementation measures taken to address this issue?</p>	<p>In your assessment, and based on most concrete evidence at your disposal and that you may be aware of, how would you rate the overall progress of implementation of the measures adopted on a scale of 1 to 4 as follows: 1-deficient 2-behind schedule 3-on schedule 4-ahead of schedule</p>
<p>h) Access to antenatal care</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name: A. The Act of 27 August 2004 on health care services financed from public funds; B. Regulation of the Minister of Health of 23 September 2010 on the standard of perinatal care 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> Describe____ 2) No <input checked="" type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>
<p>i) Increasing access to comprehensive sexual and reproductive health services for adolescents</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name: A. The Act of 27 August 2004 on health care services financed from public funds; B. Regulation of the Minister of Health of 23 September 2010 on the standard of perinatal care 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> Describe____ 2) No <input checked="" type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>
<p>j) Providing social protection and medical support for adolescent pregnant women</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name: A. The Act of 12 March 2004. on social assistance B. Act of 7 January 1993. on family planning, human foetus protection and conditions of permissibility of abortion 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> Describe____ 2) No <input checked="" type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>
<p>k) Increasing access to STI/HIV prevention, treatment and care services for vulnerable population groups and populations at risk</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name: A. Act of 7 January 1993. on family planning, human foetus protection and conditions of permissibility of abortion</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Describe: All persons with medical indications (including</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/></p>

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<p>ICPD issues regarding sexual and reproductive health and reproductive rights</p>	<p>Was this issue included in any policy/programme/strategy or addressed through an existing institutional arrangement? If yes, in which one(s)?</p>	<p>Was budget allocated to this issue?</p>	<p>Were concrete implementation measures taken to address this issue?</p>	<p>In your assessment, and based on most concrete evidence at your disposal and that you may be aware of, how would you rate the overall progress of implementation of the measures adopted on a scale of 1 to 4 as follows: 1-deficient 2-behind schedule 3-on schedule 4-ahead of schedule</p>
	<p>B. The Act of 27 August 2004 on health care services financed from public funds; C. National Programme for HIV Prevention and Control of AIDS; D. Health Program of the Ministry of Health entitled "Antiretroviral treatment of people living with HIV in Poland". 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>		<p>post-exposure prophylaxis) are subject to ARV treatment programs 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	
<p>l) Increasing access to voluntary and confidential HIV testing</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name: National Programme for HIV Prevention and Control of AIDS 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Describe: PCD (Points consulting – Diagnostic) anonymous and free testing with counseling before and after the test 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/></p>
<p>m) Eliminating mother-to-child transmission of HIV and treatment for improving the life expectancy of HIV-positive mothers</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name: A. National Programme for HIV Prevention and Control of AIDS; B. Health Program of the Ministry of Health entitled "Antiretroviral treatment of people living with HIV in Poland" – prevention of mother-to-child transmission of HIV +</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Describe: All HIV-infected women during pregnancy are provided with comprehensive care and free antiretroviral treatment for HIV in Health Program Since</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/></p>

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<p>ICPD issues regarding sexual and reproductive health and reproductive rights</p>	<p>Was this issue included in any policy/programme/strategy or addressed through an existing institutional arrangement? If yes, in which one(s)?</p>	<p>Was budget allocated to this issue?</p>	<p>Were concrete implementation measures taken to address this issue?</p>	<p>In your assessment, and based on most concrete evidence at your disposal and that you may be aware of, how would you rate the overall progress of implementation of the measures adopted on a scale of 1 to 4 as follows: 1-deficient 2-behind schedule 3-on schedule 4-ahead of schedule</p>
	<p>2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>		<p>2001 – prevention of mother-to-child transmission of HIV. Vertical HIV infection in infants in Poland covered by the health program decreased from 26% in the 80's - 90's (years before the introduction of ARV prophylaxis) to less than 1 % nowadays</p> <p>2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	
<p>n) Integration of SRH and HIV services</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name: A. National Programme for HIV Prevention and Control of AIDS; B. Health Program of the Ministry of Health entitled "Antiretroviral treatment of people living with HIV in Poland".</p> <p>2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Describe ___ A) prevention of vertical infections B) post-exposure prophylaxis, PEP C) effective ARV treatment causes a decrease in infectivity of patients living with HIV / AIDS</p> <p>2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/></p>

<p>(1)</p>	<p>(2)</p>	<p>(3)</p>	<p>(4)</p>	<p>(5)</p>
<p>ICPD issues regarding sexual and reproductive health and reproductive rights</p>	<p>Was this issue included in any policy/programme/strategy or addressed through an existing institutional arrangement? If yes, in which one(s)?</p>	<p>Was budget allocated to this issue?</p>	<p>Were concrete implementation measures taken to address this issue?</p>	<p>In your assessment, and based on most concrete evidence at your disposal and that you may be aware of, how would you rate the overall progress of implementation of the measures adopted on a scale of 1 to 4 as follows: 1-deficient 2-behind schedule 3-on schedule 4-ahead of schedule</p>
<p>o) Breast cancer screening and treatment</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name: Act of July 1, 2005. to establish a long-term program, "National Programme for the fight against cancer" 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Describe: Population Program for Early Breast Cancer Detection 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/></p>
<p>p) Prevention and management of the consequences of unsafe abortion</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name: The Act of 27 August 2004 on health care services financed from public funds 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> Describe ____ 2) No <input checked="" type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>
<p>q) Cervical cancer screening and treatment</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name Act of July 1, 2005. to establish a long-term program, "National Programme for the fight against cancer" 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> Describe Women aged 25–65 years. 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/></p>
<p>r) Access to safe abortion services to the extent of the law</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name: Act of 7 January 1993. on family planning, human foetus protection and conditions of permissibility of abortion 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> Describe ____ 2) No <input checked="" type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>
<p>s) Other , specify _____</p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> Name__ 2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/> Describe ____ 2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>

6.7. Achievements in addressing issues related to sexual and reproductive health and reproductive rights.

Among the issues related to sexual and reproductive health and reproductive rights that are most relevant in the national context, briefly list achievements (citing reports), and comment on facilitators and barriers. List as many issues as are deemed relevant by copying this table – each table is for one (1) identified issue.

ICPD issues regarding sexual and reproductive health and reproductive rights relevant to the national context	
a) Name of the issue (mentioned in question 6.6 above)	Health Program of the Ministry of Health entitled "Antiretroviral treatment of people living with HIV in Poland".
b) Achievements (cite the reports)	Vertical HIV infection in infants in Poland covered by the health program decreased from 26% in the 80's – 90's (years before the introduction of ARV prophylaxis) to less than 1 % nowadays.
c) Facilitators*	
d) Barriers*	Too low percentage of pregnant women is tested for HIV. The test for HIV is not mandatory in Poland. Duty to propose HIV testing to pregnant women rest to gynecologist

**See list of facilitators and barriers in the questionnaire interviewer's guide*

6.8. Considering the national context, what are the most relevant issues regarding sexual and reproductive health and reproductive rights that are anticipated to receive further public policy priority for the next five (5) to ten (10) years? Cite up to five (5) issues.

Issues regarding sexual and reproductive health and reproductive rights that are anticipated to receive further public policy priority for the next five (5) to ten (10) years
a) Infertility treatment and regulation of matters relating to in vitro fertilization
b) Health care for a woman adapted to late motherhood
c) Reducing the frequency of prematurity
d) Further improvement to access to health services in the field of sexual and reproductive health.
e) Improving the quality of health education in the field of sexual and reproductive health

6.9. Have the following accountability mechanisms been used to address peoples' claims on sexual and reproductive health and reproductive rights?

Operating at the Medical Commission of the Patient Ombudsman

Accountability mechanisms	Response
a) Judiciary	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
b) National Human Rights Institutions	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
c) Parliamentary commissions	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
d) Administrative mechanisms of protection	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
e) Other, specify : The European Court of Human Rights Operating at the Medical Commission of the Patient Ombudsman	

6.10. If YES to 6.9, explain what issues have been dealt with and what different kinds of remedies have they provided? (IF NO to 6.9, skip to 6.11)

Ad. The European Court of Human Rights.
Case R.R. against Poland - the verdict of the European Court of Human Rights in Strasbourg on 26 May 2011 (the final 28 November 2011). The case concerns the lack of access to prenatal testing in 2002, which led to the inability to perform an abortion

Ad. Operating at the Medical Commission of the Patient Ombudsman.
Act of 6 November 2008 on the rights of the patient and the patient Ombudsman in art. 31 has introduced right to object to the opinion or decision of a doctor. This right is granted to the patient or his legal representative. According to the above-mentioned Act opposition to the opinion or ruling issued by a physician or dentist is made to the Medical Commission working at the Patient Ombudsman if the opinion or judgment affects the rights or obligations of a patient.

On 17 March 2010 there was introduced the Regulation of the Minister of Health of 10 March 2010 on the Commission's working at the Medical Patient Ombudsman, which regulates the activity of the Medical Commission. Complain can be made by woman who has been denied carrying out an abortion or a woman who was refused a referral for prenatal testing.

6.11. Has the country conducted an assessment/ situation analysis on sexual and reproductive health and reproductive rights at the national and/or subnational level in the last five (5) years?

IF YES, cite the report(s).

1) Yes At the national level only, cite the report(s):

Report of the Council of Ministers on the implementation and the impact the application of the Act in 2011 of 7 January 1993 on family planning, human fetus protection and conditions of admissibility abortion (every year)

2) Yes At the subnational level only, cite the report(s) _____

3) Yes At both the national and at the subnational level, cite the report(s) _____

4) No

6.12. Has the country conducted an assessment of unmet needs for family planning at the national and/or subnational level in the last five (5) years? IF YES, cite the report(s).

- 1) Yes At the national level only, cite the report(s) _____
 2) Yes At the subnational level only, cite the report(s) _____
 3) Yes At the national and at the subnational level, cite the report(s) _____
 4) No (if no, skip to 6.14)

6.13. If YES either/both 6.11 and/or 6.12, explain what priorities were identified:

6.14. Has the country promulgated and/or enforced national laws responding to the following ICPD priority areas related to sexual and reproductive health and reproductive rights?

(1)	(2)	(3)
ICPD Priority area	Promulgation	Enforcement
a) National law protecting the right to the highest attainable standard of physical and mental health, including sexual and reproductive health	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name: A. The Constitution of the Republic of Poland B. The Act of 27 August 2004 on health care services financed from public funds. 2) No <input type="checkbox"/> (Go the next ICPD priority area)	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
b) Access to safe abortion	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name: Act of 7 January 1993. on family planning, human foetus protection and conditions of permissibility of abortion 2) No <input type="checkbox"/> (Go the next ICPD priority area)	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
c) Non-discrimination in access to comprehensive sexual and reproductive health services, including HIV services	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name: Act of 5 December 2008. on Prevention and Control of infections and communicable diseases in humans - <i>possibility of stipulating personal information</i> 2) No <input type="checkbox"/> (Go the next ICPD priority area)	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
d) Protection against coercion, including forced sterilization, forced marriage, etc.	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name: Act of June 6, 1997 The Penal Code 2) No <input type="checkbox"/> (Go the next ICPD priority area)	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
e) Protecting the rights of people living with HIV	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name: Act of 5 December 2008. on Prevention and Control of infections and communicable diseases in humans - <i>possibility of stipulating personal information</i> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>

6.15. Indicate which of the following sexual and reproductive health services are currently being offered through the primary health care system in the public sector.

Service	Response
Contraceptive Services	
a. Counseling	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
b. Information	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
c. Access to at least 3 contraceptive methods	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
d. Access to emergency contraception	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
e. Access to male condoms	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
f. Access to female condoms	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
Maternity Care	
g. Information about maternity care, including delivery with a skilled attendant	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
h. Prenatal care	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
i. Essential obstetric care	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
j. Emergency obstetric care	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
k. Post-natal care including contraceptive services.	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
l. Infertility Services (including prevention, diagnosis, treatment and referral)	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
m. Safe abortion to the extent of the law	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
n. Post-abortion counseling	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
o. Post abortion care	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
Sexually Transmitted Infections	
p. Prevention	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
q. Detection/testing	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
r. Treatment and care	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
HIV	
s. Prevention	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
t. Voluntary counseling and testing	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
u. Treatment	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
v. Care and support	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
w. Prevention of mother-to-child transmission and treatment for improving the life expectancy of HIV-positive mothers	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
x. Contraceptives services for people living with HIV	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
Reproductive cancers: (including breast, cervical and prostate)	
y. Prevention	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
z. Detection/testing	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
aa. Treatment and care	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
bb. HPV vaccination	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>

Service	Response
cc. Services to detect and treat the consequences of sexual violence	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
Obstetric fistula services	
dd. Prevention	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
ee. Detection	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
ff. Referral for treatment	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
gg. Reintegration for women who undergo fistula repairs	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
Adolescent sexual and reproductive health, including HIV	
hh. Information and counseling	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
ii. Services (including access to contraceptives)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>
jj. Adolescent and youth friendly comprehensive SRH services (that are confidential, private and affordable by adolescents and youth)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>
Female Genital Mutilation/Cutting	
kk. Prevention	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
ll. Treatment and care	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
mm. Other (specify) _____	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>

16.16. Indicate the existence and availability of the following to address sexual and reproductive health as an integral part of primary health care system

Strategies/actions	Response
a) Standards for SRH service delivery, including maternity care, family planning and STIs/HIV	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
b) Guidelines for SRH service delivery, including maternity care, family planning and STIs/HIV	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
c) Existence of an SRH costed package integrated into primary health care provision	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
d) Referral mechanisms for SRH services	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
e) Health information system disaggregated by age	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
f) Health information system disaggregated by sex	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
g) Health personnel trained in SRH, including midwifery skills	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
h) Health personnel trained in HIV/AIDS counselling	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>
i) Health personnel trained in reproductive rights	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
j) Health personnel trained in GBV screening (including FGM/C)	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
k) Mechanisms to monitor quality of SRH service delivery	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>
l) Health personnel trained in elimination of stigma and discrimination towards key populations, including young people, people living with HIV, sex workers and clients, men having sex with men, transgender people and people who use drugs	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
m) Mechanisms to guarantee participation of community-based organizations	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
n) Standards, guidelines and training for health care providers on informed contraceptive choice and provision of non-coercive services	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>
o) Other, specify _____	

6.17. Does the national essential medicine list include the full range of sexual and reproductive health medicines defined by WHO?

- 1) Yes
 2) No

6.18. Are there special sexual and reproductive health programmes and initiatives, including those related to HIV, to reach the below listed groups?

Group	Response	Type of service provided*
a) Adolescents and youth	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	As part of the National Programme for Prevention and Control of HIV AIDS projects
b) Extremely poor	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>	
c) Indigenous people	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>	
d) Ethnic minorities	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>	
e) Documented migrants	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>	
f) Undocumented migrants	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>	
g) IDPs	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>	
h) Refugees	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>	
i) People living with HIV	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	As part of the National Programme for Prevention and Control of HIV AIDS projects
j) Key populations at higher risk of HIV	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	As part of the National Programme for Prevention and Control of HIV AIDS projects
k) Persons with disabilities	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>	
l) Older persons	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>	
m) Other, specify		

**See type of service provided in the questionnaire interviewer's guide*

6.19. Which of the following strategies are being used under the current national policy/programme on sexual and reproductive health to reduce financial barriers to services?

Strategies	Response
a) Cross-subsidization	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>
b) Government taxation (tobacco, alcohol)	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
c) Targeted pro-poor subsidies	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>
d) Social marketing	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>
e) Community-based services	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>
f) Peer outreach	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>
g) Demand creation (e.g. conditional cash transfers)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>
h) National health insurance	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
i) Community insurance schemes	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
j) Free services at point of care	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
k) Universal free care	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
l) Other (specify)	

6.20. Does the country has specific programmes to ensure the access of adolescents and youth to sexual and reproductive health information and services that warrant and respect privacy, confidentiality and informed consent?

- 1) Yes Name of the programme _____
 2) No (if no, skip to question 6.22)

6.21. If YES, in which of the following areas?

Area	Response
a) Contraceptives	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
b) Sexual violence/sexual exploitation	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
c) STIs, including HIV	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
d) Gender-based violence and harmful traditional practices	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
e) Respect, tolerance and non-discrimination of sexual minorities	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
f) Intimate partner violence	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
g) Safer sex	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
h) Other, specify	

6.22. Does the country have any official legislation and/or regulation to promote ethical standards in research design in the area of sexual and reproductive health?

- 1) Yes Name: Act of December 5, 1996. On the medical profession
 2) No

6.23. Is the geographic distribution of emergency obstetric care facilities adequate*?

- 1) Yes
 2) No

** Adequate: All subnational areas have at least five emergency obstetric care facilities (including at least one comprehensive facility) for every 500 000 population*

6.24. What mechanisms does the country have in place to ensure implementation of policies and programmes to monitor maternal morbidity and mortality?

Monitoring mechanisms	Response
a) National health information system	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
b) Direct obstetric case fatality rate monitoring	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
c) Mandatory notification of maternal deaths	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
d) Routine maternal death reports at the national level If YES, provide date of last report _____	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>
e) Routine data collection on obstetric fistula (indicators collected in national health information system)	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
f) Routine data collection on post-partum care	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
g) Public independent inquiries (by National Human Rights Institutions, Parliamentary Commissions, Commissions on Women, etc)	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
h) Policy and budget monitoring surveys (PETS, QSDS, CSCs, social audits, etc)	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
i) Other, specify _____	

6.25. Does the national health strategy/plan include training curricula for health care workers to prevent and treat/manage obstetric fistula?

- 1) Yes
2) No

6.26. Name up to three (3) civil society organisations (CSOs) whom the government has partnered with in the area of sexual reproductive health and reproductive rights over the past five (5) years. Cite the type of CSO, the name of the government unit which partnered with it, its area(s) of involvement, and the activities conducted.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Name of the CSO	Type of CSO	Name of the Government unit which partnered with the CSO	Area of CSO involvement	Activities conducted
a) Childbirth with Dignity Foundation	1) National NGO <input checked="" type="checkbox"/> 2) International NGO <input type="checkbox"/> 3) Youth Groups <input type="checkbox"/> 4) Academic/research centres <input type="checkbox"/> 9) Other, specify _____ <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Ministry of Health	1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input checked="" type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input checked="" type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify _____ <input type="checkbox"/>	
b) Breastfeeding Promotion Committee	1) National NGO <input checked="" type="checkbox"/> 2) International NGO <input type="checkbox"/> 3) Youth Groups <input type="checkbox"/> 4) Academic/research centres <input type="checkbox"/> 9) Other, specify _____ <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Ministry of Health	1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input checked="" type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input checked="" type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify _____ <input type="checkbox"/>	

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Name of the CSO	Type of CSO	Name of the Government unit which partnered with the CSO	Area of CSO involvement	Activities conducted
c)	1) National NGO <input checked="" type="checkbox"/> 2) International NGO <input type="checkbox"/> 3) Youth Groups <input type="checkbox"/> 4) Academic/research centres <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ____ <input type="checkbox"/>		1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ____ <input type="checkbox"/>	

6.27. Name up to three (3) private sector partners with whom the government has partnered with in the area of sexual and reproductive health and reproductive rights over the past five (5) years. Cite the name of the government unit which partnered with it, its area(s) of involvement, and the activities conducted.

(1)	(2)	(3)	(4)
Name private sector partner	Name of the Government unit which partnered with the private sector	Area of involvement	Activities conducted
a)		1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ____ <input type="checkbox"/>	
b)		1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ____ <input type="checkbox"/>	
c)		1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ____ <input type="checkbox"/>	

6.28 Name up to three (3) examples where the government has been engaged in international cooperation via the provision or receipt of financial and/or technical assistance in the area of sexual and reproductive health and reproductive rights over the past five (5) years. List the name(s) of the donor country/government unit as well as the name of the recipient country/government unit, the type of international cooperation and the activities conducted.

(1)	(2)	(3)	(4)
Name of country and government unit providing international cooperation	Name of the country and government unit receiving international cooperation	Type of international cooperation	Activities conducted
a) Poland, the National AIDS Centre	Ukraine, Ministry of Health	1) Financial <input checked="" type="checkbox"/> 2) Technical <input checked="" type="checkbox"/> 9) Other, specify ___ <input checked="" type="checkbox"/>	
b) The European Commission	Poland, the National AIDS Centre, Ministry of Foreign Affairs, Ministry of Education	1) Financial <input checked="" type="checkbox"/> 2) Technical <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ___ <input checked="" type="checkbox"/>	H-CUBE project was to identify good practices and sharing experiences on prevention of infectious diseases: HIV, HBV and HCV, the implementation of training programs and prevention campaigns. The target group was young people aged 15–24 (including the migrant populations, IDUs and MSM) and their parents and teachers.
c) The European Commission	Poland, the National AIDS Centre	1) Financial <input checked="" type="checkbox"/> 2) Technical <input checked="" type="checkbox"/> 9) Other, specify ___ <input checked="" type="checkbox"/>	In the project COBATEST there was an exchange of experiences, concerning consultation and diagnostic points, there is created a dokument entitled "Code of good working practices PKD". From January to March 2013, there will be a pilot of quick salivary tests in 2 Polish PKD .

6.29. On a scale from 1–4, indicate the level of priority of the following ICPD issues regarding HIV in national programming

(1)	(2)
ICPD issues regarding HIV	Level of priority 1–4 (1= low; 2=somewhat low; 3=somewhat high; 4= high)
a) Protection and promotion of the human rights of individuals:	
1) People living with HIV	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/>
2) Key populations at higher risk*	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/>
3) Adolescents and youth	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/>
4) HIV orphans	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/>
5) People with disabilities,	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/>
6) Racial, religious, ethnic, linguistic or other minorities	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/>
7) Indigenous people	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/>
8) Prisoners and other detained persons	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/>
9) Migrants/ un-documented migrants / mobile populations	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/>
10) Refugees	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/>
11) Internally displaced persons	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/>
b) Voluntary and confidential HIV testing and counselling	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/>
c) Increase of female condom access and use	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/>
d) Increase of male condom access and use	1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
e) Elimination of mother-to-child transmission of HIV and improving the life expectancy of HIV-positive women	1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
f) Provision of antiretroviral therapy for adults	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/>
g) Provision of antiretroviral therapy for children in paediatric formulation	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/>
h) HIV prevention services, primary healthcare services and other health services, provide non-judgemental, non-stigmatizing and relevant services for people living with HIV, key populations at higher risk and young people	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/>
i) Provision of services for the comprehensive management of sexually transmitted infections (STIs)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
j) Access to user-friendly prevention, treatment, care and support services for key populations at higher risk	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/>
k) Management of TB/HIV co-infection	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/>
l) Outreach to key populations at higher risk	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/>
m) Support community-led organizations of key populations at higher risk of HIV, young people, people living with HIV and people affected by HIV are partners in HIV programming	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/>
n) Prevention of stigma and discrimination towards people living with HIV and people affected by HIV through awareness raising	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/>

*categories to include; sex workers and clients, men who have sex with men, transgender people and people who use drugs

6.30. Name up to three civil society organisations (CSOs) whom the government has partnered with in the area of HIV over the past five (5) years. Cite the type of CSO, the name of the government unit which partnered with it, its area(s) of involvement, and the activities conducted.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Name of the CSO	Type of CSO	Name of the Government unit which partnered with the CSO	Area of CSO involvement	Activities conducted
a) Nationwide Network of People Living with HIV/AIDS – "Network Plus"	1) National NGO <input checked="" type="checkbox"/> 2) International NGO <input type="checkbox"/> 3) Networks of people living with HIV <input checked="" type="checkbox"/> 4) Academic/ research centers <input type="checkbox"/> 9) Other specify ____ <input type="checkbox"/>		1) Service Delivery <input checked="" type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input checked="" type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input checked="" type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input checked="" type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input checked="" type="checkbox"/> 6) Education and training <input checked="" type="checkbox"/> 7) Design, planning, implementation and monitoring of HIV program mes <input checked="" type="checkbox"/> 9) Other specify ____ <input type="checkbox"/>	Implementation of projects for HIV/AIDS for people living with HIV, their families and loved ones and the general public
b) Of union on Living with HIV/AIDS – "The positive of the Rainbow"	1) National NGO <input checked="" type="checkbox"/> 2) International NGO <input type="checkbox"/> 3) Networks of people living with HIV <input type="checkbox"/> 4) Academic/ research centers <input type="checkbox"/> 9) Other specify ____ <input type="checkbox"/>		1) Service Delivery <input checked="" type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input checked="" type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input checked="" type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input checked="" type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input checked="" type="checkbox"/> 6) Education and training <input checked="" type="checkbox"/> 7) Design, planning, implementation and monitoring of HIV program mes <input checked="" type="checkbox"/> 9) Other specify ____ <input type="checkbox"/>	Implementation of projects for HIV/AIDS for people living with HIV, their families and loved ones and the general public
c) Social Committee AIDS – SCA (SKA – Społeczny Komitet AIDS)	1) National NGO <input checked="" type="checkbox"/> 2) International NGO <input type="checkbox"/> 3) Networks of people living with HIV <input type="checkbox"/> 4) Academic/ research centers <input type="checkbox"/> 9) Other specify ____ <input type="checkbox"/>		1) Service Delivery <input checked="" type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input checked="" type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input checked="" type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input checked="" type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input checked="" type="checkbox"/> 6) Education and training <input checked="" type="checkbox"/> 7) Design, planning, implementation and monitoring of HIV program mes <input checked="" type="checkbox"/> 9) Other specify ____ <input type="checkbox"/>	Implementation of projects for HIV/AIDS for people living with HIV, their families and loved ones and the general public

6.31. Name up to three (3) private sector partners with whom the government has partnered with in the area of HIV over the past five (5) years. Cite the name of the government unit which partnered with it, its area(s) of involvement, and the activities conducted.

(1)	(2)	(3)	(4)
Name private sector partner	Name of the Government unit which partnered with the private sector	Area of involvement	Activities conducted
a) L'OREAL	The National AIDS Centre agenda the Minister of Health	1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input checked="" type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input checked="" type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ____ <input type="checkbox"/>	Educational and prophylactic program "Hairdressers of the world against AIDS." The involvement of the private sector in the fight against HIV/AIDS, particularly the initiative of employers who see the need to take education on HIV / AIDS in the education staff. Polish hairdressers, and their customers have the opportunity to familiarize themselves with the basic principles of HIV prevention.
b)		1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ____ <input type="checkbox"/>	
c)		1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ____ <input type="checkbox"/>	

6.32. Which of the following areas on health, morbidity and mortality are considered priorities in the country's national health policy framework or strategy?

(1)	(2)	(3)
Area	Response	Targeted group(s)*
a) Prevention of maternal mortality	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> (go to next issue)	2 – Women
b) Prevention of maternal morbidity	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> (go to next issue)	2 – Women
c) STIs	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> (go to next issue)	2 – Women
d) HIV	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> (go to next issue)	99 – Others (the entire population)
e) Prevention/elimination of gender-based violence	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> (go to next issue)	99 – Others (the entire population)
f) Child mortality	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> (go to next issue)	3 – Children
g) Immunization	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> (go to next issue)	3 – Children, 4 – Youth
h) Malaria	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/> (go to next issue)	
i) Tuberculosis	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/> (go to next issue)	
j) Communicable diseases	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> (go to next issue)	3 - Children, 4 – Youth
k) Non-communicable diseases	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> (go to next issue)	99 – Others (the entire population)
l) Neglected tropical diseases	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/> (go to next issue)	
m) Nutrition	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/> (go to next issue)	
n) Obesity	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> (go to next issue)	3 – Children, 4 – Youth
o) Mental health	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> (go to next issue)	99 – Others (the entire population)
p) Other, specify	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/> (go to next issue)	

**See targeted population groups list in the questionnaire interviewer's guide*

SECTION 6: REPRODUCTIVE RIGHTS AND REPRODUCTIVE HEALTH (CHAPTER VII) AND HEALTH, MORBIDITY AND MORTALITY (CHAPTER VIII)

Name(s) of the primary respondent(s) and position(s): Karolina Więckiewicz
Name(s) of institution(s)/department(s): Federation for Women and Family Planning, Poland
 ul. Nowolipie 13/15 , 00-150 Warszawa
E-mail address(es): prawniczka@federa.org.pl
Phone number(s) – Landline: +48 (22) 635 93 92 **Mobile:**
Fax(es):
Interview date(s): 30.11.2012

6.1. Does the country have a national policy, programme and/or strategy addressing sexual and reproductive health and reproductive rights that is/are currently being drafted or implemented?

- 1) Yes
 2) No (if no, skip to 6.4)

6.2. If YES, provide the name, the type, status, the main institution responsible for implementing the policy, programme and/or strategy, the targeted population groups and the implementation timeframe or the year of inception/revision.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Name of policy, programme and/or strategy addressing sexual and reproductive health and reproductive rights	Type	Status	Main responsible institution	Targeted population groups*	Implementation timeframe or year of inception/revision
a)	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input type="checkbox"/>			
b)	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input type="checkbox"/>			
c)	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input type="checkbox"/>			
d)	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input type="checkbox"/>			
e)	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input type="checkbox"/>			

*See targeted population groups list in the questionnaire interviewer's guide

6.3. If YES, indicate whether the national policy, programme and or strategy addressing sexual and reproductive health and reproductive rights include the following HIV prevention, treatment, care and support issues?

HIV prevention, treatment, care and support issues	
a) VCT within family planning	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
b) BCC on HIV within SRH services	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
c) PMTCT within maternal health services	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
d) HIV treatment for people living with HIV	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
e) STI and HIV prevention services	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

6.4. Has the country established any institutional entities to address issues regarding sexual and reproductive health and reproductive rights?

- 1) Yes
 2) No (If no, skip to 6.6)

6.5. If YES, indicate the name(s) of the institutional entity(ies).

(1)	(2)
Other institutional entities addressing sexual and reproductive health and reproductive rights	Year of establishment
a)	
b)	
c)	
d)	
e)	

6.6. Addressing ICPD issues regarding sexual and reproductive health and reproductive rights in the national context during the last five (5) years

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
ICPD issues regarding sexual and reproductive health and reproductive rights	Was this issue included in any policy/programme/ /strategy or addressed through an existing institutional arrangement? If yes, in which one(s)?	Was budget allocated to this issue?	Were concrete implementation measures taken to address this issue?	In your assessment, and based on most concrete evidence at your disposal and that you may be aware of, how would you rate the overall progress of implementation of the measures adopted on a scale of 1 to 4 as follows: 1-deficient 2-behind schedule 3-on schedule 4-ahead of schedule
a) Increasing women's accessibility to information and counselling on sexual and reproductive health	1) Yes <input type="checkbox"/> Name__ 2) No <input checked="" type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
b) Increasing women's access to comprehensive sexual and reproductive health services, regardless of marital status and age	1) Yes <input type="checkbox"/> Name__ 2) No <input checked="" type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
c) Increasing indigenous people's and cultural minorities' access to comprehensive sexual and reproductive health services, regardless of marital status and age, including access to contraception	1) Yes <input type="checkbox"/> Name__ 2) No <input checked="" type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
d) Increasing access of persons with disability to comprehensive sexual and reproductive health services, regardless of marital status and age, including access to contraception	1) Yes <input type="checkbox"/> Name__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
e) Increasing men's access to sexual and reproductive health information, counselling, and services	1) Yes <input type="checkbox"/> Name__ 2) No <input checked="" type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
f) Provision of adequate food and nutrition to pregnant women (including nutrition supplementation)	1) Yes <input type="checkbox"/> Name__ 2) No <input checked="" type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
ICPD issues regarding sexual and reproductive health and reproductive rights	Was this issue included in any policy/programme/ /strategy or addressed through an existing institutional arrangement? If yes, in which one(s)?	Was budget allocated to this issue?	Were concrete implementation measures taken to address this issue?	In your assessment, and based on most concrete evidence at your disposal and that you may be aware of, how would you rate the overall progress of implementation of the measures adopted on a scale of 1 to 4 as follows: 1-deficient 2-behind schedule 3-on schedule 4-ahead of schedule
g) Referrals to essential and comprehensive emergency obstetric care (EmOC)	1) Yes <input type="checkbox"/> Name__ 2) No <input checked="" type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
h) Access to antenatal care	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name Ordinance on standards of perinatal care, antenatal-testing health programme 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Describe Each province has a health center that provides antenatal-testing within the programme 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
i) Increasing access to comprehensive sexual and reproductive health services for adolescents	1) Yes <input type="checkbox"/> Name__ 2) No <input checked="" type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
j) Providing social protection and medical support for adolescent pregnant women	1) Yes <input type="checkbox"/> Name__ 2) No <input checked="" type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
k) Increasing access to STI/HIV prevention, treatment and care services for vulnerable population groups and populations at risk	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
l) Increasing access to voluntary and confidential HIV testing	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
ICPD issues regarding sexual and reproductive health and reproductive rights	Was this issue included in any policy/programme/strategy or addressed through an existing institutional arrangement? If yes, in which one(s)?	Was budget allocated to this issue?	Were concrete implementation measures taken to address this issue?	In your assessment, and based on most concrete evidence at your disposal and that you may be aware of, how would you rate the overall progress of implementation of the measures adopted on a scale of 1 to 4 as follows: 1-deficient 2-behind schedule 3-on schedule 4-ahead of schedule
m) Eliminating mother-to-child transmission of HIV and treatment for improving the life expectancy of HIV-positive mothers	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
n) Integration of SRH and HIV services	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
o) Breast cancer screening and treatment	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name Breast cancer health programme 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
p) Prevention and management of the consequences of unsafe abortion	1) Yes <input type="checkbox"/> Name__ 2) No <input checked="" type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
q) Cervical cancer screening and treatment	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name Cervical cancer health programme 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
r) Access to safe abortion services to the extent of the law	1) Yes <input type="checkbox"/> Name__ 2) No <input checked="" type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
s) Other, specify_____	1) Yes <input type="checkbox"/> Name__ 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe__ 2) No <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>

6.7. Achievements in addressing issues related to sexual and reproductive health and reproductive rights.

Among the issues related to sexual and reproductive health and reproductive rights that are most relevant in the national context, briefly list achievements (citing reports), and comment on facilitators and barriers. List as many issues as are deemed relevant by copying this table – each table is for one (1) identified issue.

ICPD issues regarding sexual and reproductive health and reproductive rights relevant to the national context	
a) Name of the issue (mentioned in question 6.6 above)	Increasing women's accessibility to information and counselling on sexual and reproductive health,
b) Achievements (cite the reports)	No achievements in this matter. Still there is no acknowledgement of any special needs of women in terms of their reproductive health,
c) Facilitators*	
d) Barriers*	Sexual and reproductive health is not perceived as important and requiring special attention, Low women status, Strong position of the Catholic Church Hierarchy,
ICPD issues regarding sexual and reproductive health and reproductive rights relevant to the national context	
e) Name of the issue (mentioned in question 6.6 above)	Access to safe abortion services to the extent of the law,
f) Achievements (cite the reports)	No achievements. Access to legal abortion services have not increased significantly. According to the Annual reports on realization of the Act on family planning number of legal abortions per year does not change (around 600 services a year). No analysis of the chilling effect of criminalization of abortion on the access to legal services is conducted. Some of the possibly legal procedures move to the underground services due to the problem with realization of the access to lawful abortion. The result of that is: growing abortion tourism and a large number of women undergoing unsafe clandestine abortion,
g) Facilitators*	
h) Barriers*	Malpractices in using conscientious objection by doctors, No political will to examine the problem of real access to legal abortion, No trustworthy system of collecting data by hospitals (which leads to non comprehensive national statistical data in the annual reports), Strong anti-choice opposition and media, Strong influence of the Catholic Church Hierarchy,
ICPD issues regarding sexual and reproductive health and reproductive rights relevant to the national context	
i) Name of the issue (mentioned in question 6.6 above)	Prevention and management of the consequences of unsafe abortion,
j) Achievements (cite the reports)	No achievements in that matter. No analysis of abortion services being performed outside the official system. Some of the possibly legal procedures move to the underground services due to the problem with realization a right to safe and legal abortion. That causes a growing number of women who undergo procedures illegally or travel abroad. There is lack of acknowledgement that criminal provisions on abortion are not a tool to counteract illegal services,
k) Facilitators*	
l) Barriers*	Lack of political will to acknowledge and identify the problem of illegal abortions and abortion tourism, Low women status, Strong anti-choice opposition, media and position of the Catholic Church Hierarchy, Strong social stigma about abortion, Lack of public knowledge about the reality of access to abortion services,

ICPD issues regarding sexual and reproductive health and reproductive rights relevant to the national context	
m) Name of the issue (mentioned in question 6.6 above)	Access to antenatal care,
n) Achievements (cite the reports)	<p>The health program of antenatal testing was adopted which resulted in establishing health centres in each province that are supposed to operate the program and provide services financed from the state budget for every woman who classifies for the program. Still there are some obstacles and access to services is not sufficient.</p> <p>An ordinance of the Ministry of Health on standards of perinatal care was adopted. It does not meet all the needs of pregnant women though – especially in terms of homebirths as well as relieving labour pain. There are severe barriers to give women epidural. There is still low level of counselling women prior to birth about their options,</p>
o) Facilitators*	
p) Barriers*	<p>Low women status and strong stereotypes, Paternalistic attitude of doctors, Lack of acknowledgement about the need to educate and take women's opinions on the issue,</p>
ICPD issues regarding sexual and reproductive health and reproductive rights relevant to the national context	
q) Name of the issue (mentioned in question 6.6 above)	Increasing access to comprehensive sexual and reproductive health services for adolescents,
r) Achievements (cite the reports)	No achievements in the area. No special needs of adolescents are identified and met in the health system. Legal loopholes and inconsistency within the legal provisions cause lack of possible health care services for adolescents between 15 and 18 years of age,
s) Facilitators*	
t) Barriers*	<p>Strong position of the Catholic Church Hierarchy, Strong stereotypes about youth sexuality,</p>
ICPD issues regarding sexual and reproductive health and reproductive rights relevant to the national context	
u) Name of the issue (mentioned in question 6.6 above)	Providing social protection and medical support for adolescent pregnant women,
v) Achievements (cite the reports)	No special measures are adopted to deal with the problem although in Poland there is around 20 thousand births given by teenage girls every year. No special help and support (also financial) is provided. The only measure taken is allowing pregnant girls to have individual course at school (usually individual tutoring at home),
w) Facilitators*	
x) Barriers*	<p>Low women status, Lack of acknowledgement about the special needs of adolescents in terms of their sexual and reproductive rights,</p>

ICPD issues regarding sexual and reproductive health and reproductive rights relevant to the national context	
y) Name of the issue (mentioned in question 6.6 above)	Sexuality education,
z) Achievements (cite the reports)	No achievements. Despite the fact that there is a provision regarding obligation of the state to provide youth with knowledge about sexuality. School curricula include this topic within the subject "Education on family life". Teachers who teach this class are not well prepared to provide adolescents with comprehensive knowledge about their sexuality that is adequate to their age, needs and reality. As the result the age of sexual initiation decreases, adolescents are exposed to sexual abuse and violence as well as dangerous content available on the internet. The needs of youth are fulfilled by non governmental organizations and through informal initiatives (many of which are initialized by schools),
aa) Facilitators*	
bb) Barriers*	Strong position of the Catholic Church Hierarchy, Lack of political will to acknowledge the needs of youth in the matter, Strong stereotypes and negative attitude as well as lack of knowledge about sexuality education in the society, Strong position of "family" and "private sphere",

**See list of facilitators and barriers in the questionnaire interviewer's guide*

6.8. Considering the national context, what are the most relevant issues regarding sexual and reproductive health and reproductive rights that are anticipated to receive further public policy priority for the next five (5) to ten (10) years? Cite up to five (5) issues.

Issues regarding sexual and reproductive health and reproductive rights that are anticipated to receive further public policy priority for the next five (5) to ten (10) years
a) Access to legal abortion
b) Access to modern contraception
c) Family planning services
d) Sexuality education
e) Reproductive health services for adolescents

6.9. Have the following accountability mechanisms been used to address peoples' claims on sexual and reproductive health and reproductive rights?

Accountability mechanisms	Response
a) Judiciary	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
b) National Human Rights Institutions	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
c) Parliamentary commissions	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
d) Administrative mechanisms of protection	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
e) Other, specify: system of vocational accountability of doctors, system of non-judicial commissions on medical events	

6.10. If YES to 6.9, explain what issues have been dealt with and what different kinds of remedies have they provided? (if no to 6.9, skip to 6.11)

Access to legal abortion – complaints against a doctor’s statement or opinion, complaints about doctor’s misconducts,
Malpractices in health care services – court suits, , motions to commissions on medical events
Access to contraception – complaints about doctor’s misconducts, motions to the pharmaceutical inspectorates,
Access to reproductive health services – court suits, motions to the Ombudsperson for patient’s rights, complaints about doctor’s misconducts

6.11. Has the country conducted an assessment/ situation analysis on sexual and reproductive health and reproductive rights at the national and/or subnational level in the last five (5) years? IF YES, cite the report(s).

- 1) Yes At the national level only, cite the report(s) Annual report on the realization of the Act on family planning, protection of a foetus and conditions for termination of pregnancy
- 2) Yes At the subnational level only, cite the report(s) _____
- 3) Yes At both the national and at the subnational level, cite the report(s) _____
- 4) No

6.12. Has the country conducted an assessment of unmet needs for family planning at the national and/or subnational level in the last five (5) years? IF YES, cite the report(s).

- 1) Yes At the national level only, cite the report(s) _____
- 2) Yes At the subnational level only, cite the report(s) _____
- 3) Yes At the national and at the subnational level, cite the report(s) _____
- 4) No (if no, skip to 6.14)

6.13. If YES either/both 6.11 and/or 6.12, explain what priorities were identified

No priorities are identified in the Annual report. This document declares that the realization of the Act on family planning is relevant and sufficient. No harmful effects are being identified and analysed. Despite the fact that access to contraception and sexuality education is very poor, there is no analysis on that matter. Also no effects of strict law on abortion are indentified, the report only focuses on legal abortion and does not refer to the fact that access to legal abortion is subject to many obstacles and that illegal abortions are taking place as well as so called abortion tourism.

6.14. Has the country promulgated and/or enforced national laws responding to the following ICPD priority areas related to sexual and reproductive health and reproductive rights?

(1)	(2)	(3)
ICPD Priority area	Promulgation	Enforcement
a) National law protecting the right to the highest attainable standard of physical and mental health, including sexual and reproductive health	1) Yes <input type="checkbox"/> Name _____ 2) No <input checked="" type="checkbox"/> (Go the next ICPD priority area)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
b) Access to safe abortion	1) Yes <input type="checkbox"/> Name _____ 2) No <input checked="" type="checkbox"/> (Go the next ICPD priority area)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
c) Non-discrimination in access to comprehensive sexual and reproductive health services, including HIV services	1) Yes <input type="checkbox"/> Name _____ 2) No <input checked="" type="checkbox"/> (Go the next ICPD priority area)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
d) Protection against coercion, including forced sterilization, forced marriage, etc.	1) Yes <input type="checkbox"/> Name _____ 2) No <input checked="" type="checkbox"/> (Go the next ICPD priority area)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
e) Protecting the rights of people living with HIV	1) Yes <input type="checkbox"/> Name _____ 2) No <input checked="" type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>

6.15. Indicate which of the following sexual and reproductive health services are currently being offered through the primary health care system in the public sector.

Service	Response
Contraceptive Services	
a. Counseling	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>
b. Information	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
c. Access to at least 3 contraceptive methods	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
d. Access to emergency contraception	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
e. Access to male condoms	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
f. Access to female condoms	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>
Maternity Care	
g. Information about maternity care, including delivery with a skilled attendant	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
h. Prenatal care	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
i. Essential obstetric care	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
j. Emergency obstetric care	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
k. Post-natal care including contraceptive services.	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>
l. Infertility Services (including prevention, diagnosis, treatment and referral)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>
m. Safe abortion to the extent of the law	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
n. Post-abortion counseling	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>
o. Post abortion care	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>

Service	Response
Sexually Transmitted Infections	
p. Prevention	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>
q. Detection/testing	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
r. Treatment and care	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
HIV	
s. Prevention	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>
t. Voluntary counseling and testing	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
u. Treatment	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
v. Care and support	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
w. Prevention of mother-to-child transmission and treatment for improving the life expectancy of HIV-positive mothers	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
x. Contraceptives services for people living with HIV	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>
Reproductive cancers: (including breast, cervical and prostate)	
y. Prevention	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
z. Detection/testing	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
aa. Treatment and care	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
bb. HPV vaccination	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
cc. Services to detect and treat the consequences of sexual violence	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>
Obstetric fistula services	
dd. Prevention	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
ee. Detection	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
ff. Referral for treatment	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
gg. Reintegration for women who undergo fistula repairs	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
Adolescent sexual and reproductive health, including HIV	
hh. Information and counseling	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>
ii. Services (including access to contraceptives)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>
jj. Adolescent and youth friendly comprehensive SRH services (that are confidential, private and affordable by adolescents and youth)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>
Female Genital Mutilation/Cutting	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>
kk. Prevention	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>
ll. Treatment and care	
mm. Other (specify) _____	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>

6.16. Indicate the existence and availability of the following to address sexual and reproductive health as an integral part of primary health care system

Strategies/actions	Response
a) Standards for SRH service delivery, including maternity care, family planning and STIs/HIV	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
b) Guidelines for SRH service delivery, including maternity care, family planning and STIs/HIV	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
c) Existence of an SRH costed package integrated into primary health care provision	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>
d) Referral mechanisms for SRH services	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>
e) Health information system disaggregated by age	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>
f) Health information system disaggregated by sex	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>
g) Health personnel trained in SRH, including midwifery skills	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
h) Health personnel trained in HIV/AIDS counselling	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
i) Health personnel trained in reproductive rights	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>
j) Health personnel trained in GBV screening (including FGM/C)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>
k) Mechanisms to monitor quality of SRH service delivery	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>
l) Health personnel trained in elimination of stigma and discrimination towards key populations, including young people, people living with HIV, sex workers and clients, men having sex with men, transgender people and people who use drugs	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>
m) Mechanisms to guarantee participation of community-based organizations	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>
n) Standards, guidelines and training for health care providers on informed contraceptive choice and provision of non-coercive services	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>
o) Other, specify _____	

6.17. Does the national essential medicine list include the full range of sexual and reproductive health medicines defined by WHO?

- 1) Yes
 2) No

6.18. Are there special sexual and reproductive health programmes and initiatives, including those related to HIV, to reach the below listed groups?

Group	Response	Type of service provided*
a) Adolescents and youth	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>	
b) Extremely poor	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>	
c) Indigenous people	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>	
d) Ethnic minorities	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>	
e) Documented migrants	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>	
f) Undocumented migrants	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>	
g) IDPs	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>	
h) Refugees	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>	
i) People living with HIV	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	STI, HIV/AIDS
j) Key populations at higher risk of HIV	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>	
k) Persons with disabilities	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>	
l) Older persons	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>	
m) Other, specify		

**See type of service provided in the questionnaire interviewer's guide*

6.19. Which of the following strategies are being used under the current national policy/programme on sexual and reproductive health to reduce financial barriers to services?

Strategies	Response
a) Cross-subsidization	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
b) Government taxation (tobacco, alcohol)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
c) Targeted pro-poor subsidies	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
d) Social marketing	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
e) Community-based services	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
f) Peer outreach	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
g) Demand creation (e.g. conditional cash transfers)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
h) National health insurance	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
i) Community insurance schemes	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
j) Free services at point of care	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
k) Universal free care	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
l) Other (specify)	

6.20. Does the country have specific programmes to ensure the access of adolescents and youth to sexual and reproductive health information and services that warrant and respect privacy, confidentiality and informed consent?

- 1) Yes Name of the programme _____
 2) No (if no, skip to question 6.22)

6.21. If YES, in which of the following areas?

Area	Response
a) Contraceptives	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
b) Sexual violence/sexual exploitation	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
c) STIs, including HIV	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
d) Gender-based violence and harmful traditional practices	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
e) Respect, tolerance and non-discrimination of sexual minorities	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
f) Intimate partner violence	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
g) Safer sex	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
h) Other, specify	

6.22. Does the country have any official legislation and/or regulation to promote ethical standards in research design in the area of sexual and reproductive health?

- 1) Yes Name _____
 2) No

6.23. Is the geographic distribution of emergency obstetric care facilities adequate*?

- 1) Yes
 2) No

* Adequate: All subnational areas have at least five emergency obstetric care facilities (including at least one comprehensive facility) for every 500 000 population

6.24. What mechanisms does the country have in place to ensure implementation of policies and programmes to monitor maternal morbidity and mortality?

Monitoring mechanisms	Response
a) National health information system	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
b) Direct obstetric case fatality rate monitoring	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
c) Mandatory notification of maternal deaths	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
d) Routine maternal death reports at the national level If YES, provide date of last report _____	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
e) Routine data collection on obstetric fistula (indicators collected in national health information system)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
f) Routine data collection on post-partum care	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
g) Public independent inquiries (by National Human Rights Institutions, Parliamentary Commissions, Commissions on Women, etc)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
h) Policy and budget monitoring surveys (PETS, QSDS, CSCs, social audits, etc)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
i) Other, specify _____	

6.25. Does the national health strategy/plan include training curricula for health care workers to prevent and treat/manage obstetric fistula?

1) Yes

6.26. Name up to three (3) civil society organisations (CSOs) whom the government has partnered with in the area of sexual reproductive health and reproductive rights over the past five (5) years. Cite the type of CSO, the name of the government unit which partnered with it, its area(s) of involvement, and the activities conducted.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Name of the CSO	Type of CSO	Name of the Government unit which partnered with the CSO	Area of CSO involvement	Activities conducted
a)	1) National NGO <input type="checkbox"/> 2) International NGO <input type="checkbox"/> 3) Youth Groups <input type="checkbox"/> 4) Academic/research centers <input type="checkbox"/> 9) Other, specify _____ <input type="checkbox"/>		1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify _____ <input type="checkbox"/>	
b)	1) National NGO <input type="checkbox"/> 2) International NGO <input type="checkbox"/> 3) Youth Groups <input type="checkbox"/> 4) Academic/research centers <input type="checkbox"/> 9) Other, specify _____ <input type="checkbox"/>		1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify _____ <input type="checkbox"/>	

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Name of the CSO	Type of CSO	Name of the Government unit which partnered with the CSO	Area of CSO involvement	Activities conducted
c)	1) National NGO <input type="checkbox"/> 2) International NGO <input type="checkbox"/> 3) Youth Groups <input type="checkbox"/> 4) Academic/research centers <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ____ <input type="checkbox"/>		1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ____ <input type="checkbox"/>	

6.27. Name up to three (3) private sector partners with whom the government has partnered with in the area of sexual and reproductive health and reproductive rights over the past five (5) years. Cite the name of the government unit which partnered with it, its area(s) of involvement, and the activities conducted.

(1)	(2)	(3)	(4)
Name private sector partner	Name of the Government unit which partnered with the private sector	Area of involvement	Activities conducted
a)		1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ____ <input type="checkbox"/>	
b)		1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ____ <input type="checkbox"/>	
c)		1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ____ <input type="checkbox"/>	

6.28. Name up to three (3) examples where the government has been engaged in international cooperation via the provision or receipt of financial and/or technical assistance in the area of sexual and reproductive health and reproductive rights over the past five (5) years. List the name(s) of the donor country/government unit as well as the name of the recipient country/government unit, the type of international cooperation and the activities conducted.

(1)	(2)	(3)	(4)
Name of country and government unit providing international cooperation	Name of the country and government unit receiving international cooperation	Type of international cooperation	Activities conducted
a)		1) Financial <input type="checkbox"/> 2) Technical <input type="checkbox"/> 9) Other, specify___ <input type="checkbox"/>	
b)		1) Financial <input type="checkbox"/> 2) Technical <input type="checkbox"/> 9) Other, specify___ <input type="checkbox"/>	
c)		1) Financial <input type="checkbox"/> 2) Technical <input type="checkbox"/> 9) Other, specify___ <input type="checkbox"/>	

6.29. On a scale from 1–4, indicate the level of priority of the following ICPD issues regarding HIV in national programming

(1)	(2)
ICPD issues regarding HIV	Level of priority 1–4 (1=low; 2=somewhat low; 3=somewhat high; 4=high)
a) Protection and promotion of the human rights of individuals:	
1) People living with HIV	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
2) Key populations at higher risk*	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
3) Adolescents and youth	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
4) HIV orphans	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
5) People with disabilities	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
6) Racial, religious, ethnic, linguistic or other minorities	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
7) Indigenous people	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
8) Prisoners and other detained persons	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
9) Migrants/un-documented migrants / mobile populations	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
10) Refugees	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
11) Internally displaced persons	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>

(1)	(2)
ICPD issues regarding HIV	Level of priority 1–4 (1=low; 2=somewhat low; 3=somewhat high; 4=high)
b) Voluntary and confidential HIV testing and counselling	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
c) Increase of female condom access and use	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
d) Increase of male condom access and use	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
e) Elimination of mother-to-child transmission of HIV and improving the life expectancy of HIV-positive women	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
f) Provision of antiretroviral therapy for adults	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
g) Provision of antiretroviral therapy for children in paediatric formulation	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
h) HIV prevention services, primary healthcare services and other health services, provide non-judgemental, non-stigmatizing and relevant services for people living with HIV, key populations at higher risk and young people	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
i) Provision of services for the comprehensive management of sexually transmitted infections (STIs)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
j) Access to user-friendly prevention, treatment, care and support services for key populations at higher risk	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
k) Management of TB/HIV co-infection	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
l) Outreach to key populations at higher risk	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
m) Support community-led organizations of key populations at higher risk of HIV, young people, people living with HIV and people affected by HIV are partners in HIV programming	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
n) Prevention of stigma and discrimination towards people living with HIV and people affected by HIV through awareness raising	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>

*categories to include; sex workers and clients, men who have sex with men, transgender people and people who use drugs

6.30. Name up to three civil society organisations (CSOs) whom the government has partnered with in the area of HIV over the past five (5) years. Cite the type of CSO, the name of the government unit which partnered with it, its area(s) of involvement, and the activities conducted.

(1) Name of the CSO	(2) Type of CSO	(3) Name of the Government unit which partnered with the CSO	(4) Area of CSO involvement	(5) Activities conducted
a)	1) National NGO <input type="checkbox"/> 2) International NGO <input type="checkbox"/> 3) Networks of people living with HIV <input type="checkbox"/> 4) Academic/research centers <input type="checkbox"/> 9) Other specify ____ <input type="checkbox"/>		1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 7) Design, planning, implementation and monitoring of HIV programmes <input type="checkbox"/> 9) Other specify ____ <input type="checkbox"/>	
b)	1) National NGO <input type="checkbox"/> 2) International NGO <input type="checkbox"/> 3) Networks of people living with HIV <input type="checkbox"/> 4) Academic/research centers <input type="checkbox"/> 9) Other specify ____ <input type="checkbox"/>		1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 7) Design, planning, implementation and monitoring of HIV programmes <input type="checkbox"/> 9) Other specify ____ <input type="checkbox"/>	
c)	1) National NGO <input type="checkbox"/> 2) International NGO <input type="checkbox"/> 3) Networks of people living with HIV <input type="checkbox"/> 4) Academic/research centers <input type="checkbox"/> 9) Other specify ____ <input type="checkbox"/>		1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 7) Design, planning, implementation and monitoring of HIV programmes <input type="checkbox"/> 9) Other specify ____ <input type="checkbox"/>	

6.31. Name up to three (3) private sector partners with whom the government has partnered with in the area of HIV over the past five (5) years. Cite the name of the government unit which partnered with it, its area(s) of involvement, and the activities conducted.

(1)	(2)	(3)	(4)
Name private sector partner	Name of the Government unit which partnered with the private sector	Area of involvement	Activities conducted
a)		1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify _____ <input type="checkbox"/>	
b)		1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify _____ <input type="checkbox"/>	
c)		1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify _____ <input type="checkbox"/>	

6.32. Which of the following areas on health, morbidity and mortality are considered priorities in the country's national health policy framework or strategy?

(1)	(2)	(3)
Area	Response	Targeted group(s)*
a) Prevention of maternal mortality	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> (go to next issue)	
b) Prevention of maternal morbidity	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> (go to next issue)	
c) STIs	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> (go to next issue)	
d) HIV	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> (go to next issue)	
e) Prevention/elimination of gender-based violence	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> (go to next issue)	
f) Child mortality	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> (go to next issue)	

(1)	(2)	(3)
Area	Response	Targeted group(s)*
g) Immunization	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> (go to next issue)	
h) Malaria	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> (go to next issue)	
i) Tuberculosis	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> (go to next issue)	
j) Communicable diseases	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> (go to next issue)	
k) Non-communicable diseases	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> (go to next issue)	
l) Neglected tropical diseases	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> (go to next issue)	
m) Nutrition	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> (go to next issue)	
n) Obesity	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> (go to next issue)	
o) Mental health	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> (go to next issue)	
p) Other, specify	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> (go to next issue)	

**See targeted population groups list in the questionnaire interviewer's guide*

SECTION 7: GENDER EQUALITY, EQUITY AND EMPOWERMENT OF WOMEN (CHAPTER IV)

Name(s) of the primary respondent(s) and position(s): Beata Wesolek, Iwona Banaczkowska-Luszcz, (main specialists); Karolina Więckiewicz
Name(s) of institution(s)/department(s): Office of the Government Plenipotentiary for Equal Treatment
 Federation for Women and Family Planning, Poland
Interview date(s): 11.12.2012; 30.11.2012;

7.1. Does the country have a national policy, programme and/or strategy addressing gender equality and empowerment of women that are currently being implemented?

- 1) Yes
 2) No (if no, skip to 7.3)

7.2. If YES, provide the name, the type, status, the main institution responsible for implementing the policy, programme and/or strategy, the targeted population groups and the implementation timeframe or the year of inception/revision.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Name of policy, programme and/or strategy addressing gender equality and empowerment of women	Type	Status	Main responsible institution	Targeted population groups*	Implementation timeframe or year of inception/revision
a) The Act about implementing certain EU provisions regarding equal treatment	1) Policy <input checked="" type="checkbox"/> 2) Program <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Implemented <input type="checkbox"/>	1) Government Plenipotentiary for Equal Treatment, the Ombudsman	Natural persons, legal persons and organizational units that are not legal persons, which are granted legal capacity by the act	Since January 1, 2011
b) National Action Plan for Equal Treatment	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Program <input checked="" type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	2) Currently being developed	2) Government Plenipotentiary for Equal Treatment	Government administration and groups vulnerable to discrimination	2013
c)	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Program <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input type="checkbox"/>			
d)	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Program <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input type="checkbox"/>			
e)	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Program <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input type="checkbox"/>			

**See targeted population groups list in the questionnaire interviewer's guide*

7.3. Has the country established any institutional entities to address issues regarding gender equality and empowerment of women?

- 1) Yes
 2) No (if no, skip to 7.5)

7.4. If YES, indicate the name(s) of the institutional entity(ies).

(1)	(2)
Other institutional entities addressing gender equality and empowerment of women	Year of establishment
a) Government Plenipotentiary for Equal status of men and women (does not exist anymore)	2001
b) Government Plenipotentiary for Equal Treatment	2008
c) Ombudsman	2011
d)	
e)	

7.5. Addressing ICPD issues regarding gender equality and empowerment of women in the national context during the last five (5) years

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
ICPD issues regarding gender equality and empowerment of women	Was this issue included in any policy/programme/strategy or addressed through an existing institutional arrangement? If yes, in which one(s)?	Was budget allocated to this issue?	Were concrete implementation measures taken to address this issue?	In your assessment, and based on most concrete evidence at your disposal and that you may be aware of, how would you rate the overall progress of implementation of the measures adopted on a scale of 1 to 4 as follows: 1-deficient 2-behind schedule 3-on schedule 4-ahead of schedule
a) Increasing women's participation in the formal and informal economy	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name__ The attitude of the Republic of Poland towards the project of the Directive prepared by the European Parliament and the Council regarding the improvement of sex equality among non-executive directors of companies, whose shares are listed on the stock exchange and relevant measures 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 2) No	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Accepting the position Describe__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/>

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
ICPD issues regarding gender equality and empowerment of women	Was this issue included in any policy/programme/strategy or addressed through an existing institutional arrangement? If yes, in which one(s)?	Was budget allocated to this issue?	Were concrete implementation measures taken to address this issue?	In your assessment, and based on most concrete evidence at your disposal and that you may be aware of, how would you rate the overall progress of implementation of the measures adopted on a scale of 1 to 4 as follows: 1-deficient 2-behind schedule 3-on schedule 4-ahead of schedule
b) Increasing women's representation in political processes and public life	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name Quotas on the list of candidates (minimum of 35% of women in order for a list to be registered)</p> <p>2) Yes <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>The act dated January 5, 2011 regarding the act amendment – Electoral law to municipal councils, district councils and regional assemblies, the act – Electoral law to the Polish Sejm and the Senate of the Republic of Poland and the act – Electoral law to the European Parliament</p> <p>2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/></p> <p>2) No <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Describe_ The Act amended the electoral law to the Sejm, the European Parliament and municipal councils, county councils and provincial assemblies. According to this Act the participation of female candidates and male candidates on the electoral lists cannot constitute less than 35%. The sanction for failure to comply with the requirement of gender amount is non-registration of the list.</p> <p>2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>
c) Ending gender based violence	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name Act on counteracting domestic violence</p> <p>2) Works to ratify CAHVIO</p> <p>2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/></p> <p>2) No <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Describe_ The consent of the Republic of Poland government to sign CAHVIO</p> <p>2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>
d) Improving the collection, analysis, dissemination and use of sex and age disaggregated data	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name__</p> <p>2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/></p> <p>Describe__</p> <p>2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>
e) Collection and analysis of data on the social and economic status of women	<p>1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name__ Works to ratify CAHVIO</p> <p>2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/></p> <p>2) No <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>1) Yes <input type="checkbox"/></p> <p>Describe__</p> <p>2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
ICPD issues regarding gender equality and empowerment of women	Was this issue included in any policy/programme/strategy or addressed through an existing institutional arrangement? If yes, in which one(s)?	Was budget allocated to this issue?	Were concrete implementation measures taken to address this issue?	In your assessment, and based on most concrete evidence at your disposal and that you may be aware of, how would you rate the overall progress of implementation of the measures adopted on a scale of 1 to 4 as follows: 1-deficient 2-behind schedule 3-on schedule 4-ahead of schedule
f) Ending child marriage/forced marriage	1) Yes <input type="checkbox"/> Name__ 2) No <input checked="" type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
g) Preventing trafficking and smuggling in persons, particularly girls and women	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name National action plan, criminal code provisions 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
h) Improving the welfare of the girl child, especially with regards to health, nutrition and education	1) Yes <input type="checkbox"/> Name__ 2) No <input checked="" type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
i) Improving the situation of and addressing the needs of rural women	1) Yes <input type="checkbox"/> Name__ 2) No <input checked="" type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
j) Engaging men and boys to promote male participation, equal sharing of responsibilities such as care work	1) Yes <input type="checkbox"/> Name__ 2) No <input checked="" type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
k) Ending Female Genital Mutilation/Cutting	1) Yes <input type="checkbox"/> Name__ 2) No <input checked="" type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
l) Other, specify counteracting discrimination against women	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name Labour code, act on implementation of the EU provisions on equal treatment 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Describe Government plenipotentiary for Equal Treatment 2) No <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
ICPD issues regarding gender equality and empowerment of women	Was this issue included in any policy/programme/strategy or addressed through an existing institutional arrangement? If yes, in which one(s)?	Was budget allocated to this issue?	Were concrete implementation measures taken to address this issue?	In your assessment, and based on most concrete evidence at your disposal and that you may be aware of, how would you rate the overall progress of implementation of the measures adopted on a scale of 1 to 4 as follows: 1-deficient 2-behind schedule 3-on schedule 4-ahead of schedule
c) Putting an end to gender-based violence	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name Works to ratify CAHVIO 2) No <input type="checkbox"/> (Please go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input checked="" type="checkbox"/>	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> The consent of the Republic of Poland government to sign CAHVIO 2) No <input type="checkbox"/> (Please go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
d) Improving the collection, analysis, dissemination and use of disaggregated data on age and sex	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name CSO data 2) No <input type="checkbox"/> (Please go to the next issue)	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Cooperation of the Government Plenipotentiary for Equal Treatment with CSO 2) No <input type="checkbox"/> (Please go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
e) Collecting and analyzing data on social and economic status of women	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name CSO data 2) No <input type="checkbox"/> (Please go to the next issue)	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> The Act on Official Statistics 2) No <input type="checkbox"/> (Please go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
f) Putting an end to child marriages / forced marriages	1) Yes <input type="checkbox"/> Name __ 2) No <input type="checkbox"/> (Please go to the next issue) 3) responsible ministry – the Ministry of Justice	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Please describe __ 2) No <input type="checkbox"/> (Please go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/>
g) Prevention of human trafficking and smuggling people, especially women and children	1) Yes <input type="checkbox"/> Name __ 2) No <input type="checkbox"/> (Please go to the next issue) 3) Yes <input checked="" type="checkbox"/> responsible ministry – the Ministry of Interior	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Please describe __ 2) No <input type="checkbox"/> (Please go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
ICPD issues regarding gender equality and empowerment of women	Was this issue included in any policy/programme/strategy or addressed through an existing institutional arrangement? If yes, in which one(s)?	Was budget allocated to this issue?	Were concrete implementation measures taken to address this issue?	In your assessment, and based on most concrete evidence at your disposal and that you may be aware of, how would you rate the overall progress of implementation of the measures adopted on a scale of 1 to 4 as follows: 1-deficient 2-behind schedule 3-on schedule 4-ahead of schedule
h) Improving the well-being of girls, especially in terms of health, nutrition and education	1) Yes <input type="checkbox"/> Name Improving the quality of education by eliminating gender stereotypes. Action planned in the National Action Plan for Equal Treatment. Action to be implemented by the Ministry of National Education 2) No <input type="checkbox"/> (Please go to the next issue)	1) Yes depending on the course of inter-ministerial consultations 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Please describe the works on the national program 2) No <input type="checkbox"/> (Please go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
i) Improving the situation and meeting the needs of rural women	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name __ 2) No <input type="checkbox"/> (Please go to the next issue) 3) responsible ministry - the Ministry of Agriculture and Rural Development	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Please describe __ 2) No <input type="checkbox"/> (Please go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
j) Involvement of men and boys in the participation and equal sharing of responsibilities such as working in health care	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Action planned in the National Action Plan for Equal Treatment. To be implemented by the Ministry of Labor and Social Policy. 2) Promotional activities of the Government Plenipotentiary for Equal Treatment For example, the photo contest "Dad at work, dad at home" for children and young people from across Poland, in cooperation with the Mayor of Warsaw. 2) No <input type="checkbox"/> (Please go to the next issue)	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> depending on the course of inter-ministerial consultations 2) Yes <input checked="" type="checkbox"/>	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Works on the national program 2) current promotional works of the Plenipotentiary	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
ICPD issues regarding gender equality and empowerment of women	Was this issue included in any policy/programme/strategy or addressed through an existing institutional arrangement? If yes, in which one(s)?	Was budget allocated to this issue?	Were concrete implementation measures taken to address this issue?	In your assessment, and based on most concrete evidence at your disposal and that you may be aware of, how would you rate the overall progress of implementation of the measures adopted on a scale of 1 to 4 as follows: 1-deficient 2-behind schedule 3-on schedule 4-ahead of schedule
k) Putting an end to female circumcision	1) 1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name 2) No <input type="checkbox"/> (Please go to the next issue 3) responsible ministry - the Ministry of Justice	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Please describe __ 2) No <input type="checkbox"/> (Please go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
l) Equal opportunities for women and men in the labor market	1) 1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name Responsible ministry – the Ministry of Labor and Social Policy, Department of Economic Analysis and Forecasting, department for equal opportunities for women and men in the labor market	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Please describe __ 2) No <input type="checkbox"/> (Please go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>

7.6. Achievements in addressing issues related to gender equality and empowerment of women.

Among the issues related to gender equality and empowerment of women that are most relevant in the national context, briefly list achievements (citing reports), and comment on facilitators and barriers. List as many issues as are deemed relevant by copying this table – each table is for one (1) identified issue.

ICPD issues regarding gender equality and empowerment of women relevant to the national context	
a) Name of the issue (mentioned in question 7.5 above)	Increasing women's representation in political processes and public life
b) Achievements (cite the reports)	<p>Partly successful by introducing quotas (no parity). In fact there were still obstacles for women to be capable of being elected as the way a list is constructed was not established which means that women could be placed so far on the list that they did not have a chance to be elected no matter how many votes they received.</p> <p>The 7th and 8th report of the government of the Republic of Poland on the implementation of the Convention regarding the elimination of all forms of discrimination against women for the period 1.06.2002 – 31.05.2010.</p> <p>"On the 3rd of March 2011 the act dated the 5th of January 2011 regarding the act amendment entered into force – the Electoral law to municipal councils, district councils and regional assemblies, the act – the Electoral law to the Polish Sejm and the Polish Senate and the act – the Electoral law to the European Parliament (Dz. U. Nr 34, pos. 172) (the quota act). The act changed the electoral law to the Sejm, the European Parliament and municipal councils, county councils and regional assemblies. According to the act the participation of female candidates and male candidates on the lists cannot constitute less than 35%. The sanction for failure to comply with the requirement of gender amount is non-registration of the list. For the first time in Poland the legal regulations which guarantee the percentage participation of women on the electoral lists have been implemented.</p>
c) Facilitators*	In 2009 a civil project of the act regarding the parities on the electoral lists came in to the government of the Republic of Poland. It was a result of activity of the social movement called the Women's Congress. As a consequence of works on the act the project was accepted.
d) Barriers*	<p>Strong gender stereotypes, Lack of political will, Lack of education among society</p> <p>Before 2009 the projects regarding the parity addressed to the Sejm did not gain the acceptance of the Sejm.</p>
ICPD issues regarding gender equality and empowerment of women relevant to the national context	
e) Name of the issue (mentioned in question 7.5 above)	Ending gender based violence
f) Achievements (cite the reports)	Only partly implemented. Gender based violence is not recognised as a separate issue. The act only refers to domestic violence, there are also provisions in criminal code and labour code but none of them refer specifically to situation of women. There is also poor acknowledgement of a problem of sexual abuse and harassment in the public sphere. Poland still has not signed the CoE convention on prevention and elimination violence against women and domestic violence.
g) Facilitators*	
h) Barriers*	<p>Strong gender stereotypes, Lack of education, Lack of political will</p>

ICPD issues regarding gender equality and empowerment of women relevant to the national context	
i) Name of the issue (mentioned in question 7.5 above)	counteracting discrimination against women Putting an end to gender-based violence
j) Achievements (cite the reports)	Only partly successful. Labour code provisions protect women who have labour contract (not civil job contracts or self-employment). The act on implementation of the EU provisions on equal treatment does not refer to women in the area of education and health care. The decision of the government of the Republic of Poland to sign CAHVIO
k) Facilitators*	Recognizing the importance of the issue of violence against women and domestic violence
l) Barriers*	An interministerial dispute regarding the authority responsible for violence against women – on the basis of the Prime Minister’s decision the works on the convention were transferred from the Ministry of Labor and Social Policy to BPRT.

**See list of facilitators and barriers in the questionnaire interviewer’s guide*

7.7. Considering the national context, what are the most relevant issues regarding gender equality and empowerment of women that are anticipated to receive further public policy priority for the next five to ten years? Cite up to five issues.

Issues regarding gender equality and empowerment of women relevant to the national context that should be the focus for the next five to ten years
a) Addressing gender-based violence Equalization of wages between men and women for the same work or work of equal value
b) Better protection of women at the labour market (gender pay gap and issues connected with maternity) Increasing the participation of women in decision-making process
c) Discrimination of women in education and health care system (non-addressed in the law) Solutions for the greater inclusion of men in the process of education and child care, as well as participation in household works
d) Policies focused on men referring to equal treatment of men and women Increasing access to institutional care for children from 0-6 years
e) Increasing the number of women in business and politics Solutions in the labor market favoring the engagement in professional and family roles for men and women

7.8. What monitoring mechanisms are in place in the country to ensure the implementation of policies and programmes promoting gender equality and empowerment of women and addressing gender based violence?

(1)	(2)
Mechanisms	Gender equality and empowerment of women (including gender-based violence)
a) National commissions on women	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
b) National human rights institutions	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
c) Parliamentary commissions	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
d) Social accountability mechanisms and/or administrative mechanisms	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
e) Gender statistics dissemination and publications/gender statistics integrated into management information systems	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
f) Conducting periodic population-based surveys	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
g) Other mechanisms, specify _____	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>

7.9. Has the country conducted an assessment/situation analysis on gender equality and empowerment of women at the national and/or subnational level in the last five (5) years? IF YES, cite the report(s).

1) Yes At the national level only, cite the report(s) _

The 7th and 8th report of the government of the Republic of Poland on the implementation of the Convention regarding the elimination of all forms of discrimination against women for the period 1.06.2002 – 31.05.2010.

2) Yes At the subnational level only, cite the report(s) _____

3) Yes At both the national and at the subnational level, cite the report(s) _____

4) No

7.10. Has the country promulgated and/or enforced national laws responding to the following ICPD priority areas related to gender equality and the empowerment of women?

(1)	(2)	(3)
ICPD Priority area	Promulgation	Enforcement
a) Women's property rights, including right to own, buy, and sell properties or other assets equally with men	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name _____ 2) No <input type="checkbox"/> (Go the next ICPD priority area)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
b) Access to financial services, including credit and negotiation of contracts in woman's own name	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name _____ 2) No <input type="checkbox"/> (Go the next ICPD priority area)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
c) Legal equal rights for women to inheritance	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name _____ 2) No <input type="checkbox"/> (Go the next ICPD priority area)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
d) Protection of women's property through harmonized laws on marriage, divorce, succession and inheritance	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name _____ 2) No <input type="checkbox"/> (Go the next ICPD priority area)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
e) Provision against gender discrimination at work (in hiring, wages, benefits, etc.)	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name Labour code 2) No <input type="checkbox"/> (Go the next ICPD priority area)	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
f) Provision against sexual harassment	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name Labour code 2) No <input type="checkbox"/> (Go the next ICPD priority area)	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
g) Measures against trafficking and smuggling of persons, particularly women and girls	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name Criminal code against trafficking and smuggling of persons 1) provisions National programme 2) No <input type="checkbox"/> (Go the next ICPD priority area)	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
h) Provision for paid maternity leave	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name Labour code 2) No <input type="checkbox"/> (Go the next ICPD priority area)	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
i) Provision for paid paternity leave	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name Labour code 2) No <input type="checkbox"/> (Go the next ICPD priority area)	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
j) Criminalization of rape and other forms of sexual exploitation	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name Criminal code 2) No <input type="checkbox"/> (Go the next ICPD priority area)	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
k) Criminalization of marital rape	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name Criminal code, act on counteracting domestic violence 2) No <input type="checkbox"/> (Go the next ICPD priority area)	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
l) Criminalization of intimate partner violence	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name Criminal code, act on counteracting domestic violence 2) No <input type="checkbox"/> (Go the next ICPD priority area)	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
m) Ensuring men's financial support to their children	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name Family code 2) No <input type="checkbox"/> (Go the next ICPD priority area)	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
n) Provision regarding minimum legal age at marriage for females of less than 18	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name Family code 2) No <input type="checkbox"/> (Go the next ICPD priority area)	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
o) Criminalization of sexual exploitation of young people, particularly girls	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name Criminal code 2) No <input type="checkbox"/> (Go the next ICPD priority area)	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
p) Preventing the use of children in pornography	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name Criminal code 2) No <input type="checkbox"/> (Go the next ICPD priority area)	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>

(1)	(2)	(3)
ICPD Priority area	Promulgation	Enforcement
q) Protecting the girl child against harmful practices, including FGM/C	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name_ Criminal code 2) No <input type="checkbox"/> (Go the next ICPD priority area)	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
r) Day-care centres /facilities for breast-feeding mothers (public sector)	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Name_ Social aid law_, Family code _____ 2) No <input type="checkbox"/> (Go the next ICPD priority area)	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
s) Day-care centres /facilities breast-feeding mothers (private sector)	1) Yes <input type="checkbox"/> Name _____ 2) No <input checked="" type="checkbox"/> Go the next ICPD priority area)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>
t) Discourage polygamy	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Criminal code Name Family code _____ 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>

7.11. On a scale of 1–4, indicate to what extent the following priorities on gender equality and empowerment of women are addressed in the current national context

(1)	(2)
Priorities on gender equality and empowerment of women	Level of priority (1=low; 2=somewhat low =somewhat high; 4=high)
a) Increasing women's access to banking and credit	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/>
b) Institutionalizing gender responsive budgeting	1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
c) Eliminating discrimination against working women, including pregnant working women	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/>
d) Increasing provisions to enable both spouses to take family leave	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/>
e) Promoting equal access and control over household resources	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/>
f) Increasing participation of men and boys in promoting gender equality and empowerment of women (including prevention of GBV and FGM/C)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/>
g) Promoting policies to encourage involved fatherhood including for care work	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/>
h) Addressing skewed sex ratios	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/>
i) Promoting grass roots and community-based participation in the implementation of policies/programmes on gender equality	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
j) Informing communities about the consequences of child marriage and early child-bearing	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>

7.12. Name up to three civil society organisations (CSOs) whom the government has partnered with in the area of gender equality and empowerment of women over the past five (5) years. Cite the type of CSO, the name of the government unit which partnered with it, its area(s) of involvement, and the activities conducted.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Name of the CSO	Type of CSO	Name of the Government unit which partnered with the CSO	Area of CSO involvement	Activities conducted
a) Polish Society of Anti-Discrimination Law	1) National NGO <input checked="" type="checkbox"/> 2) International NGO <input type="checkbox"/> 3) Women's Groups <input type="checkbox"/> 4) Academic/research centers <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ____ <input type="checkbox"/>		1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input checked="" type="checkbox"/> 9) Other, specify <input checked="" type="checkbox"/> Consultations of strategic documents related to anti-discrimination policy	Anti-discrimination trainings for representatives of the government administration within the framework of the project "Equal treatment as a standard for good governance". Active participation in consultations of strategic documents related to anti-discrimination policy.
b) Anti-discrimination Education Society	1) National NGO <input checked="" type="checkbox"/> 2) International NGO <input type="checkbox"/> 3) Women's Groups <input type="checkbox"/> 4) Academic/research centers <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ____ <input type="checkbox"/>		1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input checked="" type="checkbox"/> 9) Other, specify <input checked="" type="checkbox"/> Consultations of strategic documents related to anti-discrimination policy	Conducting trainings on non-discrimination and equal treatment for journalists and journalism students within the framework of the project "Media of Equal Opportunities" Active participation in consultations of government documents regarding the quality of education and raising awareness on the non-discrimination due to sex ____
c) Jagiellonian University	1) National NGO <input checked="" type="checkbox"/> 2) International NGO <input type="checkbox"/> 3) Women's Groups <input type="checkbox"/> 4) Academic/research centers <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ____ <input type="checkbox"/>		1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify <input type="checkbox"/> Consultations of strategic documents related to anti-discrimination policy	Diagnosis of the situation of groups exposed to discrimination and conducting a national sample survey on the social distance towards people exposed to unequal treatment

7.13. Name up to three (3) private sector partners with whom the government has partnered with in the area of gender equality and the empowerment of women over the past five (5) years. Cite the name of the government unit which partnered with it, its area(s) of involvement, and the activities conducted.

(1)	(2)	(3)	(4)
Name private sector partner	Name of the Government unit which partnered with the private sector	Area of involvement	Activities conducted
a) PKPP Lewiatan (Polish Confederation of Private Employers)	Cooperation with the Ministry of Labor and Social Policy	1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input checked="" type="checkbox"/> Supporting and creating the Policy 4) Awareness Raising and social mobilisation <input checked="" type="checkbox"/> Raising awareness and social motivation 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ____ <input type="checkbox"/>	Organizing the Women's Congress
b) Orange Foundation, c) Orbis S.A., d) Microsoft, e) TVN, f) Polish Chamber of Information Technology and Telecommunications	BPRT	1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ____ <input type="checkbox"/>	Supporting the organization of the contest "I am a boss", the purpose of which is to strengthen the leadership of girls
g)		1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify ____ <input type="checkbox"/>	

7.14. Name up to three (3) examples where the government has been engaged in international cooperation via the provision or receipt of financial and/or technical assistance in the area of gender equality and empowerment of women over the past five (5) years. List the name(s) of the donor country/government unit as well as the name of the recipient country/government unit, the type of international cooperation and the activities conducted.

(1)	(2)	(3)	(4)
Name of country and government unit providing international cooperation	Name of the country and government unit receiving international cooperation	Type of international cooperation	Activities conducted
Poland. The Ministry of Foreign Affairs. The entity responsible for implementing the task – Polish Embassy in Rabat in cooperation with the Government Plenipotentiary for Equal Treatment	The Ministry of Social Development, Family and Solidarity of the Kingdom of Morocco	1) Financial <input checked="" type="checkbox"/> 2) Technical <input checked="" type="checkbox"/> 9) Other, specify___ <input type="checkbox"/>	Building the center in El Hajeb – providing refuge and a place for social reintegration of women – victims of violence, particularly domestic violence and human trafficking. Activities within the framework of the project "Creating a multi-purpose space for women in El Hajeb" within the framework of development aid of the Ministry of Foreign Affairs.
b)		1) Financial <input type="checkbox"/> 2) Technical <input type="checkbox"/> 9) Other, specify___ <input type="checkbox"/>	
c)		1) Financial <input type="checkbox"/> 2) Technical <input type="checkbox"/> 9) Other, specify___ <input type="checkbox"/>	

SECTION 8: POPULATION, DEVELOPMENT AND EDUCATION (CHAPTER XI)

Name(s) of the primary respondent(s) and position(s): Aleksandra Lisek, Deputy Director
 Name(s) of institution(s)/department(s): Ministry of National Education, Strategy Department;
 al. J. Ch. Szucha 25, 00-918 Warszawa
 E-mail address(es): e-mail: Aleksandra.Lisek@men.gov.pl
 Interview date(s): 20.12.2012

8.1. Does the country have a national policy, programme and/or strategy addressing education issues that is/are currently being drafted or implemented?

- 1) Yes
 2) No (if no, skip to 8.3)

8.2. If YES, provide the name, the type, status, the main institution responsible for implementing the policy, programme and/or strategy, the targeted population groups and the implementation timeframe or the year of inception/revision.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Name of policy, programme and/or strategy addressing education	Type	Status	Main responsible institution	Targeted population groups*	Implementation timeframe or year of inception/revision
Education Development Strategy for 2007–2013	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input checked="" type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input checked="" type="checkbox"/>	Ministry of National Education	3, 4, 5	2007–2013
Strategy for the Development of Continuing Education	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input checked="" type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input checked="" type="checkbox"/>	Ministry of National Education	4,5,99 adult learners	2003–2010
Perspective of lifelong learning	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input checked="" type="checkbox"/>	1) Drafted <input checked="" type="checkbox"/> 2) Implemented <input type="checkbox"/>	Ministry of National Education and other ministries	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 14	2013–2020
Long-term National Development Strategy	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input checked="" type="checkbox"/>	1) Drafted <input checked="" type="checkbox"/> 2) Implemented <input type="checkbox"/>	Ministry of Administration and Digitalisation	99 whole population	2013–2030
National Development Strategy 2020	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input checked="" type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input checked="" type="checkbox"/>	Ministry of Regional Development	99 whole population	2012–2020
Human Capital Development Strategy	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input checked="" type="checkbox"/>	1) Drafted <input checked="" type="checkbox"/> 2) Implemented <input type="checkbox"/>	Ministry of Labour and Social Policy	99 whole population	2013–2020
Social Capital Development Strategy	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input checked="" type="checkbox"/>	1) Drafted <input checked="" type="checkbox"/> 2) Implemented <input type="checkbox"/>	Ministry of Culture and National Heritage	99 whole population	2013–2020

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Name of policy, programme and/or strategy addressing education	Type	Status	Main responsible institution	Targeted population groups*	Implementation time-frame or year of inception/revision
National Reform Programme	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Programme <input checked="" type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted <input checked="" type="checkbox"/> 2) Implemented <input type="checkbox"/>	Ministry of Economy	99 whole population	2011–2014
Regulation of Minister of National Education concerning other forms of pre-school education	1) Policy <input checked="" type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input checked="" type="checkbox"/>	Ministry of National Education	3	2008, 2010, 2011
Regulation of Minister of National Education concerning aware maternity, family values and conscious procreation	1) Policy <input checked="" type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input checked="" type="checkbox"/>	Ministry of National Education	3, 4, 5	1993, 2012
National Scholarship Programme	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Programme <input checked="" type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input checked="" type="checkbox"/>	Ministry of National Education	1, 3, 4, 5, 7	from 2010
”Safe and friendly school” – governmental programme	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Programme <input checked="" type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input checked="" type="checkbox"/>	Ministry of National Education	3, 4, 5, 7 also teachers and local environment	2008–2013
Regulation of Minister of National Education concerning safe and hygienic conditions in kindergartens and schools	1) Policy <input checked="" type="checkbox"/> 2) Programme <input type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input checked="" type="checkbox"/>	Ministry of National Education	3, 4, 5	2002
”Digital school” – governmental programme	1) Policy <input type="checkbox"/> 2) Programme <input checked="" type="checkbox"/> 3) Strategy <input type="checkbox"/>	1) Drafted <input type="checkbox"/> 2) Implemented <input checked="" type="checkbox"/>	Ministry of National Education	3, 4	2012–2013

*See targeted population groups list in the questionnaire interviewer’s guide

8.3. Has the country established any institutional entities to address issues regarding education?

- 1) Yes
 2) No (if no, skip to 8.5)

8.4. If YES, indicate the name(s) of the institutional entity(ies).

(1)	(2)
Other institutional entities addressing education	Year of establishment
a) Educational Research Institute	1990
b) The Education Superintendent's Offices (16 Regional offices)	1999
c) Foundation for the Development of the Education System	1993
d) Central Examination Board and eight Regional Examination Boards	1999
e) National Centre for Supporting Vocational and Continuing Education	2000
f) Centre for Education Development	2010

8.5. Addressing ICPD issues regarding education in the national context during the last five (5) years

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
ICPD issues regarding education	Was this issue included in any policy/ /programme/ /strategy or addressed through an existing institutional arrangement? If yes, in which one(s)?	Was budget allocated to this issue?	Were concrete implementation measures taken to address this issue?	In your assessment, and based on most concrete evidence at your disposal and that you may be aware of, how would you rate the overall progress of implementation of the measures adopted on a scale of 1 to 4 as follows: 1-deficient 2-behind schedule 3-on schedule 4-ahead of schedule
a) Keeping more girls and adolescents in secondary schools	Yes <input checked="" type="checkbox"/> Regulation of Minister of National Education concerning aware maternity, family values and conscious procreation; Regulation of Minister of National Education of 16 July 2012 concerning enrolment for adult schools of out- of – school persons at the age of 16 or 15 _ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> Local government's budgets for education	Yes <input checked="" type="checkbox"/> Regulation concerns adolescents who for the health reason or other difficulties in their lives could not completed education in the schools for children and youth; also underage mothers because of their need to take care of the child. 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
ICPD issues regarding education	Was this issue included in any policy/ /programme/ /strategy or addressed through an existing institutional arrangement? If yes, in which one(s)?	Was budget allocated to this issue?	Were concrete implementation measures taken to address this issue?	In your assessment, and based on most concrete evidence at your disposal and that you may be aware of, how would you rate the overall progress of implementation of the measures adopted on a scale of 1 to 4 as follows: 1-deficient 2-behind schedule 3-on schedule 4-ahead of schedule
b) Ensuring equal access of girls to education at all levels (primary, secondary and tertiary)	1) Yes <input type="checkbox"/> Name__ 2) No <input checked="" type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> Local government's budgets for education	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
c) Improving educational infrastructure, such as separate toilet facilities and adequate transportation	Yes <input checked="" type="checkbox"/> School Education Act; Regulation of Minister of National Education concerning safe and hygienic conditions in public kindergartens and schools 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> Local government's budgets for education	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Task of local authorities 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
d) Facilitating school completion for pregnant girls	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Regulation of Minister of National Education concerning aware maternity, family values and conscious procreation; Regulation of Minister of National Education of 16 July 2012 concerning enrolment for adult schools of out-of school people at the age of 16 or 15 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> Local government's budgets for education	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> See point a) 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
e) Improving the safety of pupils, especially girls, in and on their way to school	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> School Education Act 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> Local government's budgets for education	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Transporting children to kindergartens and schools. 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
ICPD issues regarding education	Was this issue included in any policy/ /programme/ /strategy or addressed through an existing institutional arrangement? If yes, in which one(s)?	Was budget allocated to this issue?	Were concrete implementation measures taken to address this issue?	In your assessment, and based on most concrete evidence at your disposal and that you may be aware of, how would you rate the overall progress of implementation of the measures adopted on a scale of 1 to 4 as follows: 1-deficient 2-behind schedule 3-on schedule 4-ahead of schedule
f) Revising the contents of curricula to make them more gender-sensitive	Yes <input checked="" type="checkbox"/> Regulation of the Minister of National Education of December 23 rd 2008 on the core curriculum of preschool education and general education in particular types of schools 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> Local government's budgets for education	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Gradual implementation of the core curriculum 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
g) Revising the contents of curricula to incorporate population issues, where appropriate	Yes <input checked="" type="checkbox"/> Regulation of the Minister of National Education of December 23 rd 2008 on the core curriculum of pre-school education and general education in particular types of schools 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> Local government's budgets for education	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Gradual implementation of the core curriculum 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
h) Promoting non-formal opportunities for education and literacy	Yes <input checked="" type="checkbox"/> European Agenda for Adult Education 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> Local government's budgets for education	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Implementation of the European Agenda for Adult Education 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
i) Providing training and employment opportunities to out-of-school girls and illiterate adults	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Regulation of Minister of National Education concerning aware maternity, family values and conscious procreation;	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> Local government's budgets for education	1) Yes <input type="checkbox"/> see point a) 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
ICPD issues regarding education	Was this issue included in any policy/ /programme/ /strategy or addressed through an existing institutional arrangement? If yes, in which one(s)?	Was budget allocated to this issue?	Were concrete implementation measures taken to address this issue?	In your assessment, and based on most concrete evidence at your disposal and that you may be aware of, how would you rate the overall progress of implementation of the measures adopted on a scale of 1 to 4 as follows: 1-deficient 2-behind schedule 3-on schedule 4-ahead of schedule
	Regulation of Minister of National Education of 16 July 2012 concerning enrolment for adult schools of out-of school people at the age of 16 or 15 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)			
j) Promoting age-appropriate sexuality education and counselling in schools	Yes <input type="checkbox"/> Regulation of Minister of National Education concerning aware maternity, family values and conscious procreation; Regulation of the Minister of National Education of December 23 rd 2008 on the core curriculum of pre-school education and general education in particular types of schools 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> Local government's budgets for education	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Task implemented by local authorities; Gradual implementation of the core curriculum_ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
k) Incorporating population and SRH information into the teachers' training curricula	1) Yes <input type="checkbox"/> Name__ 2) No <input checked="" type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
l) Conducting information campaigns on population issues in the context of a national population policy	1) Yes <input type="checkbox"/> Name__ 2) No <input checked="" type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
ICPD issues regarding education	Was this issue included in any policy/ /programme/ /strategy or addressed through an existing institutional arrangement? If yes, in which one(s)?	Was budget allocated to this issue?	Were concrete implementation measures taken to address this issue?	In your assessment, and based on most concrete evidence at your disposal and that you may be aware of, how would you rate the overall progress of implementation of the measures adopted on a scale of 1 to 4 as follows: 1-deficient 2-behind schedule 3-on schedule 4-ahead of schedule
m) Addressing gender-based violence and bullying in schools	1) Yes <input type="checkbox"/> Name____ 2) No <input checked="" type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe____ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
n) Incorporating comprehensive sexuality education into young people's formal education	Yes <input checked="" type="checkbox"/> Regulation of Minister of national education concerning aware maternity, family values and conscious procreation; Regulation of the Minister of National Education of December 23 rd 2008 on the core curriculum of pre-school education and general education in particular types of schools 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> Local government's budgets for education	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Task implemented by local authorities Gradual implementation of the core curriculum 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
o) Incorporating life planning skills into young people's formal education	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Regulation of the Minister of National Education of December 23 rd 2008 on the core curriculum of pre-school education and general education in particular types of schools 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> Local government's budgets for education	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Gradual implementation of the core curriculum 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
ICPD issues regarding education	Was this issue included in any policy/ /programme/ /strategy or addressed through an existing institutional arrangement? If yes, in which one(s)?	Was budget allocated to this issue?	Were concrete implementation measures taken to address this issue?	In your assessment, and based on most concrete evidence at your disposal and that you may be aware of, how would you rate the overall progress of implementation of the measures adopted on a scale of 1 to 4 as follows: 1-deficient 2-behind schedule 3-on schedule 4-ahead of schedule
p) Incorporating sexual and reproductive health and life planning skills into non-formal education and vocational training for young people	1) Yes <input type="checkbox"/> Name__ 2) No <input checked="" type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
q) Reaching out-of-school youth with SRH information and services	1) Yes <input type="checkbox"/> Name__ 2) No <input checked="" type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1) Yes <input type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input type="checkbox"/> Describe__ 2) No <input type="checkbox"/> (Go to the next issue)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
r) Other, specify: Increasing access to pre-school education	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> School Education Act Regulation of Minister of National Education concerning other forms of pre-school education 2) No <input type="checkbox"/>	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> 2) No <input type="checkbox"/> Local government's budgets for education	1) Yes <input checked="" type="checkbox"/> Increasing access to pre- school education for children aged 3-5. 2) No <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>

8.6. Achievements in addressing issues related to education.

Among the issues related to education that are most relevant in the national context, briefly list achievements (citing reports), and comment on facilitators and barriers. List as many issues as are deemed relevant by copying this table – each table is for one (1) identified issue.

ICPD issues regarding education relevant to the national context	
a) Name of the issue (mentioned in question 8.5 above)	<p>Ad. a) Keeping more girls and adolescents in secondary schools</p> <p>Ad. r) Increasing access to pre-school education</p> <p>Ad. a)</p>
b) Achievements (cite the reports)	<ul style="list-style-type: none"> • Early leavers from education and training (2011) – 5,6% (percentage of people aged 18 to 24 with less than upper secondary education and not in education and training) is one of the lowest in the European Union (<i>Education and Training Monitor, 2012</i>) • Share of girls with the lowest result in reading according to PISA 2009 is almost three time less than boys (7,5% – for girls and 22,3% for boys). <p>Ad. r) Participation in early childhood education has increased in recent years. Between 2005 and 2010 enrolment rates of 3 year-olds in early childhood education increased by 18 percentage points to 46%, enrolment rates of 4 year-olds by 21 percentage points to 59% (<i>Education at A Glance, OECD Indicators 2012</i>).</p> <p>According to the the latest national data published by Central Statistical Office enrolment rates of 3–4 year-olds in early childhood education was 58% in the year 2011/2012.</p>
c) Facilitators*	<p>Compulsory education till completion of lower secondary education and further compulsory education (also in out of school forms –employers’ training) till 18 years guaranteed by Polish Constitution.</p> <p>Adult education as a second chance to continue education.</p> <p>High ambition of Polish girls to gain a higher education.</p> <p>Introduction (in 2011) of one-year obligatory pre-school preparation for 5year-olds.</p> <p>Introduction of targeted measures in rural areas.</p> <p>Introduction of a new legislation concerning other forms of pre-school education.</p>
d) Barriers*	<p>Social stratification can be linked with early leavers from education and training (in Poland school leaving occurs at the early stage of education comparing to other EU countries)</p> <p>Insufficient number of places for children in kindergartens in rural areas.</p> <p>Parents attitude concerning early schooling.</p> <p>Objection of organised groups of parents.</p>

*See list of facilitators and barriers in the questionnaire interviewer’s guide

8.7. Considering the national context, what are the most relevant issues regarding education that are anticipated to receive further public policy priority for the next five (5) to ten (10) years? Cite up to five (5) issues.

Issues regarding education that are anticipated to receive further public policy priority for the next five (5) to ten (10) years
a) Differentiated and available offer of forms of early care and education
b) Transparent and coherent national qualifications system
c) Creativity and innovativeness, including entrepreneurship of individuals at all levels of education and training
d) Education and training adapted to sustainable economy needs, changes in labour market and social needs
e) Making lifelong learning a reality

8.8. Has the country conducted an assessment/situation analysis on education at the national and/or subnational level in the last five (5) years? IF YES, cite the report(s).

1) Yes At the national level only, cite the report(s)

Report on the state of Education, Educational Research Institute, 2010;
National Examination Results – annually published reports by Central Examination Board;
Education in the school year 2011/2012 annually published by Central Statistical Office _____

2) Yes At the subnational level only, cite the report(s)

Regional Examination Results – annually published reports by Regional Examination Boards _____

3) Yes At both the national and at the subnational level, cite the report(s) _____

4) No

8.9. Does the country have a national programme on comprehensive sexuality education in school curricula?

1) Yes, being implemented

2) Yes, not yet implemented

3) No (if no, skip to question 8.11)

8.10. If YES, from what age ____ or grade __? 5th grade of primary school.

8.11. Name up to three (3) civil society organisations (CSOs) whom the government has partnered with in the area of education over the past five (5) years. Cite the type of CSO, the name of the government unit which partnered with it, its area(s) of involvement, and the activities conducted.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Name of the CSO	Type of CSO	Name of the Government unit which partnered with the CSO	Area of CSO involvement	Activities conducted
a) Comenius Foundation for Child Development	1) National NGO <input checked="" type="checkbox"/> 2) International NGO <input type="checkbox"/> 3) Youth Groups <input type="checkbox"/> 4) Academic/research centers <input type="checkbox"/> 9) Other, specify _____ <input type="checkbox"/>	Ministry of National Education	1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input checked="" type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input checked="" type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input checked="" type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input checked="" type="checkbox"/> 9) Other, specify _____ <input type="checkbox"/>	Eestablishment of kindergartens and other forms of pre-school education, preparation of analysis and reports, giving opinion to drafts of educational legislation.
b) Education for Democracy Foundation	1) National NGO <input checked="" type="checkbox"/> 2) International NGO <input type="checkbox"/> 3) Youth Groups <input type="checkbox"/> 4) Academic/research centers <input type="checkbox"/> 9) Other, specify _____ <input type="checkbox"/>	Ministry of National Education	1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input checked="" type="checkbox"/> 9) Other, specify _____ <input type="checkbox"/>	Organisation of the competition "Open school" aimed at promoting cooperation between schools and NGOs in the area of: citizenship education, including parents in school's activities, open administration of school, global and inter-cultural education.
c) "Nobody's Children" Foundation	1) National NGO <input checked="" type="checkbox"/> 2) International NGO <input type="checkbox"/> 3) Youth Groups <input type="checkbox"/> 4) Academic/research centers <input type="checkbox"/> 9) Other, specify _____ <input type="checkbox"/>	Ministry of National Education	1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input checked="" type="checkbox"/> 9) Other, specify _____ <input type="checkbox"/>	Ministry of National Education for many years have been working with "Nobody's Children" Foundation in implementing projects aimed at protecting children from abuse including information and education campaigns, e.g. "Bad touch" (to raise awareness of society about the problem of child sexual abuse), "Do not Lose" (about commercial sexual exploitation), and international conferences on the safety of children and young people on the Internet. The cooperation has been always successful and brought tangible results in the form of hundreds of trained teachers and students.

8.12. Name up to three (3) private sector partners with whom the government has partnered with in the area of education over the past five (5) years. Cite the name of the government unit which partnered with it, its area(s) of involvement, and the activities conducted.

(1)	(2)	(3)	(4)
Name private sector partner	Name of the Government unit which partnered with the private sector	Area of involvement	Activities conducted
a)		1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify____ <input type="checkbox"/>	
b)		1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify____ <input type="checkbox"/>	
c)		1) Service Delivery <input type="checkbox"/> 2) Research and Data Collection <input type="checkbox"/> 3) Advocacy and Policy Formulation <input type="checkbox"/> 4) Awareness Raising and social mobilisation <input type="checkbox"/> 5) Monitoring and legal counsel <input type="checkbox"/> 6) Education and training <input type="checkbox"/> 9) Other, specify____ <input type="checkbox"/>	

8.13. Name up to three (3) examples where the government has been engaged in international cooperation via the provision or receipt of financial and/or technical assistance in the area of education over the past five (5) years. List the name(s) of the donor country/government unit as well as the name of the recipient country/government unit, the type of international cooperation and the activities conducted.

(1)	(2)	(3)	(4)
Name of country and government unit providing international cooperation	Name of the country and government unit receiving international cooperation	Type of international cooperation	Activities conducted
a) European Social Fund	Poland	1) Financial <input checked="" type="checkbox"/> 2) Technical <input checked="" type="checkbox"/> 9) Other, specify____ <input type="checkbox"/>	Operational Programme: <i>Human Capital</i>
b) Development Policy Loans from the The World Bank in the period of 2008–2010	Poland	1) Financial <input checked="" type="checkbox"/> 2) Technical <input type="checkbox"/> 9) Other, specify____ <input type="checkbox"/>	Lowering starting age of primary school and increasing enrolment rate in pre-school education for children aged 3–5.
c)		1) Financial <input type="checkbox"/> 2) Technical <input type="checkbox"/> 9) Other, specify____ <input type="checkbox"/>	



V. SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI RZĄDOWEJ RADY LUDNOŚCIOWEJ W 2012 R.

Spis treści:

Wprowadzenie

I. Posiedzenia Plenarne RRL

II. Raport Rządowej Rady Ludnościowej pt. „Sytuacja Demograficzna Polski. Raport 2010–2011”

III. Zespół ds. aktualizacji założeń programu działań w zakresie polityki ludnościowej

IV. Ankieta ONZ – Global Survey ICPD Beyond 2014

V. Komisja Ludności i Rozwoju ONZ

VI. Udział w konferencjach międzynarodowych i krajowych

VII. Posiedzenia Prezydium RRL oraz prace Sekretariatu RRL

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 późn. zm., Zarządzenia nr 165 Prezesa RM z dnia 7 listopada 2006 r., Zarządzenia nr 29 Prezesa RM z dnia 23 marca 2007 r. oraz Zarządzenia nr 40 Prezesa RM z dnia 14 maja 2012. 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 ma 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 Zarządzeniem nr 40 Prezesa RM z dnia 14 maja 2012 r. w skład Rządowej Rady Ludnościowej wchodzi:

- 1) **Przewodniczący** – dr hab. Zbigniew Strzelecki – prof. Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie
- 2) **Zastępcy przewodniczącego:**
 - a) prof. dr hab. Józefina Hrynkiewicz – Uniwersytet Warszawski
 - b) prof. dr hab. Janusz Witkowski – Prezes Głównego Urzędu Statystycznego
- 3) **Sekretarz Generalny Rady** – dr Alina Potrykowska, Doradca Prezesa GUS
- 4) **Członkowie powoływani imiennie:**
 - a) prof. nadzw. dr hab. Bożenna 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. Marek Okólski – Przewodniczący Komitetu Badań nad Migracjami Polskiej Akademii Nauk
 - e) prof. dr hab. Irena E. Kotowska – Szkoła Główna Handlowa w Warszawie
 - f) prof. dr hab. Jerzy T. Kowaleski – Uniwersytet Łódzki
 - g) dr hab. Ireneusz Kuroпка – prof. Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu
 - h) prof. dr hab. Adam Kurzynowski – Szkoła Główna Handlowa w Warszawie
 - i) prof. dr hab. Antoni Rajkiewicz – Uniwersytet Warszawski
 - j) prof. dr hab. Robert Rauziński – Instytut Śląski w Opolu
 - k) dr hab. Andrzej Rączaszek – Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach
 - l) prof. dr hab. Iwona Roeske-Słomka – Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu
 - m) prof. dr hab. Izydor Sobczak – Gdańska Wyższa Szkoła Humanistyczna, Uniwersytet Gdański
 - n) prof. dr hab. med. Janusz Szymborski – Wszechnica Polska Szkoła Wyższa TWP w Warszawie, GUS, Rządowa Rada Ludnościowa
 - o) prof. dr hab. Eugeniusz Z. Zdrojewski – Politechnika Koszalińska
- 5) **członkowie pełniący określone funkcje:**
 - a) przedstawiciel Kancelarii Prezesa Rady Ministrów:
Zbigniew Rykowski – Zastępca dyrektora Departamentu Analiz Strategicznych w KPRM
 - b) przedstawiciel Komitetu Nauk Demograficznych Polskiej Akademii Nauk:
dr hab. prof. UE Jolanta Kurkiewicz – Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie
 - c) przedstawiciel Polskiego Towarzystwa Demograficznego:
Lucyna Nowak – Zastępca Dyrektora Departamentu Badań Demograficznych GUS
 - d) przedstawiciel Konwentu Marszałków RP:
dr Kazimierz Szczygielski – Instytut Śląski
 - e) przedstawiciel Instytutu Kardiologii:
dr n. hum. Zofia Słońska – Zakład Epidemiologii, Prewencji i Promocji Zdrowia
 - f) przedstawiciel Instytutu Matki i Dziecka:
dr n. med. Joanna Mazur – Zakład Ochrony i Promocji Zdrowia Dzieci i Młodzieży w Instytucie Matki i Dziecka

g) przedstawiciel Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie:
prof. dr hab. n.med. Witold Zatoński – Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie

h) przedstawiciel Instytutu Żywności i Żywienia:
dr Włodzimierz Sekuła – Zastępca dyrektora ds. ekonomicznych w Instytucie Żywności i Żywienia

6) członkowie delegowani przez:

a) Ministra Edukacji Narodowej:

dr inż. Anna Nowożyńska – Departament Strategii w MEN

b) Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego:

prof. dr hab. Janina Józwiak – Dyrektor Instytutu Statystyki i Demografii SGH

c) Ministra Obrony Narodowej:

Jolanta Kulus – Szef Oddziału Zabezpieczenia Socjalnego – Departamentu Spraw Socjalnych MON

d) Ministra Pracy i Polityki Społecznej:

Grzegorz Baczewski – Dyrektor Dep. Analiz, Ekonomicznych i Prognoz w MPiPS

e) Ministra Sportu i Turystyki:

Mariola Chojnacka – Dyrektor Biura Administracyjnego Ministerstwa Sportu i Turystyki

f) Ministra Spraw Wewnętrznych:

Krzysztof Lewandowski – naczelnik Wydziału Analiz Migracyjnych w Departamencie Polityki Migracyjnej MSW

g) Ministra Spraw Zagranicznych:

Marcin Nawrot

h) Ministra Zdrowia:

Marcin Kędzierski – Dyrektor Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia

i) Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych:

Alina Wojtowicz-Pomierna – Zastępca dyrektora Biura Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych

j) Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego:

dr Grażyna Marciniak – Wiceprezes GUS

k) Szefa Urzędu do Spraw Cudzoziemców:

Rafał Rogala – Szef Urzędu do Spraw Cudzoziemców

I. POSIEDZENIA PLENARNE RRL

W 2012 roku odbyły się trzy posiedzenia plenarne Rządowej Rady Ludnościowej (w dniach: 22–23 marca, 11 czerwca, 22–23 listopada).

W dniach **22–23 marca 2012 r.** odbył się II Kongres Demograficzny

II KONGRES DEMOGRAFICZNY 2012 „Polska w Europie – Przyszłość demograficzna”

SESJA INAUGURACYJNA
Warszawa, 22–23 marca 2012



Honorowy Patronat
Prezydenta
Rzeczypospolitej Polskiej
Bronisława Komorowskiego

W dniach 22–23 marca 2012 roku obradował II Kongres Demograficzny, nad którym honorowy patronat objął Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej Pan Bronisław Komorowski.

Postulat zorganizowania II Kongresu został wysunięty podczas obrad I Kongresu Demograficznego, który odbywał się w latach 2001–2002. Na pilną potrzebę interdyscyplinarnego przeanalizowania zachodzących w naszym kraju procesów demograficznych zwracała uwagę Rządowa Rada Ludnościowa w swoich corocznych raportach *O sytuacji demograficznej Polski*. Postulat ten znalazł również akceptację Komitetu Stałego Rady Ministrów.

Rządowa Rada Ludnościowa była inicjatorką przygotowań do II Kongresu Demograficznego, którego współorganizatorem jest Główny Urząd Statystyczny.

W styczniu 2011 r. powołany został Zespół do spraw aktualizacji założeń programu działań w zakresie polityki ludnościowej, a w jego skład weszli członkowie Rady – przedstawiciele nauki oraz ministerstw. Zespół przygotował projekt *Założeń polityki ludnościowej Polski*, który będzie przedmiotem obrad i oceny Rządowej Rady Ludnościowej, a następnie (po uwzględnieniu uwag i propozycji uzupełnień) został przedłożony pod obrady Kongresu. Tekst *Założeń* jest zamieszczony na stronie www.stat.gov.pl w zakładce „II Kongres Demograficzny”.

W ramach przygotowań organizacyjnych do II Kongresu Przewodniczący Rządowej Rady Ludnościowej zwrócił się do przedstawicieli Kancelarii Prezydenta, Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, Prezesa Polskiej Akademii Nauk, Prezesa GUS oraz do przedstawicieli związków zawodowych, pracodawców, organizacji samorządowych i pozarządowych o udział w Komitecie Kongresu. Wszyscy zaproszeni zadeklarowali swoje uczestnictwo w przygotowaniu Kongresu.

II Kongres Demograficzny był okazją do zainteresowania gremiów naukowych, rządowych, samorządowych, organizacji pozarządowych, Kościołów i możliwie wszystkich Polaków problematyką rozwoju demograficznego kraju. Temu służyła przyjęta formuła Kongresu.

W ramach organizacji II Kongresu Demograficznego został powołany

KOMITET HONOROWY w składzie:

Ewa Kopacz – Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
Bogdan Borusewicz – Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
Donald Tusk – Prezes Rady Ministrów Rzeczypospolitej Polskiej
Ks. Arcybiskup Józef Kowalczyk – Prymas Polski

oraz

KOMITET II KONGRESU DEMOGRAFICZNEGO

Prof. dr hab. Zbigniew Strzelecki – Przewodniczący Komitetu, Przewodniczący Rządowej Rady Ludnościowej
Prof. dr hab. Janusz Witkowski – Zastępca przewodniczącego, Prezes Głównego Urzędu Statystycznego
Elżbieta Bienkowska – Minister Rozwoju Regionalnego
Dr Michał Boni – Minister Administracji i Cyfryzacji
Irena Wóycicka – Podsekretarz Stanu w Kancelarii Prezydenta RP
Ks. Kard. dr Kazimierz Nycz – Arcybiskup Metropolita Warszawski
Prof. dr hab. Michał Kleiber – Prezes Polskiej Akademii Nauk
Prof. dr hab. Irena E. Kotowska – Przewodnicząca Komitetu Nauk Demograficznych PAN
Prof. dr hab. Józef Orczyk – Przewodniczący Komitetu Nauk o Pracy i Polityce Społecznej PAN
Prof. dr hab. Marek Okólski – Przewodniczący Komitetu Badań nad Migracjami PAN
Prof. dr hab. Adam Budnikowski – Rektor Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie
Prof. dr hab. Janina Józwiak – European Association for Population Studies
Prof. dr hab. Bożenna Balcerzak-Paradowska – Instytut Pracy i Spraw Socjalnych
Adam Struzik – Marszałek Województwa Mazowieckiego
Juliusz Braun – Prezes Zarządu Spółki Telewizja Polska S.A.
Andrzej Siezieniewski – Prezes Zarządu Polskiego Radia S.A.
Henryka Bochniarz – Prezydent Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych „Lewiatan”

Dr Andrzej Malinowski – Prezydent Pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej
Jerzy Bartnik – Prezes Związku Rzemiosła Polskiego
Piotr Duda – Przewodniczący Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”
Jan Guz – Przewodniczący OPZZ
Tadeusz Chwałka – Przewodniczący Forum Związków Zawodowych
Piotr Frączak – Prezes Ogólnopolskiej Federacji Organizacji Pozarządowych

KOMITET ORGANIZACYJNY

Dr Alina Potrykowska – Przewodnicząca Komitetu, Sekretarz Generalny Rządowej Rady Ludnościowej
Agnieszka Komar-Morawska – Dyrektor Gabinetu Prezesa GUS
Lucyna Nowak – Przedstawiciel Polskiego Towarzystwa Demograficznego
Dr hab. Wiktoria Wróblewska – Przedstawiciel Komitetu Nauk Demograficznych PAN
Ewa Orzełek – Sekretariat Rządowej Rady Ludnościowej

ORGANIZATORZY

Rządowa Rada Ludnościowa
Główny Urząd Statystyczny

WSPÓŁORGANIZATORZY

Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej
Szkoła Główna Handlowa w Warszawie
Komitet Nauk Demograficznych PAN
Polskie Towarzystwo Demograficzne

PATRONI MEDIALNI

Telewizja Polska
Polskie Radio

SPONSORZY

Ministerstwo Rozwoju Regionalnego
Krajowa Izba Gospodarcza
Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego

Komitet Kongresu ustalił projekt programu dotyczącego sesji otwierających Kongres (22–23 marca 2012 r.). Został wtedy zaprezentowany projekt *Założeń polityki ludnościowej Polski*, miała miejsce wymiana doświadczeń międzynarodowych, a także dyskusje panelowe poświęcone ośmiu obszernym zagadnieniom, szczególnie ważnym dla właściwego kształtowania polityki ludnościowej kraju.

Oficjalne otwarcie obrad Kongresu nastąpiło w dniach **22–23 marca 2012 r. w Warszawie.**

W dniu 22 marca odbyła się w Pałacu Prezydenckim w Warszawie Sesja pierwsza – Inauguracyjna z udziałem Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej i przedstawiciele najwyższych władz państwowych.

I. SESJA INAUGURACYJNA II KONGRESU DEMOGRAFICZNEGO

(Pałac Prezydencki)

Wystąpienia inauguracyjne II Kongres Demograficzny

Wystąpienie Pana Bronisława Komorowskiego, Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej

Na wstępie Pan Prezydent podkreślił, że jest to dobry czas na Kongres poświęcony problemom demograficznym Polski. „Mamy świadomość, że Kongres ten rozpoczyna się na tle poważnych problemów, poważnych decyzji, które są do podjęcia, a które mają być odpowiedzią na procesy demograficzne zachodzące w Polsce i wielu innych krajach europejskich oraz w wielu krajach świata. To dobry czas na kongres poświęcony tym problemom, bo obecne procesy demograficzne w Polsce stawiają przed nami wyzwania i dylematy do rozwiązania, na które musimy odpowiedzieć zarówno w wymiarze życia każdego z nas, jak i wymiarze ogólnospołecznym”.

Pan Prezydent odniósł się do procesu starzenia się ludności, który oznacza, że ludzie żyją dłużej, a także wskazuje na wielki sukces cywilizacyjny, który ma miejsce także w naszym kraju. W Polsce od początku lat 90. odnotowuje się stały proces wydłużania się życia. Według prognozy Głównego Urzędu Statystycznego liczba osób po 80. roku życia zwiększy się do 2035 roku prawie dwukrotnie, co jest zarówno miarą postępu cywilizacyjnego, jak i niewątpliwie sygnałem, że jest konieczne podjęcie dyskusji o towarzyszących temu zjawisku uwarunkowaniach. „Często proces starzenia się ludności postrzegany jest jedynie jako zagrożenie dla stabilności systemów zabezpieczenia społecznego, finansów publicznych czy rynku pracy. Tymczasem musimy uzmysłwić sobie i innym, że starzenie się ludności samo w sobie nie jest zagrożeniem. Zagrożeniem jest raczej brak zrozumienia, na czym polega ten proces i jakie ma znaczenie dla rodzin, gospodarki narodowej i społeczeństwa. Zagrożeniem jest też brak wyobrażenia, jak powinny przebiegać procesy dostosowania się do tej zmiany demograficznej, która ma charakter globalny i jest trudna do odwrócenia”.

Pan Prezydent z niepokojem odniósł się do niskiej dzietności, która nie tylko przyspiesza proces starzenia się ludności w Polsce, ale również jest wyznacznikiem kondycji polskich rodzin. „Konieczna jest odnowa demograficzna – wzrost liczby dzieci i ludzi młodych. Nie tylko z powodów ekonomicznych, co trzeba powtarzać, bo powstało wrażenie, że głównym źródłem troski o stan rodziny, o procesy demograficzne, są obawy tylko i wyłącznie ekonomiczne. Ekonomia jest podstawą funkcjonowania

społeczeństwa, ale nie tylko o nią tu chodzi. Odnowa demograficzna jest konieczna także (a może właśnie przede wszystkim) z powodów społecznych, z powodu postępującego zachwiania relacji pomiędzy kolejnymi pokoleniami zarówno na poziomie całego społeczeństwa, jak i w rodzinie”.

Podkreślił, iż zadaniem polityki rodzinnej, którą chcemy tworzyć jest budowanie przyjaznego, rodzinnego otoczenia – klimatu sprzyjającego rodzinie. Dyskutując o sposobach dostosowania się do procesów demograficznych, jak również o poważnym długofalowym zadaniu, jakie stoi przed nami – o odnowie demograficznej – warto pamiętać, że to nie jest tylko sprawa rządu, ale również zadanie dla społeczności lokalnych, dla pracodawców, organizacji społecznych, dla związków zawodowych oraz dla samych obywateli – dla nas samych. „Patrząc w przyszłość, musimy szanować wybory, aspiracje i potrzeby młodych ludzi. Musimy pamiętać o tym, że urządzamy świat, Polskę dla przyszłych pokoleń, a nie tylko dla siebie”.

Wyraził nadzieję, że II Kongres Demograficzny włączy w debatę jak najszerze środowiska i zainteresuje młodych ludzi, że będzie inspiracją do myślenia i do działania dla wielu różnych i zróżnicowanych środowisk. „Tylko wspólnym wysiłkiem możemy i musimy zbudować dobry klimat dla rodziny w Polsce”.

Wystąpienie Pani Ewy Kopacz, Marszałek Sejmu RP

W wystąpieniu Pani Marszałek podkreśliła, że podczas II Kongresu Demograficznego szczególnie politycy muszą bardzo uważnie wsłuchać się w głos naukowców i ekspertów, ponieważ decyzje, które trzeba będzie podjąć, powinny być oparte na wiedzy czerpanej także z głębokiej analizy zachodzących procesów. Niektóre z nich już teraz stanowią wyraźne silne ostrzeżenie.

„Z jednej strony, współczynnik dzietności w Polsce wynosi 1,36, a więc daleko odbiega od wskaźnika zastępowalności pokoleń, z drugiej zaś – żyjemy coraz dłużej. Średnia długość życia w naszym kraju to ponad 80 lat w przypadku kobiet i ponad 72 lata, jeśli chodzi o mężczyzn. Walczymy o to, by żyć jak najdłużej, ale przecież borykamy się z wieloma niewiadomymi, dotyczącymi przede wszystkim jakości naszego życia. Ta zaś zależy głównie od tego, jaką będziemy mieli pracę i jak długo będziemy pracować, ponieważ te dwa czynniki określają wysokość emerytury. Obywatele mają pełne prawo żądać od polityków rzetelnej wiedzy na ten temat. Informacje mogą być i dobre, i złe. Wszystko zależy od tego, którą drogę wybierzemy: czy tę, która oznacza brak reakcji na alarmujące wskaźniki, czy tę, która nakazuje traktować wskaźniki jak wyzwania, z którymi trzeba się zmierzyć, w tym także wyzwania dla polityków. Wskaźniki, nawet te niepokojące, to zawsze obraz trendu, który ma to do siebie, że można go zmienić. Wszystko zależy od nas. Jeśli dziś mówimy o tym, że rodzi się za mało dzieci, to mówmy również o metodzie *in vitro*, niezależnie od tego, jak bardzo jest kontrowersyjna; mówmy o tym, że żłobki i przedszkola są dostępne głównie dla rodziców zamożniejszych; mówmy o tym, że wiele kobiet nie podejmuje pracy zawodowej nie ze względu na to, że ma dwójkę czy trójkę dzieci, ale dlatego, że musi opiekować się chorą bliską osobą, bo brakuje domów opieki społecznej”.

Odnosząc się do reformy emerytalnej, której propozycja została oparta także na wnioskach ekspertów przedstawionych podczas Kongresu, stwierdziła, że „to ważny głos w poważnej debacie politycznej, jaka dzisiaj ma miejsce, bo również tutaj zaczyna się nasze jutro”.

Wystąpienie Pana dr. Michała Boniego Ministra Administracji i Cyfryzacji – w imieniu Prezesa Rady Ministrów Pana Donalda Tuska

Pan Minister Michał Boni w imieniu Premiera Rzeczypospolitej Polskiej Pana Donalda Tuska przekazał uczestnikom II Kongresu Demograficznego wyrazy uznania za wszystkie prace przygotowawcze do Kongresu, za wkład merytoryczny i opracowania.

Obiecał przekazać rekomendacje z Kongresu, wnioski z prac różnych grup i rekomendacje RRL osobiście Panu Premierowi.

Podkreślił, iż Kongres jest dobrą okazją do tego, żeby o wyzwaniach demograficznych rozmawiać w dłuższym horyzoncie czasu, ale głównie o kontekście tych wyzwań, dlatego że jest to dziś jedna z kluczowych kwestii.

Przytoczył główne tezy Raportu *Polska 2030* (2009 r.), w którym jedno z głównych wyzwań dotyczyło właśnie sytuacji demograficznej. „Dylemat, jaki wtedy został sformułowany, brzmiał: *wykorzystanie potencjału wynikającego ze zwiększenia się długości trwania życia versus kosztowne społeczno-ekonomiczne skutki zmian w sferze struktury wieku*. Jesteśmy w toku gorącej dyskusji na temat wieku emerytalnego. Problematyka demograficzna zmieniającego się świata jest bardzo ważna również w tym kontekście”.

Prof. dr hab. Janusz Witkowski, Prezes Głównego Urzędu Statystycznego *Sytuacja demograficzna Polski w świetle wyników Narodowego Spisu ludności i Mieszkań 2011*

Pan Prof. dr hab. Janusz Witkowski, Prezes Głównego Urzędu Statystycznego, przedstawił pierwsze wyniki Spisu NSP 2011 i na ich tle omówił aktualną sytuację demograficzną Polski, opierając się na następujących тезach:

1. Spis ludności jako główne źródło danych o ludności w szczególności właściwości strukturalnych jednostek i charakterystyki zespołów ludzkich: gospodarstw domowych, rodzin.

2. Wyniki NSP 2011 pokazują, że liczba ludności Polski nadal się zwiększa, chociaż w tempie znacznie słabszym niż w poprzednich dekadach. Według stanu w dniu 31 marca 2011 roku liczba ludności faktycznej wyniosła 38,5 mln i była wyższa o 271 tys. w porównaniu z wynikami poprzedniego spisu w 2002 roku.

3. Ludność Polski podlega procesowi feminizacji, co oznacza, że przybywa więcej kobiet niż mężczyzn i powiększa się ilościowa (liczbowa) relacja kobiet w porównaniu z liczbą mężczyzn. Współczynnik feminizacji zwiększył się i aktualnie na 100 mężczyzn przypada prawie 109 kobiet.

4. W okresie między spisami zmniejszyła się liczba ludności mieszkającej w miastach do 23 169 tys., a zwiększyła się liczba ludności wiejskiej i wynosi obecnie

15 332 tys. Tym samym wyhamowany został proces urbanizacji, a więc odsetek ludności mieszkającej w miastach jest obecnie mniejszy niż w 2002 roku. Nadal jednak większość ludności Polski mieszka w miastach (60,2% wobec 61,8% w 2002 roku).

5. W Polsce wystąpiły bardzo duże (głębokie) zmiany w strukturze ludności według wieku i to zarówno w podziale na ekonomiczne grupy wieku, jak i w przekroju bardziej szczegółowych (pięcioletnich) grup wieku. Maleje liczba i odsetek dzieci i młodzieży (wiek przedprodukcyjny), a systematycznie zwiększa się liczba i odsetek osób w wieku poprodukcyjnym. Zwiększyła się także liczba i odsetek ludności w wieku produkcyjnym. Generalnie ma miejsce proces starzenia się społeczeństwa polskiego.

6. Możemy stwierdzić, że w ostatniej dekadzie dokonał się skok cywilizacyjny (zasadniczy przełom) w poziomie wykształcenia społeczeństwa polskiego (ludności Polski). W szczególności dotyczy to ludności z wyższym wykształceniem, której udział zwiększył się z 9,9% w 2002 roku do 16,8% w 2011 (w odniesieniu do ludności w wieku 13 lat i więcej). Przeciętnie wyższy poziom wykształcenia charakteryzuje kobiety oraz mieszkańców miast.

7. Zdecydowana większość ludności Polski deklaruje narodowość polską (około 94%). Pozostała część ludności utożsamia się z wieloma grupami (społecznościami) narodowo-etnicznymi. Najliczniej wśród nich są reprezentowane tożsamości śląska, kaszubska i niemiecka, a dalej ukraińska i białoruska.

8. Nadal występują przestrzenne różnice w sytuacji demograficznej ludności Polski. Mamy do czynienia z regionami (województwami) o zróżnicowanej dynamice rozwoju ludnościowego i różnych właściwościach strukturalnych ludności tych regionów; dotyczy to poziomu feminizacji, struktury ludności według wieku, a także rozmiarów emigracji.

9. Po raz pierwszy na podstawie spisu ludności 2011 pojawiła się możliwość wyodrębnienia – oprócz ludności faktycznej – także kategorii ludności rezydującej. Z uwagi na fakt, że obecnie Polska jest krajem emigracyjnym (według danych spisu 1940 tys. Polaków przebywa za granicą powyżej 3 miesięcy), w tym dość liczna grupa osób przebywa za granicą przynajmniej 12 miesięcy (co najmniej 65% emigrantów), liczba ludności rezydującej wynosi ponad 37,2 mln, a więc jest mniejsza o 1257 tys. od ludności faktycznej.

Prof. dr hab. Janina Józwiak, Dyrektor Instytutu Statystyki i Demografii SGH ***Czy w świetle badań naukowych możliwa jest odnowa demograficzna Polski?***

Pani Prof. dr hab. Janina Józwiak przedstawiła referat według następujących tez:

1. Odnowa demograficzna, rozumiana jako wzrost liczby dzieci i ludzi młodych, jest niewątpliwie pożądana, a nawet konieczna nie tylko z powodów ekonomicznych (odmłodzenie i zwiększenie zasobów siły roboczej), ale też (a może przede wszystkim) z powodów społecznych i z powodu postępującego zakłócenia liczbowych relacji pomiędzy kolejnymi generacjami zarówno na poziomie całej populacji, jak i w rodzinie. Z pewnością też istnieje przestrzeń dla podwyższenia liczby urodzeń, bowiem zarówno w Polsce, jak w innych krajach europejskich występuje tzw. *luka dzietności* wyrażająca się tym, że planowana przez młodych ludzi liczba dzieci jest wyższa niż ta, którą

– w wyniku konfrontacji swoich planów rodzinnych z realiami życia – ostatecznie decydują się mieć.

2. Długookresowe mechanizmy dynamiki urodzeń powodują, że niekorzystne trendy dzietności są niezwykle trudne do odwrócenia. Spowodowane niską liczbą urodzeń zmiany w strukturze wieku mogą w długim okresie owocować tzw. „ujemnym momentum wzrostu” czyli trudno odwracalnym spadkiem liczby ludności; może też wystąpić tzw. *pułapka niskiej dzietności*.

3. W Polsce niepokojąco długo poziom dzietności nie tylko nie gwarantuje prostej zastępowalności pokoleń, ale utrzymuje się blisko progu skrajnie niskiej dzietności (wynoszącego 1,3 dziecka rodzonego średnio przez kobietę w ciągu jej życia), co zagraża procesowi odtwarzania populacji. Co więcej, według prognozy GUS do 2035 roku, w której zakłada się łagodny wzrost dzietności, liczba urodzeń i tak będzie nieprzerwanie spadać, powodując pogłębienie się aktualnej sytuacji. Także kohortowe współczynniki dzietności pokazują, że już generacja kobiet urodzonych w połowie lat 60. cechowała się dzietnością nieco poniżej zastępowalności pokoleń, zaś generacje młodsze i najmłodsze zaczynają od znacznie niższego poziomu. Właśnie wobec tych najmłodszych generacji, które będą rodić dzieci w starszym wieku niż generacje wcześniejsze, należałoby podjąć natychmiastowe działania zmierzające do ułatwienia realizacji ich planów rodzinnych (wziąwszy pod uwagę wspomnianą *lukę dzietności*), żeby zahamować (lub tylko złagodzić) nieuchronne za 20 kilka lat echo aktualnego niżu urodzeniowego.

4. Najważniejszymi charakterystykami różnicującymi wzorce dzietności kobiet jest ich poziom wykształcenia i pozycja na rynku pracy (aktywność zawodowa). Trzeba podkreślić, że w Polsce nastąpiła radykalna zmiana struktury wykształcenia matek – aktualnie największy udział wśród kobiet rodzących dzieci mają kobiety z wyższym wykształceniem (ok. 40%), równocześnie jednak dotyczy ich niższa niż u pozostałych kobiet kolejność urodzenia, wynosząca 1,5 – to oznacza, że rzadziej decydują się na posiadanie drugiego lub kolejnego dziecka. Podobnie, kobiety pracujące z wyższym wykształceniem częściej decydują się na pierwsze dziecko niż niepracujące, ale w przypadku kolejnego dziecka jest odwrotnie. Oznacza to tyle, że te kobiety powinny być szczególnym adresem narzędzi polityki na rzecz rodziny, w dużym stopniu bowiem od nich będzie zależała demograficzna przyszłość Polski.

5. Niewątpliwie, trudności w godzeniu obowiązków rodzinnych z pracą zawodową (większe w przypadku kobiet niż mężczyzn) są istotnym czynnikiem wpływającym na proces tworzenia rodziny i znacząco ograniczającym decyzje co do posiadania (kolejnego) dziecka. Szczególnie trudny jest początkowy okres dorosłości (zakończenia edukacji, rozpoczęcia pracy, założenia rodziny) zwany przez demografów *życiowymi godzinami szczytu*, kiedy to „inwestowanie” w rozwój rodziny zbiega się z inwestowaniem w karierę zawodową, tworząc silne napięcia pomiędzy tymi dwiema życiowo ważnymi aktywnościami młodych ludzi. Zmniejszenie tego napięcia powinno być głównym celem sprzyjającej rodzinie polityki ludnościowej. Może, a nawet powinna ona być realizowana za pomocą zróżnicowanych narzędzi, takich jak rozbudowa instytucjonalnej opieki nad małymi dziećmi, ułatwienia powrotu do pracy dla kobiet po urodzeniu dziecka, elastyczne formy pracy dla rodziców itp. Tylko przemyślana, zinte-

growana i konsekwentna polityka wspierająca rodziny może być remedium na niekorzystne trendy dzietności i środkiem do odnowy demograficznej Polski. A ta odnowa, choć trudna, jest konieczna i działania na jej rzecz powinny zostać podjęte już teraz.

Prof. dr hab. Elżbieta Mączyńska, Prezes Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego
Ekonomiczne konsekwencje przemian demograficznych w kontekście przełomu cywilizacyjnego

Pani Prof. dr hab. Elżbieta Mączyńska przedstawiła i omówiła szczegółowo główne tezy referatu, a mianowicie:

1. Tektonika siłą demografii

Problemy demograficzne, w tym szybki przyrost ludności w najbiedniejszych krajach, wzrost mobilności, nomadyzm i starzenie się społeczeństw bogatych, zaliczane są do jednego z głównych głęboko *naruszonej równowagi*. Naruszenie to wywoływane jest zaś przez równoczesne „tektoniczne” ruchy podskórnych sił przemian. W okresach naruszonej równowagi teorie, ideologie i technologie nie pasują do siebie. „Stare dobrze ugruntowane systemy społeczne muszą zwykle ponieść wyraźną porażkę, zanim będzie możliwe ich przystosowanie do nowego środowiska. Bez widocznej porażki większość umysłów pozostaje zamknięta”¹.

2. Trzy najtrudniejsze problemy

Demografia zajmuje jedno z czołowych – obok m.in. bezrobocia i deficytu finansów publicznych – miejsc w rankingu najtrudniejszych problemów społeczno-ekonomicznych nie tylko Polski, ale i świata. Nawiązując metaforycznie do filozoficznego wiersza Wisławy Szymborskiej *Trzy słowa najdziwniejsze* – demografię, bezrobocie i deficyt – można uznać nie tylko za najdziwniejsze, ale i najtrudniejsze „słowa”/ /problemy². Czyż bowiem nie jest dziwne, że współczesny, nafaszerowany wiedzą i technologiami informacyjnymi świat nie może sobie poradzić z tak starymi, znanymi niemalże od zarania gospodarki rynkowej, problemami. Wciąż nie chcą one „odejść do przeszłości”. Deficyty finansów publicznych to nasilające się zjawisko, wyniszczające całe kraje, zagrażające światu. Z bezrobociem nie radzi sobie w pełni żaden kraj i stanowi ono swego rodzaju dżumę współczesności, dotyczącą w wymiarze światowym niemalże 1 mld osób. Zaś kwestie demograficzne, wymagające z natury podejścia długookresowego, są szczególnie narażone na wszelkie dysfunkcje, związane z syndromem cyklu wyborczego i z tak charakterystycznym dla nowoczesnego świata cywilizacji wiedzy, zjawiskiem *shorttermizmu*, ze szkodliwą społecznie tendencją do marginalizacji refleksji i wyobraźni, wizji prognostycznej. Mimo dzielących ekonomistów różnic poglądów na temat polityki demograficznej są oni zgodni co do tego, że wśród

¹ L.C. Thurow, *Przyszłość kapitalizmu: jak dzisiejsze siły ekonomiczne kształtują świat jutra*, Wrocław, Wydawnictwo Dolnośląskie, 1999, s. 22. Nawiązaniem do tej koncepcji jest zawarty w książce Roubiniego i Mihma rozdział *Tektonika płyt* i rozdz. pt. *Wszystko w rozpadzie*, N. Roubini, S. Mihm, op.cit. s. 84–141.

² W. Szymborska: *Trzy słowa najdziwniejsze*: Kiedy wymawiam słowo Przyszłość, pierwsza sylaba odchodzi już do przeszłości. Kiedy wymawiam słowa Cisza, niszczy ją. Kiedy wymawiam słowo Nic, stwarzam coś, co nie mieści się w żadnym niebycie.

cywilizacyjnych zagrożeń na czołowym miejscu sytuują się z jednej strony zagrożenia wynikające z niebywale szybkiego wzrostu liczby ludności świata, a z drugiej, narastający dynamizm procesu starzenia się społeczeństw w krajach wysoko rozwiniętych. Przekłada się to niekorzystnie na perspektywy harmonijnego rozwoju gospodarczego, a zarazem to właśnie wzrost gospodarczy jest jednym z ważniejszych czynników determinujących procesy demograficzne, tak bardzo różne w krajach biednych i bogatych. Wskazuje to na złożoność, zawilóść tego problemu³.

3. Holistyczno-prognostyczny wymiar problemów demograficznych

Między rozwojem społeczno-gospodarczym a demografią występują wielce złożone sprzężenia zwrotne, niepoddające się łatwo kompleksowej ocenie. Poprzestanie na ocenach ilościowych, bez pogłębionej, holistycznej analizy jakościowej może prowadzić do nieuprawnionych wniosków, skutkujących kosztownymi błędami w polityce społeczno-gospodarczej. Wyjątkowo dobrze przystaje tu Einsteińska maksyma, że „nie wszystko, co się liczy, jest policzalne i nie wszystko, co jest policzalne, się liczy”. Dlatego obok analiz ilościowych niezbędne są pogłębione, holistyczne analizy jakościowe z uwzględnieniem rachunku kosztów i efektów zewnętrznych *externalities* i długookresowej perspektywy. Nie można zatem twierdzić, że skoro liczba ludności w skali światowej dynamicznie rośnie, to tym samym problemy demograficzne krajów i regionów o zmniejszającej się liczbie ludności (a do takich krajów należy Polska) rozwiążą się same. Jeśli nawet mogłoby do tego dojść w jakiejś bliżej nieokreślonej „dłuższej perspektywie”, co jednak nie jest pewne, to z pewnością na taki automatyzm nie można liczyć w najbliższych kilku dekadach. Stąd potrzeba długookresowej, konsekwentnej, wolnej od presji cyklu wyborczego, polityki demograficznej. W zależności bowiem od jej kierunków i efektywności, czy zaniechania, sprzężenia zwrotne między demografią a wzrostem i rozwojem społeczno-gospodarczym mogą przynosić wysoce dodatnie efekty synergiczne, generowane przez kapitał ludzki lub też mogą skutkować synergią ujemną, poprzez np. rosnące bezrobocie i narastanie deficytu finansów publicznych (m.in. wskutek niekorzystnej struktury demograficznej, w której rośnie udział osób w wieku poprodukcyjnym). Rodzaj, skalę i wymiar synergii determinuje wiele powiązanych ze sobą czynników, nie tylko ilościowych (jak struktura wiekowa ludności, struktura wykształcenia, aktywność zawodowa, inwestycje i ich struktura i inne), ale i jakościowych (jak poziom edukacji, kwalifikacji, czynniki kulturowe, w tym kultura polityczna i inne).

4. Zasadność priorytetu dla polityki demograficznej

Znaczną część współczesnych dysfunkcji w życiu społeczno-gospodarczym można w istotnej mierze uznać za pochodną niewłaściwej polityki demograficznej i zaniechań, zaniechań w tym obszarze. Uzasadniałoby to nadanie polityce demograficznej priorytetowego charakteru. W praktyce jednak presja cyklu wyborczego sprawia, że nierzadko kwestie demograficzne spychane są na margines polityki makroekonomicznej. Przekłada się to na wymiar budżetowy i „resztkówkowe” traktowanie nakładów

³ Kwestie te są m.in. omawiane w Biuletynie nr 55 Rządowej Rady Ludnościowej, Warszawa, 2010 oraz w: *Problemy demograficzne Polski i ich skutki ekonomiczne*, Raport z pierwszego posiedzenia Narodowej Rady Rozwoju, Kancelaria Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, Warszawa 2010.

ukierunkowanych na poprawę sytuacji demograficznej. Prowadzi to do syndromu diabelskiego kręgu, w którym deficyt publiczny generowany jest przez bezrobocie i niekorzystną sytuację demograficzną, a zarazem barierą poprawy sytuacji demograficznej jest właśnie deficyt finansów publicznych (brak bowiem środków na inwestycje demograficzne, edukacyjne i inne ukierunkowane na rozwój kapitału ludzkiego).

5. *Ramy ustrojowe*

Ranga polityki demograficznej wiąże się z kierunkami rozwiązań kształtujących ramy ustroju społeczno-gospodarczego. Polityce demograficznej nie sprzyja neoliberalny model kapitalizmu. Podstawowym, brakującym i uwydatnionym spektakularnie poprzez Kryzys Globalny koncepcyjnym składnikiem w doktrynie neoliberalnej jest bowiem kwestia przyszłości. Charakterystyczny dla systemów neoliberalnych priorytet dla *krótkiego zysku*, bez względu na następstwa długookresowe, jest katalizatorem zjawisk kryzysowych. Przestrzegał przed tym już przed wieloma laty m.in. Lester Thurow w książce *Przyszłość kapitalizmu*: „Dokładnie w momencie, kiedy sukces gospodarczy wymaga dłuższych horyzontów czasowych, szeroka gama czynników prowadzi do krótszych horyzontów czasowych”⁴.

6. *Potrzeba futurologicznej refleksji*

W odniesieniu do problematyki demograficznej trudno przecenić wagę refleksji futurologicznej. Mimo że fukuyamowska teza o końcu historii (czyli uznaniu neoliberalnej formy kapitalizmu za model ostateczny i niezastępowalny) oraz doktryna neoliberalna z założenia marginalizują refleksję futurologiczną, pozostawiając przyszłość do uregulowania przez mechanizm wolnego rynku, to obecnie – wobec niezwykle złożonych problemów świata – potrzeba myślenia o przyszłości i działań na jej rzecz oraz potrzeba kultury myślenia strategicznego jest coraz powszechniej uznawana. Neoliberalistyczne, ignorujące doświadczenie historyczne, przekonanie o niezawodności, nieomylności i efektywności wolnego rynku oraz jego mechanizmów, a także neoliberalne przekonanie o możliwości marginalizowania roli państwa i sprowadzania go do roli „stróża nocnego” jest obecnie weryfikowane i korygowane przede wszystkim pod naciskiem wymowy globalnych, kryzysowych doświadczeń ostatnich lat.

7. *Technologie informacyjne katalizatorem racjonalizujących przemian*

Internet i technologie informacyjne umożliwiają uruchamianie wciąż jeszcze nie wykorzystywanych należycie wielkich rezerw kapitału społecznego i przeciwdziałanie marnotrawstwu potencjału ludzkiego i niedorozwojowi *ekonomii starości*. Technologie te tworzą *onlajnowe* warunki kreowania nowych obszarów oraz form działalności i współpracy w różnych sferach życia (gospodarczego, politycznego i społecznego) i warunki sprzyjające racjonalizacji podejmowania decyzji w tych obszarach. Przełom technologiczny, jaki dokonuje się w wyniku Internetu, przekłada się na potencjał przemian ustrojowych i przemian w polityce społeczno-gospodarczej, w tym demograficznej. Pozostaje zatem wielkim wyzwaniem dla rządzących, aby ten potencjał w pełni wykorzystać we wspieraniu i stymulowaniu rozwoju społecznego.

⁴ L.C. Thurow, *Przyszłość kapitalizmu. Jak dzisiejsze siły ekonomiczne kształtują świat jutra*, Wydawnictwo Dolnośląskie, Wrocław 1999, s. 383.

Prof. dr hab. Zbigniew Strzelecki, Przewodniczący Rządowej Rady Ludnościowej ***Założenia polityki ludnościowej Polski***

U podstaw podjęcia prac nad założeniami polityki ludnościowej w Polsce leżą analizy procesów demograficznych oraz ich potencjalnych skutków społecznych i ekonomicznych. Procesy takie jak: tworzenie się i rozpad rodzin oraz gospodarstw domowych, płodność, umieralność, migracje zachodzące w Polsce na przełomie wieków i w pierwszej dekadzie XXI wieku podlegają dynamicznym zmianom. Następują przekształcenia wzorców tworzenia rodzin, postaw i zachowań prokreacyjnych.

Utrwała się tendencja spadkowa współczynnika zastępowalności pokoleń, a deficyt międzygeneracyjny w urodzeniach stanowi około 30% (RRL 2009–2010). Wynika to z kształtowania się wzorca rozrodczości opartego na następujących tendencjach: dominacji urodzeń pierwszych i drugich, kosztem urodzeń dalszej kolejności; przesunięcie maksymalnego poziomu płodności z grupy kobiet w wieku 20–24 lata do grupy kobiet 25–29-letnich i utrzymywanie się wyższego poziomu średniego wieku kobiet w chwili rodzenia dzieci.

Obserwujemy systematyczne wydłużanie się życia ludzkiego. W 2010 roku noworodek płci męskiej miał przed sobą średnio 72,1 lat życia, noworodek płci żeńskiej – 80,6. Jest to wynikiem spadku umieralności niemowląt oraz spadku umieralności osób dorosłych, w tym osób starszych. Jednocześnie obserwuje się niezadowalający postęp w ograniczaniu zachorowań i umieralności na szereg chorób tzw. cywilizacyjnych.

Zgodnie z założeniami prognozy ludności opracowanej przez GUS w 2008 roku na lata 2008–2035 przewidziano, że zmniejszać się będzie liczba ludności Polski: z 38,2 mln w 2010 r. do 36 mln w 2035 r. Największy ubytek ludności będzie miał miejsce – w ostatnim dziesięcioleciu prognozy (2026–2035). W całym okresie objętym prognozą proces ten będzie dotyczył głównie miast (udział tej ludności zmaleje z 61% do 58,9%).

Lata prognozy – to okres przyspieszonego procesu starzenia się ludności Polski: liczba ludności w najstarszej grupie wieku 75 lat i więcej wzrośnie z 2449,1 tys. do 4493,9 tys., a jej udział w populacji z 6,4% do 12,5%.

Zmiany struktury ludności według ekonomicznych i biologicznych grup wieku zapoczątkowane w latach 1988–2010 będą polegały na:

- a) dalszym wzroście udziału osób w wieku poprodukcyjnym w ludności ogółem, przy jednoczesnym zmniejszaniu się udziału ludności w wieku przedprodukcyjnym,
- b) silnym wzroście populacji osób starszych, któremu towarzyszyć będzie stałe zmniejszanie się populacji dzieci do lat 14.

Od 2021 r. zmniejszy się liczba ludności w wieku produkcyjnym. Obciążenie demograficzne ludności w wieku produkcyjnym ludnością w wieku nieprodukcyjnym wzrośnie znacząco: współczynnik obciążenia demograficznego na 100 osób w wieku nieprodukcyjnym wzrośnie w latach 2010–2035 z 55 do 74.

Z inicjatywy Rządowej Rady Ludnościowej w 2004 roku został opracowany dokument *Założenia programu polityki ludnościowej w Polsce*, który jest wynikiem prac nad jego aktualizacją i weryfikacją. Potrzeba weryfikacji wynika z analizy przebiegu procesów demograficznych i ich rzeczywistych i potencjalnych skutków oraz koniecz-

ności intensyfikacji działań mogących zahamować przedstawione wyżej niekorzystne zjawiska w procesach demograficznych. Przebieg tych procesów następuje w zmienionych – w stosunku do 2004 roku – warunkach społeczno-gospodarczych (wejście do Unii Europejskiej, kryzys ekonomiczny, dążenie do przebudowy systemu finansów publicznych, itp.), politycznych i kulturowych.

W celu stworzenia możliwości kontynuowania realizacji przyjętych wówczas celów i kierunków działań zaakceptowano większość założeń, na których opierał się poprzedni dokument. Uwzględniono nowe lub zmodyfikowane priorytety, cele szczegółowe (cele do osiągnięcia) i rozwiązania szczegółowe pozwalające na realizację założonych celów. Dokument wzbogacono o wskazania podmiotów odpowiedzialnych (zaangażowanych) za realizację poszczególnych celów oraz potencjalne źródła finansowania planowanych przedsięwzięć.

„Założenia programu polityki ludnościowej” wyznaczają kierunki działań, niezbędnych do osiągnięcia przyjętych celów. Obejmują zarówno kierunki, które są już przyjęte i znajdują się w różnych fazach operacjonalizacji, jak i kierunki nowe, niezbędne do realizacji poszczególnych celów. Ich realizacja nie zawsze jest możliwa w obecnej sytuacji ekonomicznej kraju. Uznanie ich natomiast za uzasadnione pozwoli na określenie działań możliwych do realizacji etapowo lub w dalszej perspektywie.

W *Założeniach* przyjęto, że:

polityka ludnościowa jest to celowe, długofalowe oddziaływanie państwa i innych podmiotów publicznych i niepublicznych na przebieg procesów ruchu naturalnego i wędrownego ludności służące ukształtowaniu pożądanego stanu i struktury ludności, przez tworzenie warunków społecznych, ekonomicznych i politycznych korzystnych dla przebiegu procesów demograficznych zapewniających biologiczne przetrwanie narodu i zrównoważony rozwój społeczno-ekonomiczny.

Przyjęcie tej definicji oznacza, że:

- Głównym celem polityki ludnościowej jest oddziaływanie na procesy związane z tworzeniem się i funkcjonowaniem rodzin, rozrodczością, 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;
- Do osiągnięcia tych celów powinny być wykorzystane wszystkie środki i metody stosowane w polityce społecznej i gospodarczej państwa. Tak szerokie traktowanie polityki ludnościowej wynika z analizy wzajemnych relacji między uwarunkowaniami zrównoważonego rozwoju społeczno-ekonomicznego a procesami demograficznymi;
- 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 (lokalne), odpowiedzialne za poszczególne obszary działań;
- Podmiotami realizującymi cele polityki ludnościowej powinny być również: organizacje pozarządowe, kościoły różnych wyznań, związki zawodowe, organizacje pracodawców, a w określonym zakresie również podmioty gospodarcze (pracodaw-

cy). Włączenie wielu podmiotów w realizację celów polityki ludnościowej umożliwia większą elastyczność działania i dostosowania środków do osiągnięcia zamierzonego celu.

Za główne CELE POLITYKI LUDNOŚCIOWEJ w Polsce uznaje się:

CEL I. Tworzenie warunków sprzyjających powstawaniu rodzin, przede wszystkim poprzez zawieranie małżeństw i realizację planów prokreacyjnych

CEL II. Tworzenie warunków sprzyjających integracji w starzejącym się społeczeństwie – zmniejszenie skali zagrożenia wykluczeniem społecznym ludzi starszych, niesamodzielnych i niepełnosprawnych

CEL III. Poprawa stanu zdrowia ludności i ograniczanie umieralności

CEL IV. Określenie kierunków i zasad polityki migracyjnej polski w dobie integracji europejskiej

Przesłanie Arcybiskupa Józefa Kowalczyka, Metropolity Gnieźnieńskiego, Prymasa Polski do organizatorów i uczestników II Kongresu Demograficznego w Polsce

Prymas Polski Arcybiskup Józef Kowalczyk w przesłaniu pozdrowił serdecznie organizatorów Kongresu i wszystkich jego uczestników, życząc zarazem rzeczowych, merytorycznych dyskusji nad aktualnymi problemami uwarunkowań i skutków rozwoju demograficznego.

Celem II Kongresu Demograficznego jest, między innymi, poszukiwanie działań zaradczych w związku z poważnym zagrożeniem rozwoju ludnościowego kraju. Zadanie to wynika także z postanowień I Kongresu Demograficznego, który odbył się w latach 2001–2002.

„Kiedy pochylamy się nad tajemnicą istnienia ludzkiego i powołania życiowego, z całą pewnością odczytujemy w niej wezwanie człowieka do rozwoju, także w znaczeniu ilościowego wzrostu populacji. Znamy biblijny zapis: *Płodni bądźcie i mnożcie się, napełniajcie ziemię i ujarzmiajcie ją (Rdz. 1, 28)*. Widząc dzisiaj całe spektrum zagrożeń dla realizacji tego powołania, dotykamy tzw. kwestii demograficznej, którą Kościół jest zainteresowany z racji swojej misji. Jest to misja szczególna, gdyż odnosi się do etycznego aspektu tej kwestii. Dziś już z całą wyrazistością dostrzegamy, że przewycięzanie aktualnych problemów w dziedzinie demografii nie może ograniczyć się do rozwiązań czysto technicznych, ale zdecydowanie domaga się przestrzegania porządku moralnego. Kwestia demograficzna wpisuje się w całość katolickiej doktryny moralnej, głównie w naukę o ludzkiej płciowości i powołaniu rodziny, a także o sensie życia społecznego i roli władz publicznych”.

Drugie Posiedzenie Sesji Inauguracyjnej II Kongresu Demograficznego

W tym samym dniu 22 marca 2012 r. po południu została przeprowadzona sesja druga poświęcona doświadczeniom krajów Unii Europejskiej w kształtowaniu polityki ludnościowej, na której przedstawiciele 7 krajów i instytucji Unii Europejskiej wygłosili referaty.

II. DOŚWIADCZENIA KRAJÓW UNII EUROPEJSKIEJ W KSZTAŁTOWANIU POLITYKI LUDNOŚCIOWEJ

Moderator:

Dr hab. Maciej Duszczyk – Wicedyrektor Instytutu Polityki Społecznej Uniwersytetu Warszawskiego

Czy istnieje efektywna polityka ludnościowa?

Analiza polityk ludnościowych realizowanych przez państwa członkowskie Unii Europejskiej pokazuje, że nie został wypracowany model zapewniający jej sukces. Jednocześnie w *Zielonej Księdze* nt. zmian demograficznych opublikowanej w 2005 r. pokazano jasno wyzwania, przed jakimi stoimy. Polska nie jest tutaj wyjątkiem. Obecnie co prawda należymy do państw relatywnie młodych, zmieni się to jednak radykalnie już po roku 2015 i w roku 2030 staniemy się jednym z demograficznie najstarszych społeczeństw europejskich. Należy również pamiętać o negatywnym bilansie migracyjnym, co dodatkowo wpływa na sytuację ludnościową w Polsce.

W związku z tym powstaje pytanie, czy jesteśmy w stanie zaproponować nowe podejście do polityki ludnościowej, które z jednej strony zostałyby zaakceptowane przez społeczeństwa, a z drugiej mogłyby być realnie wprowadzone bez zagrożenia finansów państwa? Debaty, jakie toczą się w Europie na temat podnoszenia wieku emerytalnego, przyspieszania okresu wchodzenia do systemu edukacji powszechnej, skracania czasu studiów, polityki imigracyjnej oraz realnych instrumentów wsparcia dla rodzin z dziećmi, prowadzą do konkluzji, że będzie to niezmiernie trudne. Polityki ludnościowej nie udało się wyprowadzić z bieżącego konfliktu politycznego, co dodatkowo komplikuje dyskusję na argumenty, a poszczególne działania stają się zakładnikami strategii poszczególnych partii politycznych. Polska próbuje odpowiedzieć na wyzwania demograficzne. Podniesienie i zrównanie wieku przechodzenia na emeryturę przez kobiety i mężczyzn czy obniżenie wieku rozpoczęcia nauki w szkole są krokami w dobrym kierunku. Potrzeba jednak o wiele więcej. Dlatego tak ważna jest wymiana doświadczeń; będzie temu służyć dyskusja w czasie II Kongresu Demograficznego. Powinien on być ważnym wydarzeniem, które będzie służyć wypracowaniu konsensusu między wszystkimi aktorami odgrywającymi istotne role w polityce ludnościowej.

Paneliści:

Prof. David Coleman – Uniwersytet Oksfordzki, Oksford, Wielka Brytania

Polityka demograficzna w Wielkiej Brytanii – niewiele nowego

Wielka Brytania nie jest odpowiednim modelem lub przykładem dla tej konferencji dotyczącej polityki ludnościowej. Jeśli chodzi o działania skierowane na zwiększenie wskaźnika dzietności i urodzeń, Wielka Brytania prawie nie prowadzi polityki ludnościowej i nigdy jej nie prowadziła. Warto natomiast zaprezentować inne rodzaje brytyjskiej polityki społecznej. Są to polityki: pomocy rodzinie, zdrowia, rynku pracy, które tak jak we wszystkich krajach mogą mieć wpływ na motywację do zawierania małżeństw oraz prokreację, choć niekoniecznie jest to ich celem. Jednak do tej pory najważniejszymi politykami są te związane z imigracją. W obu przypadkach sytuacja

i polityka występujące w Wielkiej Brytanii są zupełnie inne niż te rozwijane lub uznawane za odpowiednie w Polsce i innych krajach Europy Środkowej i Wschodniej, które mają niski przyrost naturalny i niewielkie problemy z imigracją.

Przed II wojną światową i krótko po niej obowiązująca polityka ludnościowa dotyczyła emigracji. Od XVI wieku Anglia, a w późniejszym czasie Wielka Brytania wysłała o wiele więcej ludzi za granicę niż przyjęła imigrantów. Namawiano do emigracji, która chociaż nigdy nie została uregulowana, przynosiła zmniejszanie ubóstwa, wzmacniała kontakty z zamorskimi dominiami i koloniami, zachęcała do handlu i obrony Imperium. Mimo że emigracja netto obywateli Wielkiej Brytanii trwa do dnia dzisiejszego, nie była ona w sposób zorganizowany wspierana do końca lat 50. XX wieku.

Od tamtego czasu nowa imigracja spoza Europy, głównie z byłych kolonii w Azji, Afryce oraz Indiach Zachodnich, a później z całej reszty świata, znacznie wzrosła. Nie było to planowane ani zamierzone. Od 1962 r. napotykała ona stopniowo ograniczającą ją kontrolę w celu ochrony krajowego rynku pracy i zmniejszenia napięć etnicznych. Od 1997 r. nowy rząd Partii Pracy zarzucił polityczne porozumienie dotyczące ograniczenia imigracji i przyjął pozytywną politykę migracyjną na podstawie jej przewidywanych korzyści ekonomicznych i społecznych oraz z powodów politycznych. Mimo że polityka ta nie była – jak się wydaje – propagowana z powodów demograficznych, jej efekty miały szybko przyspieszyć wzrost ludności oraz liczby ludności obcego pochodzenia w Wielkiej Brytanii. Oficjalne prognozy wskazują na wzrost ludności Wielkiej Brytanii z 63 mln obecnie do 77 mln w perspektywie 2050 r. (przy ciągłym wzroście), głównie jako bezpośrednie i pośrednie konsekwencje zwiększonego napływu imigrantów. Wszystko to okazało się niepopularne i imigracja stała się istotnym – w pewnym sensie najistotniejszym punktem wyborów w 2010 roku. Wpłynęło to również na powrót do władzy koalicji Partii Konserwatystów i Liberalnych Demokratów, obiecujących zredukowanie imigracji z „setek tysięcy do dziesiątków tysięcy”. Dyskutowano również na temat zatrzymania wzrostu liczby ludności poniżej 70 mln. Jest to jedyny cel związany z imigracją ogłoszony w Wielkiej Brytanii; mimo że niejasny, jest jedynym w historii proponowanym limitem, aczkolwiek półoficjalnie. Sukces tej polityki jest dyskusyjny.

Podobnie jak w innych krajach Europy Zachodniej postępujący spadek liczby urodzeń w latach 20. i 30. XX wieku do poziomu niższego niż obecnie wzbudził obawy dotyczące spadku liczby ludności oraz jej starzenia się. W odpowiedzi utworzono Królewską Komisję Ludnościową, która stała się propagatorem badań demograficznych. W odróżnieniu od innych krajów europejskich nie wprowadzono wyraźnej polityki pronatalistycznej *explicité*, ani nie zaproponowano żadnej innej w raporcie z 1946 roku. Rzeczywiście w momencie szczytowego wyżu demograficznego z lat 60. wzrost liczby ludności był uważany za zagrożenie, a komitet parlamentarny w 1971 r. zaproponował środki, które by go zahamowały. Jednakże od czasów wyżu poziom przyrostu naturalnego i wskaźnika urodzeń nie był tematem zainteresowania polityki. Od lat 70. współczynnik dzietności tylko na krótko spadł do poziomu sprzed wojny (w 1991 r.) i wynosił średnio około 1,8. Obecnie jest na poziomie 1,95, jednym z najwyższych w Europie. Zamiast tego polityka skupiła się na zmniejszeniu o połowę wysokiego poziomu wskaźnika urodzeń wśród nastoletnich matek (około 300/1000), najwyższego

w Europie Zachodniej i cztery razy wyższego od średniego wskaźnika w piętnastu krajach Unii Europejskiej. Współczynnik ten ostatnio nieco się obniżył, jednak rola polityki w tym spadku nie jest jasna.

Wielka Brytania, w przeciwieństwie do innych państw Europy Środkowej i Wschodniej, nie obawia się obecnie o poziom urodzeń i zamiast na polityce społecznej skupia się na potrzebie ograniczenia imigracji i – konsekwentnie – wzrostu liczby ludności na zatłoczonej wyspie.

Dr Anna D' Addio – OECD, Paryż, Francja

Wyzwania dla polityki krajów OECD spowodowane starzeniem się ludności

Główne kwestie poruszane w prezentacji dotyczą czynników starzenia się ludności: tendencji w zakresie płodności i przeciętnej długości życia.

Tendencje dotyczące współczynników dzietności w krajach OECD: podczas gdy współczynniki dzietności obniżyły się radykalnie w ostatnich dekadach we wszystkich krajach OECD, tempo tego spadku – oraz jego wielkość – różnią się w poszczególnych krajach. Wzrost współczynników dzietności w ostatnim okresie wskazuje jednak na to, że proces spadku zakończył się w coraz większej liczbie krajów – przed recesją gospodarczą. Odwrócenie się tendencji w zakresie dzietności wskazuje na zmianę relacji pomiędzy tendencjami związanymi z dzietnością a rozwojem gospodarczym, czego istotnym elementem jest wzrost zatrudnienia kobiet.

Wyższy poziom wykształcenia i zatrudnienia kobiet oraz zmiany w modelach tworzenia rodziny, to istotne powody zaistniałych zmian. Kobiety wykonujące pracę zarobkową, z wyższym wykształceniem i dochodami oraz kobiety niezamężne mają mniej dzieci niż pozostałe kobiety. Ponieważ ich udział w populacji zwiększył się, te czynniki przyczyniły się do obniżenia ogólnych współczynników dzietności. Gwałtownie zwiększyła się liczba urodzeń przez matki niezamężne, co doprowadziło do znacznego wzrostu udziału urodzeń pozamałżeńskich. Te przemiany zachowań związanych z posiadaniem dzieci można częściowo wytłumaczyć zmianami wartości wyznawanych przez poszczególne osoby w odniesieniu do rodziny i ról płci. Warto zauważyć, że kraje z najwyższymi współczynnikami dzietności – to te, w których istnieje więcej możliwości pogodzenia przez kobiety wychowania dzieci i pracy zawodowej (współczynniki dzietności są obecnie wyższe w krajach, w których poziom zatrudnienia kobiet jest wyższy).

Obszary polityki i instytucje rynku pracy, to główne czynniki służące do wyjaśnienia różnic w modelach dzietności pomiędzy poszczególnymi krajami, o wyższych poziomach PKB na mieszkańca. Każdy z głównych instrumentów polityki rodzinnej (płatny urlop, transfery finansowe i opieka nad dziećmi) przyczynia się do zwiększenia poziomu dzietności. Długość płatnego urlopu oraz wydatki na świadczenia urlopowe i związane z urodzeniem dziecka mają jednak bardzo niewielki wpływ w porównaniu do pozostałych świadczeń gotówkowych wypłacanych w późniejszych latach życia dziecka, a szczególnie w porównaniu do świadczeń w zakresie opieki dla dzieci nieletnich. Z kolei zwiększenie podaży świadczeń na rzecz opieki dla małych dzieci, co pomaga rodzicom pogodzić pracę i życie rodzinne, wydaje się bardziej skutecznym sposobem wspierania decyzji związanych z dzietnością w perspektywie długoterminowej

niż zapewnianie świadczeń krótkoterminowych w formie długiego okresu urlopowego oraz świadczeń pieniężnych po urodzeniu dziecka. Konfiguracja czynników, które doprowadziły do tego pozytywnego rezultatu, różni się w poszczególnych krajach, a ich „sukcesy” odzwierciedlają, przynajmniej częściowo, występowanie polityk i ustaleń, które przyczyniły się do obniżenia kosztów ponoszonych przez rodziny w związku z wychowywaniem dzieci: transfery bezpośrednie i ulgi podatkowe, ale również – co ważniejsze – inwestycje w edukację i placówki opieki, dostęp do różnorodnych możliwości opieki, przystępne ceny mieszkań, świadczenia urlopowe i mechanizmy rynku pracy, które nie dyskryminują kobiet za decyzję o posiadaniu dzieci oraz takie, które ułatwiają dzielenie obowiązków rodzinnych i pogodzenie pracy i życia rodzinnego przez młode pary. Ten sam zakres polityki może okazać się skuteczny w pozostałych krajach.

Przeciętna długość życia również wzrasta, zarówno w chwili urodzenia, jak i w późniejszych latach życia, co przyczynia się do zwiększenia obciążenia finansowego wydatków publicznych przeznaczonych na świadczenia dla osób starszych, a w szczególności w zakresie opieki zdrowotnej, opieki długoterminowej i świadczeń emerytalnych.

Jeżeli chodzi o emerytury, wiele krajów rozpoczęło reformy systemów emerytalnych, które często uwzględniają znaczne zmiany w warunkach kwalifikujących do dostępu do świadczeń emerytalnych (zob. OECD, 2012).

Starzenie się ludności jest więc istotnym wyzwaniem również dla solidarności międzypokoleniowej. Jeżeli solidarność międzypokoleniowa ulegnie załamaniu, wszyscy na tym ucierpią. Pierwszym wyzwaniem dla solidarności między pokoleniami jest dług publiczny. Łączny deficyt budżetowy krajów OECD jest szacowany na nieco poniżej 8% PKB w 2010 r. Przewiduje się, że dług sektora publicznego w 2011 r. będzie większy o średnio 30% PKB w stosunku do poziomu z 2007 r. Większa część obecnych deficytów to deficyty strukturalne, a nie cykliczne. W ramach obecnie obowiązującej polityki rządy nadal będą wydawać więcej niż uzyskują w formie przychodów, kiedy ożywienie gospodarcze ustabilizuje się. Bez podjęcia działań w kierunku naprawienia braku równowagi finansowej młodsze pokolenia zostaną pozostawione w sytuacji niemożliwej do opanowania.

Starzenie się ludności stanowi zagrożenie dla obecnego stanu finansów publicznych. Młodsze osoby zatrudnione borykają się ze znacznymi i ciągle zwiększającymi się obciążeniami podatkowymi związanymi z pokryciem wydatków na świadczenia emerytalne i zdrowotne. Choć reformy obniżyły wzrost wydatków, przewiduje się, że pomiędzy rokiem 2010 a 2050 wydatki na świadczenia emerytalne, zdrowotne i opiekę długoterminową będą wzrastać o 40% szybciej niż dochód narodowy. Aby pokryć koszty tych świadczeń, w 2050 r. prawdopodobnie potrzebne będzie dodatkowe 5–6% PKB.

Występują jednak również istotne przesunięcia w czasie i dotyczące środków pieniężnych w przeciwnym kierunku. Dostępne dane wskazują, że w wielu krajach osoby starsze zapewniają „na czysto” wsparcie finansowe młodszemu pokoleniu. Dziadkowie często spędzają znaczną ilość czasu na opiece nad wnukami, a w niektórych przypadkach jednocześnie świadczą opiekę długoterminową wobec ich rodziców. W tej

kwestii rolą polityki jest zwiększenie świadomości społecznej tego znacznego wkładu osób starszych na rzecz pozostałych pokoleń.

Kwestie międzypokoleniowe pojawiają się w większości obszarów polityki publicznej. Nawet w obszarze polityki społecznej, wsparcie dla rodzin i dzieci tak samo dotyczy relacji pomiędzy pokoleniami, jak świadczenia emerytalne i opieka długoterminowa.

Prof. Jiřina Kocourková – Uniwersytet Karola, Praga, Czechy

Polityka demograficzna w Republice Czeskiej – bardziej adaptacja niż łagodzenie: polityka w sprawie zmian demograficznych

W latach 90. rządy Republiki Czeskiej podejmowały działania mające na celu wprowadzenie bardziej konserwatywnej polityki „refamilizacji”, która wspierała kobiety w rolach matek, lecz utrudniała im pozostawanie na rynku pracy. Mimo że było to sprzeczne z potrzebami ludności Czech, przez długi czas problem polityki rodzinnej nie był ujmowany w dyskusjach politycznych. Dopiero przy wprowadzeniu pierwszej Narodowej Koncepcji Polityki Rodzinnej w 2005 r. rola polityki rodzinnej została doceniona. Jednak jej początkowe ukierunkowanie na cele demograficzne nie zostało zaakceptowane, zwłaszcza przez czeskie liberalno-konserwatywne partie polityczne. Nie oznaczało to sceptycyzmu w stosunku do możliwych skutków w polityce rodzinnej dotyczącej dzietności. Politycy czescy zakładają, że dobra polityka rodzinna może mieć wpływ na demografię.

Główną wadą czeskiej polityki rodzinnej jest brak ciągłości państwowego wsparcia dla rodzin oraz długotrwała debata nad podstawowymi kierunkami polityki rodzinnej. Przygnębiająca sytuacja znalazła odzwierciedlenie w niestabilności populacji. Do niedawna Czechy należały do państw o najniższym przyroście naturalnym. Mimo ostatnio panującej tendencji wzrostowej szacuje się, że w najbliższej przyszłości współczynnik dzietności osiągnie poziom poniżej 1,5 dziecka na kobietę.

Polityka rodzinna rządu czeskiego nie zmieniła się znacznie po 2006 r., kiedy to państwa członkowskie Unii Europejskiej zostały zachęczone do modernizacji swojej polityki rodzinnej w zakresie głównych celów strategicznych takich jak „pomoc rodzinom w celu pogodzenia pracy z życiem rodzinnym” oraz do „opracowania bardziej efektywnej polityki zatrudnienia”. W przeciwieństwie do innych państw członkowskich Czechy nie podjęły działań w ramach strategii wyznaczonych na poziomie europejskim. Specyficzną cechą czeskiej polityki rodzinnej jest to, że osobista opieka rodzicielska jest ciągle preferowana wobec innych form opieki nad dziećmi. Czechy są jednym z państw, w których obowiązuje najdłuższy okres urlopu macierzyńskiego i ojcowskiego, jednak z prawem do zmniejszenia wynagrodzenia za ten okres. W porównaniu z innymi państwami Unii Europejskiej Czechom brak odpowiedniej sieci placówek opieki nad dziećmi w wieku do trzech lat.

Dr Ettore Marchetti – Komisja Europejska, Bruksela, Belgia

Polityka demograficzna w krajach Unii Europejskiej

Ludność Unii Europejskiej szybko się starzeje, co jest spowodowane osiągnięciem wieku emerytalnego przez populację wyżu demograficznego, niskim wskaźnikiem

dietności i rosnącą długością życia. W następnych dwóch dekadach dotyczyć to będzie zwłaszcza zachodnich państw UE. Po roku 2030 wschodnie państwa członkowskie będą starzeć się szybciej i staną się najstarszą populacją do 2060 roku. Zahamuje to wzrost gospodarczy oraz obciążą finanse publiczne, utrudniając zapewnienie podstawowych usług w dziedzinach takich jak opieka zdrowotna, opieka nad osobami starszymi, a nawet edukacja.

Od 2000 r. wskaźnik dietności wzrósł ponownie i może osiągnąć poziom, w którym około połowy stulecia ograniczona migracja może ustabilizować populację. Efekty polityki prorodzinnej były uznawane za pozytywne, aczkolwiek niewielkie. Do połowy stulecia ludność różnicuje się, przy szacowanych 30% lub więcej mieszkańców urodzonych za granicą lub z przynajmniej jednym rodzicem urodzonym za granicą.

Zmiany dotyczą szczególnie niektórych państw i regionów wewnątrz państw. W czterech państwach nastąpił spadek liczby ludności o 0,5% rocznie w ciągu ostatniej dekady, częściowo z przyczyn naturalnych, częściowo z powodu emigracji. Regiony wiejskie na Wschodzie wyludniają się oraz szybko się starzeją, co zagraża ich bytowi.

Proponowane rozwiązania zawierają takie działania jak wzrost wskaźnika zatrudnienia i aktywności na rynku pracy, zwłaszcza grup, które są niewystarczająco reprezentowane (młodzież, kobiety, obcokrajowcy i osoby starsze), podniesienie poziomu wykształcenia, inwestowanie w regiony podupadające i pomoc w radzeniu sobie z problemem zmniejszania się liczby ludności; kontynuacja wsparcia dla rodzin oraz pogodzenia pracy z obowiązkami rodzinnymi; wspieranie integracji migrantów i ich potomków; przyspieszanie innowacji, zwłaszcza w dziedzinie zdrowia i opieki nad osobami starszymi, pozwalające Europejczykom żyć dłużej i w dobrym zdrowiu.

Prof. Jeja-Pekka Roos – Uniwersytet Helsiński, Helsinki, Finlandia

Problem starzenia się społeczeństwa i solidarności międzypokoleniowej w Finlandii

Według prognoz Finlandia do roku 2025 ma stać się jednym z krajów o bardzo wysokim udziale osób biernych zawodowo w stosunku do zawodowo czynnych. Jest to spowodowane bardzo liczną kohortą wyżu demograficznego, stosunkowo niskim wskaźnikiem urodzeń w tej grupie oraz wydłużeniem wieku przedprodukcyjnego, a także wysokim poziomem bezrobocia. Znaczny problem stanowi szybkie starzenie się społeczeństwa, wraz z wydłużeniem przeciętnej długości życia do poziomu, który przekroczył dostępne prognozy.

Będzie to bardzo duże obciążenie gospodarcze dla społeczeństwa fińskiego i zgodnie z najbardziej pesymistycznymi scenariuszami Finlandia stanie wobec bardzo trudnego problemu deficytu budżetowego, o ile wzrost kosztów związanych ze świadczeniami emerytalnymi i zdrowotnymi nie zostanie drastycznie ograniczony. Do głównych rozwiązań tego dylematu należy przedłużenie wieku produkcyjnego (skrócenie czasu nauki i późniejsze przejście na emeryturę) oraz położenie dużego nacisku na profilaktyczne świadczenia zdrowotne i medycynę pracy.

Wprowadzenie tych rozwiązań ma się odbywać za pomocą pozytywnych i negatywnych bodźców. Najbardziej skuteczne z nich – to cięcia kosztów przyszłych emerytur (w szczególności współczynnika emerytalnego związanego z wiekiem oraz wskaźnika bazowego wzrostu emerytur), a także skrócenie czasu nauki. Ponadto, stawki

emerytur zostały ściśle uzależnione od późniejszego przejścia na emeryturę (w wieku 63–68 lat wzrost stawki emerytalnej jest trzykrotnie wyższy od normalnego poziomu). Oprócz tych działań, stale dyskutuje się nad podniesieniem prawnego wieku emerytalnego, jednak podwyższenie rzeczywistego wieku emerytalnego jest dużo bardziej trudne (obecnie wynosi on 60,5 roku).

W dłuższej perspektywie znaczenie będą mieć również działania w zakresie polityki prokreacyjnej. Na tle większości krajów europejskich Finlandia odznacza się obecnie stosunkowo wysokim wskaźnikiem urodzeń.

Wszystkie te kroki mogą okazać się niewystarczające, jeżeli problemy gospodarcze Unii Europejskiej nie ustąpią, a Europa przejdzie w stan stagnacji przypominający sytuację w Japonii. Z drugiej jednak strony, przy wznowionym wzroście gospodarczym oraz możliwościach rozwoju dobrze wykształconych społeczeństw z rozbudowanym sektorem usług, jest możliwe, że pesymistyczne prognozy „bomby emerytalnej” okażą się bezpodstawne. Fińska debata trwa.

Dr Marietta Pongracz-Tiborné – Instytut Badań Demograficznych, Budapeszt, Węgry ***Polityka prorodzinna na Węgrzech: wartości i fakty***

Tendencje w demografii na Węgrzech od dłuższego czasu można scharakteryzować na zasadzie dychotomii. Z jednej strony istnieje tradycyjny system wartości, który wspiera instytucję małżeństwa oraz popiera rodzenie dzieci, a z drugiej notujemy najniższy współczynnik płodności w Unii Europejskiej oraz niski współczynnik zawierania pierwszych małżeństw na poziomie 0,39. Badania wskazują, że przepaść pomiędzy systemem wartości i rzeczywistą sytuacją demograficzną nie zniknie dzięki wskaźnikom demograficznym ukierunkowanym na ten system wartości. Wręcz przeciwnie, oczekujemy zmiany systemu wartości.

Polityka rodzinna – oparta na ciągle istniejących i z punktu widzenia demografii pozytywnych wartościach – może mieć wpływ na zmianę wskaźników demograficznych. Pomimo to cykliczność, charakteryzująca system świadczeń rodzinnych, wraz ze zmianami, które służą interesowi zmieniających się rządów, mogą prowadzić do niestabilności, która niweluje korzystne skutki ustalonych pozytywnych świadczeń, i w rzeczywistości je zmieniają.

Dyskusja

Po debacie Panelistów odbyła się dyskusja, w której głos zabrali uczestnicy Kongresu. Jako pierwszy wystąpił **Józef Sebesta** – Marszałek Województwa Opolskiego (również w imieniu Związku Województw Rzeczypospolitej Polskiej), który przedstawił ***Propozycję specjalnych stref demograficznych w woj. opolskim i świętokrzyskim*** – w ramach komplementarnej polityki poprawiającej perspektywy demograficzne. Proponujemy, by projekt specjalnych stref demograficznych miał charakter przejściowy. Powinien objąć 5–7 lat i byłby „okresem testowym” do sprawdzenia skuteczności rozwiązań, które następnie powinny być opracowane i wdrażane na poziomie rządowym, krajowym, właśnie teraz, gdy przygotowujemy się do kolejnego okresu programowania Unii Europejskiej na lata 2014–2020. Województwami, w których mógłby się taki

test odbyć, mogą być opolskie i świętokrzyskie. To małe województwa, o małej sile oddziaływania metropolii – stolicy regionu.

Nadrzędnym celem projektu specjalnych stref demograficznych byłyby efektywność antydepopulacyjna, czyli przeciwdziałanie procesom wyludnienia. Powinniśmy umieć ocenić, na ile dzięki zastosowanym rozwiązaniom, przyjętym na poziomie centralnym, udaje się ten cel faktycznie realizować. W projekcie proponuje się cztery komplementarne pakiety działań. Pan Marszałek zadeklarował, że samorządy terytorialne czują się współodpowiedzialne – wraz z rządem – za kreowanie skutecznej polityki ludnościowej, ufając, że wspólnym wysiłkiem uda się zatrzymać te dramatyczne prognozy demograficzne, z jakimi mamy dziś do czynienia w odniesieniu do Polski.

W odpowiedzi **Prof. David Coleman** – powiedział, że przedstawiona przez Pana J. Sebestę sytuacja była kwestią spadku liczebności ludności oraz niskiego poziomu dzietności w perspektywie lokalnej. „Trudno mi odpowiedzieć na to pytanie, ponieważ nie znam ani uwarunkowań ekonomicznych i przemysłowych tej części Polski, ani rynku pracy czy innych cech charakterystycznych dla tego regionu. Nie wiem także, w jakim stopniu ubytek ludności jest spowodowany głównie emigracją z tej części Polski do innych regionów lub za granicę, a w jakim – niskim wskaźnikiem dzietności. Co do tego ostatniego, bardzo trudno jest radzić, co lokalne władze mogą zrobić, niezależnie od inicjatyw na poziomie centralnym, by ów wskaźnik zwiększyć. Doświadczenia lokalnych władz we Włoszech czy w innych państwach polegające na naiwnej polityce rozdawania pieniędzy kobietom w nadziei, że zaczną wówczas rodzić więcej dzieci, nie są zbyt zachęcające. Aby polityka zwiększająca dzietność była skuteczna, musi być kompleksowa i obejmować wiele aspektów działań rządowych. Nie można tego zrobić na szczeblu lokalnym”.

Monika Dulian – (MSZ, Warszawa) pytała przedstawiciela Unii Europejskiej o opinię na temat obecnego impasu w negocjacjach między krajami członkowskimi Unii Europejskiej oraz Komisją, poświęconych dyrektywie o urlopie macierzyńskim. W odpowiedzi **Dr Ettore Marchetti** podkreślił, iż jest to trudna kwestia. Także perspektywy dla tej Dyrektywy, jeśli mówimy o współpracy, nie są najlepsze. Proszę pozwolić mi zacząć od początku. Dyrektywa w sprawie urlopu rodzicielskiego przeszła bez żadnych problemów; problemy pojawiły się jednak w sprawie urlopu macierzyńskiego. Dwie główne kwestie z tym związane to:

1. jak długi urlop w związku z urodzeniem dziecka należy przyznać kobietom,
2. jak wysokie powinno być to świadczenie, wyrażone jako procent wynagrodzenia.

Parlament Europejski był za propozycją Komisji, tj. za wydłużeniem urlopu do 20 tygodni, przy czym wysokość świadczenia miałyby wynosić 100% wynagrodzenia. Rada wyraziła sprzeciw, a dziesięć krajów zaproponowało, by Komisja wycofała tę propozycję; państwa te czuły, że nie mogłyby wprowadzić takiego urlopu lub nie mogłyby sobie nań pozwolić.

Z kolei **Prof. David Coleman** – na pytanie dotyczące urlopu rodzicielskiego przedstawił własną opinię, że w Zjednoczonym Królestwie nie ma konkretnej i spójnej polityki rodzinnej. Jest za to polityka częściowa, domniemana, odkąd rząd labourzystów z 1997 r. poszerzył uprawnienia do urlopów rodzicielskich oraz zwiększył wysokość zasiłków na dzieci w ramach programu „Sure Start””. Wiemy z doświadczeń skandy-

nawskich, że urlop rodzicielski może mieć pozytywny wpływ na wskaźnik urodzeń. W kontekście Zjednoczonego Królestwa nie ma jednak potrzeby, by zwiększać ten wskaźnik. Już wynosi 1,95, a to wystarczająco dużo, i dalsze pobudzania wzrostu ludności nie jest konieczne.

Dr Lucjan Szponar – (Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa) zapytał Przedstawiciela Unii Europejskiej, co mówią diagnozy na poziomie Unii Europejskiej o sposobie oraz o jakości odżywiania się kobiet ciężarnych i pozostałych, będących w wieku rozrodczym.

Dr Ettore Marchetti – odpowiedział, iż w UE do problemu zapewnienia młodym Europejczykom warunków pozwalających im mieć upragnione dzieci podchodzono z wielu stron, jednak nie uwzględniono kwestii żywienia.

Na pytanie **Dr. Macieja Duszczyka**, czy system punktowy, na podstawie którego przyjmuje (rekrutuje) się imigrantów na rynek pracy, to zły pomysł w ramach polityki migracyjnej, **Prof. David Coleman** odpowiedział, że wprowadzenie systemu punktowego w Wielkiej Brytanii było poważnym błędem poprzedniego rządu, z dwóch powodów. Po pierwsze, system punktowy ma na celu ułatwienie imigracji do takich krajów, które jej chcą, jak Australia, Nowa Zelandia, Stany Zjednoczone czy Kanada. Poprzedni rząd potrzebował imigrantów z powodów, jak sądzono, racjonalnych: ekonomicznych, społecznych, a także częściowo – politycznych. Ale Wielka Brytania nie potrzebuje imigracji na wielką skalę. Uważa, że poprzedni rząd mylił się, sądząc, że migracja na wielką skalę, którą popierał, leżała w interesie ludzi mieszkających w Wielkiej Brytanii. Po drugie, system punktowy przenosi kontrolę poziomu imigracji na pracodawców, osłabiając tym samym polityczną kontrolę nad napływem imigrantów. Naturalnie migracja ma swoje dobre strony i pewien jej poziom jest absolutnie normalny, ale nie jest ani normalne, ani korzystne, gdy napływ imigracji netto sięga poziomu 200 000 ludzi rocznie, a większość nie przyjeżdża do danego kraju w celach zarobkowych.

Po dyskusji na zakończenie sesji uczestnicy zostali zaproszeni na uroczystą kolację, sponsorowaną przez Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego, a poprzedzoną przepięknym występem chóru Politechniki Warszawskiej.

Następnego dnia obrad 23 marca 2012 r. odbyły się kolejne, przeprowadzone równoległe, następujące sesje panelowe II Kongresu Demograficznego:

III. MIGRACJE – KONIECZNOŚĆ, SZANSA, CZY ZAGROŻENIE DLA GOSPODARKI KRAJÓW UNII EUROPEJSKIEJ

Moderator:

Prof. dr hab. Marek Okólski – Przewodniczący Komitetu Badań nad Migracjami PAN

Paneliści:

Dr Michał Boni – Minister Administracji i Cyfryzacji

Prof. dr hab. Dariusz Stola – Instytut Studiów Politycznych PAN

Dr Piotr Kaźmierkiewicz – Fundacja Instytut Spraw Publicznych

Dr Małgorzata Starczewska-Krzysztozek – główny ekonomista Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych Lewiatan, członek Rady Gospodarczej przy Prezesie Rady Ministrów

Magdalena Sweklej – Zastępca Dyrektora Departamentu Rynku Pracy w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej

Zakres tematyczny panelu

- Społeczne (w tym ekonomiczne) znaczenie migracji ludności Polski do pracy (i na studia) za granicą: konieczność, szansa czy zagrożenie w krótkiej i długiej perspektywie.
- Napływ do gospodarki Polski w krótkiej i długiej perspektywie: konieczność, szansa czy zagrożenie (i przyświecające tym kategoriom kryteria). Jakie formy napływu (np. swobodna cyrkulacja, programy bilateralne, migracje osiedleńcze typu rodzinnego, kwoty imigracyjne dla wysoko wykwalifikowanych itp.) będą pożądane i możliwe.
- Obecne i przyszłe migracje w Polsce z perspektywy pochodzenia etnicznego/narodowego migrantów, z uwzględnieniem kwestii integracji oraz uwarunkowań instytucjonalnych (polityka UE, w tym Polski).
- Perspektywa regionalna i lokalna obecnych i przyszłych migracji z punktu widzenia rynku pracy oraz stosunków demograficznych.

IV. STAN ZDROWIA SPOŁECZEŃSTWA – JEGO WPLYW NA DŁUGOŚĆ ŻYCIA I PRZYSZŁĄ KONDYCJĘ DEMOGRAFICZNĄ KRAJU

Moderator:

Dr n. med. Maciej Piróg – Dyrektor Centrum Zdrowia Dziecka, doradca Prezydenta RP

Paneliści:

Dr n. med. Maciej Hamankiewicz – Prezes Naczelnej Izby Lekarskiej

Prof. dr hab. Bolesław T. Samoliński – Konsultant Krajowy do Spraw Zdrowia Publicznego

Dr Aleksander Sopliński – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Prof. dr hab. Janusz Szymborski – Wszechnica Polska Szkoła Wyższa TWP w Warszawie, Rządowa Rada Ludnościowa

Dr Bogdan Wojtyniak – Zastępca Dyrektora Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny

Mając na uwadze główny temat debaty: jaki wpływ na długość życia i przyszłą kondycję demograficzną kraju wywiera stan zdrowia społeczeństwa, skupiono się na dwóch wątkach.

Po pierwsze – na kondycji zdrowotnej najmłodszej generacji i stanie zdrowia populacji w wieku prokreacyjnym, co wiąże się z problemem dzietności i jakości życia. Spadek przyrostu naturalnego jest problemem ogólnoeuropejskim, jednak niepokój

musi wzbudzać to, że Polska należy do krajów o najniższym współczynniku dzietności. Czy w działaniach na rzecz zwiększenia dzietności doceniamy rolę opieki zdrowotnej nad kobietą ciężarną i małym dzieckiem oraz rolę inwestowania w zdrowie młodego pokolenia? Czy znajdujemy właściwe narzędzia do poprawy zdrowia kobiet i mężczyzn w wieku prokreacyjnym i efektywnie działamy na rzecz zwalczania przedwczesnej chorobowości i umieralności z powodu chorób przewlekłych (choroba wieńcowa, udar mózgu, rak, astma, cukrzyca, otyłość, nadciśnienie tętnicze) oraz czy należytą uwagę przykładamy do zapobiegania i zwalczania niepłodności?

Po drugie – zapobieganie niepełnosprawności i niezdolności do samodzielnej egzystencji, choć jest istotne na każdym etapie życia, dotyczy głównie rosnącej populacji osób starszych wiekiem. W jakim stopniu wydłużanie życia i starzenie się populacji – które samo w sobie jest zjawiskiem pozytywnym i pożądanym – zwiększa zapotrzebowanie na podstawową i specjalistyczną opiekę medyczną, leczenie szpitalne, leki, sprzęt i aparaturę medyczną oraz na usługi opiekuńcze? Czy system opieki zdrowotnej jest dziś przygotowany do sprostania tym wyzwaniom?

Rozpatrując stan zdrowia społeczeństwa w kontekście demograficznej przyszłości Polski nie możemy uniknąć poruszenia innych wątków polityki zdrowotnej państwa:

- Jakie szanse dla pacjenta i zagrożenia dla równowagi budżetowej mogą się wiązać z realizacją unijnej dyrektywy o transgranicznej opiece zdrowotnej i czy podnieśliśmy jakość swojej opieki zdrowotnej i skrócimy czas oczekiwania na leczenie, aby uniknąć wykorzystywania tej nowej możliwości przez naszych obywateli (co może spowodować odpływ krajowych zasobów finansowych)? A może nasza opieka medyczna będzie atrakcyjna dla cudzoziemców w stopniu odczuwalnym przez budżet i bez szkody dla poziomu opieki nad naszymi obywatelami?
- Który z możliwych wariantów wybierzemy w celu zrównoważenia budżetu ochrony zdrowia: zwiększanie wymiaru składki ubezpieczenia zdrowotnego? ograniczanie świadczeń? postawienie na promocję zdrowia, profilaktykę zagrożeń i chorób oraz zwiększenie efektywności obecnego systemu z wprowadzeniem pewnych mechanizmów rynkowych, współodpłatności za usługi przez pacjenta, standaryzacji świadczeń?
- Jakie decyzje powinny być podjęte w sprawach personelu medycznego, w tym w zakresie kształcenia, szkolenia, zachęcenia lekarzy i pielęgniarek do pozostania w kraju, ale także w kwestiach etycznych i odpowiedzialności zawodowej (np. w kwestii rozrodu wspomaganego)?
- Raport opracowany przez Zespół Doradców Strategicznych Prezesa Rady Ministrów na temat wyzwań rozwojowych Polski do 2030 r. potwierdza, że wysiłek reformatorski okresu transformacji, koncentrując się na udanej rekonstrukcji demokratycznych instytucji, budowie zrębów gospodarki rynkowej oraz tworzeniu podstaw samorządności i społeczeństwa obywatelskiego, jedynie w niewielkim stopniu niwelował deficyty związane z nierównomiernością szans i możliwości osób mniej wykształconych, o gorszej kondycji zdrowotnej, niskich dochodach czy w zaawansowanym wieku. Dlatego tym poważniejsze stoi przed nami zadanie zarówno w odniesieniu do diagnozy, jak i rekomendacji działań w sferze polityki zdrowotnej państwa.

V. CZY STARZENIE SIĘ LUDNOŚCI KRAJÓW UE MOŻE BYĆ SZANSA, CZY MUSI BYĆ HAMULCEM ROZWOJU?

Moderator:

Prof. dr hab. Józef Orczyk – Przewodniczący Komitetu Nauk o Pracy i Polityce Społecznej PAN

Paneliści:

Dr inż. Andrzej Barczyński – Towarzystwo Walki z Kalectwem, Katedra Zdrowia Publicznego, Politechnika Częstochowska

Prof. dr hab. Piotr Błędowski – Dyrektor Instytutu Gospodarstwa Społecznego SGH

Władysław Kosiniak-Kamysz – Minister Pracy i Polityki Społecznej

Prof. dr hab. Barbara Szatur-Jaworska – Instytut Polityki Społecznej UW

Zakres tematyczny panelu

Problematyka starzenia się ludności z uwzględnieniem:

- różnego pojmowania rozwoju społeczno-gospodarczego i szans oraz barier związanych ze starzeniem się ludności,
- konsekwencji procesu zmian struktury demograficznej w sferze ekonomicznej, społecznej i politycznej,
- realnej sytuacji ludzi starszych w Polsce i ich możliwości dostosowania się do istniejących warunków.

Standardowe ujęcie problemu starzenia ogółu ludności to projekcja ilościowa zmian w cyklu życia. Interesujące byłoby zwrócenie uwagi na konsekwencje jakościowe związane z dłuższą aktywnością zawodową i społeczną ludzi starszych. Powiązane to byłoby z uwzględnieniem zmian w sferze zdrowia (sprawności), zatrudnienia, edukacji, dysponowania majątkiem, konsumpcji, zmian relacji międzypokoleniowych itp.

VI. POLITYKA SPOŁECZNA, W TYM RODZINNA, WOBEC WSPÓŁCZESNYCH WYZWAŃ DEMOGRAFICZNYCH

Moderator:

Prof. dr hab. Stanisława Golinowska – Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medium/ Instytut Pracy i Spraw Socjalnych

Paneliści:

Agnieszka Kozłowska-Rajewicz – Sekretarz Stanu w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, Pełnomocnik Rządu ds. Równego Traktowania

Prof. dr hab. Ewa Leś – Instytut Polityki Społecznej UW

Ewa Tomaszewska – Ekspert Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność

Irena Wóycicka – Podsekretarz Stanu w Kancelarii Prezydenta

Zakres tematyczny panelu

Radykalne i dynamiczne przemiany demograficzne, polegające na zmianie proporcji grup pokoleniowych w efekcie procesu starzenia się populacji stanowią jedno z najpoważniejszych wyzwań dla polityki społecznej. Jej dwa główne podmioty: ro-

dzina i państwo wymagają nowego zdefiniowania funkcji i zadań, które zmieniają się także pod wpływem czynników pozademograficznych: tendencji modernizacyjnych i kultury ponowoczesnej oraz odmiennych uwarunkowań i motywacji ekonomicznych.

Powstaje pytanie, czy rodzina, która w tradycji polskiej kultury, warunkach późnej industrializacji oraz niedorozwoju instytucji opiekuńczych była głównym podmiotem pełnienia funkcji opiekuńczych i alimentacyjnych w społeczeństwie, będzie to czynić nadal w dotychczasowej skali? Czy i jakiego będzie potrzebowała wsparcia? Czy kobieta w tej rodzinie pogodzi się ze swoją tradycyjną rolą? Pod jakimi warunkami? Opłatą pracy domowej? Czy może wskazana jest droga do wspierania rodziny partnerskiej? Jakie warunki byłyby niezbędne do rozwoju takiej rodziny?

Jakie funkcje i zadania spoczywają na instytucji państwa w jego szerokim rozumieniu, wraz z samorządem terytorialnym i wspieranymi instytucjami społecznymi. Czy współczesne państwo z jego tendencjami decentralizacyjnymi i miękką koordynacją wielu obszarów jest w stanie tworzyć efektywne warunki do wspierania, a nawet zastępowania funkcji opiekuńczych rodziny? Jak przekształcać instytucje państwowe w kierunku bardziej społecznym, a mniej biurokratycznym, jak torować drogę współpracy z organizacjami społecznymi? Jak budzić ich zaufanie, a jednocześnie motywować do skutecznych działań.

Państwo i jego instytucje są kosztowne. Czy istnieje zgoda na większe podatki, gdy więcej zadań powierzymy państwu i domagać się będziemy jego większej społecznie skuteczności i wyższej jakości? Czy jesteśmy gotowi do większej solidarności mimo indywidualistycznych tendencji gospodarki rynkowej?

VII. ROLA EDUKACJI I BADAŃ Z ZAKRESU DEMOGRAFII W KSZTAŁTOWANIU POLITYK NA RZECZ ROZWOJU

Moderator:

Prof. dr hab. Janina Józwiak – Dyrektor Instytutu Statystyki i Demografii SGH

Paniści:

Prof. dr hab. Marek Góra – Kierownik Katedry Ekonomii 1 SGH

Krzysztof Gulda – Dyrektor Departamentu Strategii w Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego

Dr Krzysztof Pietraszkiewicz – Prezes Związku Banków Polskich

Dyskusja w trakcie panelu dotyczyła:

- znaczenia (i zakresu wykorzystywania) wyników badań demograficznych w formułowaniu strategicznych rozwiązań w różnych obszarach rozwoju kraju i rozwoju na poziomie regionalnym, a także w poszukiwaniu odpowiedzi na wyzwania rynku pracy czy też systemu zabezpieczenia społecznego;
- oceny użyteczności badań demograficznych jako fundamentu budowy różnego rodzaju polityk (gospodarczej, społecznej, edukacyjnej, badawczej, regionalnej); ocena ta została przeprowadzona z perspektywy odbiorców wyników badań reprezentujących różne środowiska (naukowe, administracji centralnej, decydentów szczebla regionalnego, pracodawców);

- ważnym elementem dyskusji była też kwestia „odpowiedniości” tematyki i zakresu badań demograficznych z punktu widzenia ich odbiorców i wskazanie z tej perspektywy ewentualnych „białych plam” czy też pilnych kwestii, na które demografowie powinni w swoich badaniach poszukiwać odpowiedzi.

VIII. SYTUACJA I PERSPEKTYWY RYNKU PRACY – NOWE WYZWANIA W WARUNKACH PRZEWIDYWANYCH ZMIAN DEMOGRAFICZNYCH W MIASTACH I NA WSI

Moderator:

Prof. dr hab. Irena E. Kotowska – Przewodnicząca Komitetu Nauk Demograficznych PAN, SGH

Paneliści:

Dr Agnieszka Chłoń-Domińczak – Instytut Statystyki i Demografii SGH, Instytut Badań Edukacyjnych,

Paweł Strzelecki – Instytut Statystyki i Demografii SGH, Instytut Ekonomiczny NBP

Dr Elwira Gross-Gołacka – Dyrektor Departamentu Analiz Ekonomicznych w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej

Jan Guz – przewodniczący OPZZ

Sławomir Piechota – Poseł na Sejm RP, Przewodniczący Komisji Polityki Społecznej i Rodziny Sejmu RP

Tomasz Schimanek – Wicedyrektor Akademii Rozwoju Filantropii w Polsce

W trakcie debaty panelowej poruszono niektóre zagadnienia związane z procesami dostosowania gospodarki i społeczeństwa do przewidywanych zmian struktur wieku:

- Czy *silver economy* może być uznana za strategię rozwoju w odmiennych od dotychczasowych uwarunkowaniach demograficznych określanych przez zmiany struktur wieku?
- Lepsze wykorzystanie malejących w przyszłości potencjalnych zasobów pracy to jedno z oczywistych rozwiązań zmierzających do przeciwdziałania głębokiemu spadkowi podaży pracy w Polsce, współwystępującemu z szybkim starzeniem się ludności. Jakie rozwiązania uznawane są przez rząd za najważniejsze do poprawy wskaźników zatrudnienia w okresie krótkim, średnim (najbliższe dwie dekady) i dłuższym, uwzględniając obecną sytuację na rynku pracy, w tym zwłaszcza: wysokie bezrobocie osób młodych, niskie stopy zatrudnienia starszych pracowników i słabą integrację osób niepełnosprawnych na rynku pracy?
- Lepsze wykorzystanie zasobów pracy w warunkach ich spadku i starzenia populacji wiąże się z dłuższym okresem aktywności zawodowej. Efektywne dłuższe pozostawanie na rynku pracy wiąże się jednak z dostosowaniem środowiska pracy do różnorodnych i zmieniających się z wiekiem potrzeb i możliwości pracowników oraz z przeciwdziałaniem deprecjacji kwalifikacji i umiejętności.

- Jak związki zawodowe określają swoją rolę w popularyzacji *zarządzania wiekiem* i wdrażania tego podejścia w przedsiębiorstwach? Jak wpływają na zrozumienie przez pracowników zmieniających się warunków uczestnictwa na rynku pracy?
- Czy pracodawcy dostrzegają konieczność przygotowania się do gruntownej zmiany ilościowej i jakościowej podaży pracy? Jakie rozwiązania związane z zarządzaniem wiekiem są praktykowane w polskich firmach? Czy idea społecznej odpowiedzialności biznesu znajduje odbicie w działaniach polskich firm?
- Jednym z ważnych wymiarów procesów dostosowań do przyszłych zmian struktur wieku jest redystrybucja pracy i opieki między państwo, rodzinę i rynek czy między kobiety i mężczyźn. Większe zaangażowanie na rynku pracy, zwłaszcza grup ludności o niskich wskaźnikach zatrudnienia, oznacza między innymi większą aktywność kobiet i osób w starszych grupach wieku produkcyjnego, a więc redukcję zasobów opieki nieformalnej w rodzinach i grupach krewniaczych. Jaką rolę może pełnić rozwój szeroko pojętych usług opieki w kontekście koniecznego wzrostu aktywności zawodowej i dłuższej pracy zawodowej? Jakie rozwiązania sprzyjające łączeniu pracy zawodowej ze zobowiązaniami rodzinnymi powinny być rozważane w kontekście narastającej luki między zapotrzebowaniem na opiekę a jej podażą?

IX. RELACJE MIĘDZYPOKOLENIOWE; CO JE OKREŚLA, JAK MOŻNA I NALEŻY JE POPRAWIAĆ? RÓŻNICE MIASTO–WIEŚ

Moderator:

Dr Piotr Szukalski – Instytut Socjologii UŁ

Paneliści:

Prof. dr hab. Julian Auleytner – Rektor Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP w Warszawie

Prof. dr hab. Józefina Hrynkiewicz – Posłanka na Sejm RP, profesor Uniwersytetu Warszawskiego

Krzysztof Więckiewicz – Dyrektor Departamentu Pożytku Publicznego w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej

Jan Jakub Wygnański – Wiceprezes Fundacji Pracownia Badań i Innowacji Społecznych Stocznia, Członek Zarządu Stowarzyszenia Klon/Jawor

Zakres tematyczny panelu

- a) Relacje międzypokoleniowe a solidarność i kontrakt międzypokoleniowy.
- b) Relacje międzypokoleniowe – prywatne i publiczne.
- c) Demografia relacji międzypokoleniowych.
- d) Kierunki zmian kontraktu międzypokoleniowego.
- e) Poprawa relacji międzypokoleniowych.
- f) Przeciwdziałanie egoizmowi w różnych sferach życia.

X. MEDIA W KSZTAŁTOWANIU KLIMATU ROZWOJU DEMOGRAFICZNEGO – ODDZIAŁYWANIE NA DECYDENTÓW, ODDZIAŁYWANIE NA SPOŁECZEŃSTWO

Moderator:

Krzysztof Michalski – Polskie Radio, Program I, Rada Upowszechniania Nauki PAN

Paneliści:

Jerzy Baczyński – Redaktor naczelny tygodnika „Polityka”

Juliusz Braun – Prezes zarządu Telewizji Polskiej S.A.

Jacek Jakubowski – Członek zarządu Grupy Trop

Prof. dr hab. Stanisław Jędrzejewski – Profesor Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego i Akademii im. Leona Koźmińskiego, przewodniczący Rady Nadzorczej Polskiego Radia S.A.

Dr Grzegorz Łęcicki – Wicedyrektor Instytutu Edukacji Medialnej i Dziennikarstwa na Uniwersytecie Kardynała Stefana Wyszyńskiego

Ks. Krzysztof Oldakowski – Jezuita, Collegium Bobolanum, redaktor naczelny „Przeglądu Powszechnego”

Zakres tematyczny panelu

— Jakie jest, a jakie powinno być znaczenie mediów w kształtowaniu polityki prorodzinnej i klimatu rozwoju demograficznego?

— Rola mediów publicznych w budowaniu klimatu sprzyjającego zmianom demograficznym (zależności między ofertą programową, a strukturą zmieniającym się audytorium) – edukacyjne funkcje Polskiego Radia S.A. i Telewizji Polskiej S.A.

Na zakończenie dyskusji panelowych dokonano podsumowania oraz przeprowadzono dyskusję plenarną pod przewodnictwem prof. dr. hab. Zbigniewa Strzeleckiego.

XI. PODSUMOWANIE DYSKUSJI PANELOWYCH

Moderator:

Prof. dr hab. Zbigniew Strzelecki

Paneliści:

Dr Maciej Duszczyk

Prof. dr hab. Stanisława Golinowska

Prof. dr hab. Janina Józwiak

Prof. dr hab. Irena E. Kotowska

Redaktor Krzysztof Michalski

Prof. dr hab. Marek Okólski

Prof. dr hab. Józef Orczyk

Dr Maciej Piróg

Dr Piotr Szukalski

Prof. Zbigniew Strzelecki zaproponował przebieg Sesji podsumowującej z uwagi na fakt, iż panele toczyły się równolegle. Moderatorzy poszczególnych paneli przekazali krótkie informacje o najważniejszych sprawach, które były ich głównym przedmiotem, a także wnioski wynikające z sesji panelowych. Podkreślił także, że sesja ta jest zobowiązująca także z powodu obecności znakomitych gości, których powitał: Pana Premiera Waldemara Pawlaka oraz Pana Premiera Jana Krzysztofa Bieleckiego i zachęcił do zabrania głosu.

Syntetycznie ujmując, zagadnienia, które były przedmiotem obrad Kongresu, sprostawały się do następujących kwestii.

1. Problematyka starzenia się, starości dotyczy nie tylko problemu samego w sobie, ale również przede wszystkim ochrony zdrowia oraz relacji międzypokoleniowych.
2. Problemów związanych z rozwojem demograficznym doświadczą wiele krajów Unii Europejskiej i OECD. Dlatego Polska powinna brać pod uwagę sposób ich postrzegania i rozwiązywania przez te kraje, z korzyścią dla naszego rozwoju społeczno-gospodarczego.
3. Istotną sprawą w oddziaływaniu na przebieg procesów demograficznych w Polsce jest potrzeba tworzenia zróżnicowanej polityki regionalnej w związku ze zróżnicowaną sytuacją demograficzną. Między innymi jednym z jej elementów (uwarunkowań) są procesy migracyjne. To daje podstawy do trochę innego spojrzenia na uniwersalną politykę regionalną w Polsce – jednakową dla wszystkich regionów, jak ma to miejsce w obecnym okresie programowania. Okazuje się, że taka polityka dalej nie powinna być realizowana, ponieważ uwarunkowania rozwojowe poszczególnych regionów są zróżnicowane. Oczywiście nie należy twierdzić, że we wszystkich regionach są one inne, ale jak się okazuje, w istocie są inne. Jeśli bowiem weźmiemy pod uwagę obliczenia Instytutu PZH, to okazuje się, że różnica długości trwania życia w Polsce wynosi 10 lat między regionami z najlepszymi i najmniej korzystnymi warunkami z punktu widzenia umiERALNOŚCI. To także daje nam dużo do myślenia, a przede wszystkim do działania.
4. W rozwiązywaniu problemów demograficznych w Polsce bardzo istotną rolę powinna odgrywać profilaktyka zdrowotna, bo to jest sprawa niezwykle ważna i musi być jednym z mocnych punktów w reorientacji modelu ochrony zdrowia. Taniej jest prowadzić profilaktykę niż leczyć, a zwłaszcza w ostatniej fazie, kiedy już leczyć jest trudno, a nakłady są ogromne. W części zdrowotnej dotyczącej programu polityki ludnościowej należy to mocno podkreślać. Jeśli chodzi o profilaktykę, trudno zrozumieć, jak zresztą już wielokrotnie podkreślałem w czasie dyskusji na Kongresie, a ostatnio także w trakcie konferencji organizowanej przez Profesora Bogdana Chazana w ramach Kongresu, dlaczego np. w badaniach okresowych pracowników nie bada się tych zagrożeń, które są najczęściej przyczynami wczesnych zgonów u mężczyzn i kobiet. To powinien być elementarz. Mam nadzieję, że stanie się to nie dobrowolnym zaproszeniem na badania, a będzie – przynajmniej dla pracowników – obowiązkowe. W ten sposób uniknęlibyśmy kilku tysięcy zgonów. W tej sprawie ogromną rolę mają do odegrania wiedza, edukacja, informacja, a także szeroko rozumiane media. Jeśli zaś o nie chodzi, to jak powiedział Pan Prezes Juliusz Braun, poza przekazem informacji mają one za zadanie kształtowanie postaw wobec rozwoju de-

mograficznego. Rola edukacyjna mediów w najlepszej formie polega na wmontowaniu takich wartości w seriale, a wówczas natychmiast są one naśladowane przez społeczeństwo. Musimy o tym pamiętać, przygotowując założenia polityki ludnościowej. Jednakże trzeba zauważyć, że główny ciężar w tej misji biorą na siebie media publiczne, a komercyjne – od czasu do czasu coś tam przekażą, bowiem zapewne nie dostrzegają wagi problemu. Należy jedynie mieć nadzieję, że i w tej grupie mediów znaczenie przyszłości demograficznej Polski zostanie dostrzeżone i docenione.

5. Dostarczanie wiedzy i informacji do wykorzystania w celach edukacyjnych przez media spada na środowiska naukowe, które powinny wyniki swoich badań z zakresu demografii udostępniać jak najszerszej, w tym oczywiście mediom.
6. Jednym z obszarów działań, który kształtuje i warunkuje rozwój demograficzny, są przedsięwzięcia z zakresu polityki społecznej. Wszyscy wiemy, że jeśli chodzi o wydatki na działania w obszarze polityki społecznej, to są one kilkakrotnie mniejsze niż u naszych zachodnich sąsiadów. Jeśli popatrzymy na to np. przez pryzmat pomocy społecznej, to w tej dziedzinie ma miejsce rozliczanie z wykonania planu finansowego. To jest jej główna działalność, a nie rzeczywiste realizowanie funkcji pomocy społecznej, czyli tej, która ma wyprowadzić ludzi i rodziny z trudnej sytuacji i przywrócić do możliwości realizacji funkcji życia i pracy w normalnych warunkach. Jest to tylko jeden z przejawów funkcjonowania polityki społecznej, ale na pewno w tych warunkach, które mamy teraz, musimy się nad tym głęboko zastanowić.
7. Z problemami zasobów pracy, rynku pracy oraz jego funkcjonowania do dyskutowanych wątków należy dodać i mocno podkreślić to, że w Polsce posiadamy obecnie duże niewykorzystane zasoby na rynku pracy. One tworzą koszty, a nie wchodzą do systemu zasilania budżetu państwa. To jest problem związany z dostosowaniem podaży i popytu na rynku pracy, szczególnie w przyszłości i szczególnie według kwalifikacji. Jak wykazał „Foresight – Akademickie Mazowsze 2030”, w ramach którego ten problem był badany, kształcenie na kierunkach, na które nie ma popytu, jest ogromnym problemem. Choć projekt dotyczy województwa mazowieckiego, to problem jest charakterystyczny dla całej Polski. Kształcimy niezgodnie z potrzebami gospodarki. Natomiast jeśli mówimy o relacjach: sytuacja demograficzna–struktura wieku–gospodarka, z którymi wiążą się pieniądze publiczne, to musimy kierować się jednak uwarunkowaniami rynku pracy. Myślę, że jeśli w najbliższym czasie nie spróbujemy sprostać temu zadaniu, to będzie to marnotrawstwo nie tylko ambicji i oczekiwań ludzkich, ale również środków publicznych.

Następnie Prof. Z. Strzelecki udzielił głosu panelistom, którzy przedstawili wnioski wynikające z dyskusji w czasie poszczególnych sesji.

Podsumowanie Sesji inauguracyjnej w dniu 23 marca 2012 r. zakończyło pierwszą część II Kongresu Demograficznego.

W kolejnych miesiącach 2012 r. organizatorzy oczekiwali szczególnej aktywności środowisk zainteresowanych problematyką rozwoju ludnościowego Polski; bowiem zostały zorganizowane konferencje, sympozja, seminaria i spotkania tematycznie zbieżne z zagadnieniami diskutowanymi w trakcie inauguracji Kongresu. Ich uczestnikami byli także członkowie Komitetu Kongresu oraz członkowie Rządowej Rady Ludnościowej.

Do uczelni wyższych, instytutów i innych placówek naukowo-badawczych, zajmujących się zagadnieniami związanymi z rozwojem ludnościowym, wysłana została informacja nt. Kongresu, zawierająca m.in. propozycję ich aktywnego udziału w Kongresie w ciągu całego 2012 roku. Zaangażowanie to przejawiało się w różny sposób.

Komitet Kongresu zaproponował, aby organizatorzy konferencji, sympozjów, seminariów i innych spotkań ogólnopolskich lub regionalnych o tematyce demograficznej, skorzystali z logo Kongresu oraz możliwości publikacji wyników w szacie graficznej przewidzianej dla wydawnictw kongresowych. Komitet zachęcił także osoby zajmujące się zagadnieniami związanymi z problematyką ludnościową do uczestnictwa w Kongresie oraz do nadsyłania opracowań własnych, z możliwością ich publikacji w materiałach kongresowych. Równocześnie, Komitet Kongresu zwrócił się do organizatorów ww. konferencji z prośbą o uwzględnienie w ich programie prezentacji projektu *Założeń polityki ludnościowej Polski* oraz dyskusji nad *Założeniami*. Umożliwiło to zapoznanie się z *Założeniami* szerokiego kręgu osób zainteresowanych problematyką demograficzną Polski oraz zgłoszenie uwag organizatorom Kongresu, z możliwością ich zaprezentowania na sesji końcowej Kongresu.

Zamknięcie Kongresu – sesja końcowa – odbyła się w dniach 22–23 listopada 2012 r.

Szczegółowe omówienie przebiegu zawarte jest w publikacji RRL pt. *Polska w Europie Przyszłość demograficzna Sesja Inauguracyjna*, pod redakcją Zbigniewa Strzeleckiego, Aliny Potrykowskiej, tom I, Warszawa 2012.

W dniu **11 czerwca 2012** odbyło się posiedzenie plenarne poświęcone uroczystości Jubileuszowej 90-lecia urodzin Pana Prof. dr. hab. Antoniego Rajkiewicza. Przy stole prezydialnym obok jubilata zasiedli: Prezes GUS, przewodniczący Rady Statystyki oraz przewodniczący Rządowej Rady Ludnościowej – dr hab. prof. SGH Zbigniew Strzelecki, którzy wygłosili przemówienia laudacyjne. W uroczystości uczestniczyli: Kierownictwo GUS, członkowie Rady Statystyki, przedstawiciele Rządowej Rady Ludnościowej i Naukowej Rady Statystycznej GUS oraz dyrektorzy departamentów GUS. Prezes GUS Janusz Witkowski – przedstawił sylwetkę Pana Prof. Antoniego Rajkiewicza oraz odczytany został list gratulacyjny od Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Bronisława Komorowskiego.



Honorowy Patronat
Prezydenta
Rzeczypospolitej Polskiej
Bronisława Komorowskiego

W dniach **22–23 listopada 2012 r.** odbyła się Sesja końcowa II Kongresu Demograficznego.

STANOWISKA KONFERENCJI REGIONALNYCH I ŚRODOWISKOWYCH DO ZAŁOŻEŃ POLITYKI LUDNOŚCIOWEJ POLSKI

W ramach II Kongresu Demograficznego odbyło się 15 konferencji i seminariów środowiskowych i regionalnych. Wszystkie one zasługują na uwagę i wysoką ocenę. Objęły wiele ważnych zagadnień składających się na obecną i przyszłą sytuację demograficzną Polski i regionów. Niektóre bardzo dobrze się uzupełniały, np. konferencje dotyczące zagadnień migracji: zorganizowana przez Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w czerwcu *Imigranci w Europie. Kultura przyjęcia* oraz przez Komitet Badań nad Migracjami PAN *Spoleczne i kulturowe skutki migracji z Polski na przełomie wieków* w listopadzie 2012 r. Problematyka migracji była obecna także na większości pozostałych konferencji oraz w obydwu plenarnych sesjach Kongresu. W sesji inauguracyjnej poświęcono jej odrębny panel dyskusyjny. Organizatorów, tematy i terminy konferencji i seminariów zawiera poniższe zestawienie (podane w kolejności prezentacji w trakcie sesji końcowej Kongresu w dniu 22 listopada 2012 roku):

1. Profesor Bożenna Balcerzak-Paradowska, dr Bożena Kołaczek – *Edukacja dla dzieci niepełnosprawnych w Polsce – szanse i bariery* (Warszawa, 21 lutego 2012 r.)
2. Profesor Irena E. Kotowska – *Przemiany rodziny w Polsce z perspektywy demografa* (Warszawa, 16 października 2012 r.)
3. Ks. profesor Janusz Balicki – *Kościół wobec kryzysu demograficznego w Polsce* (Warszawa, 17–19 czerwca 2012 r.)
4. Profesor Bogdan Chazan – *Ratujmy życie, wspierajmy rodzicielstwo* (Warszawa, 21 marca 2012 r.)
5. Profesor Janusz Szymborski – *Prewencja pierwotna nowotworów* (Warszawa, 12–13 listopada 2012 r.)
6. Profesor Józef Orczyk – *Starzenie się społeczeństwa w świetle badań programu „Pol-senior”* (Warszawa, 20 listopada 2012 r.)
7. Marta Pachocka – IV konferencja doktorantów „MŁODZI KES” (Warszawa, 25–26 października 2012 r.)
8. Profesor Marek Okólski – *Spoleczne i kulturowe skutki migracji z Polski na przełomie wieków* (Warszawa, 15–16 listopada 2012 r.)
9. Ks. profesor Janusz Balicki – *Imigranci w Europie. Kultura przyjęcia* (Warszawa, 1 czerwca 2012 r.)
10. Marszałek Józef Sebesta – *Spoleczeństwo Śląska Opolskiego 1945–2011: dynamika i struktura przemian, aspekty demograficzne, zatrudnienia i rynku pracy* (Opole, 12 czerwca 2012 r.)
11. Marszałek Roman Ciepiera – *Zmiany demograficzne jako wyzwanie dla Małopolski* (Kraków, 13 czerwca 2012 r.)
12. Profesor Tomasz Jaworski, dr Hanna Kurowska – *Stan obecny i perspektywy rozwoju ludnościowego województwa lubuskiego* (Zielona Góra, 13 czerwca 2012 r.)
13. Profesor Eugeniusz Rydz – *Problemy demograficzne Pomorza na przełomie wieków* (Słupsk, 23 października 2012 r.)

14. Tomasz Zegar – *Sytuacja demograficzna obszarów wiejskich Mazowsza – wnioski do Założeń polityki ludnościowej* (MBPR – Kongres Demograficzny Mazowsza, 13 listopada 2012 r.)
15. dr Joanna Szczepaniak-Sienniak, mgr Maria Skóra – *Polityka rodzinna i polityka rynku pracy w kontekście zmian demograficznych* (Wrocław, 22–23 października 2012 r.)

Wszystkie konferencje i seminaria podejmowały niezwykle ważne i aktualne tematy. Poniżej zaprezentowano programy i wnioski niektórych z nich.

EDUKACJA DLA DZIECI NIEPEŁNOSPRAWNYCH W POLSCE – szanse i bariery

Problemy podjęte w czasie debaty – wątki analizy

- Dychotomiczny podział szkolnictwa dla dzieci niepełnosprawnych: szkoły specjalne oraz integracyjne i ogólnodostępne
- Ograniczenie dyskusji do *szkolnictwa włączającego* – edukacji integracyjnej i ogólnodostępnej z klasami integracyjnymi, terapeutycznymi jako *edukacji preferowanej*
- **Zakres:** przedszkola, szkoła podstawowa i gimnazja (najważniejsze etapy rozwoju dzieci)
- **Przedmiot:**
- uwarunkowania dostępu i uczestnictwa
- potrzebne kierunki zmian

PRZEMIANY RODZINY W POLSCE Z PERSPEKTYWY DEMOGRAFA

Główne cele Konferencji:

- ▶ opóźnianie przejścia do tworzenia rodziny, rodzicielstwa
- ▶ deinstytucjonalizacja rodziny
- ▶ destabilizacja rodziny
- ▶ przemiany percepcji społecznych ról kobiet i mężczyzn

Panelowe badanie przemian relacji między pokoleniami, w rodzinie oraz między kobietami i mężczyznami: Generacje, rodziny i płeć kulturowa – GGS-PL (pierwsza runda badania)

FAMWELL – Nowe wzorce formowania rodziny w Polsce

- ▶ Zamierzenia prokreacyjne a możliwość ich realizacji w kontekście czynników biologicznych
- ▶ Rodzicielstwo w kohabitacji
- ▶ Wybór pomiędzy kohabitacją a małżeństwem – wpływ na relacje młodego pokolenia z rodzicami
- ▶ Wpływ aktywności zawodowej kobiet na stabilność małżeństw w różnych warunkach instytucjonalnych
- ▶ Zróżnicowanie poglądów na kulturowe role płci

Wnioski:

- ▶ mimo jeszcze stosunkowo młodego wieku rodzenia pierwszego dziecka w Polsce w porównaniu do innych krajów europejskich należy się liczyć z tym, że będzie coraz więcej par niemogących zrealizować zamierzeń prokreacyjnych
- ▶ działania na rzecz odnowy demograficznej muszą uwzględnić leczenie niepłodności
- ▶ mimo rosnącego znaczenia kohabitacji jako formy związku, rodzicielstwo pozostaje silnie związane z małżeństwem. Kohabitacja nie jest postrzegana jako realna alternatywa dla małżeństwa; podobne wyniki otrzymano dla innych krajów, gdzie kohabitacja jest dużo bardziej rozpowszechniona (NO, RU, NL, UK)
- ▶ kohabitacja a relacje międzypokoleniowe: kohabitacja ma negatywny wpływ na satysfakcję z relacji z rodzicami (subiektywna ocena tych relacji wśród młodych osób); nie wpływa na częstość spotkań córek z rodzicami i prawdopodobieństwo otrzymywania wsparcia materialnego od rodziców; dla synów – negatywny wpływ lub jego brak
- ▶ rozpad małżeństwa – brak pracy zwiększa ryzyko rozpadu związku dla mężczyzn, przeciwnie niż dla kobiet
- ▶ równość płci w sferze publicznej (*gender – ideologia*), w odpowiedzialności za wychowanie dziecka (*gender – dziecko*) oraz w kwestiach wysokości zarobków i decydowania o własnych wydatkach (*gender – ekonomia*)

Najsilniejsza aprobata równości płci dotyczy sfery ekonomicznej, najsłabsza – obowiązków opieki nad małymi dziećmi.

Bardzo wyraźne różnice międzypokoleniowe (20–39, 40–59, 60–79), różnice płci najmniejsze w najmłodszej grupie wieku, duże znaczenie wykształcenia.

KOŚCIÓŁ WOBEC KRYZYSU DEMOGRAFICZNEGO W POLSCE

Jakie wyzwania stawia przed Kościołem kryzys demograficzny w Polsce?

Referaty wpisane zostały w trzy sesje:

- **Demograficzny pejzaż i przyszłość Europy**
- **Kryzys demograficzny – perspektywa jednostki, państwa, Kościoła**
- **Kryzys demograficzny w Polsce – rodziny wielodzietne**

Wnioski:

- Teoria racjonalnego wyboru
- Teoria unikania ryzyka
- Teoria wartości postmaterialistycznych
- Teoria równości płci
- Dziecko a konsumpcja
- Jakość dzieci
- Teoria międzygeneracyjnych transferów
- Wzrost gospodarczy a posiadanie dzieci

RATUJMY ŻYCIE, WSPIERAJMY RODZICIELSTWO

Położnictwo i demografia

1. Lekarze ginekolodzy, położne:

- są obecni przy narodzinach, przy stratach okołoporodowych;
- są świadkami podejmowania decyzji prokreacyjnych, mają wiedzę o ich jednostkowych uwarunkowaniach. Mogą wpływać na te decyzje;
- mogą być cennym źródłem informacji dla demografów, tworzących prawo, ekonomistów, socjologów, które byłyby przydatne w formowaniu zasad sprzyjających odwróceniu niekorzystnych trendów demograficznych.

XV Ogólnopolska Konferencja „Tytoń albo zdrowie” im. Prof. Franciszka Venuleta *PREWENCJA PIERWOTNA NOWOTWORÓW: OGRANICZENIE EKSPOZYCJI NA DYM TYTONIOWY*

Dyskusja panelowa: *Ustawa o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych z 1995r – czy była skuteczna w walce z rakiem i miała wpływ na poprawę zdrowia?*

Moderator: prof. W. Zatoński

Uczestnicy: min. I. Radziejewicz-Winnicki, dr S. Jurgielanec; red. J. Dutkiewicz; dr J. Kopczyk

- **Dyskusja panelowa: *Co dalej z ograniczaniem zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Unii Europejskiej? Obecna sytuacja i najważniejsze wyzwania w Polsce.***
- **I sesja plenarna: *Nowe wyzwania w zdrowiu związane z paleniem tytoniu.***
- **II sesja plenarna: *Programy ograniczania palenia tytoniu w społeczności lokalnej***
- **III sesja plenarna: *Współpraca wielosektorowa w prewencji pierwotnej nowotworów***

Podsumowanie i wnioski

- Częstość palenia jest wyższa u mężczyzn niż u kobiet w każdym kraju ujętym w badaniu
- Częstość palenia wśród kobiet waha się od 0,5% w Egipcie do 24,4% w Polsce
- W grupie kiedykolwiek palących codziennie w wieku 55–64 lata (w chwili badania) kobiety rozpoczynały palenie później niż mężczyźni, w najmłodszej grupie wieku wiek inicjacji się wyrównał (w Polsce)
- Wyzwania dla Polski
- Palenie kobiet w średnim wieku
- Palenie dziewcząt
- Zahamowanie tempa spadku palenia
- Programy interwencyjne vs profilaktyczne
- Ceny papierosów

Wyzwania w „tobacco control” w Unii Europejskiej (wg Smoke Free Partnership i European Network for Smoking and Tobacco Prevention). Główny problem – duże zróżnicowanie w zakresie „tobacco control” w UE

Raport WHO, 2009 na temat możliwości wdrożenia skutecznej strategii ograniczenia spożycia tytoniu w Polsce.

Raport MPOWER Światowej Organizacji Zdrowia

- 1. Małeje wiek pierwszych eksperymentów z substancjami niebezpiecznymi (granica „psycho-biologiczna”).**
- 2. Istotny związek pomiędzy wysokim/niskim odsetkiem eksperymentów a:**
 - typem wychowania (nadmierna swoboda, nadmierny rygorizm, zasady)
 - podejściem rodziców do substancji (używanie, popieranie, wiedza prozdrowotna, aktywność sportowa)
 - typami środowiska socjalizacji (liberalne, patologiczne, religijne – aksjonormatywne)
 - pozycją ekonomiczną (bogactwo, ubóstwo)
 - brakiem/kampanijną i aktywną profilaktyką.
- 3. Bezproblemowy dostęp do substancji – środków.**
- 4. Wysoki stopień tolerancji środowiskowej.**
- 5. Silne – destrukcyjne wzorce medialne (celebryckie, idoli).**

Profilaktyka palenia tytoniu w środowisku lokalnym

Postępy w leczeniu zespołu uzależnienia od tytoniu

Nikotynowa terapia zastępcza (NTZ)

Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa – wspólne postulaty

- 1. Reorientacja dotychczasowego systemu ochrony zdrowia** w takim kierunku, aby rozwojowi nowoczesnych metod diagnostycznych i leczniczych towarzyszyło docenienie roli edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia oraz profilaktyki zagrożeń i chorób; pociąga to za sobą konieczność zbudowania odpowiedniej infrastruktury i podstaw legislacyjnych dla efektywnych działań w zakresie zdrowia publicznego, w tym przyjęcia ustawy o zdrowiu publicznym;
- 2. Wzmocnienie roli narodowych programów w ochronie zdrowia**, jako narzędzi realizacji, ważnych z punktu widzenia polityki ludnościowej, priorytetów zdrowotnych.

IMIGRANCI W EUROPIE. KULTURA PRZYJĘCIA

Program

Otwarcie konferencji

JM Rektor UKSW ks. prof. dr hab. Henryk Skorowski

Prof. dr hab. Zbigniew Strzelecki, przewodniczący Rządowej Rady Ludnościowej

Sesja plenarna

Moderator: Ks. prof. dr hab. Piotr Mazurkiewicz UKSW

Prof. dr hab. Marek Okólski, przewodniczący Komitetu Badań nad Migracjami PAN: *Europa – kontynent imigrantów*

Prof. dr hab. Irena Lipowicz, Rzecznik Praw Obywatelskich:

Imigranci i uchodźcy w Polsce w świetle praw człowieka

Abp Celestino Migliore, Nuncjusz Apostolski w Polsce:

Działalność Stolicy Apostolskiej na rzecz przestrzegania praw migrantów i uchodźców

Przyznanie tytułu doctora honoris causa prof. Jerzemu Buzkowi

Sesja I: Stosunek polskiego społeczeństwa do obcokrajowców

Sesja II: Integracja imigrantów

Sesja III: Polityka polskich władz wobec imigrantów i repatriantów

Sesja IV: Problem wielokulturowości w Europie na przykładzie imigrantów z krajów muzułmańskich

Sesja V: Imigranci i uchodźcy a prawa człowieka

Sesja VI: Kościół katolicki wobec praw imigrantów i uchodźców

Sesja VII: Polityka integracji imigrantów w wybranych państwach Europy

SPOŁECZNE I KULTUROWE SKUTKI MIGRACJI Z POLSKI NA PRZEŁOMIE WIEKÓW

W listopadzie 2012 r. w Pałacu Staszica spotkali się przedstawiciele wielu dziedzin nauki, aby zastanowić się nad skutkami migracji. Podczas pięciu sesji omawiano różne aspekty migracji: demograficzny, ekonomiczny, społeczno-kulturowy, historyczny i polityczny.

W trakcie konferencji zaprezentowano 40 referatów. Szczególną uwagę zwrócono na wystąpienie prof. Romualda Jończego z Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu „Regionalne skutki odpływu ludności Polski w okresie transformacji” i dr Michała Garapicha z brytyjskiego University of Roehampton „Polska kultura migracyjna i państwo – antropologiczne spojrzenie na konsekwencje współczesnej międzynarodowej mobilności Polaków”. Dużym zainteresowaniem cieszyły się wszystkie panele dyskusyjne, szczególnie zaś panel polityczny. W trakcie dyskusji w ramach tego panelu zwrócono np. uwagę na poważne skutki braku profesjonalnej polityki migracyjnej. Dotyczy to m.in. zagadnień odpływu i napływu ludności, polityki wobec imigrantów, czy polityki wobec diaspory.

SPOŁECZEŃSTWO ŚLĄSKA OPOLSKIEGO 1945–2011: DYNAMIKA I STRUKTURA PRZEMIAN, ASPEKTY DEMOGRAFICZNE, ZATRUDNIENIA I RYNKU PRACY

Marszałek województwa opolskiego w wypowiedzi ukazał stan prac nad tworzeniem w woj. opolskim Specjalnej Strefy Demograficznej. Punktem wyjścia było krótkie przypomnienie uzasadniające fakt podjęcia (jako jedyny samorząd wojewódzki w Polsce) tak ogromnego wyzwania. Wyzwania wpisującego się zarówno w Strategię Europa 2020, jak i Krajową Strategię Rozwoju Regionalnego, przy jednoczesnej komplementarności z przygotowanym przez Zespół Doradców Strategicznych premiera Donalda Tuska raportem Polska 2030. Bardzo ważnym dokumentem jest Strategia Rozwoju Województwa Opolskiego, w której to właśnie zapobieganie i przeciwdziałanie procesom depopulacji uznaliśmy wyzwaniem horyzontalnym.

Aktualna jeszcze prognoza demograficzna GUS-u (2008) wykazuje nadciągający (jeżeli nie będziemy podejmowali żadnych kroków) krach ludnościowy naszego województwa, ze wszystkimi społeczno-gospodarczymi skutkami tego zjawiska.

Rozchodzące się krzywe przyrostu ludności Polski i regionu należało zweryfikować w oparciu o twarde dane spisowe, tym bardziej iż pojawiło się swoiste „drgnięcie demograficzne” wyrażające się wzrostem liczby urodzeń w regionie pod koniec I dekady. Nadzieje na zatrzymanie depopulacji okazały się płonne: nie ma odwrotu od tendencji generalnej: region dalej traci ludność i to w stopniu najwyższym w Polsce.

Władze regionu i całe środowisko uznały, że bez działań antykrzysowych może się zrealizować czarny scenariusz, wyrażający się w bardzo niskiej liczbie ludności i o strukturze wieku w znacznym stopniu redukującej względnie poprawne funkcjonowanie województwa. Region znacznie zmierzać, z przyczyn demograficznych, w stronę peryferii społeczno-gospodarczych.

Innowacyjność przyjętej koncepcji wynika z faktu, iż nie znaleźliśmy wzorców dla takiego modelu projektowanych działań.

Władze województwa proponują zintegrowany system składający się z czterech pakietów, obejmujących całe spektrum życia człowieka: od poczęcia do końca z zastosowaniem podejścia ekonomicznego (mniej socjalnego).

Uważna analiza tendencji zmian struktury wieku wręcz wymusza przygotowania narzędzi prawnych i finansowych adekwatnych do problemów występujących (będących właściwymi) w grupach najmłodszych, w wieku edukacji, w wieku pracy zawodowej i w wieku poprodukcyjnym.

Pakiet I – Praca to bezpieczna rodzina

Pakiet II – Edukacja a rynek pracy

Pakiet III – Opieka żłobkowo-przedszkolna

Pakiet IV – Złota jesień

SYTUACJA DEMOGRAFICZNA OBSZARÓW WIEJSKICH MAZOWSZA – wnioski do założeń polityki ludnościowej – Mazowiecki Kongres Demograficzny

Sesja I – Zmiany demograficzne w województwie mazowieckim

Sesja II – Polityka reagowania na zmiany demograficzne w regionie

Silna dywersyfikacja województwa: konieczność podejścia funkcjonalnego

Trendy rozwoju demograficznego

Kryzys demograficzny głównie obszarów peryferyjnych

Wnioski

- Podstawowy problem:
 - Jak zatrzymać ludzi?
 - Jak łagodzić skutki depopulacji obszarów wiejskich?
- Istotna rola samorządu?
Jakie narzędzia?

Rekomendacje

- Spójna polityka demograficzna na poziomie krajowym, **regionalnym i lokalnym**
- Podejście **funkcjonalne**
- Polityka demograficzna:
 - **aktywna**
 - **wieloaspektowa**
 - **kontekstowa**

WYNIKI NARODOWEGO SPISU POWSZECHNEGO 2011

Wyniki NSP 2011 są podstawową informacją w ocenie sytuacji demograficznej Polski oraz prognozowaniu przyszłego rozwoju ludnościowego. W trakcie sesji końcowej Kongresu zaprezentowała je **Pani Dyrektor Lucyna Nowak** z Departamentu Badań Demograficznych GUS. Są to:

Stan ludności faktycznej

Kategorie ludności

Współczynnik feminizacji w 2011 r.

Zmiany w strukturze wieku ludności

Czynniki determinujące zmiany w stanach ludności

Migracje zagraniczne ludności w świetle wyników Spisu 2011

Poziom wykształcenia ludności w 2011 r.

Aktywność ekonomiczna ludności w wieku 15 i więcej lat w 2011 r.

Struktura społeczna ludności:

Podsumowanie:

- ▶ Sytuację demograficzną w regionach (województwach) oraz perspektywy ich rozwoju demograficznego kształtują zarówno czynniki demograficzne, jako konsekwencja procesów zachodzących w latach wcześniejszych, jak i oraz aktualne uwarunkowania społeczno-ekonomiczne.
- ▶ Należy przypuszczać, że siła oddziaływania tych czynników jest różna w poszczególnych regionach.

- ▶ Problem zróżnicowania regionalnego rozwoju demograficznego powinien być przedmiotem badań, m.in. także z uwagi na konieczność opracowania nowej długookresowej prognozy ludności.

PANELE DYSKUSYJNE DOTYCZĄCE ZAŁOŻEŃ POLITYKI LUDNOŚCIOWEJ POLSKI

Dyskusje panelowe były niezwykle ważnym forum weryfikacji zapisów zawartych w projekcie „Założeń polityki ludnościowej Polski”. Poszczególne panele grupowały, jak podkreślił w wystąpieniu otwierającym sesję końcową Kongresu Przewodniczący Komitetu Kongresowego Profesor Zbigniew Strzelecki, przedstawiciele instytucji i organizacji, z których wszystkie bądź to odpowiadają za realizację poszczególnych zagadnień zawartych w „Założeniach...”.

Instytucje i organizacje zaproszone do paneli zostały tak dobrane, aby panel stanowił jednorodną grupę. Znaleźli się w nich przedstawiciele: rządu, samorządów, pracodawców, związków zawodowych oraz kościołów i organizacji pozarządowych.

I. PERSPEKTYWA PRACODAWCÓW

Moderator:

prof. Elżbieta Mączyńska – prezes PTE

Uczestnicy:

Pan Eugeniusz Śmiłowski – Business Centre Club

Prof. Jan Klimek – Wiceprezes Zarządu Związku Rzemiosła Polskiego

Pani Danuta Bodzek – Członek Zarządu Przewozów Regionalnych sp. z o.o.

Pani prof. Elżbieta Mączyńska dokonała wprowadzenia do dyskusji, w którym – poza przypomnieniem głównych tez „Założeń polityki ludnościowej Polski – zwróciła uwagę na następujące grupy zagadnień, które powinni mieć na uwadze pracodawcy w swych działaniach na rzecz poprawy sytuacji demograficznej Polski:

- ▶ zmiany preferencji zawodowych pracowników, w szczególności młodych:
 - Polacy urodzeni w fali wyżu demograficznego lat 80. coraz częściej poszukują pracy dającej im satysfakcję nie tylko materialną (dobre wynagrodzenie),
 - oczekują też możliwości optymalnej realizacji swoich aspiracji zawodowych i życiowych (pokolenie X zastępowane stopniowo przez pokolenie Y, które charakteryzuje m.in. niezależność i indywidualizm w dążeniu do celów, nastawienie na samorealizację, duża mobilność przestrzenna czy też zaangażowanie w działania przynoszące szybkie korzyści własne);
- ▶ sprawy związane z pomocą socjalną dla pracowników:
 - obowiązek tworzenia zříśś nałożony został na pracodawców z tzw. sfery budżetowej oraz pracodawców zatrudniających co najmniej 20 pracowników (w przeliczeniu na pełne etaty),

- pozostali, mniejsi pracodawcy także mogą korzystać z tych rozwiązań, w zależności od możliwości finansowych firmy,
- oznacza to ograniczenie czy wręcz niemożliwość skorzystania z zakładowych świadczeń socjalnych przez pracowników mniejszych firm;
- ▶ działalność firm na rzecz godzenia życia zawodowego z rodzinnym:
 - nie ma ona jeszcze szerszego zakresu, ale obejmuje (w różnych formach) stopniowo większy krąg pracowników,
 - jest to kierunek działań zasługujący na popularyzację i upowszechnienie, a także – na tworzenie systemu zachęt,
 - seniorzy – podstawowe idee w Rezolucji ONZ nr 46/91 określającej Katalog Podstawowych Praw Ludzi Starszych: „*by dodać życia do lat, które dodano do życia*”,
 - w Polsce nie ma dotychczas ani ważnych programów przeciwdziałających wykluczeniu osób starszych, ani tradycji zorganizowanego społecznikowskiego działania na rzecz osób starszych.
 - bierne „**przedpole starości**” **prowadzić będzie do biernej starości**;
- ▶ rynek pracy jako obszar potencjalnego wykluczenia społecznego osób starszych:
 - formą przemocy mogą być ustanawianie w prawie granice wieku,
 - środowisko osób w wieku przedemerytalnym jest bardzo istotnie zróżnicowane ze względu na poziom wykształcenia, zawody, stan zamożności, możliwości zawodowe, aspiracje, wreszcie na stan zdrowia,
 - tworzenie warunków prawnych i organizacyjnych zatrudnienia wszystkich osób zdolnych do pracy w latach 2012–2035,
 - racjonalne gospodarowanie zasobami pracy przez pracodawców, w tym prawidłowe gospodarowanie kwalifikacjami pracowników,
 - utrzymywanie więzi z Polakami przebywającymi za granicą, traktowanie ich jako składnika polskiego potencjału ludnościowego,
 - włączenie Polaków przebywających za granicą do promocji krajowej produkcji i turystyki.

W trakcie dyskusji, jej uczestnicy podejmowali powyższe tematy i na przykładzie firm własnych oraz zrzeszonych w reprezentowanych przez nich organizacjach starali się odpowiedzieć na następujące pytania postawione przez Moderatora:

- czy, w jakiej formie oraz na jakich warunkach powinni i czy mogą być aktywnymi, instytucjonalnymi podmiotami w kształtowaniu polityki ludnościowej kraju?
- czy i w jakim stopniu/formie doświadczają skutków dysfunkcji demograficznych?
- czy i jakie działania podejmują lub mają zamiar podejmować, aby eliminować/zmniejszać negatywne następstwa pogarszającej się sytuacji ludnościowej w kraju?

II. PERSPEKTYWA ZWIĄZKÓW ZAWODOWYCH

Moderator:

prof. Irena E. Kotowska – Przewodnicząca Komitetu Nauk Demograficznych PAN

Uczestnicy:

Pan Jan Guz – Przewodniczący OPZZ

Pan Zygmunt Mierzejewski – Wiceprzewodniczący Forum Związków Zawodowych

Pani prof. Irena E. Kotowska zaproponowała uwzględnienie w dyskusji nad projektem *Założeń polityki ludnościowej Polski* m.in.:

- rozwiązań dotyczących łączenia pracy z rodziną, z uwzględnieniem organizacji pracy, równego traktowania kobiet i mężczyzn, usług opiekuńczych,
- warunków dłuższego pozostawania na rynku pracy, w tym warunków pracy, zagadnień profilaktyki zawodowej, organizacji pracy, szkolenia dla starszych pracowników, równego traktowania starszych pracowników, ich udziału w życiu społecznym,
- migracji zarobkowych, w tym migracji powrotnych.

III. PERSPEKTYWA KOŚCIOŁÓW, ZWIĄZKÓW WYZNANIOWYCH I ORGANIZACJI POZARZĄDOWYCH

Moderator:

redaktor Krzysztof Michalski – Polskie Radio, Program Pierwszy

Uczestnicy:

Ks. Arcybiskup Abel – Ordynariusz Prawosławny Diecezji Lubelsko-Chełmskiej

Ks. prof. Franciszek Longchamps de Berier – Kościół katolicki

Ks. Grzegorz Giemza – Prezes Synodu Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego w Polsce

Pan Piotr Frączak – Prezes Ogólnopolskiej Federacji Organizacji Pozarządowych

Pani Maria Holzer – Prezes Zarządu Polskiej Fundacji Dzieci i Młodzieży

Przy omawianiu poszczególnych celów „Założeń polityki ludnościowej Polski” przedstawiciele kościołów poświęcili szczególną uwagę sprawom rodziny, więzi międzypokoleniowej, ale też opiece nad imigrantami.

Kościół prawosławny nigdy nie angażował się w sprawy regulacji poczęć, chociaż sprawy te nie są mu obojętne – powiedział Arcybiskup Abel. Z niepokojem obserwuje rozluźnienie więzi rodzinnych. Ludzie starzy coraz częściej żyją w domach starców, bądź są izolowani we własnych mieszkaniach, pozbawieni kontaktów z młodymi. Szybciej starzeją się i niedołęznieją. Konieczne jest „wychowanie dla starości”, ale ono może najskuteczniej odbywać się w rodzinach.

Rola kościołów jest też bardzo ważna w opiece nad imigrantami, w pomocy im w procesie integrowania się z nowym środowiskiem. W tym względzie duże doświadczenie ma Kościół prawosławny, zwłaszcza wobec imigrantów wyznania prawosławnego.

Na motywacje prokreacyjne oddziałuje wiele czynników. Mówimy o polityce prokreacyjnej, prorodzinnej, ale powinniśmy właściwie mówić o polityce rodzinnej. Rodziny – zdaniem ks. prof. Franciszka Longchamps de Berier – są dyskryminowane przez system podatkowy, który dzieci traktuje jak przedmioty luksusu, jako zbędną konsumpcję. A przecież powinien on charakteryzować się prostotą i przejrzystością. Należy wprowadzić takie zmiany, które uwzględnią bezpośrednie i pośrednie koszty wychowania dzieci.

Był to panel, z którego autorzy „Założeń polityki ludnościowej Polski” mogą zaczerpnąć wiele konstruktywnych propozycji i rozwiązań do realizacji na rzecz poprawy sytuacji demograficznej Polski.

IV. PERSPEKTYWA ORGANIZACJI SAMORZĄDOWYCH

Moderator:

prof. Adam Kurzynowski – Członek Rządowej Rady Ludnościowej

Uczestnicy:

Pan Józef Sebesta – Marszałek Województwa Opolskiego

Pani Maria Grabowska – Zastępca Burmistrza Grodziska Mazowieckiego

Pan Stanisław Jastrzębski – Wójt Gminy Długosiodło

Panel poświęcony był – jak podkreślił w swoim wprowadzeniu moderator – szczególnie ważnym sprawom, a mianowicie temu, co samorządy terytorialne w swojej działalności robią na rzecz rozwoju demograficznego i warunków bytu rodzin, w tym osób starszych. Panel dał okazję do uzyskania wiedzy, jak te zagadnienia kształtują się na poziomie regionalnym i lokalnym, jak problemy, o których wiedzę czerpiemy z badań, są rozwiązywane w praktyce. Terytorialne samorządy lokalne są jedynym miejscem, w którym styka się polityka gospodarcza, społeczna i w efekcie ludnościowa. Panel pomógł zrozumieć, jak kształtują się procesy demograficzne i procesy usprawnienia zaspokojenia potrzeb w jednostkach terytorialnych reprezentowanych przez uczestników panelu.

Moderator przypomniał, że nauka, badania naukowe dostarczają wiedzę o procesach społecznych, ale ta wiedza musi być dobrze spożytkowana przez realizatorów polityki gospodarczej i społecznej, w tym przez samorządy terytorialne. Istnieje określona wiedza zarówno na temat procesów demograficznych, w sensie rozwoju rodziny, procesów starzenia się, jak również dotycząca stanu zdrowia społeczeństwa, procesów migracyjnych, a więc wszystkich celów określonych w projekcie „Założeń polityki ludnościowej Polski”. Zadaniem uczestników panelu było odniesienie się do tych problemów, zweryfikowanie tej wiedzy i jej wykorzystania w polityce lokalnej.

Panel był prezentacją dobrych praktyk. Zróżnicowana skala: województwo, miasto, gmina wiejska, pozwoliły na dostrzeżenie problemów w różnym kontekście, stosowanie różnych narzędzi, uzyskiwanie oczekiwanych rezultatów. Ale w każdym przypad-

ku najważniejsza była troska o społeczność składającą się na województwo, miasto czy gminę oraz podejmowanie stosownych działań na rzecz poprawy obecnej sytuacji i z troską o przyszłość.

V. PERSPEKTYWA RZĄDU

Moderator:

prof. Michał Kleiber – Prezes Polskiej Akademii Nauk

Uczestnicy:

Pani Czesława Ostrowska – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej

Pan Maciej Jakubowski – Podsekretarz stanu w Ministerstwie Edukacji Narodowej

Pan Krzysztof Lewandowski – Naczelnik Wydziału w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych

Moderator panelu Pan prof. Michał Kleiber stwierdził, że w trakcie trwania Kongresu i w różnych dyskusjach była zgoda co do istoty procesów demograficznych, które mają obecnie miejsce i co do perspektyw, które mogą nas czekać. Ta istota przejawia się w tym, że liczba mieszkańców naszego kraju w połowie obecnego wieku będzie prawdopodobnie o 6 mln niższa od obecnej. Będzie to wynikiem zarówno niskiej płodności, jak i procesów migracyjnych. Niewątpliwie, będziemy obserwowali proces starzenia się ludności oraz istotny spadek zasobów pracy. W połowie stulecia liczba mieszkańców w wieku 65+ będzie dwukrotnie wyższa od obecnej – będzie to prawie 10 mln osób. Przy zmniejszającej się liczbie ludności oznacza to, że praktycznie co trzeci mieszkaniec naszego kraju będzie w tym wieku. W istotnym stopniu skurczą się zasoby pracy. Mamy zatem niezwykle wyzwania, o których warto rozmawiać, ale też warto podejmować odpowiednie decyzje w sprawie strategicznych rozwiązań.

Prof. Michał Kleiber podkreślił, że problematyka demograficzna jest niezwykle ważna dla kraju. O jej docenianiu świadczy patronat Prezydenta RP Pana Bronisława Komorowskiego nad obecnym Kongresem oraz skład Komitetu Honorowego Kongresu. Równocześnie poinformował, że Komitet Prognoz POLSKA 2000+, któremu przewodniczy Prezes PAN, zorganizował – wspólnie z Biurem Bezpieczeństwa Narodowego – konferencję, w której programie demografia była jednym z wiodących tematów. Jest to przykład powagi sytuacji i jej dostrzegania, także w kontekście bezpieczeństwa narodowego.

Od uczestników panelu rządowego oczekujemy informacji o programach działań i samych działaniach, które pomogą zapewnić bezpieczeństwo demograficzne Polski – stwierdził prof. Michał Kleiber.

Przedstawiciele ministerstw, reprezentowani w dyskusji panelowej, zaprezentowali działania podejmowane m.in. na rzecz poprawy warunków funkcjonowania rodzin, pomocy ludziom starszym, zmian w dziedzinie wychowania i edukacji. Przedstawiciel MSW zapoznał uczestników Kongresu z wynikami prac Zespołu ds. problematyki migracji.

VI. ZAPREZENTOWANIE I PRZYJĘCIE DOKUMENTÓW KONGRESU

PRZYJĘCIE ZAŁOŻEŃ POLITYKI LUDNOŚCIOWEJ POLSKI

Uczestnicy Kongresu wysłuchali wystąpienia Pani Profesor Bożenny Balcerzak-Paradowskiej, Przewodniczącej Zespołu ds. opracowania projektu *Założeń polityki ludnościowej Polski*. Poniżej zamieszczono tekst wystąpienia, w którym Pani Profesor odniosła się m.in. do przebiegu dyskusji nad projektem *Założeń* uczestników sesji końcowej II Kongresu Demograficznego.

Definicja polityki ludnościowej, która została przyjęta w tym dokumencie oraz jej cele były przedstawiane już wielokrotnie podczas poszczególnych paneli. Przed dziesięcioma laty odbył się i zakończył I Kongres Demograficzny. Wśród postulatów przyjętych w Deklaracji I Kongresu Demograficznego był m.in. postulat dotyczący przygotowania *Założeń polityki ludnościowej Polski*. *Założenia* zostały rzeczywiście opracowane w 2004 r. Zostały zaakceptowane przez ówczesny Rząd. To były *Założenia*, za których realizację odpowiedzialność przyjmował na siebie przede wszystkim Rząd. Przebieg procesów demograficznych, zmiana uwarunkowań o charakterze społeczno-ekonomicznym, i tych wynikających z procesów integracji unijnej, skłoniły Rządową Radę Ludnościową do podjęcia działań na rzecz aktualizacji, a także zmiany dotychczasowych *Założeń polityki ludnościowej Polski*, które – prawdę mówiąc – były realizowane w niewielkim zakresie, mimo że był to dokument obowiązujący.

Zespół powołany przez Przewodniczącego Rządowej Rady Ludnościowej przygotował projekt nowego dokumentu. Był on przedmiotem debat podczas posiedzeń Rady, był prezentowany podczas otwarcia II Kongresu Demograficznego w marcu br., był również podstawą dyskusji podczas różnego rodzaju przedsięwzięć o charakterze debat, czy konferencji, które miały miejsce w czasie od inauguracji Kongresu do dnia wczorajszego. Dokument był też, i to chyba najważniejsze, przedmiotem dyskusji, która miała miejsce w ciągu dwóch dni sesji końcowej Kongresu. Dyskusji, w którą zostali włączeni przedstawiciele różnych podmiotów, przewidzianych w projekcie *Założeń* jako podmioty odpowiedzialne, lub współodpowiedzialne za ich realizację.

Polityka ludnościowa jest polityką, w której realizację powinny być włączone różne podmioty – instytucje i organizacje: podmioty rządowe, samorządowe, organizacje pozarządowe, organizacje wyznaniowe, kościoły różnych wyznań, pracodawcy i ich organizacje oraz związki zawodowe. Z myślą o realizacji tej idei zostały przygotowane dyskusje panelowe sesji końcowej Kongresu.

Polityka ludnościowa wpływa na procesy demograficzne w sposób pośredni, a więc przede wszystkim przez tworzenie warunków i poprzez stosowanie odpowiednich instrumentów, odpowiednich dla pożądanego przebiegu tych procesów, zarówno polityki społecznej, jak i instrumentów polityki gospodarczej. Jest to mocno zaakcentowane w celach, które zostały zapisane w projekcie *Założeń*.

Przyjęto następujące zasady realizacji tej polityki:

— zasada aktywności, a więc tworzenie warunków sprzyjających, czy też niezbędnych do osiągnięcia danego celu.. W trakcie jednego panelu była mowa o tym, że polityka ludnościowa poprzez stosowanie takich czy innych instrumentów nie wymusza,

a nawet nie skłania do podejmowania takich czy innych decyzji, zarówno w sprawach prokreacji, czy migracji, ale tworzy warunki do swobodnego wyboru decyzji i zachowań. Przyjęcie zasady aktywności oznacza zwrócenie uwagi na aktywizujące formy i metody działania, pozwalające na bezpośredni udział różnych grup w projektowanych działaniach,

- zasada wielości podmiotów. Przyjęcie jej oznacza, że dzięki zaangażowaniu różnych podmiotów istnieje możliwość lepszego rozpoznania potrzeb, większa elastyczność działania, lepsze dostosowanie środków do osiągnięcia zamierzonych celów,
- zasada wielości, różnorodności instrumentów i stosowanych metod i powiązania ich z politykami szczegółowymi, o charakterze bezpośrednim.

Wyodrębniono następujące cele polityki ludnościowej:

- **pierwszy cel** wiąże się z rodziną na etapie jej tworzenia, podejmowania przez nią decyzji prokreacyjnych, a więc jej rozwoju ilościowego i przede wszystkim, co chcę bardzo silnie podkreślić, rozwoju jakościowego. Określenia te mogą wydawać się niewłaściwe w odniesieniu do funkcji rodziny o charakterze emocjonalnym i wychowawczym, ale chodziło o podkreślenie, że polityka ludnościowa – w tym przypadku rodzinna – powinna zmierzać do tworzenia warunków do zwiększania dzietności rodzin (aspekt ilościowy), jak i zadbać o warunki sprzyjające rozwojowi młodej generacji (aspekt jakościowy), o inwestowanie w młode pokolenie w różnych formach, zarówno wspierając w tych działaniach rodzinę, jak i tworząc pewne instrumentarium wspomagające ten rozwój w sposób bezpośredni;
- **drugi cel** związany jest z procesami starzenia się i koniecznością zwrócenia uwagi na to, aby istniejący kapitał ludzki i społeczny, upodmiotowiony w starszym pokoleniu, możliwie jak najlepiej wykorzystać, zaspokajając różne potrzeby ludzi starszych, ale również wykorzystać ich do celów rozwojowych, prospołecznych;
- kolejny, **trzeci cel** – to poprawa stanu zdrowia ludności, ograniczenie umieralności. Ograniczenie umieralności ma przede wszystkim swój wymiar humanistyczny, ale również „utilitarny”. Malejąca liczba zgonów przy obecnym poziomie dzietności pozwoli na zahamowanie tempa spadku liczby ludności. Poprawa zdrowia ludności – to poprawa kapitału ludzkiego w różnych fazach życia;
- **czwarty cel** to określenie kierunków i zasad polityki migracyjnej Polski w dobie integracji europejskiej. Chodzi o dostosowanie działań w tym zakresie do procesów, które zachodzą w globalizującym się świecie. *Założenia* jako dokument zostały opracowane w ten sposób, że do każdego celu zostały wskazane działania priorytetowe. Oto przykład takich priorytetów w ramach celu I: poprawa warunków powstawania i funkcjonowania rodzin oraz działania na rzecz powstawania, rozwoju i funkcjonowania rodzin; tworzenie warunków sprzyjających rozwojowi młodego pokolenia w rodzinie, jako czynnik poprawy jakości kapitału ludzkiego; zapobieganie wykluczeniu i marginalizacji; integracja społeczna; pomoc rodzinom w trudnych sytuacjach: ubogim, wielodzietnym, niepełnym, z osobą niepełnosprawną, dotkniętą dysfunkcją lub patologią.

Adresując pewne instrumenty do rodzin w trudnych sytuacjach, wspierając te rodziny, wspieramy młode pokolenie, dbamy o jego rozwój.

Do każdego priorytetu przypisano główne kierunki działań, których pogłębieniem są propozycje działań kierunkowych, potrzebnych do realizacji poszczególnych działań i osiągnięcia zamierzonego celu na różnych etapach ich wprowadzania. Niektóre propozycje rozwiązań szczegółowych zostały przedstawione w ujęciach wariantowych.

W celu drugim: tworzenie warunków sprzyjających integracji w starzejącym się społeczeństwie, przyjęto priorytety: zmniejszenie skali zagrożeń wykluczeniem społecznym osób starszych, niesamodzielnych i niepełnosprawnych, dostęp osób starszych i niepełnosprawnych do usług ochrony zdrowia, dostęp osób niesamodzielnych do usług opieki, uczestnictwo ludzi starszych w różnych dziedzinach życia społecznego i w sferze publicznej, eliminacja dyskryminacji, przemocy, zapewnienie bezpieczeństwa. W ślad za tym idą propozycje rozwiązań szczegółowych. W miarę możliwości starano się zastosować podejście, holistyczne, co oznacza starania o to, aby sposób realizacji pewnych celów i rozwiązania szczegółowe były ze sobą komplementarne. Na przykład uczestnictwo ludzi starszych w różnych formach aktywności, oznacza m.in. wykorzystanie tego potencjału przy budowaniu nie tylko więzi międzypokoleniowych, ale i możliwość bezpośredniego uczestnictwa w procesie wychowania młodego pokolenia. Poszczególnym priorytetom podporządkowane są główne kierunki działań.

Cel trzeci: poprawa stanu zdrowia ludności, ograniczenie umieralności. Priorytety to: poprawa stanu zdrowia matek i dzieci (jest on rozpisany na bardziej szczegółowe „podcele”. Wskazano m.in. na potrzebę zainteresowania się stanem zdrowia w okresie poprzedzającym ciążę, a więc związanym ze zdrowiem reprodukcyjnym kobiet (potrzeba takich działań była poruszona przez jednego z dyskutantów sesji Kongresu)), ograniczenie zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia, ograniczenie zachorowalności i umieralności z powodu chorób nowotworowych, poprawa stanu zdrowia psychicznego Polaków, ograniczenie zachorowań i umieralności z powodu przewlekłych chorób niezakaźnych poprzez poprawę żywienia, zwiększenie aktywności fizycznej społeczeństwa oraz promocja zdrowia, jako strategia rozwiązywania współczesnych problemów zdrowotnych. W ślad za tym idą bardzo konkretne, szczegółowe kierunki działań.

Cel czwarty: określenie kierunków i zasad polityki migracyjnej Polski w dobie integracji europejskiej. W trakcie panelu rządowego przedstawiciel Ministerstwa Spraw Wewnętrznych zwrócił uwagę na to, że istnieje już opracowanie, dokument „Polityka migracyjna Polski. Stan obecny i postulowane działania”. Przygotowując *Założenia* starano się nie multiplikować istniejących programów szczegółowych. Dlatego w dokumencie jest odwołanie do tych dokumentów i postulat potrzeby ich wdrożenia, ich realizacji. Niemniej, propozycje zawarte w *Założeniach* są poszerzeniem, czy uszczegółowieniem pewnych celów, które zostały w ramach tej polityki migracyjnej opracowane. Są to: utrzymywanie więzi z Polakami przebywającymi za granicą i traktowanie ich jako potencjału demograficznego Polski, przestrzenna i zawodowa orientacja dotycząca obszarów wyjazdów zarobkowych, z uwzględnieniem sytuacji na lokalnych rynkach pracy, wspieranie współczesnych migracji edukacyjnych i podniesienie stanu wiedzy o współczesnych procesach migracyjnych. Temu towarzyszą główne kierunki działań i działań szczegółowych.

Dotychczasowy przebieg obrad Kongresu, rozumianego jako całość (sesja otwierająca, końcowa, przedsięwzięcia podejmowane w ramach Kongresu), jest przejawem troski i odpowiedzialności za przyszłość Polski, o przebieg i skutki procesów ludnościowych i o najważniejszy kapitał rozwojowy, jakim są ludzie, w aspekcie ilościowym i jakościowym. Przebieg debaty kongresowej pozwala na stwierdzenie, iż jest akceptacja dla przedstawionych w dokumencie celów, priorytetów i kierunków działań szczegółowych.

Przebieg dyskusji wskazuje, że niektóre rozwiązania zaproponowane w dokumencie, są już wdrażane w różnym zakresie. Chociażby postulaty dotyczące zmian w systemie urlopów macierzyńskich czy uelastyczenia urlopu wychowawczego, a także propozycje rozszerzenia odpowiedzialności, czy współodpowiedzialności za realizację *Założeń* na inne podmioty, np. na samorządy są już realizowane, na co zwrócono uwagę podczas panelu samorządowego.

To, co wydaje się bardzo istotne, to zwrócenie uwagi na przepływ informacji, zarówno o działaniach na wyższym szczeblu, jak i działaniach szczebla lokalnego. Był to postulat zgłoszony przez przedstawiciela organizacji pozarządowych: upowszechnienie dobrych praktyk. Podanie przykładów dobrych praktyk w dokumencie powodowałoby zwiększenie jego i tak dużej objętości. Ale poza dokumentem istnieje obieg pozwalający na to, aby w różnych formach upowszechniać te dobre praktyki.

Kolejna ważna sprawa, to zróżnicowanie regionalne i lokalne, które jest uwarunkowaniem podejmowania różnorodnych działań, w zależności od faktycznej sytuacji, możliwości i potrzeb. Problem ten powinien być zasygnalizowany w częściach diagnostycznych, a także w części dotyczącej propozycji badań.

Przebieg dyskusji panelowych potwierdził słuszność przyjęcia zasady odpowiedzialności wielu podmiotów za realizację polityki ludnościowej. Przede wszystkim dowiedzieliśmy się, jakie działania podejmują różne podmioty w tym zakresie. Odrębną sprawą jest potrzeba współdziałania. Jest to bardziej apel o potrzebie współdziałania wielu podmiotów, niż postulat do zapisania w *Założeniach* (np. pytanie o powiązanie biznesu z samorządami, co zawsze brzmi dwuznacznie, ale tutaj chodzi o współpracę). Okazuje się, że niektóre podmioty stanowią słabsze ogniwa w tej współpracy; mam na myśli pracodawców i związki zawodowe. Dlatego apel o upowszechnieniu wiedzy o procesach demograficznych, jak i o możliwościach współuczestnictwa w działaniach na rzecz realizacji polityki ludnościowej, jest w pełni zasadny. Wiąże się z tym postulat ogólny, dotyczący upowszechniania wiedzy związanej z sytuacją demograficzną. Kongres, poprzez swoje szerokie oddziaływanie w różnych środowiskach, przyczynił się do upowszechnienia takiej wiedzy w szerszych społecznościach.

Niektóre zgłoszone postulaty na pewno będą inspiracją do badań zapisanych w części końcowej dokumentu. Jest to postulat i apel do środowiska naukowego, którego przedstawiciele są i byli obecni podczas obrad Kongresu.

Na zakończenie podkreśliła, że miała przyjemność kierowania Zespołem, który przygotował ten dokument oraz podziękowała wszystkim, którzy przyczynili się do jego powstania.

Zespół pracował pod bacznym okiem inspiratora opracowania nowych *Założeń polityki ludnościowej Polski*, pana prof. Zbigniewa Strzeleckiego.

W przygotowaniu dokumentu brali udział eksperci z różnych dziedzin, którzy działali w ramach zespołów opracowujących poszczególne obszary tematyczne. Dziękuję osobom kierującym pracą tych zespołów: pani prof. Józefinie Hrynkiewicz, pani dr Alinie Potrykowskiej, która na pewnym etapie prac zastąpiła pana prof. Antoniego Rajkiewicza, panu prof. Januszowi Szymborskiemu. Na ich ręce przekazała podziękowania dla wszystkich, którzy uczestniczyli w opracowaniu tego dokumentu.

Na wniosek Przewodniczącego Komitetu Kongresowego, Pana prof. Zbigniewa Strzeleckiego, który przewodniczył tej sesji, uczestnicy Kongresu przyjęli projekt „Założeń polityki ludnościowej Polski” przedstawiony przez Panią prof. Bożenną Balcerzak-Paradowską, z zaleceniem uwzględnienia uwag zgłoszonych w trakcie sesji końcowej II Kongresu Demograficznego

PRZYJĘCIE DEKLARACJI II KONGRESU DEMOGRAFICZNEGO

Projekt deklaracji II Kongresu Demograficznego zaprezentował Pan Profesor Michał Kleiber, który przewodniczył Zespołowi ds. przygotowania projektu Deklaracji. Skład Zespołu był następujący:

1. Prof. dr hab. Michał KLEIBER – przewodniczący Zespołu
2. Ksiądz Kardynał dr Kazimierz NYCZ
3. Prof. dr hab. Bożenna BALCERZAK-PARADOWSKA
4. Prof. dr hab. Irena E. KOTOWSKA
5. Prof. dr hab. Marek OKÓLSKI
6. Prof. dr hab. Antoni RAJKIEWICZ
7. Prof. dr hab. Janusz SZYMBORSKI
8. Prof. dr hab. Janusz WITKOWSKI
9. Redaktor Krzysztof MICHALSKI
10. Piotr DUDA
11. Jan GUZ
12. dr Małgorzata STARCZEWSKA-KRZYSZTOSZEK
13. dr Alina POTRYKOWSKA – Sekretarz Zespołu

Uczestnicy sesji końcowej Kongresu, zgłosili kilka propozycji poprawek i uzupełnień do projektu Deklaracji. Po ich rozważeniu i przyjęciu, uczestnicy Kongresu przyjęli Deklarację II Kongresu Demograficznego.

PODSUMOWANIE I ZAMKNIĘCIE KONGRESU

Przewodniczący Komitetu Kongresowego Pan prof. Zbigniew Strzelecki, w podsumowaniu obrad i rezultatów II Kongresu Demograficznego podziękował:

- Prezydentowi Rzeczypospolitej Polskiej Panu Bronisławowi Komorowskiemu za objęcie Kongresu patronatem honorowym, za osobisty udział w sesji inauguracyjnej oraz za użyczenie Pałacu Prezydenckiego na obrady pierwszej części sesji inauguracyjnej,
- władzom Państwa, w tym Pani Ewie Kopacz – Marszałek Sejmu RP – za udział w obradach Kongresu, za udział w Komitecie Honorowym Kongresu,

- pracownikom Kancelarii Prezydenta, Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, ministrom oraz pracownikom ministerstw i urzędów centralnych za zaangażowanie i pomoc w zorganizowaniu Kongresu,
 - członkom Komitetu Kongresowego i Organizacyjnego za wysiłek i współdziałanie zakończone sprawnie przebiegającymi obradami,
 - aktywnym uczestnikom obrad: moderatorom i uczestnikom dyskusji panelowych, które były główną formą obrad plenarnych, organizatorom konferencji regionalnych i środowiskowych afiliowanych przy II Kongresie Demograficznym, a także innych – nie zawsze znanych szerszemu gronu – spotkań i dyskusji zainspirowanych przez informację o Kongresie, które są przejawem troski o przyszłość demograficzną Polski,
 - mediom, zwłaszcza patronom medialnym Kongresu, za rzetelną informację o jego przebiegu i treści obrad,
 - sponsorom, bez których trudno obecnie zorganizować tak duże przedsięwzięcie.
- Przewodniczący Komitetu Kongresowego:
- przypomniał genezę Kongresu, jego zapowiedź w deklaracji końcowej I Kongresu Demograficznego oraz wyrażaną przez różne gremia potrzebę szerokiej dyskusji o sytuacji demograficznej Polski, a zwłaszcza jej przyszłości demograficznej,
 - zrelacjonował przebieg działań przygotowawczych, dotyczących zwłaszcza opracowania projektu „Założeń polityki ludnościowej Polski”, ale też koncepcji organizacyjnej obrad, na które złożyły się sesje plenarne – inauguracyjna i końcowa – oraz wiele przedsięwzięć regionalnych i środowiskowych.

Na koniec swego wystąpienia prof. Zbigniew Strzelecki stwierdził, że najlepszym podsumowaniem II Kongresu Demograficznego w Polsce będzie realizacja zaleceń zawartych w *Założeniach polityki ludnościowej Polski*.



DEKLARACJA II KONGRESU DEMOGRAFICZNEGO W POLSCE
”POLSKA W EUROPIE – PRZYSZŁOŚĆ DEMOGRAFICZNA”
(22 III–23 XI 2012)

Postulat zorganizowania II Kongresu został wysunięty podczas obrad I Kongresu Demograficznego, który odbywał się w latach 2001–2002, jak również został zgłoszony w przesłaniu końcowym I Kongresu. II Kongres Demograficzny, nad którym honorowy patronat objął Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej Bronisław Komorowski, odbywał się w okresie 22 marca–23 listopada 2012 r. pod tytułem „**Polska w Europie – Przyszłość demograficzna**”. Polska po akcesji do Unii Europejskiej w maju 2004 roku, na początku II dekady XXI wieku stoi w obliczu poważnych problemów demograficznych wyrażających się m.in.: niską liczbą urodzeń, trudnościami w zakładaniu i rozwoju rodzin, wysoką umieralnością w porównaniu z krajami Europy Zachodniej, krótszym niż w Unii Europejskiej trwaniem życia ludzkiego, deficytami w stanie zdrowia ludności, realną perspektywą dużego spadku liczby mieszkańców i poważnym naruszeniem równowagi międzypokoleniowej. Sytuacja ta wymaga odnowy demograficznej, która będzie możliwa poprzez podjęcie aktywnej i kompleksowej polityki ludnościowej wymagającej długofalowych działań państwa znajdujących aprobatę i zaufanie społeczeństwa.

Uczestnicy II Kongresu Demograficznego w Polsce uznają, że:

- ciągłość pokoleń jest sprawą zasadniczą dla miejsca naszego Narodu i Państwa we współczesnym świecie;
- cele zrównoważonego rozwoju gospodarczego i społecznego, Strategia „Europa 2050”, „Europa 2020”, Strategia „Polska 2030”, Raport „Polska 2050” (Komitetu Prognoz Polska 2000 plus) oraz „Milenijne Cele Rozwoju Narodów Zjednoczonych” tworzą podstawowe zasady rozwoju naszego kraju;
- punktem wyjścia dla *kwestii demograficznej* powinno być przekonanie o poszanowaniu życia ludzkiego;
- starzenie się ludności nie powinno być traktowane jako zagrożenie, wymaga natomiast zrozumienia przebiegu procesów dostosowywania się do tej zmiany demograficznej, mającej charakter globalny;
- pomimo wystąpienia w ostatnich latach pozytywnych zmian demograficznych: obniżania się umieralności niemowląt, dzieci i młodzieży, wydłużania się przeciętnego trwania życia ludzkiego, istnieje pilna potrzeba podjęcia planowych kroków zaradczych.

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, jego instytucje, obywatele i ich organizacje;
- uwzględnienie zagadnień demograficznych w realizowanej polityce gospodarczej, społecznej i regionalnej;
- realizowanie takich programów gospodarczych, które zapewniałyby zadowalające tempo wzrostu gospodarczego, dawały szanse na pracę, godziwe zarobki i mieszkania dla młodego pokolenia oraz zapewnienie godziwej starości i ograniczenie ubóstwa;
- wzmocnienie skuteczności polityki rodzinnej, stworzenie dobrego klimatu dla rodziny oraz zwiększenie rzeczywistego i efektywnego udziału państwa w działaniach na rzecz pomocy rodzinie w wychowaniu dzieci;
- wprowadzenie stosownych instrumentów polityki sprzyjającej rodzinie i stworzenie odpowiednich warunków dla zwiększenia liczby urodzeń i zapewnienia dzieciom dobrych warunków rozwoju;
- włączenie się pracodawców w działania na rzecz zapewnienia równowagi między obowiązkami zawodowymi a rodzinnymi, w tym – organizowanie form opieki nad dziećmi swoich pracowników;
- umacnianie poczucia międzygeneracyjnej odpowiedzialności za ludzi starszych – zarówno wśród członków rodziny, jak i poza nią;
- tworzenie warunków sprzyjających integracji w starzejącym się społeczeństwie – zmniejszanie skali zagrożenia wykluczeniem społecznym ludzi starszych, niesamodzielnych i niepełnosprawnych;
- utratę równowagi międzypokoleniowej w wyniku procesów demograficznych, która może stać się barierą grozącą zahamowaniem rozwoju;
- poprawę jakości potencjału ludzkiego przez stworzenie odpowiednich warunków do podniesienia jakości kształcenia na wszystkich poziomach i we wszystkich formach edukacji;
- opracowanie i realizację skoordynowanej publicznej polityki zdrowotnej – w oparciu o stosowne programy zdrowotne oraz budowę infrastruktury zdrowia publicznego – w celu poprawy stanu zdrowia ludności i ograniczenia umieralności;
- wypracowanie i realizację długofalowej polityki migracyjnej, zgodnej z celami rozwoju ludnościowego i społeczno-gospodarczego;
- poprawę bezpieczeństwa obywateli poprzez zwalczanie istniejących zagrożeń przestępczością, a szczególnie usuwanie ich przyczyn oraz radykalną poprawę bezpieczeństwa w ruchu drogowym i kolejowym;
- 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;
- wykorzystanie wyników NSP 2011 jako zasobu informacyjnego do tworzenia programów działania na różnych szczeblach zarządzania krajem – na rzecz rozwoju ludności i rodzin.

Uczestnicy II Kongresu Demograficznego w Polsce uważają, że:

Odnowa demograficzna w Polsce jest konieczna. Będzie ona możliwa, kiedy stworzone zostaną warunki sprzyjające powstawaniu rodzin i realizacji planów prokreacyj-

nych, w tym łączenia pracy z obowiązkami rodzinnymi, i tworzenie warunków sprzyjających rozwojowi młodego pokolenia w rodzinie, w celu poprawy jakości kapitału ludzkiego (wspieranie rodziny w ponoszeniu kosztów wychowania młodego pokolenia), zapobieganiu wykluczeniu społecznemu i dysfunkcji w rodzinach. Powinny one uwzględnić zmiany zachodzące we współczesnym społeczeństwie w młodych generacjach – w ich stylach życia, dokonywanych wyborach, życiowych priorytetach, a także, w ogóle, w nowych wzorcach przebiegu całego życia.

Uczestnicy II Kongresu Demograficznego w Polsce uznają także, że:

- zmiany demograficzne wymagają kontynuacji szerokiej debaty społecznej nad ich istotą, uwarunkowaniami i konsekwencjami, rozwojem badań i powszechnej edukacji demograficznej;
- przygotowania i przebieg Kongresu wniosły istotny impuls do szerokiej debaty publicznej nad oceną znaczenia współczesnych procesów demograficznych dla Europy i Polski oraz koniecznych do podjęcia działań w zakresie polityki ludnościowej;
- Kongres przyczynił się do znacznej mobilizacji środowisk zajmujących się problemami ludnościowymi i odpowiedzialnymi za działania w tym zakresie;
- Kongres istotnie upowszechnił wiedzę demograficzną i jej znaczenie w życiu kraju;
- Kongres wywołał włączenie się w debatę nad problemami demograficznymi Polski najwyższych władz państwowych, z Prezydentem RP na czele, instytucji i organizacji, przekonując o potrzebie ich uwzględniania w polityce społecznej i gospodarczej państwa.

Uczestnicy II Kongresu Demograficznego w Polsce zwracają się:

- do społeczeństwa polskiego z przesłaniem o istniejącym poważnym zagrożeniu potencjału biologicznego narodu;
- do władz publicznych, organizacji obywatelskich, Kościołów i związków wyznaniowych, pracodawców, społeczności lokalnych i związków zawodowych z postulatem o podjęcie skoordynowanych działań polityki społecznej, gospodarczej i ludnościowej, mogących zahamować niekorzystne zjawiska w procesach demograficznych. Wymaga to działań obejmujących: procesy tworzenia i funkcjonowania rodzin, rozrodczość, poprawę stanu zdrowia i ograniczanie umieralności, warunki sprzyjające aktywnej, twórczej i godnej starości oraz procesy migracyjne;
- do władz państwowych o bezzwłoczne przyjęcie i wdrożenie „Założeń polityki ludnościowej Polski” w postaci „Narodowego Programu Polityki Ludnościowej” uchwalonego przez Parlament RP oraz o wyeksponowanie we właściwej randze polityki rodzinnej w strukturze administracji rządowej;
- do osób biorących udział w Kongresie o wykorzystanie bogactwa zgromadzonego materiału poznawczego i postulatów zawartych m.in. w Deklaracji Kongresowej i zgłoszonych w trakcie obrad Kongresu.

Uczestnicy II Kongresu Demograficznego w Polsce postulują stworzenie warunków do zorganizowania kolejnego, III Kongresu Demograficznego.

Przewodniczący Komitetu II Kongresu Demograficznego

Publikacje materiałów II Kongresu Demograficznego – zrealizowane i planowane:

- Tom I – *Polska w Europie – przyszłość demograficzna. Sesja inauguracyjna*. Red. Z. Strzelecki, A. Potrykowska, Warszawa 2012.
- Tom II – *Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa*. Red. J. Szymborski, Warszawa 2012.
- Tom III – *O sytuacji ludzi w starszym wieku*. Red. J. Hrynkiewicz, Warszawa 2012.
- Tom IV – *Poland in Europe – The demographic future (Polska w Europie – przyszłość demograficzna)* Red. Z. Strzelecki, A. Potrykowska, Warszawa 2014.
- Tom V – *Problemy demograficzne Pomorza na przełomie wieków*. Red. E. Rydz, Słupsk 2012.
- Tom VI – *Społeczeństwo Śląska Opolskiego 1945 – 2011: dynamika i struktura przemian, aspekty demograficzne, zatrudnienia i rynku pracy*. Red. R. Radziński, Opole 2012.
- Tom VII – *Imigranci w Europie. Kultura przyjęcia*. Red. J. Balicki – w przygotowaniu
- Tom VIII – *Polska w Europie – przyszłość demograficzna. Sesja końcowa, tom 1*, Warszawa 2012.

II. RAPORT RZĄDOWEJ RADY LUDNOŚCIOWEJ PT. SYTUACJA DEMOGRAFICZNA POLSKI RAPORT 2010–2011

Podstawowym statutowym obowiązkiem Rządowej Rady Ludnościowej jest opracowywanie corocznych raportów o sytuacji demograficznej Polski. RRL opracowała i przyjęła raport *Sytuacja demograficzna Polski – Raport 2010–2011*.

W dniu 17 stycznia 2012 r. Przewodniczący RRL przesłał do Sekretarza Komitetu Rady Ministrów w Kancelarii Prezesa RM XXXVI roczny raport o sytuacji demograficznej kraju pt. *Sytuacja demograficzna Polski – Raport 2010–2011*, który po uzgodnieniach międzyresortowych został w dniu 9 lutego 2012 r. przyjęty przez Komitet Stały Rady Ministrów i rekomendowany członkom Rady Ministrów. Najważniejsze ustalenia i wnioski Raportu są następujące:

Tendencje ogólne

Rok 2010 oraz pierwsze półrocze roku 2011 nie przyniosły istotnych zmian w stosunku do tendencji zaobserwowanych i opisanych w Raporcie 2009–2010. W końcu 2010 r. liczba ludności Polski wynosiła 38 200 tys. osób, jednocześnie wstępne wyniki spisu ludności i mieszkań wykazały, że w dniu 31 marca 2011 r. w Polsce mieszkało 38,3 mln osób, tj. o około 0,3% więcej. Dynamika zmian liczby ludności w dekadzie 2001–2010 była zróżnicowana zarówno co do skali jak i kierunku tych zmian – średnioroczna stopa ubytku ludności wynosiła minus 0,14% (od –0,08% w 2006 r. do +0,09 w 2010 r.). Ostateczne wyniki NSP 2011 pozwolą na dokładne określenie liczby ludności Polski.

W roku 2011 odnotowano dodatni przyrost naturalny ludności; szacuje się, że urodziło się o około 15 tys. dzieci więcej niż wynosiła liczba zgonów. Przeciętnie – na każde 10 tys. ludności – przybyły 4 osoby (rok wcześniej 9, a na początku lat 90. XX stulecia było to ponad 40 osób). Współczynnik przyrostu naturalnego jest wyższy na wsi – w 2010 r. wyniósł 1,4‰, w miastach 0,6‰.

W latach 2004–2009 wystąpił wzrost liczby urodzeń (w 2003 r. urodziło się 351 tys. – najmniej w okresie powojennym; w 2009 – 417,6 tys.). Wzrost ten odnotowano przede wszystkim wśród rodzin zamieszkałych w miastach. W ciągu minionych dwóch lat liczba urodzeń zmniejszyła się, zaś w 2010 r. urodziło się około 413 tys. dzieci. Ze wstępnych danych GUS wynika, że w 2011 r. zarejestrowano około 391 tys. urodzeń żywych, tj. o ponad 22 tys. mniej niż przed rokiem; zaś współczynnik urodzeń wyniósł 10,2‰, tj. o 0,5 pkt mniej niż w 2010 r., ale o 0,3 pkt więcej niż na początku tego stulecia. Natężenie urodzeń na wsi jest w dalszym ciągu wyższe; w 2010 r. współczynnik wyniósł 11,4‰, w mieście 10,4‰

Niska liczba urodzeń nie gwarantuje – już od ponad 20 lat – prostej zastępowalności pokoleń; bowiem od 1989 r. utrzymuje się okres depresji urodzeniowej. W 2010 r. współczynnik dzietności wyniósł niespełna 1,4 i jest to o 0,16 pkt więcej w stosunku do notowanego w 2003 r., w którym wskaźnik ten był najniższy od ponad 50 lat, ale obecny poziom dzietności jest w dalszym ciągu niższy o około 0,75 pkt. od wielkości

optymalnej, określanej jako korzystna dla stabilnego rozwoju demograficznego. Najbardziej korzystną sytuację demograficzną określa dzietność kształtująca się na poziomie 2,1–2,15, tj. gdy na 100 kobiet w wieku 15–49 lat przypada średnio 210–215 urodzonych dzieci; obecnie jest to 138 dzieci (w miastach 131, na wsi 149).

Rozpoczęte w latach 90. ubiegłego wieku przekształcenia demograficzne spowodowały przede wszystkim przesunięcie najwyższej płodności kobiet z grupy wieku 20–24 lata do grupy 25–29 lat, a także wzrost płodności w grupie wieku 30–34 lata, który w głównej mierze jest realizacją „odłożonych” urodzeń. W konsekwencji nastąpiło podwyższenie (szczególnie w okresie minionych 10 lat) mediany wieku kobiet rodzących dziecko, która w 2010 r. wyniosła 28,6 lat wobec 26,1 w 2000 roku. Zwiększył się także do 26,6 lat, tj. prawie o 3 lata, średni wiek urodzenia pierwszego dziecka (w 2000 r. wynosił 23,7 lat).

O takim kierunku świadczą już wartości ubytku naturalnego ludności, który w pierwszym półroczu 2011 r. wyniósł 2,0 tys. osób (–0,1%) w wyniku wyższej liczby zgonów (194,2 tys.) niż urodzeń żywych (192,2 tys.), a jeszcze w 2010 r. z tego tytułu liczba mieszkańców Polski wzrosła o 34,8 tys. Oznacza to, że rozpoczęły się procesy sygnalizowane w poprzednim Raporcie, w którym stwierdzono, że „niebawem, w wyniku wejścia w wiek matrymonialny i prokreacyjny roczników niżu demograficznego, liczba urodzeń ponownie zacznie się zmniejszać, co przy rosnącej liczbie zgonów w związku ze starzeniem się społeczeństwa spowoduje nasilające się zjawisko ubytku naturalnego ludności, a w konsekwencji zmniejszania się liczby ludności Polski”. Sytuacja ta pogorszyła się od 2009 r., kiedy zawarto o 7 tys. mniej małżeństw niż w 2008 r., ale już w 2010 r. o 22,5 tys. mniej niż w 2009 r., natomiast w pierwszym półroczu 2011 r. zawarto ich o blisko 6 tys. mniej niż w analogicznym okresie 2010 roku.

Saldo stałych migracji zagranicznych już trzeci rok z rzędu oscyluje blisko zera, co świadczy o spadku skłonności Polaków do emigracji, a wyjazdy na stałe w liczbie 15–20 tys. osób równoważone są imigracją na stałe zamieszkanie w Polsce.

W roku 2010 nie został zahamowany proces zmniejszania się liczby mieszkańców miast, mimo takich nadziei wyrażonych w poprzednim Raporcie. W dalszym ciągu pogłębiała się dezurbanizacja, co przede wszystkim należy wiązać z procesami tzw. „rozlewania się miast” i suburbanizacją. W tym czasie też nie doszło do porządkowania legislacji z zakresu gospodarki przestrzennej i w związku z tym oba procesy prowadzą do narastania wielu problemów społecznych i gospodarczych, a przede wszystkim infrastrukturalnych w otoczeniu miast. Proces wyludniania się miast dotyczy wszystkich ich kategorii wielkościowych, począwszy od 10 tys. mieszkańców. Wsie w otoczeniu miast *de facto* stają się zurbanizowanymi obszarami miejskimi, jednocześnie pozostając wsiami w sensie administracyjnym.

W wyniku procesów ruchu naturalnego (urodzeń i zgonów) oraz migracji w latach 2009, 2010 i pierwszym półroczu 2011 r. następowало:

- dalsze zmniejszanie się (z wyjątkiem przejściowego wzrostu w grupie dzieci w wieku żłobkowym i przedszkolnym w wyniku wzrostu liczby urodzeń) liczby oraz udziału dzieci i młodzieży wśród mieszkańców Polski,

- osiągnięcie maksymalnej liczby i udziału potencjalnych zasobów pracy (ludność w wieku 15–64 lata),
- kontynuowanie tendencji wzrostu liczby osób starszych (w 2011 r. już co siódmy mieszkaniec Polski jest w wieku 65 i więcej lat).

Ekonomicznym wyrazem tych zmian jest wynik wymiany generacji („wchodzenie” ludności w wiek produkcyjny i przejście z niego do roczników wieku poprodukcyjnego oraz liczba zgonów ludności w wieku produkcyjnym i saldo migracji zagranicznych ludności w tym wieku), który w 2010 r. osiągnął już wartość ujemną –9,2 tys. osób (w 2002 r. wynosił jeszcze +220 tys., a w 2009 już tylko +34 tys.). Oznacza to, że w następnych latach sytuacja ta będzie się pogłębiać. Do tego należy dodać także inne niekorzystne dla rynku pracy tendencje, tzn. starzenie się zasobów pracy, czego wyrazem jest relacja udziału tych zasobów w wieku tzw. mobilnym i niemobilnym. W 2002 r. relacja ta wynosiła jeszcze 64:36, a w 2010 – 62:38.

W roku 2010 obserwujemy przyspieszanie tempa starzenia się ludności Polski. Jeszcze w 2002 r. przyrost liczby osób w wieku poprodukcyjnym wyniósł 330,6 tys., a już w 2010 r. – 405,6 tys.; ich udział zaś wzrósł z 15,1% do 16,9%. W tej sytuacji polityka rozwojowa powinna podejmować stosowne dwukierunkowe działania: z jednej strony dostosowujące gospodarkę do następstw niskiej płodności, wydłużania się życia ludzkiego i starzenia się ludności, a drugiej – próby prowadzenia konsekwentnej i kompleksowej polityki ludnościowej. W pierwszym przypadku wymaga to przestawienia produkcji i usług na inną strukturę potrzeb konsumentów oraz kontynuowania reform. W przeciwnym razie na kurczących się liczebnie zasobach pracy będzie spoczywał coraz większy ciężar utrzymania coraz liczniejszych roczników osób niepracujących w wieku poprodukcyjnym. Przed społecznościami, szczególnie europejskimi, w tym i polską, staje problem konieczności prowadzenia reform w celu zapobieżenia lub przynajmniej osłabienia konsekwencji starzenia się ludności i spadku podaży zasobów pracy. Muszą one objąć¹: politykę budżetową, szczególnie w zakresie systemu emerytalnego i ograniczania rozszerzonych świadczeń i wysokich zasiłków (na rzecz świadczeń w celu zwiększenia rozrodczości); rynek pracy w zakresie przedłużania aktywności zawodowej i zwiększania partycypacji w zatrudnieniu oraz podwyższania wydajności i elastyczności dóbr, usług, pracy i rynków kapitałowych. Wszystkie te działania powinny zmierzać do poprawy konkurencyjności gospodarek, a szczególnie gospodarek UE w skali globalnej.

Muszą zostać podjęte kompleksowe działania z zakresu polityki ludnościowej. Pewną poprawę sytuacji w tym zakresie przyniosły rozpoczęte (lub kontynuowane) na szerszą skalę przez większość zachodnich krajów europejskich działania prorodzinne w polityce społecznej². Są to przede wszystkim kraje Europy Północnej i Francja – tam już nie rysują się tak negatywne kierunki w rozwoju demograficznym. Dlatego działania te są pilne i powinny mieć charakter strategiczny.

¹ Por. szerzej na ten temat np.: *The Economic Consequences of Ageing Population (A comparison of the EU, US and Japan)*, nr 138, European Commission, Brussels 1999.

² Szerzej na ten temat: *Polityka rodzinna w krajach Unii Europejskiej – wnioski dla Polski*, Biuletyn RPO – Materiały nr 67, Zeszyty Naukowe, Warszawa 2009.

Jeśli chodzi o procesy tworzenia się rodzin, rok 2010 i pierwsze półrocze 2011 r. są kontynuacją stwierdzonej w *Raporcie 2009–2010* tendencji spadku liczby zawieranych związków małżeńskich, co wiąże się głównie ze zmniejszaniem się liczby kandydatów do małżeństwa. Ze wstępnych danych wynika, że w I półroczu br. zawarto około 80 tys. małżeństw (o prawie 6 tys. mniej niż przed rokiem). W dalszym ciągu (od 2009 r.) maleje intensywność zawierania małżeństw przez osoby w wieku do 29 lat. Obserwuje się kontynuację przesuwania w czasie momentu zawierania małżeństwa na relatywnie późniejszy wiek oraz upodabnianie się wzorów zawierania małżeństw mieszkańców miast i wsi. Kontynuowana jest także (trwająca od 2007 r.) pozytywna tendencja malejąca liczby orzeczonych rozwodów. Być może wyższa o 3 tys. liczba rozwodów w pierwszym półroczu 2011 r. (34,6 tys.) w stosunku do analogicznego okresu w 2010 r. nie będzie jeszcze oznaczać zahamowania tej tendencji.

W zakresie rozrodczości rok 2009 prawdopodobnie był ostatnim rokiem jeszcze wysokiej relatywnie liczby urodzeń. W 2010 r. ich liczba wynosząca 413,3 tys. była już o 4,3 tys. niższa niż przed rokiem. We wzorcach rozrodczości w 2010 r. kontynuowane były stwierdzone w poprzednich latach i wskazywane w kilku ostatnich raportach tendencje:

- zmiany modelu wzrostu rozrodczości w okresie 1980–2010 – w pierwszej fazie (echo wyżu demograficznego początku lat 80.) wiązało się to ze wzrostem liczby urodzeń dzieci trzeciej, czwartej i dalszych kolejności, a obecnie – pierwszej i drugiej;
- utrzymywanie się przesunięcia maksymalnego poziomu płodności z grupy wieku kobiet 20–24-letnich do grupy 25–29-letnich;
- dalszego upodabniania się wzorców płodności kobiet zamieszkujących w miastach i na wsi;
- wzrost średniego wieku matek w chwili rodzenia dzieci w Polsce.

W efekcie tych zmian tendencja poprawy zastępowalności pokoleń z lat 2008–2009 została zatrzymana i w 2010 r. współczynnik zastępowalności pokoleń zmniejszył się do 663 (z 675 w 2009 r.), co oznacza, że deficyt międzygeneracyjny urodzeń stanowi około 34%.

W roku 2010 nie zmieniły się stwierdzone we wcześniejszych raportach tendencje spadku poziomu umieralności i wydłużania się życia ludności. Kontynuowane więc były trendy umieralności ludności zapoczątkowane już w początkach transformacji społeczno-gospodarczej; w dalszym ciągu zmniejszało się (choć już coraz wolniej) natężenie zgonów, w tym także niemowląt, co w konsekwencji powodowało wzrost przeciętnego trwania życia Polaków. Obserwuje się względną stabilizację struktury zgonów według głównych przyczyn chorobowych. Jednocześnie jednak zmiana umieralności nie spowodowała w ostatnich latach wyraźnego wyrównywania się różnic trwania życia kobiet i mężczyzn. W dalszym ciągu przeciętne dalsze trwanie życia kobiet w Polsce jest dłuższe o 8,5 roku od przeciętnego dalszego trwania życia mężczyzn i nadal różnica ta jest znacznie większa niż w krajach o najniższej umieralności. Pomimo niskiego już poziomu umieralności niemowląt wciąż jest on 2–2,5-krotnie wyższy niż w przodujących pod tym względem krajach Europy. W dalszym ciągu zmniejsza się wysoka nadumieralność Polaków spowodowana chorobami układu krą-

zenia i nowotworami w stosunku do krajów europejskich notujących niską umieralność z powodu tych chorób.

W 2010 r. obserwowaliśmy kontynuację stwierdzonych w poprzednich raportach tendencji migracji zagranicznych i w dalszym ciągu na obszarze Polski miały miejsce niemal wszystkie formy (w różnej skali) współczesnych procesów migracyjnych: emigracja pracownicza i osiedleńcza Polaków do wysoko rozwiniętych krajów; napływ do Polski osób poszukujących tutaj pracy, a także możliwości osiedlenia; napływ uchodźców; powroty Polaków w ramach ustawy repatriacyjnej czy też nielegalne przekraczanie polskiej granicy. Według szacunków GUS w końcu 2010 r. poza granicami Polski przebywało czasowo około 1990 tys. mieszkańców naszego kraju, tj. o 120 tys. więcej niż w 2009 r. (około 1870 tys.).

W Europie w 2010 r. przebywało 1690 tys. osób (w 2009 r. – około 1635 tys.), przy czym zdecydowana większość – około 1615 tys. – emigrantów z Polski przebywała w krajach członkowskich UE³. Jednakże wyniki NSP 2011 pozwolą na określenie faktycznych rozmiarów emigracji. Prawdopodobnie skutki kryzysu ekonomicznego wpłynęły na decyzje o powrocie do kraju niektórych osób, jednak część z nich po utracie pracy zmieniła jedynie kraj emigracji. Świadczy o tym wzrost liczby Polaków przebywających w Norwegii czy Szwecji. Jednocześnie w 2010 r. nadal zmniejszała się liczba Polaków opuszczających kraj na stałe (trwa to od rekordowego 2006 r.) oraz rosła liczba osiedlających się w Polsce na stałe obywatele innych państw (trend ten, chociaż powolny, jest obserwowany od 2003 r.); wśród nich z pewnością jest część Polaków, którzy wcześniej opuścili kraj na stałe. W wyniku tego saldo stałych migracji zagranicznych w Polsce po raz pierwszy od lat 60. jest prawie zrównoważone.

W 2010 r. zmniejszyła się w stosunku do roku poprzedniego liczba wniosków o nadanie w Polsce statusu uchodźcy. Rok 2010 wpisuje się też w kontynuację spadkowej tendencji liczby rodzin i osób przybywających do Polski w ramach repatriacji.

Nowelizacja przepisów regulujących dostęp do polskiego rynku pracy skutkowałą w 2009 r. wydaniem 29 tys. zezwoleń na pracę, co oznacza wzrost o ponad 63% w porównaniu z 2008 r., a w 2010 r. – 37 tys. zezwoleń, a więc o prawie 8 tys. więcej niż rok wcześniej. W większości zezwolenia takie uzyskują obywatele Ukrainy, Chin, Wietnamu, Białorusi i Turcji, i struktura ta jest w miarę stała w czasie. Zauważyć też należy, że rok 2010 oznaczał kontynuację znacznego zmniejszenia się w stosunku do roku poprzedniego liczby osób usiłujących przekroczyć lub nielegalnie przekraczających granicę państwową.

Jednocześnie trzeba podkreślić, że lata 2010 i 2011 przyniosły szereg zmian, które będą stwarzać inne ramy do kształtowania się migracji zagranicznych w przyszłości. Były to: zakończenie w dniu 1 maja 2011 r. okresu przejściowego do rynków pracy UE-15; pogłębienie się kryzysu światowej gospodarki, w tym w krajach UE; czekająca na nowelizację ustawa o repatriacji; zaostrzenie przepisów dotyczących wydawania oświadczeń przez pracodawców, a także wdrożenie zapisów dokumentu Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji: *Polityka migracyjna Polski – stan obecny i postulowane działania*.

³ Źródło: Rocznik Demograficzny 2011, tab. 58 (207) s. 454.

Rok 2010 nie przyniósł żadnych istotnych zmian w przestrzennym kształtowaniu się zjawisk i procesów demograficznych. W dalszym ciągu najwyższym (relatywnie) przyrostem liczby mieszkańców, głównie w wyniku migracji ludności, cechują się niemal bez wyjątku wszystkie powiaty otaczające największe miasta Polski, w tym szczególnie stolice regionów, przy czym w samych ośrodkach regionalnych rozpoczął się proces wyludniania. W przeciwieństwie do tego zjawiska, „wypłukiwanie” z ludności kontynuowane jest na obszarach peryferyjnych większych ośrodków miejskich, co przy przewadze wśród migrujących z tych terenów głównie ludzi młodych, pogłębia w nich proces starzenia się zasobów ludzkich. Niepokojące jest utrzymywanie się dużych rozpiętości przestrzennych w układzie powiatowym poziomu umieralności niemowląt (3–11 zgonów na 1000 urodzeń żywych średnio w latach 2002–2010). Wysoka umieralność niemowląt obejmuje części województw „ściany zachodniej” przeżywających strukturalne trudności gospodarcze (fragmenty zachodniopomorskiego, pomorskiego, lubuskiego i dolnośląskiego) oraz znaczne obszary warmińsko-mazurskiego, podlaskiego, lubelskiego, podkarpackiego, mazowieckiego, a szczególnie wysoki jej poziom występuje w wielu powiatach woj. śląskiego i w pasie powiatów małopolskich na granicy z woj. śląskim. Rozkład przestrzenny tego zjawiska nie ulega zmianie.

W bieżącym Raporcie jako ważne zagadnienie podjęto wpływ procesów migracyjnych na poziom zasobów pracy w Polsce. Przeprowadzona ocena szacunkowa pokazała, że wpływ ten poprzez emigrację w latach 2007 i 2008 był znaczący. Oszacowano, iż pod koniec 2010 r. „całkowita liczba aktywnych zawodowo przebywających w Polsce i w państwach członkowskich UE wynosi 19096 tys. osób, a realne zasoby pracy w Polsce w wyniku emigracji są niższe o 7,2%.” (M. Duszczyk, rozdz. VI w niniejszym raporcie, s. 196). Jeśli chodzi zaś o imigrację, jest on marginalny. Jednakże Polska jest krajem o rosnącej atrakcyjności dla cudzoziemców, szczególnie z Europy Wschodniej, do podejmowania pracy sezonowej. Można się spodziewać jednocześnie, że Polska w perspektywie najbliższych lat będzie krajem o dodatnim saldzie migracji, jednak nie będzie to bilans na tyle znaczący, aby znacznie powiększać zasoby pracy.

REKOMENDACJE

- W świetle przedstawionych w Raporcie charakterystyk demograficznego rozwoju Polski w długim i krótkim okresie można stwierdzić, że rok **2010 oraz pierwsza połowa 2011 r. nie wpłynęły radykalnie na zmianę wcześniejszej spadkowej tendencji płodności i zmian modelu rodziny**. Skutki społeczno-ekonomiczne tych procesów zostały nieco osłabione z powodu zmniejszenia skali przebywania Polaków czasowo za granicą oraz zrównoważenia emigracji i imigracji stałych. Zahamowanie spadku liczby mieszkańców Polski, jak wynika z prognoz, jest już prawdopodobnie zakończone, a to oznacza, że zacznie się pogłębiać **starzenie się ludności kraju, zmniejszać liczebność zasobów pracy i następować również ich starzenie się**.

Rządowa Rada Ludnościowa rekomenduje więc, w odróżnieniu od dotychczasowej formy rekomendacji, przyjęcie „Programu Polityki Ludnościowej Polski”, który

w najbliższym czasie zostanie przedłożony Radzie Ministrów, a następnie jako projekt „Narodowego Programu Polityki Ludnościowej” – Parlamentowi RP. Jego założenia będą także przedmiotem obrad II Kongresu Demograficznego w Polsce, który odbędzie się w okresie 22–23 marca i 26 czerwca 2012 r. wraz z wieloma towarzyszącymi mu seminariami i konferencjami naukowymi i środowiskowymi.

- Z tego punktu widzenia niezwykle ważne są wyniki Narodowego Spisu Powszechnego ludności i mieszkań z 2011 r., którym należy poświęcić szczególną uwagę w debacie publicznej oraz w kształtowaniu polityki społeczno-gospodarczej na najbliższe lata. Powinno to dotyczyć przede wszystkim polityki rynku pracy oraz edukacji, ochrony zdrowia i zabezpieczenia społecznego. Tak ogromne przedsięwzięcie narodowe powinno znaleźć stosowne odzwierciedlenie w spożytkowaniu wniosków z tego Spisu na wszystkich poziomach władzy publicznej.

Bilans ludności

Rok 2010 był trzecim z kolei rokiem, w którym obserwuje się wzrost liczby ludności w Polsce. W dniu 31.12. tego roku populacja kraju liczyła 38 200,0 tys. osób. W stosunku do stanu z końca 2009 r. powiększyła się o 32,7 tys. osób, czyli o 0,09%. Był to rezultat wyłącznie przyrostu naturalnego ludności, który wyniósł 34,8 tys. osób. Liczba ta została pomniejszona saldem migracji zagranicznych wynoszącym –2,1 tys. osób, dając w wyniku wymieniony przyrost rzeczywisty ludności.

Przyrost rzeczywisty ludności w 2010 r. umiejscowił się tylko na wsi, powiększając jej populację o 46,5 tys. osób, tj. o 0,31%. W końcu tegoż roku wieś osiągnęła 14 935,6 tys. mieszkańców. W miastach natomiast – podobnie jak w minionych kilkunastu latach – miał miejsce ubytek ludności. W 2010 r. wyniósł on 13,8 tys. osób, czyli 0,06%. Populacja w tym środowisku w końcu roku liczyła 23 264,4 tys. osób, stanowiąc 60,9% ogółu ludności.

Procesy urodzeń, zgonów, imigracji i emigracji ludności kształtują nie tylko stan liczebny ludności kraju, lecz także jej strukturę według płci i wieku. W relacjach liczbowych mężczyzn i kobiet nie dostrzega się istotnych zmian. Współczynniki feminizacji (liczba kobiet przypadająca na 100 mężczyzn) pozostały w 2010 r. prawie takie same jak w 2009 r. i wynosiły w Polsce 107,1, przy czym były one zdecydowanie wyższe w miastach (111,2) i bardzo niskie na wsi (101,0). Świadczą one o niekorzystnej strukturze ludności według płci w środowisku miejskim i niemal równych relacjach liczbowych mężczyzn i kobiet w populacji wiejskiej.

Analiza współczynników feminizacji według 5-letnich grup wieku, wykazuje, że w Polsce w 2010 r. – począwszy od grupy wiekowej 0–4 lata do grupy 40–44 lata łącznie – miała miejsce nadwyżka liczby mężczyzn nad liczbą kobiet. Najkorzystniejsze relacje liczbowe w tym względzie zauważa się w przedziale wieku 45–49 lat (współczynnik feminizacji 101,0). W kolejnych, starszych przedziałach wiekowych występuje wyraźna nadwyżka liczby kobiet.

W miastach najbardziej zbliżone do siebie liczby mężczyzn i kobiet dostrzega się znacznie wcześniej, bo już w grupie wieku 25–29 lat, w której na 100 mężczyzn przypada 99,6 kobiet. W kolejnych 5-letnich grupach wieku współczynnik feminizacji nie-

znacznie przekracza 100 i dopiero począwszy od grupy wieku 45–49 lat nadwyżka liczby kobiet nad liczbą mężczyzn jest już wyraźna i zwiększa się w starszych grupach wieku.

Inaczej kształtowały się relacje liczbowe mężczyzn i kobiet na wsi. Tu w 2010 r. aż do 60. roku życia dostrzega się znaczącą nadwyżkę liczby mężczyzn nad liczbą kobiet. Dopiero w grupie wieku 60–64 lata i następnych przewagę liczebną uzyskują kobiety. Znaczy to, że w populacji wiejskiej nie tylko w młodszych, ale i starszych rocznikach wieku produkcyjnego brakuje kobiet.

Stosowne dane przedstawione w raporcie informują o utrzymującej się niekorzystnej tendencji w strukturze wieku ludności. Wyraża się ona w spadku udziału względnego populacji w wieku przedprodukcyjnym w liczbie ludności ogółem, który w końcu 2010 r. zmalał do 18,7%. Jej wyrazem są także stale rosnące – od wielu już lat – liczby bezwzględne i udziały względne ludności w wieku poprodukcyjnym; w końcu 2010 roku udział tej populacji wzrósł do 16,9%.

Dane zaprezentowane w raporcie wskazują również na wzmagający się – z roku na rok – proces demograficznego starzenia ludności w Polsce. Świadczy o tym wzrost udziału ludności w wieku 65 lat i więcej w populacji ogółem (13,6% w końcu 2010 r.), potwierdza ten proces rosnąca wartość mediany (wiek środkowy ludności), która w końcu tego samego roku wyniosła 38,0 lat. O nasilającym się procesie starzenia ludności świadczy także zwiększająca się – od wielu już lat – liczba osób w wieku 65 i więcej lat przypadająca na 1000 osób w wieku 0–14 lat (w końcu 2010 r. stosowny współczynnik osiągnął wartość 900,3).

Niekorzystne zmiany zachodzą także w strukturze ludności w wieku produkcyjnym. Rośnie udział roczników w starszym wieku produkcyjnym, czyli w wieku niemobilnym, maleje zaś udział populacji w młodszym wieku produkcyjnym, tj. w wieku mobilnym. Oznacza to, że w Polsce procesem starzenia demograficznego objęta została zarówno ogólna liczba ludności, jak i zasoby pracy.

Małżeństwa i rozwody

Ewolucja procesów demograficznych sprzed lat odbija się w obrazie zarówno obecnego stanu i struktury ludności, jak i podstawowych składników ruchu naturalnego. Podobnie przemiany dokonujące się obecnie znajdą swoje odbicie w procesach ludnościowych w niedalekiej przyszłości.

Analiza zachowań matrymonialnych w Polsce w minionej dekadzie lat 2001–2010 pozwala na sformułowanie szeregu wniosków dotyczących przemian w tworzeniu rodzin, ich trwałości oraz przewidywanego rozwoju demograficznego kraju w najbliższej przyszłości.

Po kilkuletnim okresie pożądanego wzrostu liczby zawieranych związków małżeńskich, stanowiących podstawę tworzenia rodzin, w 2010 r. zawarto 228,3 tys. małżeństw, w tej liczbie 137,2 tys. w miastach (60,1% ogółu) oraz 91,1 tys. na wsi (39,4%). Są to wielkości zbliżone do liczby związków zawieranych w kraju na początku lat 90. minionego wieku, a niższe o 9% w porównaniu z 2009 rokiem. Dynamika zmian w miastach jest nieco wyższa niż na wsi.

Zdecydowaną większość zawartych małżeństw stanowią związki wyznaniowe. W 2010 r. ich udział wśród ogółu zawartych małżeństw w skali kraju wynosił 69,1%, w tym w miastach 63,7%, a na wsi – 75,4%. Do 2004 r. proporcje związków wyznaniowych systematycznie rosły; od 2005 r. notowany jest powolny spadek ich odsetka.

Po szczycie rozwodów w 2006 r., kiedy orzeczono rozpad 71,9 tys. związków, w kolejnych latach notowano malejący trend rozwodów do poziomu 61,3 tys. w 2010 roku.

Systematyczne zmniejszanie się liczby nowo zawieranych związków, idące w parze ze wzrostem liczby małżeństw rozpadających się, prowadziło w konsekwencji do postępującego ubytku par małżeńskich. W 2006 r. liczba związków rozwiązanych przekroczyła o 13,3 tys. liczbę nowo zawartych małżeństw.

Bilans związków nowo zawartych i rozwiązanych nie pozostaje bez wpływu na prawidłowy rozwój demograficzny kraju, zwłaszcza w sytuacji gdy około 80% ogółu dzieci rodzi się w małżeństwach. Systematyczny spadek liczby nowych związków w kolejnych latach i ubytek małżeństw istniejących prowadzi do redukcji liczby rodzin pełnych, tworzonych przez oboje rodziców i dzieci, przy jednoczesnym wzroście liczby rodzin niepełnych.

Z danych Narodowego Spisu Powszechnego 2002 wynika jednoznacznie, że model związku bez ślubu w Polsce występuje nieporównywalnie rzadziej niż w innych częściach Europy. W spisie tym zanotowano 197,4 tys. związków nieformalnych, co w stosunku do ogółu istniejących małżeństw stanowiło zaledwie 1,9%, w tym 2,4% w miastach i 1,3% na wsi. Struktura 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 tymczasem związki konkubenckie nie stanowią w Polsce alternatywy dla małżeństw formalnych.

W oczekiwaniu na najnowsze dane przeprowadzonego spisu, a sięgając do danych Narodowego Spisu Powszechnego z 2002 r., warto przypomnieć, iż dały one podstawę do postawienia hipotezy, że partnerskie związki w naszym kraju są w równej mierze traktowane jako forma współżycia poprzedzająca ewentualne zawarcie małżeństwa bądź zastępująca związek formalny przez ludzi młodych, jak też forma życia (z partnerem lub też z partnerem i dziećmi) po okresie nieudanego wcześniejszego związku przez pokolenie średnie i starsze. Kilka lat od daty spisu potwierdziło w części przyjęte założenia, a nowe dane pomogą w ich utwierdzeniu lub też zmianie.

Z analizy danych pochodzących z najnowszych empirycznych badań postaw wobec małżeństwa i związków nieformalnych wynika, że w rankingu możliwych form wspólnego, dopuszczalnego sposobu życia kobiety i mężczyzny wyraźnie wyższe miejsce zajmuje małżeństwo tradycyjne niż związek nieformalny. Jedyne 8% ogółu ankietowanych osób uznaje je za formę przestarzałą, wobec 80% niezgadających się z taką opinią i 12% niemających zdecydowanego stanowiska w powyższej kwestii. Wyrażane opinie różnią się istotnie w zestawieniu z wiekiem respondentów, ich stanem cywilnym, wykształceniem, miejscem zamieszkania i pozycją w rodzinie. Szczególnie duża

rozbieżność występuje między pokoleniami: wśród osób w wieku powyżej 60 lat ponad połowa (52%) uznaje wyłączność małżeństwa dla wspólnego życia kobiety i mężczyzny, podczas gdy wśród osób młodych (18–19 lat oraz 20–24 lata) mniej niż co piąty zgadza się z takim twierdzeniem (18% i 17%), a prawie 60% jest mu przeciwnie. Podobnego zdania jak młodzi są osoby: z wyższym wykształceniem, stanu wolnego i rozwiedzione, a także mieszkańcy dużych miast.

Co druga osoba z ankietowanych uważa, że można akceptować trwanie w związku konkubenckim bez zamiaru zawarcia małżeństwa. Około jedna czwarta jest przeciwna i tyle samo nie ma zdania. Największe przyzwolenie dla takich związków występuje wśród osób w wieku 20–29 lat, z wykształceniem średnim lub wyższym, w dużych miastach i nieżyjących w małżeństwie. Wśród osób mieszkających na wsi, o niższym poziomie wykształcenia oraz w grupie osób starszych relatywnie więcej jest tych, którzy nie mają zdania w tej sprawie.

Na pytanie o preferowany styl rodzinnego życia ponad 90% badanych wybrało dla siebie małżeństwo, w tym 9% poprzedzone okresem wspólnego zamieszkiwania przed ślubem, 2% poprzestałoby na konkubinacie, 2% preferowało utrzymywanie więzi seksualnych, ale bez wspólnego zamieszkiwania; 4% chciałoby mieszkać samotnie, a 1% współzamieszkiwać z więcej niż jedną osobą.

Uzyskane wyniki nie wskazują jednoznacznie na wzrost skłonności do tworzenia związków nieformalnych. Przeciwnie, stwarzają podstawę do twierdzenia, że instytucja małżeństwa w Polsce na razie nie jest zagrożona, co należy uznać za zjawisko pozytywne. We wszystkich grupach wieku, poza osobami najmłodszymi, które nie ukończyły jeszcze 20 lat, udział osób wybierających małżeństwo jest taki sam i wynosi dziewięć na dziesięć. Różnica sprowadza się tylko do rosnącego odsetka wśród tych młodszych osób, które poprzedziłyby małżeństwo okresem konkubinatu. Dla respondentów w wieku 20–24 lata wskaźnik ten jest najwyższy i wynosi 19%. Nie bez znaczenia jest fakt, że skłonność do zawarcia małżeństwa jest zbliżona wśród mężczyzn i kobiet.

Podobnie oceniana jest rodzina. W rankingu wartości uznawanych za ważne lub bardzo ważne w codziennym życiu niezmiennie najistotniejszą wartością jest szczęście rodzinne – docenia je 84% ogółu ankietowanych.

Uogólniając powyższe rozważania, można stwierdzić występowanie zarówno wielu znamion ewolucji postaw i zachowań matrymonialnych młodego pokolenia kobiet i mężczyzn w naszym kraju, jak i tradycyjnych wzorców postaw i zachowań. Wyraźnymi symptomami przyspieszonej transformacji demograficznej we wzorcach tworzenia małżeństw są zmiany częstości zawierania małżeństw przez osoby niemal we wszystkich grupach wieku, ale w szczególności – przez osoby w wieku 20–29 lat, i wyraźnie postępujący jej spadek od połowy lat 90. Jednocześnie nie sposób nie dostrzec rosnącej dezintegracji małżeństw, wyrażonej rosnącym współczynnikiem rozwodów. Postrzegane zmiany stanowią wyzwanie do podejmowania działań wspierających rodziny, a w nich w szczególności dzieci, od których w niedalekiej przyszłości będą zależały losy starszego pokolenia.

Urodzenia i płodność

Podsumowując charakterystykę kształtowania się zachowań prokreacyjnych w Polsce w latach 1980–2010 należy wskazać następujące cechy ich przemian.

1. W latach 1980–2003 obserwowano spadkową tendencję zarówno liczby urodzeń, jak i ich natężenia w przeliczeniu na 1000 mieszkańców. Był to rezultat przemian struktury populacji i kształtowania się zachowań prokreacyjnych. Trend wzrostowy pojawił się w 2003 r., gdy do wieku o wyższej płodności zaczęły dochodzić wyższe generacje początku lat 80.
2. Przemiany zachowań prokreacyjnych znalazły odzwierciedlenie w strukturze urodzeń według ich kolejności. Gdy karierę rodzinną zaczęły realizować pokolenia, które przychodziły na świat na początku lat 80., zaobserwowano wzrost liczby urodzeń kolejności pierwszej. Miało to miejsce w latach 2003–2007. Z rocznym opóźnieniem, to znaczy od 2004 r., odnotowano wzrost liczby urodzeń drugich. Zatem zmiany w procesie rozrodczości w Polsce w pierwszej dekadzie XXI w. zachodzą za sprawą przede wszystkim ludzi młodych, a więc w rodzinach, których kształtowanie się jest w toku.
3. Przyjmując za podstawę porównań rok 1980 stwierdzamy, że liczba urodzeń pierwszych jednak systematycznie spadała i nie powróciła do poziomu z okresu wyjściowego. Liczba urodzeń kolejności drugiej przewyższała poziom z 1980 r. w dwóch latach rozważanego okresu, a mianowicie w latach 1983 i 1984. Liczby urodzeń kolejności trzeciej oraz kolejności przynajmniej czwartej wzrastały w okresie 1981–1988 i przewyższyły poziom z 1980 roku. Urodzenia te osiągnęły najwyższy poziom w latach 1982–1985. Wyższe pokolenia tego okresu przychodziły zatem na świat jako kolejne dzieci w rodzinach o dłuższym stażu.
4. W rozważanym okresie zachodziły istotne zmiany poziomu wykształcenia ludności Polski. Proces ten znalazł odzwierciedlenie w strukturze urodzeń, a mianowicie:
 - a) ogólny wzrost wykształcenia ludności powoduje, że coraz więcej dzieci przychodzi na świat w rodzinach o wyższym poziomie edukacji,
 - b) proces kształcenia się może być przyczyną odkładania zarówno zawierania małżeństw, jak i rodzicielstwa,
 - c) wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia zmieniają się postawy i zachowania prokreacyjne,
 - d) niezależnie od poziomu wykształcenia w ogólnej liczbie urodzeń żywych wzrastał udział urodzeń pierwszych. Porównując matki z wykształceniem wyższym, średnim i podstawowym, stwierdzamy najsilniejszy przyrost liczby urodzeń wśród kobiet z wykształceniem wyższym, a następnie – z podstawowym.
5. Kontynuowany był wzrost udziału urodzeń pozamałżeńskich w ogólnej liczbie urodzeń żywych.
6. W latach 1980–2010 zmieniał się zarówno wzorzec płodności, jak i struktura według wieku populacji kobiet w okresie zdolności rozrodczej. Na podstawie standaryzowanych współczynników płodności ogólnej wykazano, że za sprawą dojścia do okresu zdolności rozrodczej generacji urodzonych na początku lat 80., zmiany struktury populacji kobiet w pierwszej dekadzie XXI wieku działały na rzecz

wzrostu płodności. Oddziaływanie to uległo jednak osłabieniu w 2010 roku. Zmiany wzorca płodności również przyczyniały się do wzrostu poziomu płodności ogólnej, ale podobnie jak w przypadku uwarunkowań strukturalnych, ten pozytywny wpływ został zahamowany w 2010 roku.

7. Przemiany wzorca płodności w Polsce w rozważanym okresie charakteryzowały się następującymi cechami:
 - a) w latach 1990–2004 obniżała się płodność kobiet poniżej 30. roku życia,
 - b) począwszy od 2005 r. systematycznie wzrastały wartości współczynników płodności kobiet w wieku 25–39 lat,
 - c) od połowy lat 90. maksymalny poziom płodności kobiet występuje w wieku 25–29 lat,
 - d) przemiany wzorca płodności są zróżnicowane w zależności od miejsca zamieszkania (w miastach lub na wsi),
 - e) w miastach maksimum płodności już w 1996 r. przesunęło się z klasy wieku 20–24 lata do 25–29 lat, również wcześniejszy był spadek wartości współczynników płodności w wieku poniżej 30 lat i wcześniej nastąpił wzrost płodności po przekroczeniu tego wieku, gdy zaczęła się realizacja urodzeń odroczonej,
 - f) na wsi jeszcze w 2000 r. maksimum płodności przypadało na wiek 20–24 lata,
 - g) na ogół obserwowane przemiany wcześniej pojawiają się w miastach, a później występują na wsi, ale ich natężenie jest niższe niż w środowisku miejskim.
8. Zapoczątkowany w okresie transformacji systemowej malejący trend płodności mierzonej współczynnikiem dzietności teoretycznej został odwrócony na początku XXI wieku. Tendencja wzrostowa utrzymywała się do 2010 roku.
9. We wszystkich rozważanych układach (Polska, miasta, wieś) wzrastał średni wiek matek w chwili rodzenia dzieci z krótkookresowym spadkiem w latach 1988–1991.
10. W latach 2003–2009 w Polsce wzrastały wartości współczynników dzietności teoretycznej kolejności pierwszej i drugiej. W przypadku kolejności trzeciej współczynniki te obniżały się w latach 2000–2006, w okresie 2007–2008 zaobserwowano wzrost, a w latach 2009–2010 nastąpił powrót do trendu spadkowego. Lata 2000–2010 były okresem zmniejszania się płodności związanej z urodzeniami kolejności przynajmniej czwartej. Prawidłowości te występowały także w przekroju miasta–wieś, z nieznacznymi odchyleniami co do momentu zmian kierunku tendencji rozwojowej.
11. Wzrastał średni wiek matek w chwili rodzenia dzieci wszystkich kolejności. Przy niskim poziomie płodności jest to rezultat odraczania urodzeń. W roku 2010 zaobserwowano następujące prawidłowości.
 1. Jeśli chodzi o zmiany liczby urodzeń:
 - a) w porównaniu z 2009 r. obniżyła się liczba urodzeń w Polsce ogółem i w miastach, a na wsi zaobserwowano nieznaczny jej wzrost,
 - b) najwyższy odsetek stanowiły urodzenia kolejności pierwszej, ale udział ten obniżył się w porównaniu z 2009 r.,
 - c) kontynuowany był wzrost udziału urodzeń drugich i trzecich,
 - d) obniżała się liczba urodzeń kolejności czwartej i dalszej,

- e) wśród urodzeń żywych kolejności pierwszej najwyższy odsetek stanowiły dzieci urodzone przez matki z wykształceniem gimnazjalnym, co jest zdezterminowane przede wszystkim młodym wiekiem tych kobiet, a kolejne miejsce przypadało matkom z wykształceniem wyższym,
 - f) w dalszym ciągu wzrastał udział urodzeń pozamałżeńskich.
2. W zakresie zmian płodności:
- a) kontynuowane były wcześniejsze trendy wzorców płodności: w porównaniu z 2009 r. wzrosła płodność kobiet w wieku 30–39 lat, a obniżyła się nieznacznie płodność w wieku 20–24 lata,
 - b) wystąpił sygnał zmian dotychczasowych trendów współczynników dzietności teoretycznej: w porównaniu z 2009 r. wartości tych mierników (w przeliczeniu na 1000 kobiet) obniżyły się odpowiednio o 16 urodzeń żywych w Polsce ogółem i o 10 urodzeń na wsi. W miastach odnotowano natomiast wzrost o 9 urodzeń,
 - c) wzrastał średni wiek matek w chwili rodzenia dzieci,
 - d) obniżenie płodności w 2010 r. znalazło odzwierciedlenie w niższych niż w 2009 r. odsetkach kobiet, które posiadałyby przynajmniej jedno dziecko; w związku z tym odsetki kobiet, które pozostały bezdzietne byłyby wyższe niż w poprzednim roku,
 - e) stwierdzony wcześniej spadek współczynnika dzietności teoretycznej dla wszystkich kolejności łącznie ukształtował się w rezultacie obniżenia się płodności każdej kolejności z osobna,
 - f) zastosowanie procedury standaryzacji współczynnika płodności ogólnej pozwoliło wykazać, że przy ustalonej strukturze populacji w wieku rozrodczym (standaryzacja bezpośrednia), spadek wartości cząstkowych współczynników płodności według wieku spowodował obniżenie ogólnego poziomu płodności w 2010 r.; indeks wpływu zmian strukturalnych (standaryzacja pośrednia) wskazuje, że występujący w latach 2000–2005 korzystny w tym zakresie wpływ struktury populacji w wieku rozrodczym uległ osłabieniu począwszy od 2009 roku.

Umieralność i trwanie życia

Rok 2010 był czasem znacznego obniżenia umieralności w Polsce w porównaniu z poprzednimi laty. Choć od czasu transformacji społeczno-gospodarczej doświadczamy w kraju systematycznego spadku natężenia zgonów, to w ostatnich latach spadek ten był coraz wolniejszy. W efekcie występujących przemian w 2010 r. noworodek płci męskiej miał przed sobą średnio 72,1 r. życia, a noworodek płci żeńskiej 80,6 roku. W porównaniu do 2009 r. nastąpił przyrost odpowiednio o 0,5 i 0,6 roku. Od 1990 r. dla mężczyzn tylko dwukrotnie odnotowano w Polsce większy przyrost (w latach 1992–1993 i 1999–2000), a wśród kobiet taka sytuacja miała miejsce tylko raz (1999–2000).

Zmiany te były przede wszystkim efektem ciągłego ograniczania zgonów z tytułu najważniejszych przyczyn zgonów. Choć odnotować należy, że w 2009 r. spadek umieralności z powodu chorób układu krążenia i chorób nowotworowych był mniej-

szy niż rok wcześniej. O ile w latach 2007–2008 standaryzowany współczynnik zgonów z powodu chorób układu krążenia zmniejszył się o 2,4%, o tyle rok później zmiana ta wyniosła tylko 0,2%. Podobnie było z natężeniem zgonów wywołanych nowotworami. Standaryzowany współczynnik zgonów w latach 2007–2008 zmniejszył się o 2,2%, a w okresie 2008–2009 o 1,2%. Na tym tle znacznie lepiej przedstawiały się zmiany umieralności spowodowanej przyczynami zewnętrznymi. Natężenie zgonów z tych powodów w roku 2009 było o 5,5% niższe niż w 2008. Malejące tempo zmian to niejako naturalna sytuacja, ale dystans dzielący Polskę od innych krajów nakazuje podejmowanie dalszych działań mających na celu ograniczenie umieralności z powodu najważniejszych przyczyn. Ciągłe bowiem umieralność z powodu chorób układu krążenia jest w naszym kraju dwukrotnie wyższa niż np. w Holandii czy Islandii. Mniejszy dystans dzieli nas od innych krajów w przypadku natężenia zgonów z powodu nowotworów złośliwych – stosunkowo korzystna jest zwłaszcza sytuacja kobiet, natomiast umieralność mężczyzn wywołana nowotworami wyraźnie przewyższa notowaną w wielu krajach UE.

Bardzo niepokojące są obserwowane zmiany w oddziaływaniu chorób układu trawiennego i oddechowego. Natężenie zgonów z ich powodu jest co prawda mniejsze niż z powodu wyżej wymienionych przyczyn, ale istotne są kierunki zmian tego natężenia. Umieralność wywołana chorobami układu trawiennego wykazuje tendencję rosnącą od 1990 r. i to zarówno wśród kobiet, jak i wśród mężczyzn w wieku 0–59 lat. Natężenie zgonów z powodu chorób układu oddechowego utrzymuje się na zbliżonym poziomie z dość dużymi wahaniami.

Oddziaływanie przyczyn zgonów jest znacznie zróżnicowane przez wiek i płeć. W zbiorowości mężczyzn w wieku 5–40 lat najczęstszym powodem zgonów są przyczyny zewnętrzne, natomiast mężczyźni starsi umierają przede wszystkim na choroby układu krążenia i udział zgonów wywołanych tymi chorobami systematycznie rośnie wraz z wiekiem. Dla młodych kobiet, podobnie jak dla mężczyzn, najgroźniejsze są przyczyny zewnętrzne, ale już wśród kobiet w wieku 35–69 lat najwięcej zgonów powodowały nowotwory. Choroby układu krążenia natomiast są najczęstszą przyczyną zgonów kobiet starszych.

W szczególnie ważnej zbiorowości – niemowląt, kontynuowany był malejący trend umieralności. W 2010 r. współczynnik zgonów chłopców wyniósł 5,36, a dziewczynek 4,52 na 1000 urodzeń żywych i wielkości te znacznie się zmniejszyły w porównaniu z rokiem poprzednim. Po raz pierwszy przekroczone zostały granice, odpowiednio 6‰ i 5‰. Przyczynił się do tego zwłaszcza spadek umieralności dzieci w pierwszej dobie życia. Tempo spadku umieralności najmłodszych dzieci było w latach ubiegłych coraz mniejsze, ale w 2010 r. znacznie wzrosło. Ciągłe jednak współczynniki zgonów niemowląt dwukrotnie przewyższają wartości w przodujących pod tym względem krajach.

Niemowlęta są szczególnie grupą między innymi dlatego, że właśnie spadek umieralności w tej zbiorowości przyczynił się w latach 1990–2009 w bardzo dużym stopniu do wzrostu długości życia Polaków. Do tej zmiany znacznie przyczyniło się także obniżenie natężenia zgonów wśród osób starszych (zwłaszcza kobiet) w wieku 60 lat i więcej. W ostatnim okresie 2000–2010 pozytywnie wpłynął na długość życia przede wszystkim spadek umieralności osób starszych.

Porównanie współczynników zgonów niemowląt według płci w 2010 r. wskazuje na zmniejszanie się różnicy w natężeniu umieralności chłopców i dziewczynek. W starszych grupach wieku te różnice są ciągle bardzo duże i w porównaniu z 2009 r. uległy nawet zwiększeniu, zwłaszcza wśród osób przed 60. rokiem życia. Młodzi mężczyźni w wieku 20–29 lat umierali w 2010 r. nawet 4 razy częściej niż ich rówieśniczki. Konsekwencją tej „nierówności wobec śmierci” jest ciągle o ponad 8 lat dłuższe przeciętne dalsze trwanie życia kobiet w Polsce, podczas gdy w krajach o najniższej umieralności dystans ten wynosi około 4 lata.

Nie wszyscy mieszkańcy Polski korzystają w równym stopniu z osiągnięć w zwalczaniu umieralności. W latach 2009–2010 w zbiorowościach mężczyzn skrócenie przeciętnego dalszego trwania życia zanotowano w trzech spośród 66 podregionów, a wśród kobiet takich podregionów było 7. W większości przypadków nie były to znaczne spadki – od 0,1 do 0,3 roku, ale w podregionie sandomierskim przeciętne dalsze trwanie życia kobiety skróciło się o 0,7 roku.

Mimo systematycznego obniżania umieralności ciągle duży jest dystans dzielący Polaków od mieszkańców krajów czołówki. W Islandii czy Szwecji mężczyźni mają przed sobą prawie 80 lat życia, a kobiety ponad 83 lata. W przyszłości z dużym prawdopodobieństwem można oczekiwać, że długość życia Polaków będzie się zwiększać. Rosnący poziom wykształcenia przeciętnego Polaka, poprawa sytuacji gospodarczej i realizacja zadań zawartych w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007–2015 sprzyjać będzie zmianie stylu życia mieszkańców naszego kraju poprzez ciągle rozprzestrzenianie się zachowań prozdrowotnych na coraz szersze kręgi społeczeństwa. Należy bowiem pamiętać, że ciągle mało Polaków (mniej niż 40%) wykazuje jakąkolwiek aktywność fizyczną. Ilość wypalanych papierosów, choć maleje, ciągle jest znaczna, a spożycie czystego alkoholu od lat cechuje tendencja wzrostowa. Jest więc gdzie poszukiwać możliwości obniżenia umieralności.

Migracje zagraniczne

Polska jest krajem, który od kilku lat doświadcza jednoczesnego odpływu rodzimych, a napływu cudzoziemskich pracowników. Prowadzenie polityki migracyjnej – która z jednej strony powinna gwarantować ochronę unijnego rynku pracy przed napływem taniej siły roboczej z państw trzecich, stanowiącej konkurencję względem rodzimych pracowników, a z drugiej uwzględniałaby potrzeby krajowych pracodawców odczuwających niedobory siły roboczej – wydaje się wręcz niemożliwe bez odpowiedniego monitoringu struktury przepływów. Obecny system informacji o strumieniach migracyjnych nie jest dostosowany do zaistniałych w ostatniej dekadzie potrzeb, gdyż jest oparty głównie na danych rejestrowych, które odnotowują napływ i odpływ migrantów tylko w momencie dokonania faktu zameldowania lub wymeldowania. Z kolei cykliczne badania sytuacji osób na rynku pracy (BAEL, EU-SILC) realizowane są na zbyt małych próbach gospodarstw domowych, by móc uchwycić zmiany struktury zjawiska emigracji i imigracji (obecnie są wiarygodne jedynie w informowaniu o trendach). Rekomenduje się zatem wprowadzenie zmian do programu badań statystyki publicznej, które umożliwiłyby realizację przez Główny Urząd Statystyczny regularnych badań dostarczających

informacji o procesie emigracji do i imigracji z Polski. Wdrożenie równoległe do BAEL badania opartego na metodologii Respondent Driven Sampling, czyli doboru próby sterowanej przez respondentów, czy zastosowanie metody doboru próby Adaptive Cluster Sampling w badaniu BAEL mogłoby znacznie zwiększyć jakość otrzymywanych statystyk i tym samym poprawić narzędzia oceny sytuacji na polskim rynku pracy.

Kolejny rok nie przyniósł żadnych zmian w sytuacji osób, które chcą przyjechać do Polski w ramach repatriacji. Obowiązujące przepisy warunkują liczbę repatriantów od możliwości finansowych regionów przyjmujących, co skutkuje brakiem wykorzystania tej opcji migracyjnej, mimo iż na liście oczekujących znajduje się ponad 2 tys. osób. Sytuację tę zmienić może wdrożenie przepisów zaproponowanej Ustawy, która jest obecnie dyskutowana w Sejmie.

Rokrocznie rośnie liczba studentów studiujących w Polsce. Z perspektywy rynku pracy państwa przyjmującego jest to zdecydowanie pozytywne zjawisko, gdyż migranci ci mogą w przyszłości stanowić źródło wysoko wykwalifikowanej siły roboczej dla tego kraju. Jednak brak monitoringu osób, które korzystają z tej opcji migracyjnej może powodować, że podjęcie studiów w Polsce będzie wykorzystywane niewłaściwie, czyli np. jako strategia wjazdu na teren Unii Europejskiej. W tej sytuacji wskazane jest wprowadzenie środków zapobiegawczych w postaci zaproponowanej przez Agencję Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Staż Graniczną, Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz Ministerstwo Spraw Zagranicznych, czyli m.in. wprowadzenie licencji dla szkół wyższych umożliwiających rekrutację i nauczanie cudzoziemców czy obowiązku informowania Straży Granicznej i MNiSW o niestawieniu się przez cudzoziemca na uczelni.

Brak odpowiedniego monitoringu dotyczy także nieformalnego zatrudniania cudzoziemców, którzy, przebywając legalnie na terenie kraju, podejmują nieformalne zatrudnienie. Według danych Państwowej Inspekcji Pracy (PIP) w 2010 r. nielegalne wykonywanie pracy przez cudzoziemców ujawniono w blisko 11% zakładów objętych kontrolą (w 2009 r. w 13%). Przeprowadzane kontrole legalności zatrudnienia przez Straż Graniczną oraz Państwową Inspekcję Pracy byłoby znacznie efektywniejsze, gdyby instytucje te mogły mieć dostęp do informacji gromadzonych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Przepływ informacji pomiędzy tymi instytucjami umożliwiłby kontrolę pracodawców zatrudniających cudzoziemców, gdyż pozwoliłoby na identyfikację jednostek, które po wjeździe do kraju w związku z pracą (posiadających oświadczenia lub wizy) nie zaistniałyby w systemie ubezpieczeń jako osoby, którym odprowadzane są składki na ubezpieczenie zdrowotne czy emerytalne, co jednoznacznie wskazuje na podjęcie nielegalnego zatrudnienia.

Wpływ procesów migracyjnych na poziom zasobów pracy w Polsce

Analiza wpływu procesów emigracyjnych i imigracyjnych na zasoby pracy pokazała, że ze względu na brak możliwości dokładnego monitorowania procesów migracyjnych ocena taka może mieć wyłącznie charakter szacunkowy. Na podstawie danych prezentujących procesy demograficzne, zmiany w zakresie aktywnych zawodowo oraz szacunki dotyczące emigracji i imigracji można jednak pokusić się o sformułowanie następujących wniosków:

1. Wzrost liczby emigrujących Polaków, z jakim mamy do czynienia od 1 maja 2004 r., wpływa na poziom zasobów pracy w Polsce. O ile jednak wpływ ten w latach 2007 i 2008 można określić jak znaczący, o tyle obecnie – przy odnotowywanym spadku nowej emigracji i jednoczesnym wzroście migracji powrotnych – można go uznać za umiarkowany z tendencją do sukcesywnego zmniejszania się.
2. Poziom imigracji na stałe oraz imigracji zarobkowej na podstawie pozwoleń na pracę jest bardzo niski i w marginalny sposób wpływa obecnie na zasoby pracy. Jednocześnie wraz z postępującą zmianą statusu Polski z kraju emigracyjnego na kraj emigracyjno-imigracyjny (co przełoży się na wzrost poziomu imigracji) jej wpływ będzie większy niż obecnie. Jednakże nie pozwoli to na uzupełnianie spadków, jakie pojawiają się w kolejnych latach w zasobach pracy w wyniku procesów demograficznych. O wiele większe potencjalne znaczenie mają migracje powrotne Polaków.
3. Polska jest krajem o rosnącej atrakcyjności do podejmowania pracy sezonowej, głównie dla obywateli państw ze wschodu Europy. Świadczy o tym rosnąca liczba cudzoziemców zatrudnianych na podstawie oświadczeń o zamiarze powierzenia zatrudnienia. Pomimo tej tendencji odsetek cudzoziemców zatrudnionych w Polsce sezonowo nie przekroczy w kolejnych latach 1% aktywnych zawodowo.
4. Polska w perspektywie 2020 r. będzie notowała nadwyżkę migracyjną, co będzie spowodowane, z jednej strony, ograniczaniem nowej emigracji oraz wzrostem migracji powrotnych, a z drugiej – wzrostem poziomu imigracji. Dodatni bilans migracyjny nie będzie jednak na tyle duży, aby w znaczącym stopniu wpływać na poziom zasobów pracy.
5. Umiarkowany wpływ procesów migracyjnych na zasoby pracy, zarówno obecnie jak i w przyszłości, nie zwalnia jednak od podejmowania działań, które stymulowałyby imigrację (szczególnie tych cudzoziemców, którzy w sposób trwały mogliby wyrównywać ubytki w zasobach pracy i jednocześnie nie przyczyniać się do wzrostu bezrobocia) oraz wpływałyby na wzrost migracji powrotnych. O ile jednak istnieje szeroki katalog instrumentów w dziedzinie polityki imigracyjnej, o tyle w zakresie stymulowania migracji powrotnych można wskazać tylko ograniczone instrumentarium.
6. Kluczowy dla procesów migracyjnych, jakie będą następowały w perspektywie 2030 r., jest jednak zakres reform strukturalnych, w tym na rynku pracy, które przełożą się na atrakcyjność polskiego rynku pracy i to zarówno dla cudzoziemców, jak i dla tych Polaków, którzy rozważają emigrację. Decydujące znaczenie będzie miał poziom wynagrodzeń, a szczególnie relacja dochodów do jakości życia, jaką można osiągnąć za otrzymywane wynagrodzenie.

Przestrzenne różnicowanie procesów demograficznych w Polsce

W rozdziale zaprezentowano przestrzenne różnicowania wybranych zjawisk i procesów demograficznych występujących w Polsce w 2010 r. oraz średniorocznie w okresie 2002–2010. Rozdział tworzy 10 części tematycznych, w których przedstawiono wybrane elementy sytuacji demograficznej w skali: kraju ogółem, województw oraz powiatów. Są to: przyrost i ubytek rzeczywistej ludności, małżeństwa, urodzenia, umieralność niemowląt, umieralność ludności ogółem i według wybra-

nych przyczyn, przyrost i ubytek naturalny ludności, ludność według ekonomicznych grup wieku i płci, poziom feminizacji ogólnej i dzietność, rejestrowane migracje wewnętrzne, rejestrowane migracje zagraniczne.

Na przebieg procesów w ruchu naturalnym oraz wędrownym ludności w analizowanym okresie 2002–2010 miały szczególnie silny wpływ dwa zjawiska: efekty wyżu demograficznego lat 80. XX wieku oraz przystąpienie Polski do UE. W ostatnich latach analizowanego okresu widoczny był wzrost liczby zawieranych małżeństw oraz liczby urodzeń, ale nasilenie obu tych zjawisk zaczyna słabnąć. Zauważalne są również pozytywne skutki wzrostu poziomu życia ludności Polski (akceleracja spadku liczby zgonów niemowląt, wydłużenie życia). Te pozytywne zjawiska współwystępują z procesem starzenia się populacji kraju oraz znaczącej ilościowo zagranicznej emigracji zarobkowej ludności w wieku mobilnym.

W ujęciu przestrzennym w okresie transformacji widoczne są procesy „wzmacniania” potencjału demograficznego obszarów Polski wiodących pod względem rozwoju ekonomicznego, tj. terenów największych, wielofunkcyjnych aglomeracji oraz wybranych mniejszych ośrodków o zasięgu subregionalnym. Poza tym widoczny jest proces powolnego, ale stałego wzmacniania potencjału demograficznego wybranych województw północnych i zachodnich (pomorskie, wielkopolskie, kujawsko-pomorskie), przy relatywnym osłabianiu tego potencjału w województwach wschodnich (podlaskie, lubelskie), a częściowo także w południowo-wschodnich (podkarpackie oraz małopolskie). Można już właściwie mówić o występowaniu przestrzennie zauważalnych skutków demograficznych między-regionalnych różnicowań sytuacji ekonomicznej.

III. ZESPÓŁ DS. AKTUALIZACJI ZAŁOŻEŃ PROGRAMU DZIAŁAŃ W ZAKRESIE POLITYKI LUDNOŚCIOWEJ

Rządowa Rada Ludnościowa w swoich corocznych raportach o sytuacji demograficznej Polski zamieszcza szereg rekomendacji, ważnych dla rozwoju ludnościowego kraju. Jedną z rekomendacji dotyczyła zorganizowania II Kongresu Demograficznego w Polsce. Zadanie to zostało zaakceptowane przez Komitet Stały Rady Ministrów 20 maja 2010 r. (KPRM-0102-23-10). W związku z takim zadaniem konieczna stała się weryfikacja *Założeń programu polityki ludnościowej*, przedstawionych Radzie Ministrów w 2006 r. Wraz z *Raportem 2004*. Do realizacji powyższego zadania Przewodniczący Rady Decyzją nr 1 z dnia 14 stycznia 2011 r. (w załączeniu) powołał Zespół ds. Aktualizacji założeń programu działań w zakresie polityki ludnościowej – zgodnie z § 4 ust 1 Zarządzeniem 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 późn. zm. W skład Zespołu weszli członkowie RRL – zarówno naukowcy, jak i przedstawiciele instytucji reprezentowanych w RRL.

Założenia polityki ludnościowej Polski, które powstały w wyniku prac Zespołu, są dokumentem opartym na aktualnych danych, z wykorzystaniem wszystkich znanych osiągnięć nauki. Do prac Zespołu zostali zaangażowani najlepsi eksperci z poszczególnych dziedzin.

DECYZJA Nr 1
PRZEWODNICZĄCEGO RZĄDOWEJ RADY LUDNOŚCIOWEJ
z dnia 14 stycznia 2011 r.

w sprawie powołania zespołu do spraw aktualizacji założeń programu działań
w zakresie polityki ludnościowej.

W związku z § 4 ust. 1 Zarządzenia Nr 85 Prezesa Rady Ministrów z dnia 29 maja 2006 r. w sprawie Rady do Spraw Koordynacji działań międzyresortowych w zakresie polityki ludnościowej, postanawiam co następuje:

§1

Powołuję Zespół do spraw aktualizacji założeń programu działań w zakresie polityki ludnościowej, zwany dalej „Zespołem”, jako organ pomocniczy Rządowej Rady Ludnościowej, zwanej dalej „RRL”.

§2

W skład Zespołu wchodzi:

- 1) Przewodniczący – prof. dr hab. Bożenna Balcerzak-Paradowska
- 2) Wiceprzewodniczący – prof. dr hab. Janusz Szymborski
- 3) Sekretarz: – mgr Eugeniusz Kowalczyk
- 4) Członkowie: prof. dr hab. Janusz Balicki
prof. dr hab. Bogdan Chazan
prof. dr hab. Józefina Hrynkiewicz
prof. dr hab. Adam Kurzynowski
dr Alina Potrykowska
prof. dr hab. Antoni Rajkiewicz
prof. dr hab. Andrzej Rączaszek
- 5) Przedstawiciele:
 - a) Kancelarii Prezesa Rady Ministrów – Zbigniew Rykowski
 - b) Instytutu Kardiologii – dr Zofia Słońska
 - c) Instytutu Żywności i Żywienia – dr Włodzimierz Sekuła
 - d) Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji – Krzysztof Lewandowski
 - e) Sekretariatu Rządowej Rady Ludnościowej – mgr Ewa Orzełek

§3

Przewodniczący Zespołu może zapraszać na posiedzenia Zespołu, grup specjalistycznych oraz do udziału w pracach przedstawicieli nauki i specjalistów z dziedziny demografii i pokrewnych dyscyplin naukowych.

§4

Do zadań Zespołu należy:

- 1) analiza dokumentów I Kongresu Demograficznego w zakresie rozwiązań proponowanych do polityki prorodzinnej, ludnościowej i społecznej,

- 2) aktualizacja zdefiniowanych w *Założeniach polityki ludnościowej w Polsce* (Raport 2004) głównych obszarów funkcjonowania polityki ludnościowej w związku z obserwowaną tendencją zmian procesów i struktur demograficznych w Polsce w okresie transformacji i do 2030 r.,
- 3) zaproponowanie ekspertów do opracowania propozycji działań w wybranych obszarach polityki ludnościowej,
- 4) współpraca z instytucjami naukowo-badawczymi,
- 5) opracowanie założeń kompleksowego programu działań w zakresie polityki ludnościowej.
- 6) zaproponowanie ekspertów do opracowania wystąpień z referatami naukowymi II Kongresu Demograficznego

§5

1. Plan pracy Zespołu zatwierdza Przewodniczący RRL.
2. Przygotowane założenia programu działań w zakresie polityki ludnościowej Zespół przedkłada do zaopiniowania i zatwierdzenia przez RRL.

§6

1. Przewodniczący Zespołu lub z jego upoważnienia Wiceprzewodniczący zwołuje posiedzenia Zespołu.
2. Posiedzenia Zespołu są zwoływane w zależności od potrzeb.

§7

Przewodniczący Zespołu może powoływać spośród członków Zespołu grupy specjalistyczne do opracowania określonych zagadnień.

§8

Członkom Zespołu oraz ekspertom zapraszanym na posiedzenie Zespołu lub do grup specjalistycznych, nie będących mieszkańcami Warszawy, przysługują diety i zwrot kosztów podróży na zasadach określonych w przepisach dotyczących podróży służbowych na obszarze kraju.

§9

Decyzja wchodzi w życie z dniem podpisania.

Przewodniczący Rządowej Rady Ludnościowej
/prof. dr hab. Zbigniew Strzelecki/

Zespół od 3 lutego 2011 r., tj. od dnia pierwszego posiedzenia Zespołu ds. aktualizacji założeń programu działań w zakresie polityki ludnościowej intensywnie pracuje wraz z podzespołami (każdy w zakresie jednego z czterech kluczowych zagadnień Założeń). Działa on pod przewodnictwem prof. Bożenry Balcerzak-Paradowskiej, realizując zadanie wspólnie z przewodniczącymi podzespołów: prof. dr hab. Józefiną Hrynkiewicz, prof. dr. hab. Januszem Szymborskim i prof. dr. hab. Antonim Rajkiewiczem, który rozpoczął pracę w zespole ds. polityki migracyjnej, a kontynuuje ją dr Alina Potrykowska.

Do weryfikacji dokumentu skłoniła analiza czterech głównych celów polityki ludnościowej, a mianowicie:

- I. Poprawa warunków powstawania i funkcjonowania rodzin oraz sprzyjających rodzeniu dzieci i zwiększaniu liczby urodzeń.
- II. Tworzenia warunków sprzyjających integracji w starzejącym się społeczeństwie – zmniejszenie skali zagrożenia wykluczeniem społecznym ludzi starszych, niesamodzielnych i niepełnosprawnych.
- III. Poprawa stanu zdrowia ludności i ograniczanie umieralności.
- IV. Określenie kierunków i zasad polityki migracyjnej Polski w dobie integracji europejskiej.

Weryfikacja założeń polityki ludnościowej wynikała także z:

- 1) przebiegu procesów demograficznych i ich rzeczywistych oraz potencjalnych skutków;
- 2) konieczności intensyfikacji działań mogących zahamować niekorzystne zjawiska w procesach demograficznych;
- 3) nowych uwarunkowań społeczno-gospodarczych, politycznych i kulturowych.

Przy opracowywaniu projektu założeń, aby łatwiej dokonać przekształcenia go w plan działania, który powinien być kolejnym etapem pracy nad Narodowym Programem Polityki Ludnościowej, starano się:

- dotrzeć do dokumentów stanowiących narodowe programy (strategie) i dokonać ich przeglądu z punktu widzenia możliwości wykorzystania do formułowania Założeń,
- prowadzić porównania z innymi krajami, zwłaszcza ze wskazywaniem pozytywnych przykładów,
- w sprawach migracji szczególną uwagę zwrócono na imigrację z krajów trzecich, z zaakcentowaniem potrzeby sformułowania polityki imigracyjnej,
- aby Założenia zostały opracowane w podziale na cztery grupy tematyczne, zdefiniowane w poprzednim dokumencie z 2004 roku,
- aby Założenia stanowiły program, a nie plan działania, starano się tak formułować kierunki działań i propozycje rozwiązań szczegółowych, by można było ich realizacji przypisać konkretne podmioty oraz sposoby finansowania.

Czym zatem powinna być polityka ludnościowa? Jak powinna być zdefiniowana i jaką należy przyjąć do realizacji jako oficjalną państwową politykę?

W propozycji Rady „polityka ludnościowa jest to celowe, długofalowe oddziaływanie państwa i innych podmiotów publicznych i niepublicznych na przebieg procesów ruchu naturalnego i wędrownego ludności służące ukształtowaniu pożądanego stanu i struktury ludności, poprzez tworzenie warunków społecz-

nych, ekonomicznych i politycznych, korzystnych dla przebiegu procesów demograficznych zapewniających biologiczne przetrwanie narodu i zrównoważony rozwój społeczno-ekonomiczny”.

Z przedstawionej definicji wynika zatem, że **głównym celem polityki ludnościowej** jest oddziaływanie podmiotów na procesy związane z tworzeniem i funkcjonowaniem rodzin, rozrodczością, poprawą stanu zdrowia i ograniczaniem umieralności oraz na procesy migracyjne. I na te sfery muszą być kierowane działania, tak aby ich przebieg sprzyjał kształtowaniu optymalnego stanu i struktury ludności, zapewniając biologiczną ciągłość i zrównoważony rozwój społeczno-ekonomiczny. Do osiągnięcia takiego celu muszą być zastosowane wszystkie środki i metody polityki społecznej i gospodarczej państwa.

Z kolei **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) oraz samorządowe (lokalne), odpowiedzialne za poszczególne obszary działań.

Podmiotami realizującymi cele polityki ludnościowej powinny być również oprócz państwa: organizacje pozarządowe, kościoły różnych wyznań, związki zawodowe, organizacje pracodawców, a w określonym zakresie również podmioty gospodarcze (pracodawcy). Pracodawcy jeszcze obecnie tak bardzo się tym nie przejmują, gdyż mamy nadwyżkę podaży pracy, ale już niedługo będzie niedobór rąk do pracy i w związku z tym trzeba zastosować inne metody relacji pomiędzy pracodawcą (podmiotem gospodarczym) a pracownikiem. Włączenie wielu podmiotów w realizację celów polityki ludnościowej umożliwi większą elastyczność działania i dostosowania środków i możliwości do osiągania zamierzonego celu.

Do osiągnięcia celów ogólnych jest konieczne wyznaczenie kierunków działań wpływających na zmiany w postawach i zachowaniach indywidualnych i społecznych dotyczących zawierania małżeństw i zakładania rodziny. Zmiany te są warunkowane wieloma ekonomicznymi i społecznymi czynnikami. Jest to w dużym stopniu związane także z podnoszeniem jakości życia wszystkich pokoleń, zwłaszcza młodego pokolenia. Pokolenie to chce mieć dzieci, ale ich nie posiada ze względu na określoną sytuację ekonomiczną, mieszkaniową, stan zdrowia, jakość edukacji, możliwości uczestnictwa w kulturze itd. Konieczne są więc działania pozwalające na jego rozwój „jakościowy”, rozumiany jako poprawa stanu zdrowia i poziomu edukacji, stwarzających szanse na pełne uczestnictwo w życiu społeczno-gospodarczym i kulturalnym kraju oraz w zintegrowanej Europie. Muszą to być wreszcie działania, które zapewnią aktywne uczestnictwo wszystkim pokoleniom w rozwoju demograficznym i społecznym kraju.

Żeby zrealizować kompleksową politykę ludnościową, w ramach polityki szczegółowej (społecznej i gospodarczej) i stosowanych przez nią instrumentów określone kierunki działań powinny obejmować następujące **obszary**:

1. **pracy** – działania na rzecz uzyskania pracy i dochodów z tego tytułu, ograniczania bezrobocia, rozwoju przedsiębiorczości i samozatrudnienia. Jest to konieczne, aby rodziny nie wpadły w pułapkę braku warunków rozwoju;

2. **zabezpieczenia społecznego** – poziom świadczeń rodzinnych, ubezpieczenia społeczne i pomoc społeczna, w tym zmiany modelu pomocy społecznej. Nasza pomoc społeczna jest bierna. Świadczenia rodzinne mają praktycznie wielkie znaczenie w kształtowaniu ekonomicznych podstaw rozwoju rodziny;
3. **mieszkalnictwa** – barierą dla rozwoju demograficznego jest mała liczba oddawanych mieszkań. Trzeba tutaj zauważyć związek pomiędzy urodzeniami a liczbą oddawanych mieszkań. Wiemy, że przyjście na świat pierwszego dziecka niekoniecznie jest zdeterminowane posiadaniem mieszkania, natomiast drugiego i kolejnych – już jest uwarunkowane sytuacją mieszkaniową rodziców;
4. **ochrony zdrowia** – usługi medyczne, środowisko naturalne, środowisko pracy, odżywianie i jakość żywności, edukacja zdrowotna itp. Konieczne działania w zakresie ochrony zdrowia czy usług medycznych na rzecz rodziny, jak dowodzą tego badania, są często konsekwencją stanu środowiska naturalnego i jego oddziaływania na zdrowie. To są konsekwencje warunków w środowisku pracy, w tym kształtujących postawy pracodawców wobec rodziców i rodziny, czy wreszcie są to problemy związane z odżywianiem i żywnością. Z obszarem tym wiążą się także problemy edukacji zdrowotnej, która jest na bardzo niskim poziomie;
5. **edukacji** – jest to obszar, w którym muszą być podjęte działania w zakresie systemu edukacji, gdzie mamy problemy z miejscem rodziny w programach kształcenia, w kształceniu kadr czy w wychowaniu i edukacji dzieci i rodzin. To także problem edukacji ustawicznej i jej niskiego poziomu oraz problem braku edukacji prorodzinnej. W tych dziedzinach istnieją ogromne deficyty.

Jeśli przyjmiemy, że tak będziemy postrzegali politykę ludnościową i tak chcielibyśmy wyjść z pułapki demograficznej, to możemy uznać, że polityce ludnościowej powinny przyświecać **4 podstawowe cele**:

- Cel I. Tworzenie warunków sprzyjających powstawaniu rodzin, przede wszystkim poprzez zawieranie małżeństw i realizację planów prokreacyjnych.** Muszą to być działania umożliwiające właśnie takie postawy młodej generacji.
- Cel II. Tworzenie warunków sprzyjających integracji w starzejącym się społeczeństwie – zmniejszenie skali zagrożenia wykluczeniem społecznym ludzi starszych, niesamodzielnych i niepełnosprawnych.** Polityka ludnościowa musi postrzegać ludzi starszych jako grupę, która z założenia – poprzez warunki, które będziemy stwarzać – ma się czuć niezagrażona wykluczeniem.
- Cel III. Poprawa stanu zdrowia ludności i ograniczanie umieralności.** Jest to niezwykle ważny obszar wymagający działań polityki ludnościowej. Dystans, który w tej dziedzinie dzieli Polskę do krajów Unii Europejskiej jest jeszcze ciągle duży. W umieralności niemowląt to minimum 3 punkty promilowe, a jeśli chodzi o umieralność na choroby układu krążenia i nowotwory, dystans jest dużo większy. Duże zmniejszenie zgonów nadzwyczajnych możemy uzyskać przez zmniejszenie liczby ofiar wypadków drogowych. Mamy też możliwości zachowania przy życiu rocznie 1,5 tys. kobiet, które umierają z powodu raka szyjki macicy, a jeszcze więcej – na raka piersi. Taka sytuacja jest związana z brakiem profilaktyki zdrowotnej. Działania naprawcze podejmo-

wane są wówczas, kiedy jest już za późno i nie daje się uratować kilku tysięcy kobiet. Podobnie jest w przypadku mężczyzn, jeśli chodzi o nowotwór prostaty czy płuc.

Trzeba kierować się w polityce zdrowotnej zasadą, że leczenie jest o wiele droższe niż profilaktyka i takie myślenie musi nam towarzyszyć w procesie zmiany obecnego charakteru profilaktyki w kierunku profilaktyki na skalę masową.

Cel IV. Określenie kierunków i zasad polityki migracyjnej Polski w dobie integracji europejskiej. To też jest jeden z obszarów działań polityki ludnościowej, ale powstaje pytanie, czy w tej sprawie mamy być bierni, czy mamy się zachowywać tak, jak niektóre kraje na świecie, próbując sterować takimi procesami? Mamy ogromną liczbę ludności pochodzenia polskiego mieszkającą za granicą, mamy Polaków, którzy mogą być repatriantami. I jeśli mówimy o sterowaniu migracjami, to repatrianci najczęściej są w wieku bardzo ważnym, ale ich rodziny już nie, i możemy zasilić się i z tego kierunku, a więc przez powrót emigrantów, powrót Polonii. Aby takie działania były skuteczne i efektywne, jest jednak konieczne stworzenie warunków konkurencyjnych dla gospodarki.

Jeśli uznamy, że dla zrealizowania celu głównego polityki ludnościowej w Polsce adekwatne są 4 wymienione wyżej cele podstawowe, to w ich ramach powinny być zrealizowane następujące priorytety.

W celu I chcielibyśmy, aby – jako **priorytet pierwszy** – zostały podjęte działania na rzecz tworzenia warunków sprzyjających powstawaniu rodzin, przede wszystkim poprzez zawieranie małżeństw i realizację planów prokreacyjnych, poprawę warunków powstawania i funkcjonowania rodzin oraz problemów rozrodczości (działania na rzecz powstawania, rozwoju i funkcjonowania rodzin). Działania te powinny być prowadzone przy pomocy wszystkich podmiotów odpowiedzialnych za politykę ludnościową w zakresie opieki nad dziećmi i ich wychowania. Działania powinny umożliwić godzenie roli domowej/rodzinnej i roli zawodowej kobiet.

Priorytetem drugim jest tworzenie warunków sprzyjających rozwojowi młodego pokolenia w rodzinie jako czynnika poprawy jakości kapitału ludzkiego. Głównie chodzi o wspieranie rodziny w ponoszeniu kosztów utrzymania i wychowania dzieci. W tej dziedzinie mamy śladowe znaczenie działań z tego zakresu w budżecie rodzin, a to one tak naprawdę kształtują bazę do godzenia tych ról.

Trzecim priorytetem jest zapobieganie wykluczeniu i marginalizacji, integracja społeczna, pomoc rodzinom w trudnych sytuacjach: ubogim, wielodzietnym, niepełnym, z osobą niepełnosprawną, dotkniętym dysfunkcją lub patologią. W istocie działania powinny sprowadzać się do ograniczania ubóstwa i zapobiegania marginalizacji rodzin. W tej dziedzinie mamy dość poważny obszar do działań. Badania w tym zakresie prowadzi Instytut Pracy i Spraw Socjalnych i – jak się okazuje – skala tej marginalizacji i ubóstwa jest bardzo wysoka. Pojawia się pytanie, w jaki sposób można ją zmniejszyć? Głównie poprzez tworzenie warunków do zatrudnienia i wspomagania tych rodzin, jednakże nie przez rozdawnictwo pieniędzy, jak to mamy w obecnym modelu opieki społecznej, ale poprzez aktywne próby wychodzenia z ubóstwa.

W celu II, dotyczącym tworzenia warunków sprzyjających integracji w starzejącym się społeczeństwie, w *Założeniach* proponuje się realizację pięciu priorytetów:

- **priorytet 1.** to przeciwdziałanie ubóstwu, gwarancja dochodu rozporządzalnego na poziomie zapewniającym samodzielność finansową gospodarstwom domowym, warunki mieszkaniowe dostosowane do potrzeb, pomoc w utrzymaniu mieszkania ze środków publicznych, dostępność mieszkań chronionych. Działania realizowane w ramach tego priorytetu powinny zapewnić trwałą samodzielność ekonomiczną gospodarstwom domowym osób starych i niepełnosprawnych, wolność od ubóstwa oraz zagwarantować minimalny dochód rozporządzalny na poziomie 60% przeciętnego dochodu w Polsce;
- **priorytet 2.** to poprawa dostępu osób starych i niepełnosprawnych do usług ochrony zdrowia;
- **priorytet 3.** to poprawa dostępu osób niesamodzielnych (niezdolnych do samodzielnej egzystencji) do usług opieki długoterminowej;
- **priorytet 4.** to zwiększenie uczestnictwa ludzi starszych w różnych dziedzinach życia społecznego (w sferze publicznej);
- **priorytet 5.** to działania dotyczące eliminacji dyskryminacji, przemocy oraz zapewniające bezpieczeństwo osobom starym, niepełnosprawnym i niesamodzielnym.

W celu III – poprawa stanu zdrowia ludności i ograniczanie umieralności – autorzy *Założeń* proponują sześć priorytetów:

- **priorytet 1.** dotyczy działań mających na celu poprawę opieki nad matką i dzieckiem – w tym zakresie Polska ma dość istotne zaniedbania;
- **priorytet 2.** wiąże się z działaniami, które powinny ograniczyć zachorowania i umieralność z powodu chorób układu krążenia;
- **priorytet 3.** to działania mające na celu ograniczanie zachorowalności i umieralności z powodu chorób nowotworowych;
- **priorytet 4.** związany jest z potrzebą działań prowadzących do poprawy stanu zdrowia psychicznego Polaków. O tym nie mówimy w debacie publicznej, ale jest to rzecz bardzo wstydliva i w tej dziedzinie mamy również poważne zaległości do odrobienia;
- **priorytet 5.** dotyczy działań mających na celu ograniczenie zachorowań i umieralności z powodu przewlekłych chorób niezakaźnych, poprzez poprawę żywienia i zwiększenie aktywności fizycznej społeczeństwa. Z tego m.in. powodu zapraszaliśmy Panią Minister Sportu i Turystyki, bo ten resort ma tu dużo do zrobienia, zwłaszcza w promowaniu aktywnego trybu życia;
- **priorytet 6.** obejmuje wszelkie działania związane z promocją zdrowia jako strategią rozwiązywania współczesnych problemów zdrowotnych. Są one związane z profilaktyką oraz innymi kierunkami związanymi z promowaniem zdrowego stylu życia, gdyż to jest tańsze niż leczenie.

Jeśli chodzi o migracje, czyli **cel IV**, to w *Założeniach* proponuje się działania w pięciu obszarach priorytetowych:

- **priorytet 1.** to przedsięwzięcia mające na celu utrzymywanie więzi z Polakami przebywającymi za granicą i traktowanie ich jako składnika polskiego potencjału

ludnościowego. Jest to bardzo ważny obszar działań, gdyż jak to przedstawił Pan prof. Janusz Witkowski, 1 mln 200 tys. takich osób przebywa za granicą. Chodzi o to, żebyśmy jako państwo nie tracili z nimi kontaktu, a w perspektywie tworzyli warunki do ich powrotu;

- **priorytet 2.** to przedsięwzięcia z zakresu przestrzennej i zawodowej orientacji dotyczącej obszarów i struktury wyjazdów zarobkowych, z uwzględnieniem sytuacji na lokalnych rynkach pracy;
- **priorytet 3.** dotyczy wdrożenia postulatów dotyczących imigracji zawartych w opracowaniu międzyresortowego zespołu „Polityka migracyjna Polski – stan obecny i postulowane działania”;
- **priorytet 4.** to wspieranie współczesnych migracji edukacyjnych. Można podjąć działania, które spowodują, że Polska nie będzie jedynie dostarczycielem studentów na zewnątrz, ale również będzie zdolna kształcić studentów zagranicznych, którzy w wielu przypadkach mogą nawet „pokochać” Polskę;
- **priorytet 5.** związany jest z działaniami mającymi na celu podniesienie stanu wiedzy o współczesnych procesach migracyjnych.

We wszystkich priorytetach, jakie zapisano w *Założeniach*, zaproponowano następnie wiele działań szczegółowych, które dają gotowe przesłanki do podjęcia prac legislacyjnych. Ich pełna lista jest dostępna na stronie internetowej GUS ([www.stat.gov.pl/Kongres Demograficzny](http://www.stat.gov.pl/Kongres%20Demograficzny)).

IV. ANKIETA ONZ – GLOBAL SURVEY ICPD BEYOND 2014

ANKIETA ONZ – GLOBAL SURVEY ICPD BEYOND 2014 została przesłana przez Sekretarza Wykonawczego Europejskiej Komisji Gospodarczej ONZ, Pana Sve-na Alkalaja i skierowana do Pana Ministra MSZ Radosława Sikorskiego. Polska od lat (jako członek Komisji Ludności i Rozwoju ONZ w trzech ubiegłych kadencjach) uczestniczy w sesjach i pracach Komisji. Sprawy związane z uczestnictwem w pracach tej komisji podlegają koordynacji Przewodniczącego Rządowej Rady Ludnościowej.

Kwestionariusz – Global Survey ICPD Beyond 2014 – dotyczy przeglądu implementacji Programu Działania Międzynarodowej Konferencji nt. Ludności i Rozwoju (ICPD) w Kairze, 1994 r. i został zaprezentowany podczas Konferencji Europejskiej Komisji Gospodarczej ONZ nt. Ludności (1–2 lipca 2013r.) w Genewie oraz stanowił wkład do przygotowania przez Sekretarza Generalnego ONZ raportu globalnego.

Ankieta obejmowała dwie części: część I – „Cele oraz struktura Badania Ogólnoświatowego” oraz część II – „Wypełnianie kwestionariusza Badania Ogólnoświatowego”. W pierwszej części zawarte zostały cele i struktura badania ogólnoswiatowego. W drugiej – w pięciu sekcjach – zaprezentowane zostały zagadnienia dotyczące:
Sekcja 1: Ludność, zrównoważony wzrost ekonomiczny oraz zrównoważony rozwój
Sekcja 2: Rozwój i struktura ludności

Uwzględnianie potrzeb nastolatków i młodzieży

Zajmowanie się potrzebami osób starszych

Potrzeby osób niepełnosprawnych
Problemy ludności autochtonicznej

Sekcja 3: Urbanizacja i migracja wewnętrzna

Sekcja 4: Migracja Międzynarodowa i Rozwój

Sekcja 5: Rodzina, Dobrobyt osób i społeczeństw

Sekcja 6: Prawa i zdrowie prokreacyjne oraz zdrowie, zachorowalność i śmiertelność

Sekcja 7: Równość Płci, Równość oraz Prawa Kobiet (Rozdział IV)

Sekcja 8: Ludność, Rozwój i Edukacja (Rozdział XI)

Należy zwrócić uwagę na bardzo krótki termin, w jakim Rada musiała ją opracować (MSZ przesłał ankietę na jeden miesiąc przed złożeniem do ONZ), oraz podziękować kierownikom resortów za pomoc w jej opracowywaniu.

Wyniki Badania Ogólnoświatowego umożliwią dokonywanie krajowych, regionalnych oraz ogólnoświatowych ocen działań operacyjnych w celu realizacji Programu Działania ICPD i będą wykorzystywane do przygotowania reportów regionalnych w danym kraju oraz raportów ogólnoświatowych.

Na poziomie krajowym oczekuje się, że wyniki badania będą stymulowały dialog pomiędzy różnymi stronami zainteresowanymi poprzez:

- promowanie wspólnego zrozumienia osiągnięć oraz wyzwań;
- określenie możliwości przyspieszenia osiągnięcia wyników, szczególnie w obszarach, gdzie ich realizacja jest opóźniona;
- odnowienie zobowiązań oraz realizacji Programu Działania Konferencji nt. Ludności i Rozwoju (ICPD) z Kairu;
- wzmocnienie oraz poszerzenie współpracy w obrębie kwestii ICPD

W ankiecie Polska została przedstawiona na tle polityki ludnościowej oraz działań Rządowej Rady Ludnościowej.

V. KOMISJA LUDNOŚCI I ROZWOJU ONZ

W dniach 23–27 kwietnia 2012 r. odbyła się w Nowym Jorku 45. Sesja Komisji Ludności i Rozwoju (ang. Commission on Population and Development, CPD) ONZ nt. „Młodzieży i ludzi młodych”.

Celem wyjazdu delegacji RP do Nowego Jorku było wzięcie czynnego udziału w 45 Sesji Komisji Ludności i Rozwoju ONZ nt. „Młodzieży i ludzi młodych” oraz przygotowanie materiału na sesję ONZ, dotyczącego sytuacji demograficznej dotyczącej młodzieży i młodych ludzi, edukacji młodzieży i młodych ludzi, migracji, małżeństw, płodności i urodzeń ludności oraz zdrowia prokreacyjnego młodzieży i młodych ludzi w Polsce.

Skład oficjalnej delegacji rządowej na 45. Sesję Komisji Ludności i Rozwoju ONZ nt. „Młodzieży i ludzi młodych” był następujący:

Przewodniczący:

Witold Sobków, Ambasador, Stały Przedstawiciel RP przy ONZ w Nowym Jorku

Wiceprzewodniczący:

Dr Alina Potrykowska, Sekretarz Generalny Rządowej Rady Ludnościowej

Paweł Herczyński, Z-ca Stałego Przedstawiciela RP przy ONZ w Nowym Jorku
Członkami byli eksperci:

Aleksandra Saniewska-Kilim, specjalista w Departamencie Matki i Dziecka Ministerstwa Zdrowia

Agnieszka Klaus, Przedstawiciel Stałego Przedstawicielstwa RP przy ONZ w Nowym Jorku

W trakcie 45. Sesji Komisji Ludności i Rozwoju ONZ delegacja polska uczestniczyła aktywnie w pracach Komisji. W dniu 24 kwietnia 2012 r. przemówienie na temat polskich doświadczeń dotyczących młodzieży i ludzi młodych w imieniu Rzeczypospolitej Polskiej wygłosiła Wiceprzewodnicząca polskiej delegacji Pani Dr Alina Potrykowska, Sekretarz Generalny Rządowej Rady Ludnościowej.

Stanowisko zawiera ogólną informację o sytuacji demograficznej Polski, w tym: obecne i przyszłe trendy i prognozy demograficzne dotyczące młodzieży i młodych ludzi, edukacji młodzieży młodych ludzi w Polsce i perspektyw na rynku pracy, migracji młodych ludzi, zawierania małżeństw, edukacji młodzieży w zakresie zdrowia prokreacyjnego, płodności, zdrowia matek, zdrowia prokreacyjnego, zagadnieniach polityki prorodzinnej

Pozostali przedstawiciele delegacji brali aktywny udział w generalnej debacie oraz dyskusji w ramach punktu 3 porządku obrad, w tym w tematach sytuacji demograficznej młodych ludzi, edukacji młodzieży i młodych ludzi i aktywności na rynku pracy, migracji młodych, zawierania małżeństw, edukacji młodzieży w zakresie zdrowia prokreacyjnego, płodności, zdrowia matek, zdrowia prokreacyjnego, zagadnieniach polityki prorodzinnej.

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.

We wszystkich innych sprawach delegacja polska w porozumieniu ze Stałym Przedstawicielstwem Polski przy ONZ zajmowała stosowne stanowisko w kwestiach podnoszonych ad hoc – zgodnie z istniejącymi regulacjami prawnymi krajowymi.

Wszystkie ww. dokumenty, podobnie, jak pozostałe opracowania przygotowane na potrzeby sesji oraz teksty rezolucji i decyzji przyjętych na jej zakończenie, są dostępne na stronie internetowej o adresie <http://www.un.org/esa/population/cpd/cpd2010/conim2Q10.htm>. Zostały na niej również zamieszczone wystąpienia narodowe wygłoszone w związku z przyjęciem rezolucji.

45. Sesja Komisji Ludności i Rozwoju ONZ, odbywająca się pod tematem przewodnim „Adolescents and Youth”, miała charakter szczególny w związku ze zbliżającą się dwudziestą rocznicą Międzynarodowej Konferencji ONZ RIO+20. W związku z powyższym oraz mając na uwadze szeroko ujęty temat przewodni, w toku dyskusji koncentrowano się na zagadnieniach związanych z realizacją programu Działań ICPD (PoA ICPD) oraz Celów Milenijnych dot. przyszłości ludzi młodych, a mianowicie dostępu do edukacji, zatrudnienia oraz dostępu do opieki zdrowotnej, w tym usług zdrowia prokreacyjnego. Szczególną uwagę zwracano na opóźnienia w realizacji Programu Działań ICPD dot. zapewnienia powszechnego dostępu do zdrowia prokreacyjnego. Szersze podejście do tematu prezentowano w toku debaty generalnej, dotyczącej

z jednej strony postępów w implementacji założeń Programu Działań ICPD, z drugiej natomiast – narodowych doświadczeń w tym zakresie, a także w ramach wyjątkowo interesujących prezentacji zaproszonych gości (*keynote speakers*). Podczas obrad Komisji pracowano nad projektem rezolucji 45. Sesji Komisji Ludności i Rozwoju (*Commission on Population and Development, CPD*). Rezolucja poświęcona była tematowi przewodniemu tegorocznej sesji Komisji, odbywającej się w dn. 23–27 kwietnia br., tj. nastolatkom/młodzieży i ludziom młodym. Rezolucje Komisji są najważniejszymi dokumentami przyjmowanymi tradycyjnie na zakończenie sesji. Obok nich przyjmowane są decyzje dot. kwestii proceduralnych oraz organizacyjnych, związanych z kolejnymi sesjami CPD. Przyjęte przez Komisję dokumenty są następnie przekazywane do akceptacji Rady Ekonomiczno-Społecznej (ECOSOC) podczas głównej letniej sesji, co wynika ze statusu CPD jako komisji funkcjonalnej Rady.

W świetle negocjacji bardzo istotne i kontrowersyjne są następujące kwestie.

- Kwestia zdrowia prokreacyjnego, a w szczególności praw prokreacyjnych (reprodukcyjnych) wzbudza liczne kontrowersje. Unia Europejska wypracowała na sesji wspólne stanowisko, ale też poszczególne kraje, w tym Polska, przedstawiły swoje oddzielne stanowiska w tej kwestii, aby podkreślić, wyjaśnić najważniejsze zagadnienia.
- Stanowisko Polski zaprezentowała przedstawicielka Stałego Przedstawicielstwa RP przy ONZ, w porozumieniu z polskim Ministerstwem Spraw Zagranicznych, zgodnie z instrukcją wyjazdową.
- W związku z faktem, że niektóre postanowienia rezolucji zawierają odniesienia do świadczeń/praw prokreacyjnych, które nie są dostatecznie wyraźnie usytuowane w kontekście PoA ICPD, po przyjęciu rezolucji przedstawiciel Polski, zgodnie z dotychczasową praktyką w tym zakresie, wygłosił oświadczenie. Stwierdzono w nim, że 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 czy promocja aborcji. Sprecyzowano także, że aborcja na żądanie jest w Polsce nielegalna.
- Coraz częściej proponuje się włączanie do przemówień i projektów międzynarodowych dokumentów sformułowań typu *sexual and reproductive health care and services*, *sexual and reproductive health and rights*. Dlatego celowe byłoby uzgodnienie międzyresortowego stanowiska Polski w tym zakresie.
- Epidemia HIV/AIDS, a w szczególności zagadnienia takie jak feminizacja epidemii, przemoc wobec kobiet oraz nierówny dostęp kobiet i mężczyzn do świadczeń zdrowotnych, pozostają niezwykle aktualne na całym świecie, wymagając wdrożenia strategii na poziomie rządowym.
- Pełne wdrożenie PoA ICPD w Kairze oraz PoA z Pekinu są nierozzerwalnie związane z działaniami światowymi mającymi na celu zwalczanie ubóstwa oraz osiągnięcie trwałego rozwoju i równości płci.
- Wdrażanie Programu Działania ICPD jest szczególnie istotne, ponieważ jest to proces ściśle związany z realizacją Milenijnych Celów Rozwoju.

Szczegółowa dokumentacja przebiegu i udziału polskiej delegacji w 45. Sesji Komisji Ludności i Rozwoju ONZ jest zamieszczona w Biuletynie nr 57 RRL, Warszawa 2013.

VI. UDZIAŁ W KONFERENCJACH MIĘDZYNARODOWYCH I KRAJOWYCH

Przedstawiciele Rządowej Rady Ludnościowej wzięli udział w trzech konferencjach zagranicznych:

1. W dniach 13–16 czerwca 2012 r. dr Alina Potrykowska, Sekretarz Generalny RRL, wzięła udział w Europejskiej konferencji ludnościowej nt. „Procesy demograficzne i polityka ludnościowa w Europie”. Konferencja zorganizowana została z inicjatywy Europejskiego Towarzystwa Badań Ludnościowych (EAPS) z siedzibą w Hadze oraz Departamentu Nauk Demograficznych (SUDA) Uniwersytetu Sztokholmskiego.

Celem tej konferencji była identyfikacja głównych czynników sprawczych transformacji płodności w skali globalnej. Główny akcent położono na rolę kapitału ludzkiego, a szczególnie edukacji kobiet na poziomie podstawowym. Wpływ edukacji porównywano do innych ważnych czynników, takich jak spadek śmiertelności niemowląt świadczący o wzroście dobrobytu i zmianach norm społecznych.

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.

2. W dniach 3–5 lipca 2012 r. dr Alina Potrykowska, Sekretarz Generalny RRL, wzięła udział w Międzynarodowej Konferencji Geograficznej Brytyjskiego Towarzystwa Geograficznego pt. „Problemy ludności we współczesnym świecie. Bezpieczeństwo ludności”.

Celem Konferencji było zapoznanie się ze zmianami demograficznymi i polityką ludnościową w poszczególnych krajach świata, a także porównanie z sytuacją demograficzną w Polsce oraz reprezentacja RRL na forum międzynarodowym. Obrady konferencji toczyły się w układzie równoległych sesji tematycznych zajmujących się problemami rozwoju ludności, a w szczególności kwestii migracji międzynarodowych i zagadnień zdrowotnych ludności, bezpieczeństwa zdrowia i życia ludności, w tym bezpieczeństwa zbiorowego oraz bezpieczeństwa żywnościowego i środowiska naturalnego na tle zmian klimatycznych. Duże zainteresowanie delegacji polskiej wzbudziły sesje nt. migracji, a zwłaszcza migracji osób wykształconych i młodzieży oraz mobilności. Udział w konferencji pozwolił na bezpośrednie zapoznanie się z metodami i wynikami najnowszych badań w skali światowej. Podczas tegorocznego spotkania odbywały się także spotkania z przedstawicielami agencji rządowych i pozarządowych, i innych organizacji.

3. W dniach 26–30 sierpnia 2012 r. dr Alina Potrykowska, Sekretarz Generalny RRL, wzięła udział w 32 Międzynarodowym Kongresie Geograficznym, który odbywał się w Kolonii, na Uniwersytecie w Kolonii, pod honorowym patronatem Przewodniczącego Parlamentu Europejskiego, Pana Martina Schulza.

Celem Konferencji było zapoznanie się ze zmianami demograficznymi i polityką ludnościową w poszczególnych krajach świata, porównanie z sytuacją demograficzną w Polsce oraz zapoznanie się z problemami rozwoju ludności, w tym: migracji międzynarodowych i procesów starzenia się ludności, urbanizacji i środowiska naturalnego

na tle zmian klimatycznych, które należą do najważniejszych tematów współczesnego świata oraz reprezentacja RRL na forum międzynarodowym.

Duże zainteresowanie delegacji polskiej wzbudziły sesje nt. migracji oraz „warsztat” metodologiczny odnoszący się do badań migracyjnych. W prezentacjach przeważały prace analityczne oparte na dużej wiedzy z najnowszej literatury przedmiotu, jak i najnowszych metodach badawczych w połączeniu z technikami systemów informacji geograficznej. Udział w Kongresie pozwolił na zapoznanie się z metodologią najnowszych badań na najwyższym poziomie światowym.

Przedstawiciele Rządowej Rady Ludnościowej wzięli udział w 2012 roku w 34 konferencjach krajowych naukowych, seminariach i debatach:

1. 13 lutego konferencja pt. „Opieka nad osobami niesamodzielnymi w Polsce – potrzeba zmian” zorganizowana przez Senat RP Komisja Rodziny i Polityki Społecznej;
2. 14 lutego debata pt. „Jak wspierać odpowiedzialne rodzicielstwo?” zorganizowana przez Kancelarię Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej;
3. 21 lutego debata pt. „Edukacja dla dzieci niepełnosprawnych w Polsce – szanse i bariery”, zorganizowana przez Instytut Pracy i Spraw Socjalnych;
4. 7 marca konferencja pt. „Zwiększanie aktywności osób starszych oraz solidarność międzypokoleniowa – podejście zintegrowane Wyzwania dla Polski” zorganizowana przez Kancelarię Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej i Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej;
5. 21 marca konferencja pt. „Ratujmy życie – wspierajmy rodzicielstwo” zorganizowana przez prof. dr. hab. Bogdana Chazana, Dyrektora Szpitala im. Św. Rodziny w Warszawie;
6. 27 marca seminarium pt. „Lokalne scenariusze zmian demograficznych, Polska” zorganizowane przez Ministerstwo Rozwoju Regionalnego;
7. 28 marca seminarium pt. „Polscy migranci zarobkowi w Holandii” zorganizowane przez Ambasadę Królestwa Niderlandów w Warszawie i Instytut Spraw Publicznych;
8. 16 kwietnia seminarium pt. „Polscy migranci zarobkowi w Holandii” zorganizowane przez Instytut Spraw Publicznych;
9. 14–16 maja „Europejski Kongres Gospodarczy 2012” zorganizowany przez wydawcę Miesięcznika Gospodarczego Nowy Przemysł oraz PTWP;
10. 19 kwietnia seminarium pt. „Sprzedawać, gotować, budować? Plany i strategie Chińczyków i Wietnamczyków w Polsce” zorganizowane przez Instytut Spraw Publicznych;
11. 23 kwietnia konferencja pt. „Tolerancja – europejskie perspektywy etyczno-społeczne” zorganizowana przez Instytut Spraw Publicznych oraz Prof. dr. hab. Danutę Hübner – przewodniczącą Komisji Rozwoju Regionalnego Parlamentu Europejskiego i Polską Radę Ekumeniczną;
12. 25 kwietnia seminarium pt. „Polacy w Niemczech. Integracja imigrantów z perspektywy centralnej i lokalnej” zorganizowane przez Instytut Spraw Publicznych;
13. 10 maja debata pt. „Raport. Kurs na innowacje. Jak wyprowadzić Polskę z rozwojowego dryfu?”, zorganizowana przez Polskie Towarzystwo Ekonomiczne;

14. 18 maja seminarium pt. „Integracja a (nie)obecność migrantów w polskich mediach i sferze publicznej” zorganizowane przez Instytut Filologii Angielskiej Uniwersytetu im. A. Mickiewicza w Poznaniu oraz Instytut Spraw Publicznych;
15. 21 maja seminarium pt. „Co dalej z 1%?” zorganizowane przez Instytut Spraw Publicznych oraz Forum Darczyńców w Polsce;
16. 24 maja seminarium pt. „Wsparcie społeczeństwa obywatelskiego na Ukrainie” zorganizowane przez Instytut Spraw Publicznych;
17. 1 czerwca konferencja pt. „Imigranci w Europie. Kultura przyjęcia” zorganizowana przez Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego oraz Komitet Badań nad Migracjami PAN;
18. 1 czerwca konferencja pt. „Prawo obywatela” zorganizowana przez Instytut Spraw Publicznych oraz Polsko-Amerykańską Fundację Wolności;
19. 12 czerwca konferencja pt. „Społeczeństwo Śląska Opolskiego 1945–2011: dynamika i struktura przemian, aspekty demograficzne, zatrudnienia i rynku pracy” zorganizowana przez Instytut Śląski w Opolu oraz Marszałka Województwa Opolskiego Józefa Sebestę;
20. 13 czerwca konferencja pt. „Zmiany demograficzne jako wyzwanie dla Małopolski” zorganizowana w Krakowie przez Marszałka Województwa Małopolskiego Romana Ciepiałę;
21. 13 czerwca konferencja pt. „Stan obecny i perspektywy rozwoju ludnościowego województwa lubuskiego” zorganizowana przez Uniwersytet Zielonogórski i Urząd Statystyczny w Zielonej Górze;
22. 13 czerwca konferencja pt. „Małopolskie wyzwania demograficzne. Szanse – Koszty – Działania” zorganizowana przez Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego;
23. 17–19 czerwca konferencja pt. „Kościół wobec kryzysu demograficznego w Polsce” zorganizowana przez Ks. profesora Janusza Balickiego z UKSW;
24. 27 czerwca konferencja pt. „Ludzie – historia – polityka. Polska i Niemcy w oczach Rosjan” zorganizowana przez Instytut Spraw Publicznych oraz Fundację Współpracy Polsko-Niemieckiej;
25. 27 czerwca konferencja pt. „Prawo petycji” zorganizowana przez Senat RP – Komisję Rodziny i Polityki Społecznej;
26. 11 października debata pt. „Sytuacja i polityka ludnościowa Polski” zorganizowana przez Polskie Towarzystwo Ekonomiczne;
27. 16 października konferencja pt. „Przemiany rodziny w Polsce z perspektywy demografa” zorganizowana przez Komitet Nauk Demograficznych PAN oraz Komitet Nauk o Pracy i Polityce Społecznej PAN;
28. 22–23 października konferencja pt. „Polityka rodzinna i polityka rynku pracy w kontekście zmian demograficznych” zorganizowana przez Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu;
29. 25–26 października IV konferencja doktorantów „MŁODZI KES” zorganizowana przez SGH – Kolegium Ekonomiczno-Społeczne w Warszawie;
30. 23 października seminarium pt. „Problemy demograficzne Pomorza na przełomie wieków” zorganizowane przez Prof. Eugeniusza Rydza – Polskie Towarzystwo Demograficzne, Oddział Środkowopomorski w Słupsku;
31. 13 listopada „Prewencja pierwotna nowotworów” zorganizowana przez Prof. Janusza Szymborskiego – Wszechnica Polska, Szkoła Wyższa Towarzystwa Wiedzy Powszechnej w Warszawie;

32. 13 listopada konferencja pt. „Sytuacja demograficzna obszarów wiejskich Mazowsza – wnioski do Założeń polityki ludnościowej” zorganizowana przez MBPR – Kongres Demograficzny Mazowsza;
33. 15–16 listopada konferencja pt. „Społeczne i kulturowe skutki migracji z Polski na przełomie wieków” zorganizowana przez Komitet Badań nad Migracjami PAN;
34. 20 listopada konferencja pt. „Starzenie się społeczeństwa w świetle badań programu „Pol-senior” zorganizowana przez Komitet Nauk o Pracy PAN oraz Komitet Nauk o Pracy i Polityce Społecznej PAN.

VII. POSIEDZENIA PREZYDIUM RRL ORAZ PRACE SEKRETARIATU RRL

Obsługę Rządowej Rady Ludnościowej zapewnia Główny Urząd Statystyczny od 1.11.2003 r. na podstawie Zarządzenia Nr 85 Prezesa Rady Ministrów z dnia 29 maja 2006 r. w sprawie Rady do Spraw Koordynacji działań międzyresortowych w zakresie polityki ludnościowej, zmienionym zarządzeniem nr 165 Prezesa Rady Ministrów z dnia 7 listopada 2006 r., zarządzeniem nr 29 Prezesa Rady Ministrów z dnia 23 marca 2007 r. i zarządzeniem nr 40 Prezesa Rady Ministrów z dnia 14 maja 2012 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 2012 r. na czterech posiedzeniach: w dniach 23 lutego, 9 marca, 30 maja oraz 30 czerwca.

1. W dniu 23 lutego 2012 r. przedmiotem posiedzenia Prezydium Rządowej Rady Ludnościowej było omówienie:
 - ustaleń dotyczących 45. Sesji Komisji Ludności i Rozwoju ONZ (12–16 kwietnia 2010 r. Nowy Jork),
 - przebiegu prac w ramach przygotowań do II Kongresu Demograficznego,
 - koncepcji Raportu 2011–2012 „Sytuacja demograficzna Polski”,
 - projektu planu pracy RRL i Sekretariatu RRL w 2012 r.,
 - sprawozdania z działalności RRL za rok 2011.
2. W dniu 9 marca 2012 r. przedmiotem posiedzenia Prezydium Rządowej Rady Ludnościowej była dyskusja nad przyjęciem projektu „Założeń polityki ludnościowej” jako materiału do dyskusji na II Kongres Demograficzny.
3. W dniu 30 maja 2012 r. przedmiotem posiedzenia Prezydium Rządowej Rady Ludnościowej było omówienie:
 - ustaleń dotyczących struktury Raportu 2011–2012 „Sytuacja demograficzna Polski”,
 - obrad Sesji inauguracyjnej II Kongresu Demograficznego.
4. W dniu 30 czerwca 2012 r. przedmiotem posiedzenia Prezydium Rządowej Rady Ludnościowej było omówienie
 - ustaleń dotyczących Raportu 2011–2012 „Sytuacja demograficzna Polski”,
 - przebiegu obrad Sesji Końcowej II Kongresu Demograficznego,
 - przebiegu obchodów Jubileuszu Pana Profesora Antoniego Rajkiewicza.

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. Ważniejsze dokumenty RRL prezentowane są na stronie internetowej www.stat.gov.pl

Plan pracy Rządowej Rady Ludnościowej oraz sekretariatu RRL w 2012 r.

Lp.	Temat – zadanie	Nadzór merytoryczny	Termin wykonania
Część I. Prace Rządowej Rady Ludnościowej			
1	Raport 2012–2012 Rządowej Rady Ludnościowej o sytuacji demograficznej Polski	Przewodniczący RRL – dr hab. prof. SGH Z. Strzelecki	grudzień 2012 r.
2	II Kongres Demograficzny <ul style="list-style-type: none"> • Sesja dwudniowa otwierających Kongres 22–23 marca 2012 • Sesja końcowa 26 czerwca 2012 r. 	Przewodniczący RRL – dr hab. prof. SGH Z. Strzelecki	22–23 marca 2012 r. 26 czerwca 2012 r.
3	Posiedzenia plenarne nt. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Przyjęcie aktualizacji założeń polityki ludnościowej ➤ Współdziałanie i współpraca w konferencjach i seminariach środowiskowych oraz regionalnych organizowanych w ramach II Kongresu Demograficznego ➤ Projekt Raportu 2011–2012 Rządowej Rady Ludnościowej o sytuacji demograficznej Polski 	Przewodniczący RRL – dr hab. prof. SGH Z. Strzelecki	luty/marzec 2012 r. luty/listopad 2012 r. listopad 2012 r.
4	Zespół ds. aktualizacji założeń programu polityki ludnościowej <i>Aktualizacja założeń polityki ludnościowej</i>	Przewodnicząca Zespołu prof. dr hab. B. Balcerzak-Paradowska, dr A. Potrykowska	marzec 2012 r.
5	Deklaracja II Kongresu Demograficznego	Przewodniczący RRL – dr hab. prof. SGH Z. Strzelecki	26 czerwiec 2012 r.
6	Biuletyn RRL nr 57	Przewodniczący RRL – dr hab. prof. SGH Z. Strzelecki dr A. Potrykowska	październik 2012 r.
7	Współpraca z Komisją Ludność i Rozwój ONZ	Przewodniczący RRL – dr hab. prof. SGH Z. Strzelecki dr A. Potrykowska	praca ciągła
8	Realizacja zaleceń Rady Ministrów i jej komitetu oraz Prezesa Rady Ministrów, dotyczących polityki ludnościowej i rodzinnej	Przewodniczący RRL – dr hab. prof. SGH Z. Strzelecki	praca ciągła

Lp.	Temat – zadanie	Nadzór merytoryczny	Termin wykonania
9	Opiniowanie projektów aktów normatywnych związanych z realizacją polityki ludnościowej i rodzinnej	Przewodniczący RRL – dr hab. prof. SGH Z. Strzelecki	praca ciągła
10	Inicjowanie badań naukowych w dziedzinie demografii, polityki ludnościowej i rodzinnej	Przewodniczący RRL – dr hab. prof. SGH Z. Strzelecki	praca ciągła
11	Inicjowanie, organizowanie i współudział w organizowaniu konferencji i sympozjów poświęconych zagadnieniom polityki ludnościowej	Przewodniczący RRL – dr hab. prof. SGH Z. Strzelecki	praca ciągła
12	Prace dotyczące współpracy z instytucjami krajowymi i zagranicznymi w sprawach należących do zakresu działania Rządowej Rady Ludnościowej	Przewodniczący RRL – dr hab. prof. SGH Z. Strzelecki dr A. Potrykowska	praca ciągła
Część II. Prace Sekretariatu Rządowej Rady Ludnościowej			
1	Koordinacja prac nad opracowywaniem okresowych (corocznych) projektów raportów o sytuacji demograficznej kraju i ich przedkładanie do rozpatrzenia na plenarnym posiedzeniu Rządowej Rady Ludnościowej	Sekretarz Generalny RRL – dr A. Potrykowska E. Orzełek	praca ciągła
2	Opracowanie informacji z dziedziny demografii i polityki ludnościowej do Biuletynu RRL nr 57	Sekretarz Generalny RRL – dr A. Potrykowska E. Orzełek	praca ciągła
3	Wstępna ocena informacji, wniosków i projektów przedstawianych Rządowej Radzie Ludnościowej przez ministrów, kierowników urzędów centralnych oraz inne instytucje i organizacje społeczne	Sekretarz Generalny RRL – dr A. Potrykowska E. Orzełek	praca ciągła
4	Koordinacja prac nad opiniowaniem projektów aktów normatywnych związanych z realizacją polityki ludnościowej i rodzinnej	Sekretarz Generalny RRL – dr A. Potrykowska	praca ciągła
5	Sporządzanie sprawozdań z prac Rządowej Rady Ludnościowej oraz sporządzanie protokółów z posiedzeń plenarnych Rządowej Rady Ludnościowej i z posiedzeń jej Prezydium	Sekretarz Generalny RRL – dr A. Potrykowska E. Orzełek	praca ciągła
6	Koordinacja prac dotycząca współpracy z instytucjami krajowymi i zagranicznymi w sprawach należących do zakresu działania Rządowej Rady Ludnościowej	Sekretarz Generalny RRL – dr A. Potrykowska	praca ciągła
7	Organizowanie i współudział w organizowaniu konferencji i sympozjów poświęconych zagadnieniom polityki ludnościowej	Sekretarz Generalny RRL – dr A. Potrykowska	praca ciągła
8	II Kongres Demograficzny	Sekretarz Generalny RRL – dr A. Potrykowska Eugeniusz Kowalczyk, E. Orzełek	styczeń /listopad

Lp.	Temat – zadanie	Nadzór merytoryczny	Termin wykonania
9	Opracowywanie projektów preliminarzy budżetowych Rządowej Rady Ludnościowej	Sekretarz Generalny RRL – dr A. Potrykowska E. Orzełek	praca ciągła
10	Druk publikacji II Kongresu Demograficznego	Sekretarz Generalny RRL – dr A. Potrykowska E. Orzełek	praca ciągła
11	Przygotowywanie materiałów na posiedzenia plenarne Rządowej Rady Ludnościowej oraz na posiedzenia jej Prezydium	Sekretarz Generalny RRL – dr A. Potrykowska E. Orzełek	praca ciągła

Zatwierdził:

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

Opracowanie:

mgr Ewa Orzełek

Konsultant

Główny Urząd Statystyczny

Sekretarz Generalny RRL

dr Alina Potrykowska

Rządowa Rada Ludnościowa
Al. Niepodległości 208
00-925 Warszawa
Pok. 554 (blok C)
tel.: + 48 (22) 608 30 34
fax.: + 48 (22) 608 38 87
www.stat.gov.pl