



RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA

**REKOMENDACJE RZĄDOWEJ
RADY LUDNOŚCIOWEJ
W ZAKRESIE POLITYKI
LUDNOŚCIOWEJ POLSKI**

Warszawa 2014

**Rekomendacje Rządowej Rady Ludnościowej
w zakresie polityki ludnościowej w Polsce**

Autorzy:

Dr hab. prof. SGH Zbigniew Strzelecki (Przedmowa)
Szkoła Główna Handlowa, Rządowa Rada Ludnościowa

Prof.dr hab. Bożenna Balcerzak-Paradowska (Wprowadzenie)
Instytut Pracy i Polityki Społecznej

*Prof.dr hab. Bożenna Balcerzak-Paradowska, Prof.dr hab. Bożena Kołaczek,
Dr Dorota Głogosz (Cel I)*
Instytut Pracy i Polityki Społecznej

Prof.dr hab. Józefina Hrynkiewicz (Cel II)
Uniwersytet Warszawski

Prof. dr hab. n. med. Janusz Szymborski (Cel III)
Główny Urząd Statystyczny, Rządowa Rada Ludnościowa, Wszechnica Polska SW w Warszawie

Dr Alina Potrykowska (Cel IV)
Główny Urząd Statystyczny, Rządowa Rada Ludnościowa

Redakcja naukowa

Bożenna Balcerzak-Paradowska, Alina Potrykowska, Zbigniew Strzelecki, Janusz Szymborski

Redakcja językowa

Władysława Czech-Matuszewska

Redakcja

Dorota Głogosz, Eugeniusz Kowalczyk, Alina Potrykowska, Anna Romiszewska

ISBN 978-83-7027-571-6

Na CD:

ISBN 978-83-7027-572-3



Druk i oprawa: Zakład Wydawnictw Statystycznych
al. Niepodległości 208, 00-925 Warszawa

SPIS TREŚCI

PRZEDMOWA – <i>Zbigniew Strzelecki</i>	5
DEKLARACJA II KONGRESU DEMOGRAFICZNEGO W POLSCE	6
WPROWADZENIE	8
ZAKRES I CELE POLITYKI LUDNOŚCIOWEJ	13
CEL I. TWORZENIE WARUNKÓW SPRZYJAJĄCYCH POWSTAWANIU RODZIN, PRZEDĘ WSZYSTKIM POPRZEZ ZAWIERANIE MAŁŻEŃSTW I REALIZACJĘ PLANÓW PROKREACYJNYCH – <i>Bożenna Balcarzak-Paradowska Bożena Kołaczek, Dorota Głogosz</i>	16
DIAGNOZA	16
1. Ogólna charakterystyka procesów demograficznych	16
2. Warunki życia i wychowywania dzieci w rodzinach	23
3. Rodziny w trudnej sytuacji	31
4. Ocena polityki rodzinnej w Polsce	41
5. Polityka rodzinna krajów Unii Europejskiej. Wybrane problemy	48
PRIORYTET I.1. Poprawa warunków powstawania i funkcjonowania rodzin oraz problemy rozrodczości (działania na rzecz powstawania, rozwoju i funkcjonowania rodzin)	50
PRIORYTET I.2. Tworzenie warunków sprzyjających rozwojowi młodego pokolenia w rodzinie jako czynnik poprawy jakości kapitału ludzkiego. Wspieranie rodziny w ponoszeniu kosztów utrzymania i wychowania dzieci	54
PRIORYTET I.3. Zapobieganie wykluczeniu i marginalizacji. Integracja społeczna. Pomoc rodzinom w trudnych sytuacjach: ubogim, wielodzietnym, niepełnym, z osobą niepełnosprawną, dotkniętym dysfunkcją lub patologią	60
CEL II. TWORZENIE WARUNKÓW SPRZYJAJĄCYCH INTEGRACJI W STARZEJĄCYM SIĘ SPOŁECZEŃSTWIE – ZMNIEJSZENIE SKALI ZAGROŻENIA WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM LUDZI STARSZYCH, NIESAMODZIELNYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH – <i>Józefina Hrynkiewicz</i>	66
DIAGNOZA	66
1. Charakterystyka zmian demograficznych	66
2. Skutki społeczne i ekonomiczne starzenia się ludności	70
3. Rekomendacje	113
PRIORYTET II.1. Przeciwdziałanie ubóstwu, gwarancja dochodu(ów) rozporządzalnego na poziomie zapewniającym samodzielność finansową gospodarstwom domowym, warunki mieszkaniowe dostosowane do potrzeb, pomoc w utrzymaniu mieszkania ze środków publicznych, dostępność mieszkań chronionych	114
PRIORYTET II.2. Dostęp osób starszych i niepełnosprawnych do usług ochrony zdrowia	115
PRIORYTET II.3. Dostęp osób niesamodzielnych (niezdolnych do samodzielnej egzystencji) do usług opieki, w tym opieki długoterminowej	116
PRIORYTET II.4. Uczestnictwo ludzi starszych i niepełnosprawnych w różnych dziedzinach życia społecznego (w sferze publicznej)	116
PRIORYTET II.5. Eliminacja dyskryminacji, przemocy oraz zapewnienie bezpieczeństwa osobom starszym, niepełnosprawnym i niesamodzielnym	117
CEL III. POPRAWA STANU ZDROWIA LUDNOŚCI I OGRANICZANIE UMIERALNOŚCI – <i>Janusz Szymborski</i>	118
DIAGNOZA	118
Ogólna ocena sytuacji zdrowotnej ludności Polski	118
PRIORYTET III.1. Poprawa opieki nad matką i dzieckiem	121
PRIORYTET III.2. Ograniczenie zachorowań i umieralności z powodu chorób układu krążenia	140
PRIORYTET III.3. Ograniczanie zachorowalności i umieralności z powodu chorób nowotworowych	145

PRIORYTET III.4. Poprawa stanu zdrowia psychicznego Polaków	149
PRIORYTET III.5. Ograniczenie zachorowań i umieralności z powodu przewlekłych chorób niezakaźnych przez poprawę żywienia i zwiększenie aktywności fizycznej społeczeństwa	153
PRIORYTET III.6. Promocja zdrowia jako strategia rozwiązywania współczesnych problemów zdrowotnych	157
CEL IV. OKREŚLENIE ZASAD I KIERUNKÓW POLITYKI MIGRACYJNEJ POLSKI W DOBIE INTEGRACJI EUROPEJSKIEJ – <i>Alina Potrykowska</i>	162
DIAGNOZA	162
1. Proces kształtowania się polityki migracyjnej w Polsce po akcesji do Unii Europejskiej	162
2. Uwarunkowania polityki migracyjnej związane z przynależnością Polski do Unii Europejskiej	165
3. Dynamika i struktura migracji transgranicznych	172
4. Wnioski	200
PRIORYTET IV.1. Utrzymywanie więzi z Polakami przebywającymi za granicą, traktowanie ich jako składnika polskiego potencjału ludnościowego	202
PRIORYTET IV.2. Przestrzenna i zawodowa orientacja dotycząca obszarów i struktury wyjazdów zarobkowych, z uwzględnieniem sytuacji na lokalnych rynkach pracy	210
PRIORYTET IV.3. Polityka imigracyjna. Wdrożenie postulatów dotyczących imigracji zawartych w dokumencie „Polityka Migracyjna Polski” – stan obecny i postulowane działania	214
PRIORYTET IV.4. Wspieranie współczesnych migracji edukacyjnych	219
PRIORYTET IV.5. Podniesienie stanu wiedzy o współczesnych procesach migracyjnych	223
Uwagi końcowe: Polityka migracyjna jako element polityki ludnościowej	225
BIBLIOGRAFIA	228
ANEKS TABELARYCZNY – REKOMENDACJE RZĄDOWEJ RADY LUDNOŚCIOWEJ W ZAKRESIE POLITYKI LUDNOŚCIOWEJ POLSKI	236
Tabela I. Cel. I	236
Tabela II. Cel. II	250
Tabela III. Cel. III	253
Tabela IV. Cel. IV	261
Tabela V. Postulowane kierunki badań i analiz	272
ANEKS 1	285
ANEKS 2	287

PRZEDMOWA

Rządowa Rada Ludnościowa przedkłada dokument pt. „Rekomendacje Rządowej Rady Ludnościowej w zakresie polityki ludnościowej Polski”. Realizuje on zgłaszane od wielu lat przez Rządową Radę Ludnościową postulaty dotyczące pilnej potrzeby interdyscyplinarnego podejścia do procesów demograficznych zachodzących w naszym kraju. Rada podkreślała to w swoich corocznych raportach *O sytuacji demograficznej Polski*. Postulaty te znalazły również akceptację Komitetu Stałego Rady Ministrów.

„Rekomendacje” powstały w wyniku kilkuletnich prac i konsultacji rozpoczętych w styczniu 2011 r. powołaniem Zespołu do spraw aktualizacji założeń programu działań w zakresie polityki ludnościowej, w skład którego weszli członkowie Rady – przedstawiciele nauki oraz wielu ministerstw. Zespół przygotował projekt „Założeń polityki ludnościowej Polski”, który był przedmiotem obrad i oceny Rządowej Rady Ludnościowej, a następnie został przedłożony pod obrady II Kongresu Demograficznego obradującego pod hasłem **„Polska w Europie – Przyszłość demograficzna”**, nad którym honorowy patronat objął Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej Pan Bronisław Komorowski, a Rada była inicjatorem jego organizacji. Kongres odbywał się w okresie 22 marca–23 listopada 2012 r. (Tekst projektu „Założeń” został także zamieszczony na stronie www.stat.gov.pl).

II Kongres Demograficzny stanowił podstawę zainteresowania problematyką rozwoju demograficznego Polski gremiów naukowych, rządowych, samorządowych, organizacji pozarządowych, Kościołów i możliwie wszystkich Polaków. Temu służyła przyjęta formuła Kongresu. Przez wiele miesięcy 2012 roku miała miejsce szczególna aktywność środowisk zainteresowanych problematyką rozwoju ludnościowego Polski, zorganizowano bowiem 15 konferencji i seminariów środowiskowych oraz regionalnych. Konferencje, sympozja, seminaria i spotkania tematycznie odnosiły się do propozycji zawartych w „Założeniach”. Wnioski z tych obrad zostały przedłożone Rządowej Radzie Ludnościowej do rozważenia w redagowaniu ostatecznej wersji „Założeń”. Zostały one zaprezentowane także podczas sesji końcowej Kongresu, która odbyła się w dniach 22–23 listopada 2012 roku. Uczestnicy tej sesji Kongresu przyjęli projekt „Założeń polityki ludnościowej Polski”, opracowany przez Zespół do spraw aktualizacji założeń programu działań w zakresie polityki ludnościowej,

Uczestnicy Kongresu przyjęli także Deklarację II Kongresu Demograficznego, której tekst zawarty jest w dalszej części dokumentu. Podkreśla się w niej doniosłość wyzwań wynikających z sytuacji demograficznej Polski i potrzebę podjęcia przez władze publiczne, organizacje obywatelskie, kościoły i związki wyznaniowe, pracodawców, społeczności lokalne i związki zawodowe skoordynowanych działań z zakresu polityki społecznej, gospodarczej i ludnościowej, mogących zahamować niekorzystne zjawiska w procesach demograficznych. Obejmuje to działania dotyczące: procesów tworzenia i funkcjonowania rodzin, rozrodczości, poprawy stanu zdrowia i ograniczania umieralności, warunków sprzyjających aktywnej, twórczej i godnej starości oraz procesów migracyjnych.

Uczestnicy Kongresu, a w ślad za tym i Rządowa Rada Ludnościowa rekomendują władzom państwowym przyjęcie i wdrożenie „Rekomendacji Rządowej Rady Ludnościowej w zakresie polityki ludnościowej Polski” w postaci „Narodowego Programu Polityki Ludnościowej” uchwalonego przez Parlament RP oraz o wyeksponowanie właściwej rangi polityki rodzinnej w strukturze administracji rządowej.

Dr hab. prof. ndzw. SGH Zbigniew Strzelecki
Przewodniczący Rządowej Rady Ludnościowej
Przewodniczący Komitetu II Kongresu Demograficznego w Polsce



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 Pan 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, dostrzegają pilną potrzebę 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 zapewniłyby zadowalające tempo wzrostu gospodarczego, dawałyby szansę na pracę, godziwe zarobki i mieszkania dla młodego pokolenia oraz zapewnienie godziny 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 grożącą 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 dla 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 prokreacyjnych, w tym łączenia pracy z obowiązkami rodzinnymi, i tworzenie warunków sprzyjających rozwojowi młodego pokolenia w rodzinie, jako czynnika poprawy jakości kapitału ludzkiego (wspieranie rodziny w ponoszeniu kosztów wychowania młodego pokolenia), zapobieganiu wykluczeniu społecznemu i dysfunkcji w rodzinach. Powinny one uwzględniać 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 w Polsce” w postaci „Narodowego Programu Polityki Ludnościowej” uchwalonej 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

WPROWADZENIE

U podstaw podjęcia prac nad polityką ludnościową 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, charakteryzują się dynamicznymi zmianami. Następują przekształcenia wzorców tworzenia rodzin, postaw i zachowań prokreacyjnych.

Pozytywna tendencja wzrostu liczby zawieranych małżeństw w latach 2001–2008 została zahamowana w 2009 r., aby w latach 2010–2011 przybrać kierunek spadkowy. Wynika to z malejącej liczby kandydatów do małżeństwa, ale także z obniżania się skłonności do wstępowania w związki małżeńskie. Osłabieniu intensywności zawierania małżeństw, szczególnie przez osoby w wieku do 29 lat, towarzyszy odraczanie zawarcia małżeństwa. Przy świadomym ograniczaniu dzietności całkowitej wpływa to na procesy rozwoju rodziny. Utrwała się tendencja spadkowa współczynnika zastępowalności pokoleń, a „deficyt” międzygeneracyjny w urodzeniach stanowi około 30% (RRL, 2010). Wynika to z kształtowania się wzorca rozrodczości opartego na następujących tendencjach: dominacji urodzeń pierwszych i drugich kosztem urodzeń dalszej kolejności; przesunięcia maksymalnego poziomu płodności z grupy kobiet w wieku 20–24 lata do grupy kobiet 25–29-letnich i utrzymywania się wyższego poziomu średniego wieku kobiet w chwili rodzenia dzieci.

Obserwujemy systematyczne wydłużanie się życia ludzkiego. W 2010 r. noworodek płci męskiej miał przed sobą średnio 72,1 lat życia, noworodek płci żeńskiej – 80,6¹. Wynika to ze spadku umieralności niemowląt i osób dorosłych, w tym osób starszych. Jednocześnie obserwuje się niezadowalający postęp w ograniczaniu zachorowań i umieralności na wiele chorób tzw. cywilizacyjnych.

Członkostwo Polski w Unii Europejskiej oznacza swobodny przepływ ludności, co również oddziałuje na natężenie i kierunki tych przepływów. Polska jest obecnie terenem, na którym występują niemal wszystkie formy współczesnych procesów migracyjnych (RRL, 2010): emigracja pracownicza i osiedleńcza Polaków do wysoko rozwiniętych krajów, napływ do Polski osób poszukujących pracy, osiedlanie uchodźców; powroty repatriacyjne. Odpływ Polaków jest jednak znacznie większy od napływu cudzoziemców, co powoduje, że Polska jest krajem „odpływu”, w mniejszym stopniu – krajem „przyjmującym”.

Wyjazdy Polaków mają przede wszystkim charakter emigracji zarobkowej czasowej (szacowana liczba osób nieobecnych w związku z wyjazdem z kraju wynosiła w 2008 r. 2210 tys. i 1870 tys. w 2009 r.), rzadziej są to wyjazdy na pobyt stały (średnio, co roku, od momentu wejścia Polski do Unii Europejskiej – ok. 30 tys. osób).

Przebieg procesów demograficznych wpływa już w znacznym stopniu na stan i strukturę ludności Polski, zwłaszcza na liczebność i strukturę według wieku oraz na zmiany relacji między grupami ekonomicznymi ludności oraz między grupami biologicznymi.

Według danych Narodowego Spisu Powszechnego z 2011 r. w Polsce mieszkało 38,5 mln osób, tj. o 182 tys. więcej niż w 2002 r., ale zmianie ulegała zasadniczo struktura ludności według wieku. Zmniejszył się odsetek ludności w wieku przedprodukcyjnym z 23,2% w 2002 r. do 18,7% w 2011 r.; o 2,6 pkt. proc. wzrósł odsetek ludności

¹ To jest miara hipotetyczna, która określa oczekiwaną liczbę lat, jaką ma do przeżycia osoba urodzona w danym roku, przy założeniu stałego porządku wymierania według wieku zaobserwowanego w danym roku. Najprawdopodobniej średnia długość życia osób urodzonych w latach następnych będzie wyższa.

w wieku produkcyjnym, przy czym w wieku niemobilnym (45–60/65 lat) o 2,5 pkt. proc. Odsetek ludności w wieku poprodukcyjnym zwiększył się z 15,0% do 16,9% (GUS, 2012).

Kontynuacja dotychczasowych trendów w tym zakresie w Polsce będzie powodować głębokie dysproporcje w relacjach między kolejnymi pokoleniami (najmłodszych i najstarszych generacji – wnuków i dziadków), a także – zmniejszanie się liczby ludności².

Zgodnie z założeniami prognozy ludności opracowanej przez GUS w 2008 r. na lata 2008–2035 przewidziano wzrost wskaźników płodności mieszkanek wsi i miast (tab. 1), ale mimo to po 2011 r. przewidywana liczba urodzeń będzie malała wskutek niekorzystnych zmian w strukturze wieku kobiet.

Zmniejszać się będzie liczba ludności Polski: z 38,530 mln w 2010 r. do 35,993 mln w 2035 roku (tab. 2 i 3). Największy ubytek ludności będzie miał miejsce w ostatnim dziesięcioleciu prognozy (2026–2035), przy czym w całym okresie objętym prognozą proces ten będzie dotyczył głównie miast (udział ludności miejskiej obniży się 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 2 449,1 tys. do 4 493,9 tys., a jej udział w populacji – z 6,4% do 12,5%.

Zmiany w strukturze ludności według ekonomicznych i biologicznych grup wieku zapoczątkowane w latach 1988–2010 będą polegały na:

- dalszym wzroście udziału osób w wieku poprodukcyjnym w liczbie ludności ogółem przy jednoczesnym zmniejszaniu się udziału ludności w wieku przedprodukcyjnym (tab. 2),
- silnym wzroście populacji osób starszych, któremu będzie towarzyszyć stałe zmniejszanie się populacji dzieci do lat 14 (tab. 3).

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 (tab. 4).

W latach 2010–2035 udział ludności w wieku 60+/65+ w strukturze ludności ogółem wzrośnie z 16,8% do 26,7%, w tym w miastach z 17,6% do 27,8%, a na wsi z 15,6% do 25,2%. W roku 2035 liczba ludności w wieku poprodukcyjnym zbliży się do liczby ludności w wieku produkcyjnym (patrz tabele 1–4).

Z inicjatywy Rządowej Rady Ludnościowej w 2004 r. został opracowany dokument pt. „Założenia programu polityki ludnościowej w Polsce”. Przedstawiany obecnie projekt „Rekomendacji...” jest wynikiem prac nad aktualizacją i weryfikacją dokumentu z 2004 roku. Potrzeba weryfikacji wynika z analizy przebiegu procesów demograficznych, ich rzeczywistych i potencjalnych skutków oraz konieczności intensyfikacji działań mogących zahamować 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 umożliwienia 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

² Polska należy do grupy krajów w Europie, gdzie następuje spadek wskaźnika urodzeń, dynamicznie postępuje starzenie się społeczeństwa i szybko wzrasta wskaźnik obciążenia demograficznego, co wpływa na wydatki publiczne. Na problemy te oraz inne skutki społeczne i ekonomiczne zachodzących w Europie procesów ludnościowych (w tym migracyjnych) wskazuje się w rezolucji Parlamentu Europejskiego z dnia 21 lutego 2008 r. w sprawie demograficznej przyszłości Europy (2007/2156(INI)).

wzbożać o wskazania podmiotów odpowiedzialnych (zaangażowanych) za realizację poszczególnych celów oraz potencjalne źródła finansowania planowanych przedsięwzięć.

„Rekomendacje Rządowej Rady Ludnościowej w zakresie polityki ludnościowej Polski” wyznaczają kierunki działań niezbędnych do osiągnięcia przyjętych celów. Są one zgodne z celami i kierunkami działań wyznaczonymi w innych, strategicznych dokumentach rządowych, a zwłaszcza: zapisami Strategii Rozwoju Kraju 2020; Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020; Strategii Rozwoju Kapitału Społecznego; Krajowego Programu Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2020. Nowy wymiar aktywnej integracji; rządowego Programu na rzecz Aktywności Osób Starszych oraz „Perspektywa uczenia się przez całe życie”³. Obejmują zarówno kierunki, które są już przyjęte i znajdują się w różnych fazach operacjonalizacji⁴, jak i kierunki nowe, niezbędne do realizacji poszczególnych celów. **Ich realizacja nie zawsze jest możliwa w obecnej sytuacji ekonomicznej kraju, natomiast uznanie ich za uzasadnione pozwoli na określenie działań możliwych do realizacji etapowo lub w dalszej perspektywie.** Za taki horyzont czasu przyjęto **2020 rok.**

Kierując się troską o urealnienie możliwości osiągnięcia wyznaczonych celów i priorytetów, wiele kierunków działań można uznać za *propozycje wariantowe*. Pozwoli to na ich wybór oraz dostosowanie do potrzeb i możliwości na danym etapie wdrażania polityki ludnościowej.

Dokument „Założenia polityki ludnościowej Polski 2012” (projekt) został przyjęty jednogłośnie przez II Kongres Demograficzny w Polsce.

Tabela 1. Podstawowe założenia prognozy ludności dla Polski na lata 2010–2035

ZAŁOŻENIA	2010	2015	2020	2025	2030	2035
Współczynnik dzietności ogólnej:						
– miasta	1,28	1,36	1,40	1,42	1,43	1,44
– wieś	1,47	1,49	1,49	1,48	1,47	1,46
Średni wiek rodzenia:						
– miasta	29,13	29,75	30,24	30,61	30,85	30,97
– wieś	28,49	29,03	29,50	29,91	30,25	30,53
Oczekiwane trwanie życia noworodka						
– miasta	71,4	72,3	73,4	74,6	75,8	77,1
– wieś	79,8	80,2	80,8	81,5	82,2	82,9

Uwaga: w 2010 r. współczynnik dzietności wynosił: miasta – 1,309, wieś – 1,486, średni wiek rodzenia dzieci – 28,6, zaś przeciętne dalsze trwanie życia noworodka: miasta mężczyźni – 72,58, kobiety – 80,56, wieś mężczyźni – 71,40, kobiety – 86,68 (Rocznik Demograficzny 2011, GUS, s. 55, 57, 245, 384).

Źródło: Prognoza ludności Polski na lata 2008–2035 (2009); Józwiak, Kotowska (2010).

³ Jest to dodatkowy dokument strategiczny Rady Ministrów, przygotowany przez Międzyresortowy Zespół do spraw uczenia się przez całe życie, w tym Krajowych Ram Kwalifikacji

⁴ Według stanu prawnego na dzień 23 listopada 2012 roku.

Tabela 2. Ludność Polski według ekonomicznych grup wieku w latach 2010–2035 (w tys.)

LATA	OGÓLEM	LUDNOŚĆ W WIEKU				
		przed- produk- cyjnym (0–17 lat)	produkcyjnym (18–59/64 lata)	z tego w wieku:		poproduk- cyjnym (60+/65+)
				mobilnym (18–44 lata)	niemobilnym (45–59/64 lata)	
2010	38 092	7 107	24 571	15 294	9 277	6 414
2015	38 016	6 918	23 718	15 005	8 713	7 380
2020	37 830	6 959	22 503	14 072	8 431	8 368
2025	37 438	6 816	21 625	12 823	8 802	8 997
2030	36 796	6 253	21 254	11 624	9 630	9 289
2035	35 993	5 632	20 739	10 834	9 905	9 622

UWAGA: faktyczna liczba ludności na podstawie bilansów 31 grudnia 2010 r. wyniosła 38 529,9 tys. (Rocznik Demograficzny 2012 (2012), s. 72).

Źródło: od roku 2010: Prognoza ludności Polski na lata 2008–2035 (2009); Kryńska (2010), s. 29.

Tabela 3. Zmiany liczby ludności Polski w latach 2009–2035 (od 2010 r. w stosunku do 2009 r.) w tys.

GRUPY WIEKU	2010	2011–2015	2016–2020	2021–2025	2026–2030	2031–2035
Ogółem	–8,7	–75,9	–186,2	–391,8	–642,1	–803,0
0–14 lat	–31,2	49,1	124,3	–293,6	–566,1	–524,5
15–59 lat	–191,3	–1 265,3	–1 293,8	–528,6	–339,0	–789,2
60 i więcej	213,8	1 140,3	983,3	430,4	263,1	510,8
15–64 lata	13,5	–901,0	–1 334,7	–988,7	–427,3	–440,6

Tabela 3. Zmiany liczby ludności Polski w latach 2009–2035 (od 2010 r. w stosunku do 2009 r.) w tys. (dok.)

GRUPY WIEKU	2010	2011–2015	2016–2020	2021–2025	2026–2030	2031–2035
65 lat i więcej	9,1	776,0	1 024,1	890,5	351,3	162,2
75 lat i więcej	48,6	147,7	–35,8	580,0	766,0	586,8
85 lat i więcej	38,1	148,8	83,1	41,9	–10,3	321,4
0–17 lat	–98,1	–189,5	41,5	–143,0	–563,9	–620,5
18–44 lata	–4,2	–288,7	–933,0	–1 249,5	–1 198,4	–789,9
45–59/64 lata	–25,2	–564,1	–282,1	371,9	827,8	274,9
18–59/64 lata	–29,4	–852,8	–1 215,2	–877,6	–370,6	–515,0

Źródło: RRL (2010), tab. 89, s. 246.

Tabela 4. Obciążenie demograficzne ludności Polski w wieku produkcyjnym ludnością w wieku nieprodukcyjnym w latach 2010–2035

WYSZCZEGÓLNIENIE	2010	2015	2020	2025	2030	2035
Ludność w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym	55	60	68	73	73	73
Ludność w wieku przedprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym	29	29	31	31	29	27
Ludność w wieku poprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym	26	31	37	42	44	46

Źródło: dane faktyczne za rok 2010 według Rocznika Demograficznego 2012 (2012), s. 153, tabl. 22; Kryńska (2010), wykres 2, s. 31.

ZAKRES I CELE POLITYKI LUDNOŚCIOWEJ

DEFINICJA POLITYKI LUDNOŚCIOWEJ

POLITYKA LUDNOŚCIOWA JEST TO CELOWE, DŁUGOFALOWE ODDZIAŁYWANIE PAŃSTWA ORAZ INNYCH PODMIOTÓW PUBLICZNYCH I NIEPUBLICZNYCH NA PRZEBIEG RUCHU NATURALNEGO I WĘDRÓWKOWEGO LUDNOŚCI SŁUŻĄCE UKSZTAŁTOWANIU POŻĄDANEGO STANU I STRUKTURY LUDNOŚCI PRZEZ TWORZENIE WARUNKÓW SPOŁECZNYCH, EKONOMICZNYCH I POLITYCZNYCH KORZYSTNYCH DLA PROCESÓW DEMOGRAFICZNYCH ZAPEWNIAJĄCYCH BIOLOGICZNE PRZETRWANIE NARODU I ZRÓWNOWAŻONY ROZWÓJ SPOŁECZNO-EKONOMICZNY.

Współczesna polityka ludnościowa wpływa na kształtowanie procesów ludnościowych pośrednio, poprzez stosowanie odpowiednich instrumentów polityki społecznej (w tym: polityki rodzinnej, mieszkaniowej, edukacji, ochrony zdrowia, zabezpieczenia społecznego, zatrudnienia) i polityki gospodarczej, odpowiednich dla pożądanego przebiegu tych procesów.

Przyjęcie tej definicji oznacza, że:

- głównym celem polityki ludnościowej jest oddziaływanie na procesy związane z tworzeniem się i funkcjonowaniem rodzin, rozrodzością, 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; rola samorządów terytorialnych jako podmiotów polityki ludnościowej wzrasta z powodu istniejących różnicowań sytuacji demograficznej i społeczno-ekonomicznej w wymiarze regionalnym i lokalnym; zaangażowanie się tych podmiotów pozwoli zarówno na bardziej wnikliwe diagnozowanie sytuacji, jak i prowadzenie działań adekwatnych do sytuacji i potrzeb środowiska lokalnego;
- podmiotami realizującymi cele polityki ludnościowej powinny być również: organizacje pozarządowe, kościoły różnych wyznań, związki zawodowe, organizacje pracodawców, a w określonym zakresie również podmioty gospodarcze (pracodawcy); włączenie wielu podmiotów w realizację celów polityki ludnościowej umożliwia większą elastyczność działania i dostosowania środków do osiągnięcia zamierzonego celu.

Osiągnięciu **celów ogólnych**, wynikających z zaproponowanej definicji, sprzyjać powinna realizacja **celów szczegółowych**, takich jak:

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

Do realizacji założonych celów powinny być określone kierunki działań obejmujące, w ramach polityk szczegółowych (w zakresie polityki społecznej i gospodarczej) i stosowanych przez nie instrumentów, następujące **obszary**:

- praca (działania na rzecz uzyskania pracy i dochodów z tego tytułu, ograniczania bezrobocia, rozwoju przedsiębiorczości i samozatrudnienia),
- zabezpieczenie społeczne (świadczenia rodzinne, ubezpieczenia społeczne, pomoc społeczna),
- mieszkalnictwo,
- ochrona zdrowia (usługi medyczne, środowisko naturalne, środowisko pracy, odżywianie i żywność, edukacja zdrowotna),
- edukacja (system edukacji, w tym edukacja ustawiczna i edukacja prorodzinna).

Realizacja celów polityki ludnościowej będzie się opierać na następujących **zasadach** prowadzenia polityki aktywnej, rozumianej jako:

- działania polegające na „tworzeniu warunków” sprzyjających lub niezbędnych do osiągnięcia danego celu;
- wykorzystanie aktywizujących form i metod działania, pozwalających na bezpośredni udział różnych grup ludności w projektowanych przedsięwzięciach;
- wielość podmiotów, pozwalająca na lepsze rozpoznanie potrzeb, większą elastyczność działania, umożliwiającą lepsze dostosowanie środków do osiągnięcia zamierzonych celów;
- wielość i różnorodność stosowanych instrumentów i metod działania, powiązanych z obszarami szczegółowych polityk o charakterze bezpośrednim (nastawionych na realizację określonego celu zmian w procesach demograficznych) i pośrednim (mających inne cele, ale przynoszące skutki dla przebiegu tych procesów).

Za główne **CELE POLITYKI LUDNOŚCIOWEJ** w Polsce uznaje się:

Cel I.	TWORZENIE WARUNKÓW SPRZYJAJĄCYCH POWSTAWANIU RODZIN, PRZEDÉ WSZYSTKIM POPRZÉZ ZAWIERANIE MAŁŻEŃSTW I REALIZACJÉ PLANÓW PROKREACYJNYCH
Cel II.	TWORZENIE WARUNKÓW SPRZYJAJĄCYCH INTEGRACJI W STARZEJĄCYM SIÉ SPOŁECZEŃSTWIE – ZMNIEJSZENIE SKALI ZAGROŻENIA WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM LUDZI STARSZYCH, NIESAMODZIELNYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH
Cel III.	POPRAWA STANU ZDROWIA LUDNOŚCI I OGRANICZANIE UMIERALNOŚCI
Cel IV.	OKREŚLENIE ZASAD I KIERUNKÓW POLITYKI MIGRACYJNEJ POLSKI W DOBIE INTEGRACJI EUROPEJSKIEJ

CEL I. TWORZENIE WARUNKÓW SPRZYJAJĄCYCH POWSTAWANIU RODZIN⁵, PRZEDE WSZYSTKIM POPRAZ ZAWIERANIE MAŁŻEŃSTW I REALIZACJĘ PLANÓW PROKREACYJNYCH – Prof. dr hab. Bożenna Balcerzak-Paradowska, prof. dr hab. Bożena Kołaczek, dr Dorota Głogosz

DIAGNOZA⁶

1. Ogólna charakterystyka procesów demograficznych

Małżeństwa i rozwody

Zmiany wzorca zawierania małżeństw mają bezpośredni wpływ na przemiany wskaźników płodności i liczbę rodzących się dzieci. Dlatego niepokojącym zjawiskiem jest, obserwowany prawie we wszystkich krajach UE27, spadek liczby zawieranych małżeństw⁷. Należy jednak zaznaczyć, że jest to skutek działania wielu różnych czynników, w tym – spadku liczebności roczników, z których pochodzą kandydaci do małżeństwa. W kontekście dążenia do odnowy demograficznej jest to fakt niepokojący z uwagi na to, że większość dzieci w naszym kraju rodzi się w małżeństwach⁸.

W Polsce spadek liczby zawieranych małżeństw rozpoczął się od początku lat 90. W 2004 r. trend ten został na krótko zahamowany i od tego też roku do 2008 r. następował corocznie stopniowy wzrost liczby nowo zawartych związków małżeńskich. W 2004 r. zawarto 191,8 tys. związków małżeńskich, natomiast w 2005 r. było to już 206,9 tys., a w 2008 r. – 257,7 tys. W roku 2009 – w porównaniu z 2008 r. – ponownie jednak nastąpił spadek liczby zawieranych małżeństw do 250,8 tys. i tendencja ta utrzymuje się: w 2010 r. liczba zawartych związków wyniosła 228,4 tys., czyli o 20 tys. mniej niż rok wcześniej, a w 2011 r. – 206,5 tys., czyli nastąpił spadek o kolejne 20 tys. Trend ten jest rezultatem faz wyżu i niżu demograficznego. Dlatego pełniejszy obraz zjawiska uzyskamy, analizując wskaźniki określające dynamikę zawierania małżeństw; od 2008 r. jest więcej małżeństw zawieranych niż ulegających rozwiązaniu. W roku 2010 nadwyżka ta wyniosła ponad 6,3 tys.

O ile w latach 2004–2008 można było obserwować stopniowy wzrost skłonności do zawierania małżeństw, to w roku 2009 współczynnik zawierania małżeństw uległ obniżeniu (w przeliczeniu na 1000 mieszkańców). W 2004 r. wynosił on 5,0; tym samym okazał się nieznacznie wyższy niż wskaźnik dla 27 krajów UE, wynoszący wówczas 4,85⁹. Do roku

⁵ Mając świadomość istnienia różnych alternatywnych form życia małżeńskiego i rodzinnego, w dokumencie przyjęto, że za rodzinę uznawać się będzie następujące typy rodzin: małżeństwa z dziećmi, matki z dziećmi, ojcowie z dziećmi, małżeństwa bezdzietne (zgodnie z klasyfikacją przyjmowaną w badaniach i statystyce GUS).

⁶ Dane liczbowe – jeśli nie zaznaczono inaczej – pochodzą z *Rocznika Demograficznego* GUS (wydania odpowiednio dla omawianych lat).

⁷ Dane dotyczące innych krajów UE pochodzą z interaktywnej bazy danych Eurostat Data Explorer, www.eurostat.europa.eu/nui – dostęp w dniu 16 grudnia 2011 r.

⁸ RRL (2011), s. 46–47.

⁹ Niższe współczynniki zawierania małżeństw są notowane w tzw. starych krajach UE – z wyjątkiem Danii i Wielkiej Brytanii – natomiast najwyższe w krajach Europy Południowej i Wschodniej.

2008 współczynnik zawierania małżeństw w naszym kraju wzrastał (do 6,8), a w 2009 r. spadł do wartości 6,6 (wyższy w 2009 r. wskaźnik w UE27 był tylko na Cyprze – 7,91, a przeciętny dla UE27 wynosił w tymże roku 4,51). W 2010 r. wartość tego wskaźnika w Polsce, chociaż nadal wyższa niż w 2004 r. i jedna z najwyższych w Europie, zmniejszyła się jednak do poziomu 6,0, aby w roku 2011 ponownie wzrosnąć do 6,4. Powyższy trend widoczny jest zarówno w miastach, jak i na wsi. Generalnie zacierają się bowiem różnice między miastem i wsią widoczne dotychczas w liczbie i dynamice zawieranych małżeństw. Na kształtowanie się postaw wobec małżeństwa wskazują m.in. dane informujące o liczbie małżeństw zawieranych po raz pierwszy. O ile w 2004 r. małżeństwa pierwsze dla obojga małżonków stanowiły 87,1%, to w 2010 r. (przy łagodnej tendencji spadkowej rysującej się od roku 2006) – 84,7%, a w 2011 r. – 83,9%. Nieznacznie przy tym wzrasta udział związków powtórnych. Można zakładać, że zastępują je związki nieformalne¹⁰. Podobnie jak w krajach Europy Zachodniej, w polskim społeczeństwie utrwała się skłonność do przesuwania w czasie, na coraz późniejsze lata życia, decyzji o zawarciu związku małżeńskiego. Zmiany te wskazują na kontynuację trendu przemian wzorca zawierania małżeństw i utrwalanie się przemian określanych jako druga transformacja demograficzna (drugie przejście demograficzne). Tak zwany wiek środkowy nowożeńców przesuwa się ku coraz starszym grupom. Na początku lat 90. ponad połowa mężczyzn zawierających małżeństwo nie osiągała wieku 25 lat, natomiast w 2000 r. stanowili oni 42% nowożeńców, a w 2011 r. było ich niespełna 20% (18,9%). Wśród kobiet udział ten zmniejszył się z 73% w 1990 r. do 62% w 2000 r. i niespełna 37% w 2011 roku. W 2011 r. w Polsce wiek środkowy nowożeńców-mężczyzn wynosił 28 lat (w 2004 r. – 26,7), a kobiet 26 lat (w 2004 r. – 24,7). Pierwsze związki małżeńskie zawierane są przez osoby coraz starsze, a tym samym rodziny zakładane są przez osoby bardziej dojrzałe społecznie, o większej samodzielności finansowej. O ile w 2004 r. związki, w których oboje małżonkowie pracowali zarobkowo, stanowiły prawie połowę wszystkich zawieranych małżeństw, to w końcu tej dekady (2010 r.) stanowiły one ponad 2/3. Analogicznie, związki, w których jedno z małżonków (lub oboje) pozostawało na utrzymaniu, stanowiły w 2004 r. 12% wszystkich zawieranych małżeństw, a w roku 2010 – 4%. Posiadanie dochodów z pracy wydaje się być coraz silniej znaczącym czynnikiem warunkującym decyzje matrymonialne. Coraz wyższy wiek nowożeńców ma negatywny wpływ na procesy prokreacyjne, gdyż późniejsze zawieranie małżeństw oznacza najczęściej niższą dzietność rodzin. W ciągu ostatniej dekady zmniejszyła się liczba i odsetek małżeństw zawieranych przez osoby w młodym wieku (mężczyźni 18–20 lat, kobiety 16–17 lat) zarówno kobiet, jak i mężczyzn. W 2004 r. związki te stanowiły 3,6% w przypadku mężczyzn i 0,5%, w przypadku kobiet. W roku 2011 wskaźniki wyniosły odpowiednio: 1,5% i 0,2%. Z jednej strony oznacza to coraz mniejszą liczbę małżeństw zawieranych przez bardzo młode, często niedojrzałe emocjonalnie i społecznie osoby, z drugiej jednak, w sytuacji rosnącej liczby urodzeń pozamałżeńskich w tej grupie wieku, tendencja powyższa może świadczyć o braku sformalizowania związków tych osób w sytuacji ciąży. Ogólnie mamy więc do czynienia z coraz mniej licznymi rocznikami kandydatów do małżeństwa oraz z malejącą skłonnością do zawierania małżeństw w grupach wieku najbardziej skłonnych do decydowania się na małżeństwo (20–29 lat). Sytuacja taka nie daje więc podstaw do optymistycznej prognozy demograficznej. Obawy nasila też fakt, że podczas gdy w większości krajów Unii Europejskiej od 2004 r. notuje się spadek wskaźnika rozwodów lub jego stagnację, to w Polsce – chociaż wciąż przy niższych niż w Europie Zachodniej wskaźnikach rozpadu małżeństw – słabnie nadal trwałość takich związków. W roku 2004 na 1000 nowo zawartych małżeństw wskaźnik rozwodów wyniósł 293,2, natomiast w 2010 r. – 268,5, a w 2011 r. – 312,8. Po spadku liczby rozwodów w latach 2007 i 2008 od 2009 r. ponownie obserwuje się tendencję wzrostową. W roku 2011

¹⁰ RRL (2011), s. 47.

zanotowano 64,6 tys. rozwodów, podczas gdy w roku 2004 r. – przy niższej liczbie zawieranych małżeństw – rozwodów było 56,3 tys. Wskaźniki rozwodów stają się coraz bardziej znaczące na wsi i wykazują dynamikę wyższą niż w miastach. O ile w roku 2004 rozwody na wsi stanowiły 18,2% wszystkich takich zdarzeń, to w 2010 r. wskaźnik ten wzrósł do 21,2%, a w 2011 r. do 23,9%. Najczęściej rozwody dotyczą osób, które zawarły małżeństwa w wieku 20–24 lata.

Na ryzyko rozwodu silnie wpływa młody wiek małżonków. Zjawisku sprzyja również proces emigracji. Niepokoi ponadto wzrost natężenia rozwodów wśród małżeństw o dłuższym stażu, w których wychowują się małoletnie dzieci. Obserwuje się także silny wpływ czynników ekonomicznych jako stymulatorów rozpadu rodziny (wzrost poziomu wykształcenia jest tu czynnikiem dającym większą autonomię decydowania o rozpadzie związku – zwłaszcza w przypadku kobiet – ale też jest czynnikiem powodującym przeniesienie ambicji kobiet z życia rodzinnego na sferę zawodową i wzrost znaczenia wartości indywidualnych¹¹). Jako czynniki sprzyjające rozwodom tracą natomiast na znaczeniu uwarunkowania prawne związane z dostępem do świadczeń rodzinnych i alimentacyjnych.

Urodzenia, płodność kobiet, dzietność rodzin

W procesach związanych z liczbą rodzących się dzieci rokiem przełomowym, kiedy uległy wyhamowaniu rysujące się od lat 80. XX wieku tendencje spadkowe, był 2004 rok. Od tego czasu stopniowo wzrasta liczba rodzących się dzieci i natężenie urodzeń w przeliczeniu na 1000 mieszkańców, a trend ten wynika z dojścia do okresu prokreacyjnego pokolenia wyżu demograficznego z początku lat 80. Demografowie podkreślają, że zanotowany w Polsce po raz pierwszy od lat 90. wzrost liczby urodzeń (od 2004 r.) to efekt przede wszystkim większej liczby osób decydujących się na pierwsze dziecko¹².

Zarówno w Polsce, jak i przeciętnie w krajach UE27 wzrosły – w porównaniu z rokiem 2004 – wskaźniki płodności kobiet (w UE27 z 1,5 w 2004 r. do 1,59 w 2009 r., natomiast w Polsce z 1,23 do 1,4), wyraźniej jednak w grupach powyżej 25. roku życia, co wskazuje na realizowanie głównie odroczonej planów prokreacyjnych. W roku 2004 w Polsce liczba urodzeń żywych w przeliczeniu na 1000 kobiet w grupie 20–24 lata wynosiła 61 (UE27 – 54), a w grupie 25–29 lat – 89 (UE27 – 92). W roku 2010 analogiczne wskaźniki wyniosły 56 (spadek o 5 pkt.) i 94 (wzrost o 5 pkt.). W roku 2011 wskaźnik powyższy w grupie 20–24 lata wyniósł 51 (spadek o kolejne 5 pkt.), ale w grupie wieku 25–29 lat także nastąpił spadek do wartości 89 (o 5 pkt.) (Brak porównywalnych danych dla UE27).

Zmienne trendy można zauważyć w wartości współczynników dzietności ogólnej, które wynosiły: 1,227 w 2004 r. (1,498 w UE27), 1,376 w 2010 r. (UE27 w 2009 r. – 1,593) oraz 1,297 w 2011 r. (brak danych dla UE27 w latach 2010 i 2011). Współczynniki te wciąż są wyższe na wsi niż w miastach (odpowiednio w 2011 r.: 1,211 w miastach i 1,427 na wsi). O ile w 2004 r. w Polsce współczynnik dzietności ogólnej wynosił na wsi 1,400, a w miastach 1,124, to w 2010 r. na wsi osiągnął wartość 1,505, a w miastach 1,292, natomiast w 2011 r. odnotowano spadek do poziomu odpowiednio: 1,427 i 1,211. Obniża się głównie dzietność w przypadku kolejnych, trzecich i dalszych urodzeń. Nie bez związku z tym trendem jest coraz wyższy wiek małżonków, wpływający ograniczająco na realizację planów posiadania kolejnych dzieci. W roku 2004 średni wiek kobiet rodzących dzieci wynosił 28,05 (w UE27 – 29,35), natomiast w roku 2010 – 28,78 (w UE27 w 2009 r. – 29,83), a w roku 2011 – 28,6 (brak danych dla UE27 w latach 2010 i 2011).

¹¹ RRL (2011), s. 68–69.

¹² RRL (2009), rozdz. III, pkt. 2, s. 71.

Uwarunkowania zmian

Procesy demograficzne dotyczące zawierania/rozpadu małżeństw, płodności kobiet i dzietności rodzin zmieniły kierunek w roku 2004 – w dużym stopniu z powodu wejścia w okres aktywności prokreacyjnej roczników wyżu demograficznego z początku lat 80. XX wieku. Jednakże obok tego czynnika zmiany demograficzne kształtowały się również pod wpływem wielu różnokierunkowych procesów, wśród których – jak się wydaje – najsilniej rysuje się oddziaływanie czynników:

- kulturowych (w tym uwarunkowania dotyczące podziału ról kobiet i mężczyzn oraz równego traktowania),
- strukturalnych (sytuacja na rynku pracy),
- ekonomicznych (poziom i warunki życia),
- instytucjonalnych (rozwiązania w zakresie polityki rodzinnej)¹³.

Rodzina, małżeństwo i dzieci to wartości utrzymujące się na czele hierarchii tych deklarowanych przez większość Polaków i Polek, także w przypadku młodego pokolenia. Znaczenie przypisywane szczęściu rodzinnemu wynika z doświadczeń wyniesionych z własnego rodzinnego domu i oceny, jaką wartość stanowiła rodzina dla rodziców¹⁴.

Najpopularniejszy model życia rodzinnego w Polsce to mała rodzina (nuklearna), złożona z rodziców i dzieci. Znacznie rzadziej jest to szerszy krąg rodzinny, w skład którego wchodzi dziadkowie, rodzice i dzieci. Blisko co dziesiąty Polak i Polka reprezentuje jednoosobowe gospodarstwo domowe i tyle samo jest gospodarstw złożonych z dwojga małżonków nieposiadających dzieci¹⁵.

Z badań opinii społecznej wynika, że w większości przypadków realizowany model rodziny jest zgodny z preferowanym. Dotyczy to jednak głównie rodzin składających się z małżonków z dzieckiem lub dziećmi. Natomiast wśród małżeństw nieposiadających dzieci obecna forma życia satysfakcjonuje jedynie niespełna co czwarte z nich, ponad połowa chciałaby powiększyć swoją rodzinę o potomstwo, a co piąta pragnęłaby stworzenia rodziny wielopokoleniowej, z dziadkami i dziećmi¹⁶.

Wśród młodego pokolenia i generacji w wieku średnim utrzymuje się wysoki poziom aspiracji edukacyjnych: wydłużył się okres nauki szkolnej, stanowiący wyraz dążenia do jak najlepszego przygotowania się młodych ludzi do wejścia na silnie konkurencyjny rynek pracy. Wzrastają – chociaż od połowy pierwszej dekady obecnego wieku w coraz wolniejszym tempie – wskaźniki skolaryzacji na poziomie ponadmaturalnym. Rośnie liczba słuchaczy studiów podyplomowych i doktoranckich¹⁷. Wzrost aspiracji edukacyjnych i zawodowych wzmacniany jest ułatwionym – na skutek procesów integracji europejskiej – podejmowaniem pracy w innych krajach i napływem do Polski pracowników z innych krajów unijnych. Są to zmiany o charakterze cywilizacyjnym (szczególnie: możliwość wykorzystania szansy wyrównania różnic edukacyjnych w odniesieniu do rówieśników z innych krajów UE), ale też dążenie do zajęcia na rynku pracy – charakteryzującego się wciąż wy-

¹³ Kotowska., Matysiak, Styrc i in. (2010), s. 9.

¹⁴ Dyczewski (2007), s. 11-34; *Nie ma jak rodzina* (2008).

¹⁵ Według badań CBOS, opartych na deklaracjach badanych, małżeństwo z dzieckiem/dziećmi to 50% rodzin, szersza rodzina wielopokoleniowa to ok. 21%. Taki też udział mają małżeństwa bez dzieci. Natomiast heterogeniczne związki partnerskie stanowią 6%, samotni rodzice – 2% i pozostałe formy związków – 3%. Por.: *Nie ma jak rodzina* (2008).

¹⁶ *Potrzeby prokreacyjne oraz preferowany i realizowany model rodziny* – Komunikat z badań CBOS, BS/52/2006.

¹⁷ *Szkoły wyższe i ich finanse w 2010 r.* (2011), s. 32, 34.

sokimi wskaźnikami bezrobocia młodych ludzi – jak najkorzystniejszej pozycji nie tylko pod względem dochodów z pracy, ale i szans rozwoju zawodowego i osiągnięcia wysokiej pozycji zawodowej. Wydłużenie okresu edukacji oznacza najczęściej odłożenie decyzji o założeniu rodziny.

Młodzi Polacy urodzeni w okresie 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 się m.in. niezależnością i indywidualizmem w dążeniu do celów, nastawieniem na samorealizację, dużą mobilnością przestrzenną czy zaangażowaniem w działania przynoszące szybkie korzyści własne)¹⁸. Wielu z nich odracza decyzje o usamodzielnieniu się do czasu zrealizowania indywidualnych planów życiowych. Takie postawy przyczyniają się do odkładania w czasie także decyzji matrymonialnych i prokreacyjnych. O ile dla obecnych 35–40-latków priorytetem był awans zawodowy i materialny, wyznaczany możliwością nadrobienia luki edukacyjnej i dążeniem do dogonienia rówieśników w Europie Zachodniej, o tyle dla obecnej generacji Y, czyli 20–30-latków, wyznacznikiem celów życiowych jest realizacja celów indywidualnych, gdzie małżeństwo i rodzina zajmują drugą pozycję¹⁹. Dla tej generacji istotne stają się nie tylko rozwiązania wspierające łączenie pracy zawodowej z obowiązkami rodzinnymi, ale też łączenie tych dwóch obszarów z możliwościami realizowania jednostkowych, indywidualnych zainteresowań i ambicji.

Postawom takim towarzyszy duże przyzwolenie społeczne na odkładanie przez młodych ludzi decyzji o zawarciu małżeństwa lub niezdecydowanie się przez nich na założenie rodziny. Znacznie mniejsze jest przyzwolenie na styl „singli”, czyli osób, które świadomie decydują się na życie bez stałego partnera lub partnerki²⁰. Badania CBOS wskazują, że w Polsce samotne życie (bez partnera) osób w wieku powyżej 25 lat²¹ to „etap przejściowy”, często narzucony okolicznościami życiowymi, a nie wybór. Badania tej zbiorowości wskazują bowiem, że są to osoby, które chciałyby jednak ustabilizować swoje życie i założyć własną rodzinę.

Spółeczeństwo polskie jest natomiast wyraźnie podzielone na pół, jeśli chodzi o opinie nt. konkubinatów. Najwięcej zwolenników związków niesformalizowanych jest – z przyczyn wydających się oczywistymi – wśród osób rozwiedzionych, które same najrzadziej decydują się na ponowne małżeństwo²².

Na postawy wobec małżeństwa, traktowanego jako podstawa założenia rodziny, mają wpływ warunki bytu dużej części społeczeństwa i młodej generacji. Młodzi ludzie są ciągle grupą w najwyższym stopniu zagrożoną bezrobociem. Według BAEL w 2004 r. (II kw.) stopa bezrobocia osób w wieku 20–24 lata wynosiła 43,3% przy ogólnej wartości tego wskaźnika wynoszącej 19,1%. W I kwartale 2012 r. stopa bezrobocia dla grupy do 24 lat nadal była najwyższa i wyniosła 30,5% (stopa bezrobocia ogółem – 10,5%). Tak duże bezrobocie uniemożliwia stabilizację materialną młodych ludzi i w wielu przypadkach oddala realizację planów matrymonialnych i prokreacyjnych.

¹⁸ *Edukacja dla modernizacji i rozwoju* (2008), s. 7–11; Szafraniec (2009).

¹⁹ W cyklicznie realizowanych przez CBOS badaniach opinii nt. hierarchii wartości szczęście rodzinne zajmuje wciąż czołową pozycję. Natomiast badania prowadzone w ramach *Diagnozy Społecznej* wskazują na spadek znaczenia takich wartości jak udane małżeństwo czy dzieci oraz praca, a jednocześnie na wzrost wartości nazywanych: przyjaciele, wolność i swoboda oraz wykształcenie. Por. Czapiński, Sulek, Szumlicz (2011), s. 160–270.

²⁰ *Kontrowersje wokół różnych zjawisk dotyczących życia małżeńskiego i rodzinnego* (2008) oraz *Potrzeby prokreacyjne oraz preferowany i realizowany model rodziny* – komunikat z badań, CBOS, BS/61/2012.

²¹ Według statystyk GUS jest to zbiorowość licząca ok. 5 mln osób i z roku na rok coraz liczniejsza.

²² *Kontrowersje wokół różnych zjawisk...* (2008).

Posiadanie dzieci jest niemal powszechnie deklarowaną potrzebą młodych i dorosłych generacji. Ponad 80% spośród tych osób, które nie mają jeszcze dzieci, chciałoby je mieć²³. **Najczęściej jest deklarowana chęć posiadania dwójki dzieci.** Preferowana liczba potomstwa w znacznym stopniu odbiega jednak od faktycznie posiadanej. Co czwarta osoba deklarująca chęć posiadania dzieci pozostaje bezdzietna, a w pozostałych przypadkach realizacja planów prokreacyjnych zatrzymuje się po urodzeniu jednego dziecka. W ostatnich pięciu latach tendencja do ograniczania liczby dzieci staje się jednak słabsza. Od 1998 r. udział osób deklarujących brak chęci posiadania potomstwa w ogóle zmniejszył się z 4% do 1% w 2012 roku. Wzrasta powoli liczba deklarujących chęć posiadania co najmniej trojga dzieci (z 19% w 2000 r. do 23% w 2012 r.)²⁴.

Fakt posiadania dzieci, płeć, wiek, wykształcenie oraz stosunek do religii i Kościoła ma wpływ na około połowę zamierzeń prokreacyjnych dorosłych Polaków poniżej 40. roku życia. Czynnikiem, który najsilniej wpływa na postawy prokreacyjne, to posiadanie lub nieposiadanie (jeszcze) dzieci. Osoby, które nie mają dzieci, planują potomstwo w przyszłości z ośmiokrotnie większym prawdopodobieństwem niż te, które je już mają. Znacząca jest również rola płci. Prawdopodobieństwo, z jakim mężczyźni zakładają, że będą mieć dzieci, jest ponad dwukrotnie większe niż w przypadku kobiet. Wiek także wpływa na planowanie potomstwa. Im starsi są respondenci, tym rzadziej planują dziecko. Na postawy prokreacyjne oddziałuje również wykształcenie. W różnych grupach wieku plany dotyczące posiadania potomstwa najczęściej mają osoby z wyższym wykształceniem. Istotnym czynnikiem różnicującym stosunek do posiadania dziecka w przyszłości jest także religijność.

W przypadku osób silnie utożsamiających się z wartościami chrześcijańskimi prawdopodobieństwo planowania potomstwa jest ponad dwukrotnie większe niż w przypadku tych osób, które odcinają się od jakichkolwiek związków z religią i Kościołem²⁵.

Od dawna toczą się dyskusje na temat wpływu sytuacji materialnej na postawy prokreacyjne²⁶. Sondaże opinii publicznej z końca pierwszej dekady obecnego stulecia wskazują, że czynniki materialne – choć ważne – nie są już główną przyczyną odkładania czy rezygnacji z założenia własnej rodziny i posiadania dzieci²⁷. Wśród kobiet istotne znaczenie mają – wg częstości wskazań – obawy przed nieudanym związkiem (wynikające często z braku pozytywnych doświadczeń relacji małżeńskich wyniesionych z własnej rodziny²⁸), przed trudnościami w realizacji kariery zawodowej i brak odpowiednich warunków mieszkaniowych. W dalszej kolejności jako przyczyna pojawia się tu m.in. dążenie do życia bez zobowiązań i obawy przed pogorszeniem materialnego poziomu życia. Natomiast rzadko powodem odkładania lub rezygnacji z założenia rodziny w przypadku kobiet bywa obawa przed obowiązkami rodzicielskimi i brak chęci posiadania dzieci. W przypadku mężczyzn decydujące znaczenie ma wybór życia bez zobowiązań, obawy przed trudnościami materialnymi, mieszkaniowymi, a także brak gotowości do podjęcia obowiązków rodzicielskich.

Na plany dotyczące posiadania potomstwa w przyszłości wpływają dochody na osobę w rodzinie (które zależą też od wielkości rodziny), jednak zależność ta dotyczy tylko respondentów, którzy już mają dzieci. Sytuacja materialna nie ma, jak wskazują wyniki badań, zna-

²³ Dyczewski (2007); *Nie ma jak rodzina* (2008) oraz *Potrzeby prokreacyjne oraz preferowany i realizowany model rodziny* (2012).

²⁴ *Potrzeby prokreacyjne oraz ...* (2012), s. 2, rys. 1.

²⁵ Tamże.

²⁶ W Rezolucji Parlamentu Europejskiego z dnia 21 lutego 2008 r. w sprawie demograficznej przyszłości Europy za warunek poprawy liczby urodzeń uznaje się społeczeństwo, które czyni z dzieci priorytet swej polityki i w którym stwarza się prorodzinne otoczenie oraz poprawia się warunki życia rodzin i dzieci. Źródło: <http://eur-law.eu/PL/Demograficzna-przyszlosc-Europy-Rezolucja-Parlamentu-Europejskiego-dnia-21,495726,d>.

²⁷ *Kontrowersje wokół różnych zjawisk...* (2008).

²⁸ Czarnecka (2008).

czącego wpływu na młodych ludzi jeszcze niemających dzieci²⁹. Przy podejmowaniu decyzji o założeniu rodziny, w której będzie dziecko (dzieci), czy też o związku bez dzieci lub pozostaniu w stanie wolnym (singlem), sytuacja materialna nie ma zasadniczego znaczenia. Zależność między sytuacją materialną a postawami prokreacyjnymi jest więc złożona. Wysokość dochodów oddziałuje na skłonność do posiadania większej liczby dzieci, ale nie wpływa na postawy osób, które podjęły decyzję o pozostaniu bezdzietnymi. Dlatego też same narzędzia finansowe mogą być tylko częściowo skuteczne w promowaniu większej dzietności.

Większość rodzin z jednym dzieckiem planuje jeszcze potomstwo. Duża grupa jest w tej kwestii jednak niezdecydowana. Najczęstszym powodem sprawiającym, że niektórzy respondenci nie planują potomstwa jest fakt posiadania dzieci, czyli zrealizowanie swoich planów rodzinnych. Deklaracje takie składa ponad połowa badanych (54%). Niemal jedna piąta zaś (19%) rezygnuje z potomstwa z powodu sytuacji materialnej (uważa, że nie stać jej na dziecko, ma nieodpowiednie warunki mieszkaniowe lub obawia się obniżenia poziomu życia). Co jedenasty respondent (9%) podkreśla, że to kwestia wyboru – decyzji, że nie chce (więcej) dzieci. Tyle samo osób (8%) mówi natomiast o konflikcie między rolami zawodowymi i rodzinnymi (trudności w pogodzeniu obowiązków zawodowych z opieką nad dzieckiem, obawy przed utratą pracy swojej lub partnera/partnerki oraz przypisywanie karierze zawodowej większego znaczenia). Mimo iż przyjmuje się, że spadek dzietności jest efektem nasilającej się konkurencyjności między zaangażowaniem na rynku pracy i obowiązkami rodzinnymi, stosunkowo rzadko jest on podkreślany przez badanych jako znaczący. Tylko jedna osoba na sto rezygnuje z posiadania dzieci, ponieważ obawia się, że nie sprostałaby obowiązkom rodzicielskim. Równie rzadko deklarowana jest bezpłodność.

Zamierzenia prokreacyjne są niezależne od stopnia urbanizacji miejsca zamieszkania. Wpływ na postawy prokreacyjne ma natomiast wykształcenie. Osoby z dyplomem wyższej uczelni dużo częściej niż pozostałe planują mieć dziecko w przyszłości³⁰.

Najczęściej wskazywany powód zmniejszenia liczby urodzeń to w opinii Polaków i Polek³¹ obawa kobiet przed utratą pracy (62%). Dodatkowo 22% badanych zwraca uwagę na trudności z pogodzeniem pracy zawodowej i obowiązków domowych. Prawie trzy piąte respondentów (58%) mówi o złych warunkach mieszkaniowych młodych ludzi, a 42% o braku wsparcia ze strony państwa. Przyczyn spadku urodzeń upatruje się także w obawach przed obniżeniem materialnego poziomu życia (36%) oraz w aktywności zawodowej kobiet (29%).

Stosunkowo niewiele osób (16%) sądzi, że ludzie obawiają się, czy sprostać obowiązkom rodzinnym. W ciągu ostatnich sześciu lat wzrosło znaczenie obaw przed utratą pracy³².

Dwa najczęściej wskazywane sposoby zwiększenia liczby urodzeń to pomoc dla młodych małżeństw w uzyskaniu mieszkania (54%) i pomoc w powrocie do pracy lub w znalezieniu zatrudnienia dla matek małych dzieci (46%). Średnio co trzeci badany sądzi, że zachętą będą długie płatne urlopy macierzyńskie (36%), ulgi podatkowe dla osób wychowujących dzieci (34%) i przyznawanie wysokich zasiłków dla rodzin w trudnej sytuacji materialnej (32%). Wypłacanie przez państwo pensji niepracującym zawodowo kobietom wychowującym dzieci popiera 28% respondentów. Lepszy dostęp do placówek zapewniających opiekę nad małymi dziećmi byłby dobrą zachętą zdaniem 23% badanych. Niewiele osób (9% wskazań) sądzi, że do rodzenia dzieci mogą zachęcić jednorazowe zasiłki, czyli tzw. becikowe. Korzystanie przez ojców z części urlopu macierzyńskiego uznano za dobrą zachętę 7% respondentów³³.

²⁹ Dyczewski (2007); *Nie ma jak rodzina* (2008).

³⁰ *Postawy prokreacyjne Polaków* (2010). Zob. także Czapiński, Sułek, Szumlicz (2011), s. 220 i nast.

³¹ Odpowiadali ogółem dorośli mieszkańcy Polski – bez kryterium wieku.

³² *Polityka państwa wobec rodziny oraz dyskryminacja w miejscu pracy kobiet w ciąży i matek małych dzieci* (2006).

³³ Tamże.

Dwie trzecie badanych (67%) uważa, że w Polsce rodziłoby się więcej dzieci, gdyby kobiety mogły w łatwiejszy sposób pogodzić pracę zawodową z wychowaniem dzieci. Znacznie mniej liczna grupa (27%) jest zdania, że zwiększenie przyrostu naturalnego nastąpiłoby przede wszystkim w sytuacji, gdyby kobiety nie musiały pracować zawodowo, aby utrzymać rodzinę³⁴.

Postawy prokreacyjne mogą być również powiązane z percepcją roli kobiety w społeczeństwie. Podział ról między mężem i żoną (partnerem i partnerką) w stosunkowo niewielkim stopniu wpływa jednak na deklaracje co do planów posiadania dzieci³⁵. W związkach, w których kobiety pracują zawodowo, powinny one być rzadziej zainteresowane zwiększeniem obowiązków domowych związanych z posiadaniem i wychowywaniem dziecka (dzieci). Tymczasem odsetek osób planujących (kolejne) dziecko jest w rodzinach o modelu tradycyjnym niemal taki sam jak w modelu odwróconym (36% i 38%). Równie często deklaracje takie składane są w tych rodzinach, w których kobieta pracuje zawodowo i tych, w których zajmuje się domem (36%). Najczęściej natomiast plany dotyczące posiadania w przyszłości potomstwa wyrażają badani deklarujący model partnerski (43%)³⁶.

Działania wskazywane najczęściej jako ułatwiające matkom powrót do pracy to: stworzenie warunków pracy w dogodnych dla nich godzinach lub w niepełnym wymiarze czasu (56% wskazań), rozwój tanich i dostępnych placówek zapewniających opiekę nad małymi dziećmi (41%); 39% uważa, że sytuację poprawią ulgi dla pracodawców zatrudniających matki wracające do pracy po urlopie wychowawczym, a 24% oczekuje zmiany prawa i pracy sądów tak, aby kobietom łatwiej było walczyć z dyskryminacją na rynku pracy, 14% jest zdania, że pomogą bezpłatne szkolenia zawodowe lub kursy doszkalające³⁷.

2. Warunki życia i wychowywania dzieci w rodzinach

Sytuacja dochodowa i zachowania konsumpcyjne rodzin

W latach 2001–2011 poziom życia rodzin mierzony przeciętnymi dochodami i wydatkami wzrastał³⁸. Poprawiły się warunki mieszkaniowe mierzone powierzchnią mieszkania i liczbą osób przypadających na jedną izbę. Istotnym czynnikiem poprawy sytuacji rodzin w Polsce był dostęp do pracy, przede wszystkim spadek skali i natężenia bezrobocia oraz masowe wyjazdy za pracę za granicę, które nasiliły się zwłaszcza po wejściu Polski do Unii Europejskiej.

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

³⁴ Tamże.

³⁵ *Kobiety i mężczyźni o podziale obowiązków domowych* (2006).

³⁶ *Postawy prokreacyjne Polaków* (2010).

³⁷ *Polityka państwa wobec rodziny...* (2006).

³⁸ Według *Diagnozy społecznej 2011* (2012), dochody realne w latach 2009 (marzec) – 2011 wzrosły we wszystkich kategoriach i typach gospodarstw domowych (poza rodzinami niepełnymi – minimalny spadek); *Diagnoza społeczna 2011* (2012), s. 48.

Najistotniejszym czynnikiem statusu ekonomicznego rodziny jest aktywność zawodowa jej członków. Do najważniejszych zjawisk społeczno-ekonomicznych kształtujących warunki życia rodzin w Polsce w pierwszych latach XXI wieku należy zaliczyć wzrost wskaźnika zatrudnienia ludności, zwłaszcza ludności w wieku produkcyjnym oraz jednocześnie spadek stopy bezrobocia. W latach 2003–2011 wskaźnik zatrudnienia dla ludności w wieku produkcyjnym (18–59 lat dla kobiet i 18–64 lata dla mężczyzn) wzrósł z 55,7% w 2003 r. do 65,3% w 2011 r. (średniorocznie). Stopa bezrobocia dla ludności tej samej kategorii wiekowej zmalała natomiast z 20,1% w 2003 r. do 9,8% w 2011 r. W latach 2003–2008 nastąpiła poprawa w sytuacji na rynku pracy i tym samym w zakresie możliwości uzyskania pracy, ale od 2009 r. sytuacja na rynku pracy się pogarsza. Można jednak uznać, że w ostatniej dekadzie następowała poprawa statusu ekonomicznego gospodarstw domowych w Polsce, jeśli jako miernik oceny przyjąć posiadanie statusu pracującego.

W latach 2001–2011 – choć malało bezrobocie i stopa bezrobocia, a rosła liczba i wskaźnik zatrudnienia – zróżnicowania między gospodarstwami w zakresie aktywności zawodowej ich członków, zależnie od ich składu osobowego, pozostały niezmiennie. W III kw. 2001 r. odsetek gospodarstw 2-osobowych przynajmniej z jedną osobą bezrobotną wynosił około 11,3% (w III kwartale 2008 r. – 3,9%, w III kwartale 2010 r. – 6,0%, a w I kwartale 2012 r. – 6,7%), ale 3-osobowych – 24% (w III kw. 2008 r. – 9,5%, III kw. 2010 r. – 12,9%, a w I kwartale 2012 r. – 14,5%), 4-osobowych – 29,7% (w III kw. 2008 r. – 11,8%; III kw. 2010 r. – 14,6%, a w I kwartale 2012 r. – 16%), a 5-osobowych – 32,4% (w III kw. 2008 r. – 14,2%, III kw. 2010 r. – 17,5%, w I kwartale 2012 r. – 18,6%) (jeśli gospodarstwo domowe 4-osobowe przyjąć w uproszczeniu jako gospodarstwo małżeństwa z dwojgiem dzieci, a 5-osobowe jako gospodarstwo małżeństwa z trojgiem dzieci³⁹). Jednocześnie odsetek gospodarstw z osobami pracującymi w gospodarstwach 3-, 4- i 5-osobowych wzrósł w III kw. lat 2001–2008 z ponad 62% do ponad 81%, zaś w III kw. 2010 r. i I kw. 2012 r. wynosił odpowiednio: 3-osobowe – 77,5% i 76,4%, 4-osobowe – 81% i 79,8%, 5-osobowe – 78,7% i 77,8%.

Sytuacja rodziców na rynku pracy kształtuje warunki rozwojowe dzieci. Z dostępnych danych wynika, że w latach 2006–2009 odsetek dzieci w wieku 0–17 lat w gospodarstwach domowych bez osób pracujących zmalał z 11,1% do 8% i nieznacznie wzrósł w roku 2010 i 2011 do 8,7% (wskaźnik liczony jako udział osób w wieku 0–17 lat będących członkami gospodarstw domowych bez osób pracujących w ogólnej liczbie członków gospodarstw domowych w tej samej grupie wieku).

Główne źródła dochodów rodzin z dziećmi pochodzą z pracy (najmniej i z pracy na własny rachunek, z prowadzenia gospodarstwa rolnego), zaś dodatkowym źródłem pozostają świadczenia społeczne. W latach 2001–2009 znaczenie relatywne dochodu z pracy wzrosło we wszystkich typach rodzin biologicznych, poza rodzinami niepełnymi. W latach 2006, 2009 i 2011 wskaźnik udziału dochodu z pracy wynosił: dla małżeństw z jednym dzieckiem 54,6% i 64,7% oraz 67,9% ; dla małżeństw z dwojgiem dzieci – 49,1% i 67% oraz 67,7%; dla małżeństw z trojgiem i więcej dzieci – 39,4% i 59,2% oraz 60,8%; dla samotnych matek/ojców – 21,3% i 45,7% oraz 47,2%⁴⁰.

³⁹ Ostatnie dane GUS odnośnie do liczby pracujących i bezrobotnych w rodzinach według typu biologicznego opublikowano w 1998 roku. Cytowane dane oparto na: *Aktywność ekonomiczna ludności Polski*. III kwartał 2001, GUS, s. 51; *Aktywność ekonomiczna ludności Polski*. III kwartał 2005, s. 135; *Aktywność ekonomiczna ludności Polski*. III kwartał 2008, s. 163; *Aktywność ekonomiczna ludności Polski*. I kwartał 2011, III kwartał 2011, IV kwartał 2011, I kwartał 2012.

⁴⁰ W roku 2011 nastąpił minimalny spadek udziału dochodów z pracy w stosunku do roku poprzedniego. Obliczenia na podstawie: *Budżety gospodarstw domowych* w latach: 2006, 2009, 2010 oraz 2011, GUS.

Znaczenie relatywne zasiłków rodzinnych w dochodach rodzin z dziećmi wzrasta wraz z liczbą dzieci pozostających na utrzymaniu; jest większe w rodzinach osób młodych z dziećmi niż w rodzinach z dziećmi ogółem. Generalnie świadczenia rodzinne na dzieci stanowią niewielki odsetek w dochodach rodzin z dziećmi. W rodzinach z dziećmi ogółem udział dochodu z zasiłków rodzinnych sięgał bowiem w latach 2001 i 2006: 0,4% (0,2%) dla małżeństw z jednym dzieckiem, 1% (0,8%) dla małżeństw z dwojgiem dzieci, 3,2% (3,1%) dla małżeństw z trojgiem i więcej dzieci oraz 1,7% (1,7%) dla samotnych matek/ojców z dziećmi⁴¹. Natomiast w rodzinach młodych z małymi dziećmi odpowiednio: 0,5% (0,3); 1,5% (1,2); 4,2%(4,0); 3% (2,1%).

Ze względu na swoje przeznaczenie alimenty skierowane są do rodzin niepełnych – samotnych matek i samotnych ojców z dziećmi na utrzymaniu. Ich udział w dochodach tego typu rodzin sięgał ponad 9% w 2001 r. i ponad 8% w 2006 roku. Przy tym w rodzinach niepełnych osób młodych z małymi dziećmi relatywna rola alimentów była większa niż przeciętnie dla tego typu rodzin ogółem i sięgała ponad 16% w 2001 r. i ponad 17% w 2006 roku.

Świadczenia z ubezpieczeń społecznych jako źródło dochodu nie stanowią znaczącej pozycji w dochodach rodzin z dziećmi, bowiem w 2009 r. (i 2011 r.) ich udział sięgał odpowiednio: małżeństwo z jednym dzieckiem – 4,2% (4,1%), z dwojgiem dzieci – 1,7% (1,8%), z trojgiem i więcej dzieci – 1,7% (2,3%), samotna matka/ojciec – 4,5% (3,3%)⁴². Inaczej było w przypadku małżeństw bez dzieci, gdzie udział dochodu z ubezpieczeń społecznych sięgał 35,5% (34,07%) dochodu ogółem.

Dary, głównie od rodziny i innych osób prywatnych, odgrywają pewną rolę jedynie w dochodach rodzin samotnych matek/ojców (około 14–15%), w innych typach rodzinach ich znaczenie mierzone odsetkiem w dochodzie ogółem jest minimalne (ponad 2%).

W strukturze dochodów rodzin coraz większą pozycję stanowią przychody finansowe w formie lokat i zaciągniętych kredytów oraz pobranych pożyczek. W szczególności dotyczy to rodzin niepełnych, zwłaszcza młodych.

W latach 2001–2010 we wszystkich typach biologicznych rodzin z dziećmi malał udział wydatków na towary i usługi konsumpcyjne⁴³, w tym na żywność i napoje. W roku 2011 obserwuje się wzrost obu wskaźników, z wyjątkiem małżeństw z dwojgiem dzieci. Najbardziej wzrosły wydatki na towary i usługi konsumpcyjne w rodzinach wielodzietnych (z 62,3% do 64,5% w latach 2010–2011). Natomiast o ile w latach 2001–2006 malały relatywnie nadpłaty za użytkowanie mieszkania i nośniki energii, to w latach 2009–2011 następował ich systematyczny powolny wzrost⁴⁴. W dłuższej perspektywie czasu wzrasta, choć minimalnie, udział wydatków na odzież i obuwie. Wydatki na wyposażenie mieszkania i prowadzenie gospodarstwa domowego maleją we wszystkich typach rodzin i sięgają

⁴¹ Dostępne najnowsze dane o dochodach z zasiłków rodzinnych oraz z alimentów jako odrębnych pozycji w dochodach pochodzą z niepublikowanych budżetów gospodarstw domowych w 2006 roku.

⁴² W roku 2011 nastąpił nieznaczny wzrost udziału dochodu ze świadczeń z stosunku do 2010 r., najbardziej w rodzinach wielodzietnych.

⁴³ W latach 2009–2010 spadek z 60,1% do 58,1% w rodzinach małżeństw z jednym dzieckiem; z 60,7% do 60,5% w małżeństwach z dwojgiem dzieci; z 63% do 62,3% w rodzinach małżeństw z trojgiem i więcej dzieci, ale wzrost z 65,9% do 66,3% w rodzinach samotnych matek i ojców z dziećmi. Udział wydatków na żywność i napoje malał w latach 2009–2010 w rodzinach małżeństw z jednym dzieckiem z 13,6% do 13%, w rodzinach małżeństw z dwojgiem dzieci z 15,1% do 15%, w rodzinach małżeństw z trójką i więcej dzieci z 16,2% do 15,7%, a w rodzinach samotnych matek i ojców – z 16,2% do 15,7%. Obliczenia na podstawie: *Budżety gospodarstw domowych* w latach 2009 i 2010 (GUS).

⁴⁴ W roku 2010 nastąpił dalszy wzrost w rodzinach małżeństw wielodzietnych, zaś spadek w rodzinach małżeństw z jednym dzieckiem i samotnych matek i ojców. W 2011 r. wzrost udziału tych wydatków dotyczył małżeństw z jednym dzieckiem oraz rodzin małżeństw wielodzietnych oraz samotnych rodziców.

od 3% w rodzinach małżeństw z jednym dzieckiem do 3,5% w rodzinach niepełnych (2011 r.). W latach 2001–2011 spadają wydatki na edukację⁴⁵, zaś wzrastają na rekreację i kulturę⁴⁶.

W latach 2009–2010 odnotowano spadek wydatków (i ich udziału) na zdrowie we wszystkich typach rodzin, poza rodzinami niepełnymi, gdzie nastąpił ich wzrost. W roku 2011 udział wydatków na zdrowie wzrósł we wszystkich typach rodzin z dziećmi, z wyjątkiem rodzin niepełnych. Można oceniać, że następuje coraz większe różnicowanie kierunków zmian wydatków związanych z edukacją, zdrowiem i wypoczynkiem według typu rodziny i liczby dzieci.

W latach 2001–2010 przeciętne miesięczne spożycie artykułów żywnościowych na osobę w gospodarstwach domowych w Polsce ulegało zmianom: spożywano trochę mniej pieczywa, mleka, jaj, olejów i innych tłuszczów, mniej warzyw, ale więcej owoców⁴⁷; mniej cukru i wyrobów cukierniczych, wzrastało powoli spożycie mięsa. Natomiast wzrasta zdecydowanie spożycie wody mineralnej, systematycznie rośnie spożycie soków owocowych i warzywnych⁴⁸. (W roku 2011 nastąpiło zahamowanie opisanych tendencji). Ogólnie jednak w dłuższym okresie powoli zmieniają się wzorce żywieniowe, ale sytuacja w tym zakresie jest zróżnicowana. Czynnikiem różnicującym jest m.in. liczba dzieci w rodzinie.

Spożycie pieczywa i produktów zbożowych nie jest istotnie zróżnicowane przez liczbę dzieci na utrzymaniu, natomiast zależność tę obserwuje się w przypadku spożycia mięsa: im większa liczba dzieci, tym mniejsza konsumpcja mięsa na osobę. Podobnie w odniesieniu do spożycia ryb. Niewielkie pozostaje spożycie owoców, zwłaszcza w rodzinach z większą liczbą dzieci. Podobnie niska, prawie 2 razy mniejsza jest konsumpcja wód mineralnych i źródłanych oraz soków owocowych i warzywnych w rodzinach wielodzietnych w porównaniu z rodzinami z jednym dzieckiem.

Dzieci w rodzinach wielodzietnych spożywają mniej podstawowych artykułów żywnościowych, cennych dla zdrowia rozwijającego się dziecka niż w rodzinach małodziejnych. W przypadku rodzin niepełnych spożycie podstawowych artykułów sytuuje ten typ rodzin z dziećmi na poziomie spożycia między rodzinami z dwójką i trójką dzieci.

Ubóstwo

Z badania budżetów gospodarstw domowych wynika, że rok 2012 nie przyniósł, w stosunku do 2011 roku, radykalnych zmian w sytuacji materialnej ogółu gospodarstw domowych⁴⁹. Dochody realne gospodarstw domowych kształtowały się na poziomie podobnym jak w 2011 r. (spadek o 0,1%). Skala zmian zarówno dochodów jak i wydatków zależała od grupy społeczno-ekonomicznej gospodarstw domowych. Nieznaczny realny spadek wydatków (poniżej 1%) wystąpił we wszystkich grupach społeczno-ekonomicznych

⁴⁵ W roku 2010 odnotowano relatywny wzrost wydatków na edukację w rodzinach małżeństw z dwojgiem dzieci z 1,3% do 1,5% oraz małżeństw z trojgiem i więcej dzieci z 0,86% do 1,1%. Obliczenia na podstawie: *Budżety gospodarstw domowych* GUS, za lata 2009 i 2010. W roku 2011 nastąpił wzrost udziału wydatków edukacyjnych w rodzinach niepełnych z 1,4% do 1,7% (*Budżety gospodarstw domowych w 2011 r.*).

⁴⁶ W latach 2009–2010 odnotowano dalszy wzrost w rodzinach małżeństw z dwojgiem dzieci, zaś w pozostałych typach rodzin biologicznych – spadek. W roku 2011 w stosunku do roku poprzedniego nastąpił wzrost wydatków i udziału wydatków na rekreację i wypoczynek we wszystkich typach rodzin z dziećmi. Udział ten sięga obecnie od 5,8% w małżeństwach z jednym dzieckiem do 7,7% w rodzinach niepełnych.

⁴⁷ W latach 2010 i 2011 odnotowano spadek spożycia owoców we wszystkich typach rodzin z dziećmi i w rodzinach bezdzietnych. Podobnie spadło spożycie warzyw, z wyjątkiem małżeństw z jednym dzieckiem.

⁴⁸ W 2010 r. nastąpił spadek spożycia soków owocowych i warzywnych w stosunku do 2009 r. we wszystkich typach rodzin, poza wielodzietnymi. Rok 2011 to dalszy spadek.

⁴⁹ Eurostat 2012.

z wyjątkiem gospodarstw domowych rolników. W grupie rolników zaobserwowano ponad 3 procentowy wzrost realnej wartości wydatków. Gospodarstwa rolników charakteryzowały się także ponad 7% wzrostem realnej wartości dochodów realnych.

Tabela 5. Wskaźniki zagrożenia ubóstwem według grup społeczno-ekonomicznych oraz typów gospodarstw domowych w latach 2010–2012

Wyszczególnienie	% osób w gospodarstwach domowych o wydatkach poniżej								
	Granicy ubóstwa skrajnego (minimum egzystencji)			Relatywnej granicy ubóstwa			Ustawowej granicy ubóstwa		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
OGÓLEM	5,8	6,8	6,8	17,4	16,9	16,3	7,4	6,6	7,2
Typy gospodarstw domowych									
1 osobowe	2,0	2,3	2,4	6,6	6,2	6,5	2,3	2,0	2,1
Małżeństwa:									
bez dzieci na utrzymaniu ^a	1,5	1,7	1,7	6,1	5,4	5,2	0,9	0,8	1,0
z 1 dzieckiem ^a	1,9	2,3	2,5	7,5	6,8	7,7	1,9	1,7	2,1
z 2 dziećmi ^a	3,9	5,0	4,2	15,1	14,2	12,3	5,5	4,7	4,9
z 3 dziećmi ^a	9,9	10,5	9,8	28,0	26,2	24,9	14,3	12,3	13,4
z 4 dzieci i więcej na utrzymaniu ^a	24,0	24,0	26,6	44,2	47,5	47,4	34,3	29,6	32,7
Matka lub ojciec z dziećmi na utrzymaniu ^a	7,3	7,0	8,1	17,9	18,2	19,5	9,7	6,5	9,1

a Dziecko na utrzymaniu to osoba w wieku 0–14 lat (włącznie) będąca w składzie gospodarstwa domowego lub osoba w wieku 15–25 lat, o ile nie posiada własnego źródła utrzymania i nie pozostaje w związku małżeńskim lub związku nieformalnym.

Źródło: Ubóstwo w Polsce w świetle badań GUS, GUS, Warszawa 2013 (Tabl. 1.3., str. 18).

W 2012 roku nie odnotowano zmian w zasięgu ubóstwa skrajnego. Odsetek osób w gospodarstwach domowych o wydatkach poniżej granicy ubóstwa skrajnego (tzn. poniżej poziomu minimum egzystencji) wynosił zarówno w 2011, jak i 2012 roku 6,8%. Na nieco niższym poziomie niż w poprzednim roku kształtowała się wartość wskaźnika zagrożenia ubóstwem relatywnym – w 2012 roku odsetek osób zagrożonych ubóstwem relatywnym wyniósł 16,3% i był niższy o 0,6 p. proc. od wskaźnika zanotowanego rok wcześniej, przy czym realna wartość relatywnej granicy ubóstwa nieznacznie spadła.

Poniżej tzw. ustawowej granicy ubóstwa żyło w 2012 r. 7,2% osób, co oznacza wzrost wartości wskaźnika o 0,6 p. proc. w odniesieniu do roku poprzedniego. Należy jednak zauważyć, iż podana wartość wskaźnika zagrożenia ubóstwem w 2012 roku została obliczona z uwzględnieniem dwóch obowiązujących w tym roku progów interwencji socjalnej przyjmowanych za granicę ubóstwa ustawowego: niższego, obowiązującego w pierwszych trzech kwartałach 2012 roku oraz wyższego, zwaloryzowanego po sześciu latach progę, który stanowi kryterium przyznania pomocy społecznej od 1 października 2012 roku. W przypadku, gdyby stopa ubóstwa ustawowego dla całego roku 2012 liczona była według progę wprowadzonego w IV kwartale, odsetek osób w gospodarstwach domowych o wydatkach poniżej ustawowej granicy ubóstwa wyniósł by nie 7,2%, a 13,2%.

W 2012 r. odnotowano pewne zmiany zagrożenia ubóstwem ekonomicznym w przypadku niektórych grup ludności⁵⁰. Odnotowano wzrost zagrożenia ubóstwem wśród rodzin niepełnych, a także w gospodarstwach domowych z dziećmi niepełnosprawnymi. Po okresie wyraźnego spadku w latach 2006–2008, a następnie paroletniej stabilizacji (na poziomie nieprzekraczającym 6%), w roku 2011 odnotowano wzrost poziomu zagrożenia ubóstwem skrajnym w Polsce. Odsetek osób w gospodarstwach domowych o wydatkach poniżej granicy ubóstwa skrajnego wzrósł o 1 p. proc. w stosunku do roku 2010 i wyniósł 6,8%. Na takim samym poziomie kształtowała się stopa ubóstwa skrajnego w 2012 r.

Ubóstwem zagrożone są przede wszystkim osoby bezrobotne i rodziny osób bezrobotnych. W 2012 r. wśród gospodarstw domowych, w skład których wchodziła przynajmniej jedna osoba bezrobotna stopa ubóstwa skrajnego wynosiła ok. 13%, podczas gdy wśród gospodarstw, w których nie było osób bezrobotnych – ok. 5%. Większa liczba osób bezrobotnych w gospodarstwie domowym znacząco zwiększa ryzyko ubóstwa skrajnego. W gospodarstwach domowych, w których bezrobotne były przynajmniej dwie osoby stopa ubóstwa skrajnego wynosiła ok. 33%.

W najtrudniejszej sytuacji znajdowały się osoby żyjące w gospodarstwach domowych utrzymujących się z tzw. innych niezarobkowych źródeł (ok. 23%), w tym przede wszystkim gospodarstwa, których podstawę utrzymania stanowiły świadczenia społeczne inne niż renty i emerytury (stopa ubóstwa skrajnego na poziomie ok. 30%).

Pauperyzacji sprzyja także wykonywanie nisko płatnej pracy. Dotyczy to głównie osób o niskim poziomie wykształcenia, pracujących na stanowiskach robotniczych. W gospodarstwach, których główny strumień dochodów pochodził z pracy najemnej na stanowisku robotniczym, stopa ubóstwa skrajnego kształtowała się na poziomie ok. 10% (wobec ok. 2% wśród gospodarstw utrzymujących się głównie z pracy najemnej na stanowiskach nierobotniczych).

Niski poziom wykształcenia jest bardzo istotnym czynnikiem zwiększającym ryzyko popadnięcia w ubóstwo. W gospodarstwach domowych, w których osoba odniesienia posiadała wykształcenie co najwyżej gimnazjalne, wskaźnik zagrożenia ubóstwem skrajnym kształtował się na poziomie ok. 16%. Wykształcenie wyższe natomiast praktycznie całkowicie odsuwa zagrożenie ubóstwem skrajnym. Niezmiennie od lat, ponad 80% osób żyjących poniżej minimum egzystencji stanowili członkowie gospodarstw domowych, których głowa nie ukończyła szkoły średniej, podczas gdy w całej Polsce, w takich gospodarstwach żyła mniej więcej połowa osób.

W Polsce częściej ubóstwem ekonomicznym zagrożeni są ludzie młodzi, w tym dzieci. W 2012 roku wskaźnik zagrożenia ubóstwem skrajnym wśród dzieci i młodzieży do lat 18 wyniósł ok. 10%, a osoby w tym wieku stanowiły prawie jedną trzecią populacji zagrożonej ubóstwem skrajnym (w populacji ogółem do tej grupy wiekowej należała mniej więcej co piąta osoba).

W bardzo trudnej sytuacji znajdują się osoby starsze, które ze względu na swój wiek, stan zdrowia, samotność mają ograniczone możliwości podejmowania aktywnych działań zmierzających do poprawy swojej sytuacji materialnej. W 2012 r. co dwudziesta piąta osoba w wieku co najmniej 65 lat żyła w gospodarstwach domowych o wydatkach niższych od minimum egzystencji. Osoby powyżej 65. roku życia stanowiły ponad 7% osób zagrożonych ubóstwem skrajnym (w populacji ogółem do tej grupy wiekowej należała mniej więcej co siódma osoba).

⁵⁰ Por. także *Diagnoza społeczna 2011* (2012, s. 330), zgodnie z którą zasięg ubóstwa, jego intensywność oraz dotkliwość najbardziej dotyka jednorodzinne małżeństwa z trojgiem i więcej dzieci, natomiast najgłębsze ubóstwo dotyczy jednorodzinnych gospodarstw domowych tworzonych przez małżeństwa z dwojgiem dzieci (na drugim miejscu za nierodzinnymi gospodarstwami jednoosobowymi).

Rodziny wielodzietne stanowią grupę najbardziej zagrożoną ubóstwem skrajnym. W 2012 r. poniżej minimum egzystencji żyła niemal co dziesiąta osoba w gospodarstwach małżeństw z 3 dzieci oraz około 27% osób w gospodarstwach małżeństw z 4 i większą liczbą dzieci. Osoby tworzące rodziny niepełne były we względnie lepszej sytuacji. Wskaźnik zagrożenia ubóstwem skrajnym dla rodzin niepełnych wyniósł ok. 8%.

Obecność osoby niepełnosprawnej w gospodarstwie domowym znacznie zwiększa ryzyko zagrożenia ubóstwem. Stopa ubóstwa skrajnego wśród osób w gospodarstwach domowych z co najmniej jedną osobą niepełnosprawną wyniosła ok. 10%. W najtrudniejszej sytuacji znalazły się rodziny, w których obecne było przynajmniej jedno niepełnosprawne dziecko do lat 16. W tej grupie wskaźnik zagrożenia ubóstwem skrajnym wyniósł w 2012 roku ok. 12%.

Podobnie jak w poprzednich latach⁵¹, zagrożenie ubóstwem w znacznie większym stopniu dotyczy mieszkańców wsi niż ośrodków miejskich⁵². W skrajnym ubóstwie żyło w 2012 roku ponad 4% mieszkańców miast (od ok. 1% w największych miastach, do prawie 7% w miastach poniżej 20 tys. mieszkańców). Na wsi odsetek osób żyjących poniżej minimum egzystencji wyniósł ponad 10%. Najwyższy odsetek ubogich osób na wsi zanotowano wśród rodzin nie mających własnego gospodarstwa rolnego i utrzymujących się głównie ze świadczeń społecznych innych niż emerytura i renta (ok. 32%) oraz wśród rodzin rencistów (ok. 18%). W gospodarstwach domowych utrzymujących się z rolnictwa ubóstwem skrajnym zagrożona była co 9 osoba. Mieszkańcy wsi stanowili ponad 60% osób żyjących poniżej granicy ubóstwa skrajnego, podczas gdy udział ludności wiejskiej wśród ogółu ludności Polski wynosił mniej niż 40%. Ponadto Polska zajmuje bardzo niskie miejsce pod względem upowszechnienia wczesnej opieki i edukacji.⁵³

Warunki mieszkaniowe

Warunki mieszkaniowe gospodarstw domowych ulegają poprawie. Według danych NSP z 2002 r. ponad 70% gospodarstw wieloosobowych w Polsce miało własnościowe lub spółdzielcze prawo do lokalu, natomiast co szóste wynajmowało mieszkanie. Po roku 2002 w sferze mieszkalnictwa nie wystąpiły tak istotne zmiany stosunków własnościowych, jak te obserwowane przed 2002 r. związane z procesami prywatyzacji zasobów mieszkaniowych. Nadal największą grupę mieszkań stanowiły lokale będące własnością osób fizycznych oraz mieszkania spółdzielcze. Zmniejszył się natomiast udział mieszkań będących własnością gmin, Skarbu Państwa oraz zakładów pracy.

Większość, bo ponad $\frac{3}{4}$ gospodarstw domowych w Polsce mieszka samodzielnie.

Warunki mieszkaniowe gospodarstw domowych wieloosobowych w Polsce, mierzone zagęszczeniem mieszkań, czyli liczbą osób na jeden pokój, nie są dobre, choć ulegają poprawie. Wg NSP2011 41% gospodarstw mieszka w lokalu, gdzie 1 osoba lub mniej niż jedna osoba przypada na 1 pokój. W 12% gospodarstw domowych występuje ciasnota mieszkaniowa: dwie i więcej osób przypada na jedną izbę.

Sytuacja mieszkaniowa osób młodych – podejmujących decyzje o założeniu rodziny, a następnie warunki rozwoju dzieci w rodzinach młodych są trudniejsze niż przeciętnie w polskich rodzinach.

⁵¹ *Ubóstwo w Polsce w 2011 r.* (<http://www.stat.gov.pl> – dostęp w dniu 8.X.2012 r.)

⁵² *Sytuacja gospodarstw domowych w 2007 r. światło wyników badań budżetów gospodarstw domowych*, GUS, Notatka informacyjna GUS, 28 maja 2008 r., *Ubóstwo w Polsce w 2011 r.* (<http://www.stat.gov.pl> – dostęp w dniu 8 X.2012 r.).

⁵³ Por. dokument strategiczny *Perspektywa uczenia się przez całe życie*, przyjęty uchwałą nr 160/2013 Rady Ministrów z dnia 10 września 2013 r.

Przeciętna powierzchnia użytkowanego mieszkania wzrasta; w 2009 r. wynosiła 70,71 m² (2011 r. – 73,7 m²), w tym dla małżeństw bez dzieci – 68 m² (2011 r. – 71,2 m²), dla małżeństw z jednym dzieckiem około 70 m² (2011 r. – 72,6 m²), dla małżeństw z dwojgiem dzieci – powyżej 78 m² (2011 r. – 83,9 m²), dla małżeństw z trojgiem i więcej dzieci ponad 87 m², a dla samotnych matek i ojców – prawie 58 m² (2011 r. – 60 m²).

Im większa liczba dzieci, tym mniejsza powierzchnia mieszkania przypadająca na jedną osobę, ale generalnie przeciętna powierzchnia jest już standardem dość wysokim, bo sięgała w 2009 r. 23,2 m² w rodzinach małżeństw z jednym dzieckiem (w 2011 r. – 24,2 m²), 19,62 m² w rodzinach małżeństw z dwojgiem dzieci (w 2011 r. – 20,98 m²), 16,13 m² na osobę w rodzinach wielodzietnych pełnych (w 2011 r. – 16,42 m²) i 22,58 m² w rodzinach niepełnych (23,2 m² w 2011 r.).

Ważnym elementem jest kontynuacja finansowego wspomagania tworzenia zasobu mieszkań i schronień dla ubogich.⁵⁴

Mieszkania są towarem, jednakże z uwagi na ich wysoką cenę niezbędne jest tworzenie bardziej lub mniej rozbudowanego systemu pomocy finansowej stwarzającego szansę zdobycia własnego mieszkania również osobom niezamożnym oraz usamodzielniającym się młodym rodzinom. Jednakże z uwagi na niską zdolność kredytową tych grup ludności trudno mówić o powszechnej dostępności kredytów hipotecznych. Szczególnie trudna jest sytuacja ludzi ubogich, którzy nie są w stanie własnymi siłami zaspokoić swoich potrzeb mieszkaniowych.

Od 2004 r. zmieniła się jednak znacząco struktura rodzaju budowanych mieszkań. Przede wszystkim zmniejszył się udział budowanych mieszkań spółdzielczych i budownictwa indywidualnego, a wzrósł udział mieszkań budowanych na sprzedaż i wynajem. Takie trendy sugerują, że młode pokolenie, utrzymujące się z przeciętnych wynagrodzeń za pracę, wciąż ma ograniczone szanse na własne, samodzielne mieszkanie i stabilizację w tym zakresie, chociaż natężenie problemu wydaje się maleć.

Gospodarstwa domowe ogółem w Polsce w pierwszych latach XXI wieku są coraz lepiej wyposażone w przedmioty trwałego użytku. Należy przy tym podkreślić, że w roku 2000 niektóre z tych dóbr w ogóle nie były nawet ujmowane w statystykach, np. zestaw kina domowego czy telefon komórkowy. Szczególnie szybki postęp dokonuje się w obszarze wyposażenia w komputer, w tym z dostępem do Internetu, co można uznać za ważny czynnik informatyzacji i zdobywania wiedzy (dostęp do technologii informacyjnej). Powszechne jest wyposażenie gospodarstw domowych, w tym rodzin z dziećmi, w odbiorniki

⁵⁴ Systemowy, wieloletni program Rządu mający na celu wsparcie samorządów w realizacji budownictwa dla najuboższych realizowany jest już od 2007 r. na podstawie przepisów ustawy z dnia 8 grudnia 2006 r. o finansowym wsparciu tworzenia lokali socjalnych, mieszkań chronionych, noclegowni i domów dla bezdomnych (Dz. U. Nr 251, poz. 1844, z późn. zm.). Możliwość ubiegania się o finansowe wsparcie z budżetu państwa mają podmioty, do których ustawowych lub statutowych zadań należy zapewnienie schronienia lub mieszkania potrzebującym, a zatem gminy, powiaty, związki międzygminne i organizacje pożytku publicznego. Dofinansowane przedsięwzięcie może polegać na budowie nowych budynków, ale także na działaniach zmierzających w kierunku modernizacji istniejących zasobów, czyli remoncie, przebudowie i zmianie sposobu użytkowania budynków, w wyniku czego powstaną lokale socjalne, mieszkania chronione, noclegownie lub domy dla bezdomnych. Możliwy jest także w tym zakresie udział samorządu w inwestycji realizowanej przez dane towarzystwo budownictwa społecznego, jak również zakup budynków i lokali mieszkalnych na rynku wtórnym. Gminy mają także możliwość pozyskiwania, przy pomocy finansowej z budżetu państwa, mieszkań komunalnych nie posiadających statusu lokali socjalnych. Niezbędnym warunkiem wykorzystania przez gminy wsparcia na takie inwestycje jest równoległe utworzenie lokali socjalnych o powierzchni i liczbie co najmniej równej tym, które powstały w ramach programu budowy mieszkań komunalnych. W zależności od rodzaju realizowanego przedsięwzięcia, inwestor ma możliwość otrzymania wsparcia w maksymalnej wysokości 30–50% jego kosztów.

telewizyjne, telefon komórkowy, pralkę, odkurzacz i chłodziarkę lub zamrażarkę. Coraz powszechniejszy staje się dostęp do telewizji satelitarnej. Natomiast nie wszystkie rodziny z dziećmi dysponują samochodem osobowym, szczególnie rodziny niepełne. Podobnie gorsze niż innych typów rodzin z dziećmi jest wyposażenie rodzin samotnych matek i ojców w zmywarkę do naczyń, kamerę wideo czy zestaw kina domowego. Pod względem majątku trwałego, ocenianego przez posiadanie dóbr trwałych, sytuacja rodzin niepełnych jest więc gorsza niż w pozostałych typach biologicznych rodzin z dziećmi. Warunki rozwojowe dzieci, mierzone wyposażeniem mieszkań, jednak dynamicznie się poprawiają.

Migracje a rodzina

Brak pracy i perspektyw podniesienia poziomu życia w pierwszych latach XXI wieku, a także otwierające się możliwości wyjazdu do pracy za granicę wyzwoliły pęd Polaków, zwłaszcza młodych, do migracji (por. cel IV). Jak wynika z badań⁵⁵, zdecydowana większość polskich emigrantów przebywa za granicą w związku z pracą, czyli z przyczyn ekonomicznych. Coraz częściej do migrujących za pracą dołączają członkowie ich rodzin. Migracje przynoszą skutki pozytywne oraz negatywne dla polskich rodzin. Pozytywne skutki to poprawa zamożności rodzin osób migrujących w Polsce i wzrost ich konsumpcji oraz wydatków inwestycyjnych. Migracja powoduje efekt modernizacyjny, podwyższając kompetencje kulturowe i zawodowe osób migrujących. Negatywne zaś skutki to przede wszystkim zmniejszenie potencjału prokreacyjnego i potencjału produkcyjnego społeczeństwa polskiego w wyniku odpływu ludzi młodych i dobrze wykształconych, którzy zdobyli wykształcenie w Polsce. Do istotnych skutków należy zaliczyć wpływ migracji członka rodziny lub członków rodzin na relacje w rodzinie, zwłaszcza w rodzinach z dziećmi, gdzie dzieci są pozbawione przez dłuższy czas kontaktów z jednym lub obojgiem rodziców⁵⁶. Powstaje zjawisko określane mianem „eurosieroctwa”.

3. Rodziny w trudnej sytuacji

Rodziny ubogie

Formą wsparcia dla rodzin ubogich są świadczenia z pomocy społecznej. W latach 2004–2010 liczba rodzin z dziećmi, korzystających z pomocy społecznej systematycznie malała: w latach 2004–2007 zmniejszyła się prawie o 22%, zaś udział rodzin z dziećmi w liczbie rodzin ogółem objętych pomocą społeczną z 54,7% do 49,4%. W latach 2009–2010 (I półrocze) liczba rodzin z dziećmi korzystających z pomocy społecznej spadła z 674,7 tys. do 565,9 tys., w tym rodzin niepełnych z dziećmi z 226,1 tys. do 109 tys., a wielodzietnych zmalała z 220 tys. do 57,9 tys. Liczba rodzin korzystających z pomocy społecznej zmniejszała się między innymi z powodu braku weryfikacji kryterium dochodowego uprawniającego do świadczeń. W roku 2011 liczba rodzin korzystających z pomocy społecznej ponownie wzrosła; z ogólnej liczby 1905,3 tys. rodzin objętych pomocą społeczną z powodu ubóstwa pomoc uzyskiwało 692,6 tys. rodzin, w tym 138,9 tys. rodzin niepełnych i 66,6 tys. rodzin wielodzietnych.

Do rodzin z dziećmi, osiągających niskie dochody, są skierowane świadczenia rodzinne. Kryterium dochodowe, uprawniające do tych świadczeń, obowiązuje od 2004 r. i wynosi 504 zł, a dla rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym – 583 zł. Od 1 listopada 2009 r. podwyż-

⁵⁵ *Migracje zagraniczne a polityka rodzinna* (2009), s. 7, 15, 23, 25, 29.

⁵⁶ Tamże, s. 7, 15, 23, 25, 29.

szo no kwoty zasiłku rodzinnego uzależnionego od wieku dziecka (do ukończenia 5 lat życia z 48 do 68 zł; powyżej 5 lat do ukończenia 18 lat – z 64 do 91 zł, a dla dzieci powyżej 18 lat do 24. roku życia – z 68 do 98 zł). Od 1 listopada 2012 r. do 31 października 2014 r. obowiązuje podwyższone kryterium dochodowe uprawniające do świadczeń rodzinnych, a mianowicie 539 zł (dla rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym 623 zł) oraz nowe kwoty zasiłku rodzinnego dla dzieci do lat 5 – do 77 zł, powyżej 5. do 18. roku życia – do 106 zł, powyżej 18. do 24. roku życia – do 115 zł.

Świadczenia rodzinne na dzieci stanowią niewielki odsetek w dochodach rodzin z dziećmi, ale większy w rodzinach młodych wychowujących dzieci małe niż przeciętnie w rodzinach ogółem z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu. Znaczenie relatywne zasiłków rodzinnych w dochodach rodzin z dziećmi wzrasta wraz z liczbą dzieci pozostających na utrzymaniu (por. punkt o sytuacji dochodowej rodzin). W 2011 r. 46% rodzin pełnych z dziećmi pobierających świadczenia rodzinne osiągało dochody poniżej 252 zł (połowy kwoty stanowiącej kryterium dochodowe uprawniające do zasiłku rodzinnego). Z symulacji wynika, że w małżeństwie z jednym dzieckiem przy dochodach 1500 zł netto czyli 500 zł na osobę, udział dochodu z zasiłku rodzinnego sięga od około 5% (dziecko poniżej 5 lat) do 7% (dziecko powyżej 18 lat). Przy dochodzie 200 zł na osobę udział zasiłków rodzinnych dla małżeństwa z jednym dzieckiem oraz dla małżeństwa z dwojgiem dzieci wzrasta do około 17–18%. W rodzinach wielodzietnych należy uwzględnić, oprócz zasiłku rodzinnego, dodatki z tytułu wychowania dziecka w rodzinie wielodzietnej.

Rodziny wielodzietne

W roku 2002 w Polsce było 1024 tys. rodzin z trojgiem i więcej dzieci do lat 24. Rodziny wielodzietne stanowią 12,8% ogółu rodzin i 16,8% rodzin z dziećmi na utrzymaniu ogółem. Większość (56%) rodzin wielodzietnych zamieszkuje na wsi, przy czym w przypadku rodzin z trojgiem dzieci rodziny wiejskie stanowią 52%, a przypadku rodzin z czworgiem i więcej dzieci – 65,7%. Większość, bo 87% rodzin wielodzietnych stanowią małżeństwa (wśród ogółu rodzin z dziećmi na utrzymaniu – 78%). Natomiast wielodzietne rodziny niepełne to 11,4% ogółu rodzin wielodzietnych. W 2002 r. w rodzinach wielodzietnych wychowywało się 3550,2 tys. dzieci (NSP 2002), czyli co trzecie spośród ogółu dzieci do lat 24. Ponad 90% rodzin wielodzietnych miało dziecko w wieku 0–14 lat, w tym 46% rodzin – w wieku 0–6 lat. W rodzinach wielodzietnych żyło 29,1% dzieci niepełnosprawnych. Oznacza to często kumulację trudności wynikających ze struktury rodziny i niepełnosprawności dziecka. Poziom wykształcenia małżonków/rodziców w rodzinach wielodzietnych jest ogólnie niższy niż w rodzinach z mniejszą liczbą dzieci. Najniższe dochody na osobę osiągają rodziny wielodzietne: w rankingu rodzin z dziećmi według poziomu dochodu sytuują się na ostatnim miejscu. Im większa liczba dzieci w rodzinie, tym mniejsze znaczenie (relatywnie) dochodu z pracy, a tym większa rola świadczeń z pomocy społecznej i z zasiłków rodzinnych. W latach 2006–2011 udział dochodu z pracy, w tym dochodu z pracy najemnej, jednak znacząco wzrósł, natomiast udział dochodu ze świadczeń pomocy społecznej w rodzinach wielodzietnych zmalał. Znaczenie zasiłków rodzinnych w dochodach rodzin z dziećmi wzrasta wraz z liczbą dzieci pozostających na utrzymaniu, a więc zgodnie z ich przeznaczeniem, jednak ich znaczenie w dochodach ogółem rodzin jest raczej niskie. Im większa liczba dzieci w rodzinie, tym większe kwoty i udział wydatków na żywność w budżecie domowym przypadających na jedną osobę. Natomiast im większa liczba dzieci w rodzinie, tym mniejsze są wydatki w przeliczeniu na jedną osobę na odzież i obuwie, na wyposażenie mieszkania w dobra trwałe i codziennego użytku, na zdrowie, na edukację i na transport. Liczba dzieci w rodzinie nie stanowi czynnika różnicującego w odniesieniu do wydatków rodzin na użyt-

kowanie mieszkania. Mając na względzie zwiększone wydatki związane z wychowaniem i edukacją dzieci z rodzin wielodzietnych zostały podjęte działania w ramach rządowego programu dla rodzin wielodzietnych, przyznającego szczególne uprawnienia dla członków tych rodzin (Karta Dużej Rodziny)⁵⁷.

Spożycie podstawowych artykułów żywnościowych przypadające na jedną osobę w rodzinie pozostaje w związku z liczbą dzieci w rodzinie, a mianowicie im większa liczba dzieci, tym mniejsze spożycie (w przeliczeniu na jedną osobę) mięsa i ryb, jogurtów, serów, jaj oraz owoców, soków owocowych i warzywnych oraz wód mineralnych. W rodzinach wielodzietnych z trojgiem i więcej dzieci pije się natomiast więcej mleka niż w pozostałych rodzinach z mniejszą liczbą dzieci. Mniejsze spożycie podstawowych artykułów żywnościowych, zwłaszcza owoców, przetworów mlecznych i mięsa, jest przejawem gorszej sytuacji dziecka w rodzinie wielodzietnej niż małodzietnej. Rodziny wielodzietne stanowią grupę rodzin najbardziej zagrożonych biedą niezależnie od przyjmowanej linii ubóstwa – częściej niż rodziny bezdzietne i mniejszej liczbie dzieci.

Rodziny niepełne

Feminizacja rodzin niepełnych jest następstwem przyczyn ich powstawania. O ile do końca XX wieku najczęstszą przyczyną był rozpad małżeństwa na skutek zgonu jednego z małżonków, a następnie rozwody, których dynamika w pierwszych latach XXI wieku jest bardzo wysoka, w trzeciej zaś kolejności – urodzenia pozamałżeńskie, to w obecnym stuleciu najczęstszą przyczyną stają się urodzenia pozamałżeńskie, których liczba w ostatnich latach wzrasta: z 45,5 tys. w 2000 r. do 70,7 tys. w 2006 r.; 84,5 tys. w 2009 r.; 85 tys. w 2010 r. i 82,4 w 2011 roku⁵⁸. Oczywiście nie wszystkie urodzenia pozamałżeńskie świadczą o powstaniu rodziny niepełnej. Część matek bowiem żyje w konkubinacie lub później zawiera związek małżeński. Do grupy rodzin niepełnych faktycznie należą rodziny osób migrujących za granicę, w których jeden z małżonków pozostaje z dzieckiem w kraju. Na drugim miejscu jako przyczyna niepełności rodziny sytuuje się rozpad rodziny poprzez rozwody (65,3 tys. w 2009 r.; 61,3 tys. w 2010 r. i 64,6 tys. w 2011 r. – *Rocznik Statystyczny 2012*, GUS) i dalej śmierć współmałżonka (14 tys. osób żonatych i zamężnych w wieku 20–49 lat w roku 2009)⁵⁹.

Według danych Narodowego Spisu Powszechnego z 2002 r. w rodzinach samotnych matek i samotnych ojców wychowywało się łącznie 1658 tys. dzieci, co stanowiło 15,3% ogółu dzieci do lat 24 pozostających na utrzymaniu. Przy tym udział dzieci w rodzinach niepełnych w liczbie dzieci w rodzinach ogółem w miastach sięgał 18,8%, a na wsi – 10,6%. Samotni rodzice wychowują najczęściej jedno dziecko. Rodziny niepełne z dzieckiem uzyskały w 2004 r. preferencje w systemie świadczeń rodzinnych, co skutkowało wzrostem liczby powództw o rozwód i orzeczeń⁶⁰. Bez względu jednak na rzeczywiste przyczyny rozwodów i niepełności rodziny, niewątpliwie rzutuje on negatywnie na sytuację dzieci. W rozwodzących się małżeństwach niemal 2/3 ogółu (63% w 2009 r. i ponad 59% w latach 2010–2011)

⁵⁷ Uchwała Nr 85 Rady Ministrów z dnia 27 maja 2014r. w sprawie ustanowienia rządowego programu dla rodzin wielodzietnych (Monitor Polski 2014 poz.430) oraz Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 maja 2014r. w sprawie szczegółowych warunków realizacji rządowego programu dla rodzin wielodzietnych (Dz.U. 2014 poz.755, z późn. zm.)

⁵⁸ *Rocznik Demograficzny 2008*, GUS, s. 282; *Rocznik Demograficzny 2010*, GUS; s. 287; *Rocznik Demograficzny 2011*, GUS; *Rocznik Demograficzny 2012*, GUS.

⁵⁹ Obliczenia własne na podstawie *Rocznika Demograficznego 2010*, GUS, s. 321. W 2010 r. 159,4 tys. małżeństw ogółem rozpadło się z powodu śmierci współmałżonka, a w roku 2011 – 157 tys. (*Rocznik Demograficzny 2012*, GUS).

⁶⁰ Opinia zawarta w raporcie *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2009-2010* (RRL, 2011), s. 62 i 65.

stanowiły dzieci w wieku 7–17 lat, 26,4% dzieci w wieku 3–6 lat, a 14% dzieci najmłodsze w wieku do dwóch lat. Pozytywnym zjawiskiem jest spadek w latach 2007–2010 liczby orzeczonych rozwodów oraz liczby dzieci dotkniętych konsekwencjami rozpadu rodzin.

Ze względu na specyfikę niepełności rodziny i samotnego rodzica prowadzącego gospodarstwo domowe, podstawowym, choć mniej relatywnie ważnym niż w pozostałych typach rodzin biologicznych źródłem dochodu pozostaje praca. W latach 2001–2011 znaczenie relatywne dochodu z pracy (w przychodach netto) w rodzinach niepełnych wzrosło. Drugim, po pracy, ważnym źródłem dochodu są dary, zwłaszcza od osób prywatnych. Udział darów (łącznie z alimentami) w dochodzie przeciętnym rozporządzalnym sięgał w 2009 r. ponad 19% i był kilkukrotnie większy niż w innych typach rodzin (w roku 2010 – 17,9% i 17,7% w 2011 r., ale jest to kwota i udział wciąż kilkukrotnie większy niż w innych rodzinach). Większe również dochody niż w innych typach biologicznych rodzin, uzyskują rodziny niepełne ze świadczeń społecznych z ubezpieczeń społecznych oraz z pomocy społecznej, co wynika z rozwiązań polityki rodzinnej państwa wobec tej grupy rodzin, przede wszystkim z uprawnienia do renty rodzinnej oraz dodatku z tytułu samotnego wychowania dziecka.

W systemie świadczeń rodzinnych samotne rodzicielstwo jest traktowane z przywilejowaniem poprzez ustanowienie dodatku do zasiłku rodzinnego z tytułu samotnego wychowywania dziecka w wys. 170 zł (nie więcej niż 340 zł na wszystkie dzieci), świadczenia z Funduszu Alimentacyjnego, z którego wypłacane są świadczenia w razie nieściągalności zasądzonych sądownie alimentów, przy spełnieniu kryterium dochodowego (do 725 zł na osobę) w wysokości nie większej niż 500 zł. Wyższe niż w odniesieniu do zasiłków rodzinnych kryterium dochodowe uprawniające do świadczenia alimentacyjnego, jest zbliżone do przeciętnego miesięcznego dochodu rozporządzalnego na osobę w rodzinach samotnych matek i ojców w 2007 roku.

Kwota maksymalna świadczenia może być porównywalna z minimum egzystencji dla dwóch osób w 2007 r. (za rok 2011 minimum to wynosiło niecałe 500 zł na osobę), pokrywającym wydatki minimalne na wyżywienie, odzież, obuwie, użytkowanie mieszkania, zdrowie, edukację i transport.

Rola zasiłków rodzinnych w rodzinach niepełnych z dziećmi nie jest duża, choć przeciętnie większa niż w rodzinach małżeństw z jednym lub z dwojgiem dzieci, ale mniejsza niż w rodzinach wielodzietnych. W latach 2001–2006 udział dochodu z zasiłków w dochodzie ogółem w rodzinach niepełnych wynosił 1,7% („Badania budżetów gospodarstw domowych”). W świetle danych MPiPS 52,8% rodzin niepełnych, pobierających zasiłki rodzinne, nie osiągało dochodu na osobę przekraczającego 252 zł (połowy kwoty stanowiącej kryterium dochodowe uprawniające do zasiłków).

Poziom i struktura dochodów oraz wydatków sytuują rodziny niepełne za rodzinami małżeństw z jednym lub dwójką dzieci, ale przed rodzinami wielodzietnymi z co najmniej trojgiem dzieci na utrzymaniu. Zagrożenie ubóstwem rodzin niepełnych jest większe niż małżeństw z jednym lub z dwójką dzieci, ale znacznie mniejsze niż rodzin wielodzietnych.

Rodziny z osobą niepełnosprawną

Populacja osób niepełnosprawnych prawnie i biologicznie systematycznie i dynamicznie wzrasta: z 3735,5 tys. w 1988 r. do 5456,7 tys. w 2002 r., 6206 tys. w 2004 r. i do około 9 mln w 2009 r. (szacunki: od 5,3 mln do 9 mln – zależnie od przyjętego kryterium niepełnosprawności biologicznej). W świetle danych NSP 2011 liczba osób niepełnosprawnych wynosiła 4,7 mln, czyli 12,2% ludności ogółem, ale niedoszacowanie tej grupy szacuje się na prawie 1 mln osób. Udział osób niepełnosprawnych w liczbie ludności Polski ogółem wzrósł

w tym czasie z 9,9% do 16,2%. W latach 2004–2009 liczba osób niepełnosprawnych prawnie zmalała z 4818,3 do 4155,3 tys. Natężenie zjawiska niepełnosprawności nasila się wraz z wiekiem: co trzecia osoba w wieku przedemerytalnym i emerytalnym (55–64 lata), a prawie co druga osoba w wieku 75 lat i więcej jest niepełnosprawna.

W grupie niepełnosprawnych w wieku 16 lat i więcej z prawnym orzeczeniem najczęściej reprezentowane są osoby z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności (1,5 mln), następnie znacznym (1,3 mln) oraz lekkim (1,2 mln). Znacząca grupa to osoby, które uważają się za niepełnosprawne (tzw. niepełnosprawność biologiczna), bez posiadania orzeczenia prawnego. W ostatnich latach liczba osób niepełnosprawnych prawnie się zmniejszyła. Jednocześnie wzrasta udział osób niepełnosprawnych w stopniu znacznym i umiarkowanym, a maleje w stopniu lekkim.

Ponad 42% osób niepełnosprawnych (dane NSP 2002) legitymowała się wykształceniem podstawowym i gimnazjalnym, ale w następnych latach zmalał odsetek osób z wykształceniem najniższym (w 2009 r. 37% niepełnosprawnych legitymuje się wykształceniem co najwyżej podstawowym), wzrasta udział osób z wykształceniem wyższym. Generalnie jednak populacja osób niepełnosprawnych przeciętnie legitymuje się relatywnie niskim wykształceniem w porównaniu z całym społeczeństwem w wieku produkcyjnym i poprodukcyjnym.

Większość osób niepełnosprawnych żyje w gospodarstwach co najmniej dwuosobowych, ale blisko co trzecia tworzy gospodarstwo jednoosobowe, co rodzi określone konsekwencje dla organizacji opieki i pomocy dla tej grupy osób.

Zdecydowana większość gospodarstw domowych osób niepełnosprawnych jako głównym źródłem dochodu dysponuje świadczeniami społecznymi, a prawie co dziesiąte utrzymuje się głównie z pracy zawodowej. W roku 2011 pracowało zawodowo 22,5% osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym (22,7% w 2010 r.), w porównaniu z 65,3% ludności ogółem w wieku produkcyjnym (65,7% w III kwartale 2010 r.).

Gospodarstwa domowe z osobami niepełnosprawnymi prawnie są znacznie częściej ubogie niż gospodarstwa domowe bez osób niepełnosprawnych. W roku 2011 poniżej minimum egzystencji żyło 9,2% (w 2008 r. – 7,2%) osób w gospodarstwach z osobami niepełnosprawnymi, w tym 9,7% (w 2008 r. – 11,5%) w gospodarstwach z przynajmniej jednym dzieckiem do lat 16 posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności (dla porównania 6% w 2011 r. i 5,1% w 2008 r. osób w gospodarstwach bez osób niepełnosprawnych). Podobnie w przypadku przyjęcia ustawowej linii ubóstwa: 8,7% (w 2008 r. – 12,8% osób w gospodarstwach z osobą niepełnosprawną (w tym 12,3% w 2011 r. i 25,8% w 2008 r. z dzieckiem niepełnosprawnym) i 5,9% (w 2008 r. – 10%) osób w gospodarstwach bez osób niepełnosprawnych.

Przychody i rozchody gospodarstw domowych z osobą/osobami niepełnosprawnymi są o ponad 20% niższe niż gospodarstw bez osób niepełnosprawnych. W roku 2009 dochód rozporządzalny w omawianej kategorii gospodarstw wynosił przeciętnie miesięcznie 929 zł na jedną osobę, zaś w gospodarstwach bez osób niepełnosprawnych – 1168,78 zł. W roku 2010 dochody na osobę w gospodarstwach z osobami niepełnosprawnymi sięgały 1296,84 zł, zaś bez osób niepełnosprawnych – 1650,17 zł. Tak więc w latach 2009-2010 różnica dochodowa między obu kategoriami gospodarstw wzrasta (w 2010 r. sięgała 27%). W roku 2011 relacja przeciętnego dochodu w gospodarstwach osób niepełnosprawnych do przeciętnego dochodu gospodarstwa bez osób niepełnosprawnych wynosiła 78,8%, a więc różnica zmalała.

Gospodarstwa domowe osób niepełnosprawnych pobierających renty z tytułu niezdolności do pracy stanowią jedną z grup najbardziej zagrożonych ubóstwem. W roku 2007 odsetek osób w gospodarstwach domowych rencistów żyjących poniżej ustawowej granicy ubóstwa sięgał 20,1% (w 2002 r. – 25,4%), w 2009 r. – 14,1%, a w 2010 r. – 10,1%. W ubóstwie

biologicznym (poniżej minimum egzystencji) żyło zaś w 2007 r. – 11,3% osób (w 2002 r. – 16,4%), w 2009 r. – 11,2%, by w 2010 r. spaść do 9,6% osób w gospodarstwach rencistów. W roku 2011 zasięg ubóstwa skrajnego zaczął wzrastać i sięgał 13%. W populacji niepełnosprawnych prawie 180 tys. stanowiły dzieci do lat 15. Ponadto 118 tys. osób to młodzież w wieku 15–19 lat. Można więc przyjąć, że dzieci niepełnosprawne to 300 tys. osób, a więc 5,2% ogółu niepełnosprawnych w Polsce. W liczbie niepełnosprawnych dzieci 17,3% ma całkowite, a 56,3% – poważne ograniczenia zdrowotne i funkcjonalne. Zwykle więc stopień niepełnosprawności wśród dzieci jest większy niż wśród dorosłych. Większość (62%) dzieci niepełnosprawnych mieszka w miastach, ale co trzecie na wsi, co ogranicza dostęp do nauki, do usług medycznych i rehabilitacyjnych.

W roku 2012 zasiłki rodzinne były wypłacane 146,3 tys. rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym, zaś zasiłki pielęgnacyjne otrzymywało 218,4 tys. dzieci do lat 16 z orzeczoną niepełnosprawnością⁶¹.

Niepełnosprawność oraz długotrwała lub ciężka choroba stanowi jedną najważniejszych przyczyn uzyskiwania świadczeń z pomocy społecznej (po ubóstwie i bezrobociu): w roku 2007 niepełnosprawność stanowiła podstawę uzyskania pomocy przez ponad 411 tys. rodzin, zaś długotrwała lub ciężka choroba – przez ponad 378 tys. rodzin (dla porównania: z powodu ubóstwa 791 tys. rodzin, a z powodu bezrobocia – 691 tys.). W roku 2011 z powodu niepełnosprawności przyznano pomoc 397,6 tys. rodzin, a z powodu długotrwałej lub ciężkiej choroby – 409,5 tys. rodzin. Wzrasta dostęp do usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych, mierzony liczbą z nich korzystających: z ponad 80 tys. w latach 2006-2008 (w tym około 13–14% objętych specjalistycznymi usługami opiekuńczymi) do 101 tys. osób niepełnosprawnych w 2009 roku. W roku 2011 odnotowano spadek beneficjentów usług do 87 tys. W statystyce brak danych odnośnie do liczby dzieci niepełnosprawnych korzystających z usług.

Do rodzin z dziećmi niepełnosprawnymi i z niskimi dochodami (do 583 zł na osobę; od 1 listopada 2012 do 31 października 2014 r. – do 623 zł) skierowane są oprócz zasiłków rodzinnych na dziecko, świadczenia opiekuńcze. Ze świadczeń pielęgnacyjnych z tytułu rezygnacji z zatrudnienia i podjęcia się opieki nad niepełnosprawnym dzieckiem lub innym dorosłym członkiem rodziny, korzystało w 2011 r. przeciętnie rocznie 168,4 tys. osób (ponad 108 tys. osób w 2010 r.; wzrost uprawnionych o 55,4%). Przy tym od 1. stycznia 2010 r. zostało zniesione kryterium dochodowe uprawniające do otrzymania świadczenia pielęgnacyjnego. Około 190-200 tys. niepełnosprawnych dzieci otrzymuje dodatek z tytułu kształcenia i rehabilitacji dziecka niepełnosprawnego przewidziany ustawą o świadczeniach rodzinnych (2008 r. – 202,9 tys., 2009 r. – 186,3 tys. dzieci, 2011 r. – 162 tys.)⁶². Wysokość tego dodatku została podniesiona w 2006 r. z 50/70 – zł do 60/80 zł – zależnie od wieku dziecka. Kryterium dochodowe, uprawniające do świadczeń rodzinnych na dzieci, w tym na dziecko niepełnosprawne, nie ulegało zmianie od 2004 roku. Od 1. listopada 2009 r. podniesiono kwoty zasiłków rodzinnych oraz kwotę świadczenia pielęgnacyjnego z 420 do 520 zł miesięcznie. Kolejne zmiany wysokości kryterium dochodowego i wysokości zasiłków nastąpiło od 1 listopada 2012 r., o czym wcześniej sygnalizowano. Od stycznia 2013 r. katalog świadczeń opiekuńczych obejmujących dotychczas zasiłek pielęgnacyjny i świadczenie pielęgnacyjne, poszerzono o specjalny zasiłek opiekuńczy.

⁶¹ Dane Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej: Informacja o świadczeniach rodzinnych za rok 2012.

⁶² Dane Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej: Informacja o świadczeniach rodzinnych za rok 2011.

Rodzinom, w których jest osoba niepełnosprawna, przysługuje, jeśli spełniają warunki określone w ustawie o świadczeniach rodzinnych, nie tylko zasiłek pielęgnacyjny, świadczenie pielęgnacyjne lub specjalny zasiłek opiekuńczy. Osobom, którym na podstawie art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 7 grudnia 2012 r. o zmianie ustawy o świadczeniach rodzinnych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1548 oraz z 2013 r. poz. 1557) z dniem 1 lipca 2013 r. wygasła decyzja o przyznaniu prawa do świadczenia pielęgnacyjnego, przysługuje zasiłek dla opiekuna w kwocie 520 zł.

Od 1 maja 2014 r. do 31 grudnia 2014 r. wysokość świadczenia pielęgnacyjnego wynosi 800 zł co w połączeniu z realizowanym w 2014 r. rządowym programem w wysokości 200 zł miesięcznie, daje łączną wysokość wypłacanego świadczenia na poziomie 1000 zł miesięcznie. Od 1 stycznia 2015 r. do 31 grudnia 2015 r. świadczenie pielęgnacyjne wynosić będzie 1200 zł miesięcznie. Natomiast od 1 stycznia 2016 r. świadczenie pielęgnacyjne wynosić będzie 1300 zł miesięcznie (równowartość kwoty najniższego wynagrodzenia netto). Od 1 stycznia 2017 roku przewidziana została coroczna waloryzacja wysokości świadczenia pielęgnacyjnego, polegająca na corocznym wzroście wysokości tego świadczenia o procentowy wskaźnik, o jaki zwiększać się będzie minimalne wynagrodzenie za pracę.

Realizując wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 5 grudnia 2013 r. (sygn. Akt K 27/13) wprowadzono nowe świadczenie, tj. zasiłek dla opiekunów. Przysługuje on na podstawie ustawy z dnia 4 kwietnia 2014 roku o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów. Ustawa ta weszła w życie w dniu 15 maja 2014 roku. Zasiłek dla opiekunów przysługuje osobie, jeżeli decyzja o przyznaniu jej prawa do świadczenia pielęgnacyjnego wygasła z mocy prawa na podstawie art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 7 grudnia 2012 r. o zmianie ustawy o świadczeniach rodzinnych oraz niektórych innych ustaw z dniem 1 lipca 2013 r. Prawo do tego świadczenia nie jest uzależnione od kryterium dochodowego. Zasiłek dla opiekunów przysługuje w wysokości 520 zł miesięcznie.

Niepełnosprawnym osobom, które nabyły niepełnosprawność w dzieciństwie i młodości przed 24. rokiem życia, przysługuje renta socjalna w wysokości 520 zł, niezależnie od wysokości dochodu rodziny. Od 1997 r. liczba pobierających renty socjalne systematycznie wzrastała: od 117 tys. w 1997 r. do 206 tys. w 2001 r., prawie 240 tys. w latach 2004–2008, 244,4 tys. w 2009 r. i 252 tys. w 2011 roku.

Rodziny z niepełnosprawnym dzieckiem to często rodziny biedne: częściej niż co trzecia rodzina (36,6% rodzin pełnych i 39,3% rodzin niepełnych) ma dochody od 100 do 291 zł, około 17% – od 291 do 400 zł (18,6% rodzin pełnych i 15,2% niepełnych) na osobę. Co piąta rodzina z niepełnosprawnym dzieckiem osiąga dochody 400 zł 583 zł (do wysokości kryterium dochodowego). Znacznie poniżej minimum egzystencji (do 100 zł na osobę) i bez dochodu jest prawie 20% rodzin pełnych i 25,5% rodzin niepełnych z niepełnosprawnym dzieckiem. W roku 2008 poniżej minimum egzystencji żyło 74,8% rodzin pełnych i 80% rodzin niepełnych z niepełnosprawnym dzieckiem. Im większa liczba dzieci w rodzinie, tym dochody przeciętne na osobę przed uzyskaniem świadczeń rodzinnych są niższe. W 2009 r. poniżej linii ubóstwa biologicznego żyło 70,1% rodzin z jednym dzieckiem niepełnosprawnym, 73,1% rodzin z dwojgiem dzieci, 80,5% rodzin z trojgiem dzieci i 90% rodzin z czworgiem i więcej dzieci (dane MPiPS). Tak więc niepełnosprawność dziecka i wielodzietność rodziny podwójnie pogłębia zagrożenie ubóstwem.

Coraz więcej dzieci niepełnosprawnych korzysta z przedszkoli integracyjnych: o ile jeszcze w połowie lat 90. XX wieku większość dzieci niepełnosprawnych uczęszczała do przedszkoli specjalnych, to z początkiem nowego wieku zdecydowana większość z nich korzysta z przedszkoli integracyjnych – ponad 80% w latach 2010–2012. W roku 2011/2012 spośród 1160,5 tys. dzieci w wieku 3–6 lat w przedszkolach 11,9 tys., czyli ok. 1%, to dzieci niepełnosprawne. W szkołach podstawowych uczyło się 58,5 tys. uczniów ze specjalnymi

potrzebami edukacyjnymi; stanowili oni 2,8% ogółu dzieci uczących się w tych szkołach. O ile w 1995 r. zdecydowana większość niepełnosprawnych dzieci obowiązek szkolny wypełniała w specjalnych szkołach podstawowych, to w latach 2001–2012 większość (60%) niepełnosprawnych dzieci uczęszczała do szkół ogólnodostępnych, zaś 40% do szkół specjalnych.

Wśród uczniów szkół gimnazjalnych ponad 4% stanowią dzieci niepełnosprawne. W latach 2000–2012 nieznacznie ponad połowa dzieci niepełnosprawnych uczących się w gimnazjum wypełnia obowiązek szkolny w szkołach specjalnych (55%).

Rodziny dotknięte dysfunkcją lub patologią

Do tej grupy zaliczono rodziny z następującymi dysfunkcjami: niewydolność wychowawcza rodziców, nieporadność wychowawcza wobec dzieci oraz dysfunkcja w zakresie realizacji ekonomicznej funkcji rodziny, przejawiająca się w syndromie ubóstwa.

W Polsce co piąta rodzina korzystająca z pomocy społecznej uzyskuje pomoc z powodu bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych, przy tym najczęściej dotyczy to rodzin niepełnych (57,3% ogółu rodzin objętych pomocą z wymienionego powodu), a w mniejszym stopniu – rodzin wielodzietnych (35,9%). Z powodu biedy i dysfunkcji w sferze materialnej z pomocy społecznej korzystał 1 mln rodzin w 2004 r., a 791 tys. rodzin (2444,7 tys. osób) w 2007 r., a więc 32%. W roku 2009 z ogólnej liczby 1470,5 tys. rodzin objętych pomocą społeczną 691,5 tys. objętych było tą pomocą z powodu ubóstwa (47%). W latach 2010-2011 liczba rodzin korzystających z pomocy wzrosła ponownie i w 2011 r. sięgała 1905,3 tys. rodzin, w tym 36% z powodu ubóstwa.

Patologia w rodzinie jest najczęściej spowodowana przez *alkoholizm*. Wśród najważniejszych konsekwencji życia w rodzinie z problemami alkoholowymi wyróżnia się szkody fizyczne, psychosomatyczne, psychologiczne, emocjonalne i psychospołeczne.

Według danych PARP w rodzinach z problemami alkoholowymi, w których co najmniej jedna osoba pije w sposób szkodliwy dla niej i dla członków tej rodziny, żyje 3–4 mln osób, w tym 1,5-2 mln dzieci, 2,5 mln osób nadużywających alkoholu oraz 700–900 tys. osób uzależnionych. Członkowie rodzin z problemami alkoholowymi są grupą ryzyka, która jest szczególnie narażoną na przemoc; ponad 86% przypadków zaobserwowane przemocy w rodzinie miała związek z alkoholem.⁶³

W roku 2011 tylko 16,4 tys. rodzin było objętych pomocą społeczną z powodu przemocy w rodzinie (w 2007 r. około 19 tys. rodzin z 66 tys. osobami, w 2008 r. – 16,8 tys. rodzin z 58,7 tys. osób – dane MPiPS). Natomiast trochę więcej rodzin zgłasza się o wsparcie z pomocy społecznej w przypadku alkoholizmu członka rodziny: w 2011 r. – 86,6 tys. (w 2007 r. – 99,6 tys. rodzin z 261 tys. osób, a w 2008 r. 87,8 tys. rodzin z 223,3 tys. osób). Tymczasem z badań wynika, że zjawisko alkoholizmu obejmuje około 4,5 mln osób, w tym 600–900 tys. jest uzależnionych i wymaga leczenia. Rośnie także liczba uzależnionych kobiet, szacowana na 8–10% ogółu uzależnionych, przy czym u kobiet do uzależnienia dochodzi szybciej i w młodszym wieku (PARPA)⁶⁴.

⁶³ Dane na podstawie Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011–2015 s.22–23

⁶⁴ Według *Diagnozy społecznej 2011* (2012) odsetek nadużywających alkoholu w Polsce wzrasta od roku 2005 po okresie spadku w latach 1995-2003; dotyczy to również grupy młodzieży w wieku do 24 lat (tamże, s. 237–239).

Przemoc w rodzinie to poważna kwestia społeczna. Z badań TNS OBOP wynika, że problem ten jako zjawisko rozpowszechnione w Polsce dostrzega 5% Polaków, zaś tylko 1% jako zjawisko rozpoznawalne w najbliższej okolicy. Do stosowania przemocy fizycznej w rodzinie przyznaje się 11% Polaków, natomiast mniej niż 1% – do bycia sprawcami przemocy seksualnej wobec członków swojej rodziny.

Badanie przeprowadzone na zalecenie Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej w 2007 roku wykazały, że przemocy w rodzinie doświadczył więcej niż co trzeci Polak (36%)⁶⁵.

Szczególnie dotkliwą społecznie kwestią jest przemoc wobec dzieci (głośne medialnie przypadki porzuceń noworodków, maltretowania i zabójstw). Przemoc przybiera formę przemocy fizycznej, emocjonalnej, wykorzystywania seksualnego oraz zaniedbania⁶⁶. Ze względu na sprawcę przemocy i miejsce, gdzie do niej dochodzi, wyodrębnia się specyficzne formy przemocy wobec dzieci, a mianowicie: rodzinną (sprawcy to dorośli członkowie rodziny), rówieśniczą (sprawcami i ofiarami są dzieci – uczniowie szkół i koledzy z podwórka w miejscu zamieszkania), instytucjonalną (np. w szkole, placówce opiekuńczo-wychowawczej, kiedy dorośli opiekunowie stosują przemoc wobec podopiecznych – dzieci), komercyjne seksualne wykorzystywanie (prostytucja dziecięca, produkcja materiałów pornograficznych z udziałem dzieci, handel dziećmi w celach seksualnych), rozwijająca się w XXI wieku przemoc w mediach, cyberprzemoc, czyli przemoc z użyciem technologii informacyjnych i komunikacyjnych (komputer, telefon komórkowy itd.) polegająca na nękanii, zastraszaniu, publikowaniu ośmieszających, kompromitujących informacji, zdjęć itp. W świetle statystyk policyjnych na przełomie XX i XXI wieku liczba dzieci do lat 18, które padły ofiarą przemocy wzrastała z roku na rok, w szczególności w odniesieniu do dzieci młodszych do 3. i 13. roku życia. W 2000 r. zarejestrowano 116,6 tys. ofiar przemocy, w tym 27,8 tys. to dzieci do lat 13. W roku 2004 ofiar tych było już 150,3 tys., w tym 35,2 tys. dzieci do lat 13, zaś w 2006 r. – odpowiednio 157,9 tys. i 38,2 tys. W roku 2007 odnotowano spadek do 130,6 tys., w tym wśród dzieci do 31 tys. (w 2009 r. – 132,8 tys., w tym 27,5 tys. dzieci do lat 13)⁶⁷.

Z badań wynika, że w środowisku rówieśniczym w szkole agresja fizyczna jest większa wśród uczniów szkół podstawowych i gimnazjów niż w szkołach ponadgimnazjalnych. Ofiarami systematycznego dręczenia w szkole pada około 12% jedenastolatków, 10,5% – dwunastolatków i niecałe 7% – 15-latków⁶⁸. Niemal co piąty uczeń zaś przyznał, że zdarzyło się to raz lub dwa razy. Dość często przemoc fizyczna spotyka wychowanków domów dziecka – 34% z nich doświadczyło takiej przemocy najczęściej ze strony koleżanek/kolegów⁶⁹.

W rejestrach policji figuruje natomiast następująca liczba dzieci–ofiary wykorzystywania seksualnego: 2000 r. – 1518, 2003 r. – 1817, 2007 r. – 1882. Według różnych badań skala zjawiska wykorzystywania kobiet i mężczyzn w dzieciństwie jest określana od 5% do 16% w odniesieniu do kobiet i od 3% do 18% w odniesieniu do mężczyzn⁷⁰.

W kolejnych latach liczba sprawców przemocy zmieniała się: z 69,1 tys. w 2001 r. do 97,1 tys. w 2005 r. i 81,5 tys. w 2009 roku. Około 95% sprawców to mężczyźni i w omawianym okresie nie zmienia się struktura sprawców według płci. Zmianie natomiast ulega odsetek sprawców nieletnich: w 2000 r. na 1000 sprawców ogółem przypadało średnio ośmioro dzieci, zaś w latach 2008 i 2009 – odpowiednio dwoje i troje dzieci⁷¹.

⁶⁵ Dana na podstawie Krajowy Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na lata 2014–2020 s.6

⁶⁶ Sajkowska, Szymczak (2009), s. 29.

⁶⁷ RRL (2010), tab. 23, s. 67.

⁶⁸ RRL (2011), s. 68-69.

⁶⁹ Sajkowska, Szymczak (2009), s. 29.

⁷⁰ RRL (2011), s. 31.

⁷¹ RRL (2010), s. 67–68.

Przyczyną patologii w rodzinie jest także **narkomania** jednego z rodziców lub młodzieży oraz przestępczość dorosłych członków rodziny lub dzieci i młodzieży (przestępczość nieletnich)⁷². Z powodu narkomanii coraz więcej rodzin jest obejmowanych wsparciem pomocy społecznej instytucji samorządowych. O ile w roku 2007 wsparcie to dotyczyło 458 rodzin (802 osób) to w 2009 r. – 3320 rodzin (5778 osób), a w 2011 r. – 3389 rodzin. Natomiast 13 023 rodziny (22 976 osób) w 2007 r., 15 624 rodziny (26 tys. osób) w 2009 r., ale już 17 961 rodzin w 2010 r. uzyskało pomoc z powodu trudności w przystosowaniu się do życia po zwolnieniu z zakładu karnego.

Z badań wynika⁷³, że spory odsetek młodzieży popada w nałogi. W 2008 r. regularnie paliło papierosy 22% uczniów ostatnich klas szkół ponadgimnazjalnych (w 2003 r. – 31%), przy czym gorsza sytuacja materialna oraz wykształcenie podstawowe rodziców są skorelowane z częstszym występowaniem regularnego palenia, czyli nastąpiło odwrócenie tendencji z lat 1994 i 1996. Z rodzajów alkoholu największe zainteresowanie młodzieży budzi piwo: o ile w roku 1992 piwo piło 49% młodzieży, to w 2008 r. – 80%, z kolei w 2008 r. picie wódki zadeklarowało 54% młodzieży (dla porównania: w 2003 r. – 53%, a w 1992 r. – 28%). Upijanie się dotyczyło około 16% młodzieży. O ile w 1994 r. 22% uczniów wiedziało, gdzie kupić narkotyki, to w 2003 r. – 49%, a w 2008 r. – 35%. Spada odsetek uczniów twierdzących, że w narkotyki można zaopatrzyć się w szkole. O fakcie sprzedaży narkotyków w szkole jest przekonanych około 12% uczniów szkół średnich zawodowych i 4% uczniów liceów ogólnokształcących. W latach 1994–1996 wskaźnik uczniów eksperymentujących z narkotykami (deklarujących branie narkotyków w ciągu ostatnich 12 miesięcy) ustabilizował się na poziomie 10%, w 2003 r. wzrósł do 24%, zaś w 2008 r. spadł do 15%⁷⁴.

Patologia w środowisku rodzinnym oraz systemowa dysfunkcja instytucji powołanych do organizowania pracy z rodziną to jedne z najczęstszych przyczyn konieczności umieszczenia dziecka poza rodziną naturalną. Patologia w rodzinie dziecka to głównie zjawisko alkoholizmu jednego z rodziców lub obojga. W świetle badań MPiPS w latach 2007 i 2009 najważniejszymi przyczynami dysfunkcji rodziny i umieszczania dzieci w pieczy zastępczej są kolejno: bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych, ubóstwo, przemoc w rodzinie, choroba (w tym psychiczna), niepełnosprawność, pobyt za granicą co najmniej jednego z rodziców w związku z pracą zarobkową, nieodpowiednie warunki lokalowe. W uzasadnieniach do postanowienia sądu o umieszczeniu dziecka w placówce opiekuńczo-wychowawczej lub w rodzinie zastępczej jako oficjalna przyczyna umieszczenia w placówce pojawia się też wykorzystywanie seksualne dzieci, stan zdrowia rodziców (np. choroba psychiczna) uniemożliwiający osobiste sprawowanie opieki nad dzieckiem. W ostatnich latach jako nowy problem pojawia się porzucenie dzieci przez rodzica/rodziców wyjeżdżających do pracy za granicę.

W latach 2001–2009 ponad 200 tys. małoletnich objętych było nadzorem sądów; nastąpił znaczny wzrost odsetka dzieci umieszczanych poza rodziną biologiczną, mierzony wskaźnikiem udziału dzieci w wieku do 18 lat objętych formami opieki zastępczej i instytucjonalnej w liczbie dzieci i młodzieży ogółem w wieku 0–18 lat (przed ukończeniem 18. roku życia): z 8 na 1000 dzieci w 2001 r. do 10,5 w 2005 r., 9,2 w 2007 r. i 9,4 w 2008 r.

⁷² W latach 1992–2011 odsetek dorosłych osób przyznających się do brania narkotyków wzrósł w latach 1992–2011 z 0,4% do 1,3% , w szczególności wzrost ten dotyczy młodych mężczyzn do 24. roku życia. Por. *Diagnoza społeczna 2011* (2012), s. 241–242.

⁷³ *Młodzież a substancje psychoaktywne* (2009).

⁷⁴ Jak wynika z krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011–2015 16% badanej w 2007 roku młodzieży w wieku 15-16 lat deklaruowało jednorazowy kontakt z marihuaną i haszyszem, 4% przyznało się do jednorazowego użycia amfetaminy – dane na podstawie krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011–2016.

oraz 9,3 w 2009 roku. W latach 2010–2011 ponad 211 tys. małoletnich pozostaje pod nadzorem sądów, w tej liczbie ponad 46 tys. dzieci i młodzieży jest umieszczonych w rodzinach zastępczych, a 20 tys. – w placówkach opiekuńczo-wychowawczych.

Poza rodziną naturalną pozostaje niecałe 1% dzieci w wieku przed ukończeniem 18. roku życia, czyli około 66–70 tys. rocznie. Z ogólnej liczby dzieci poza rodziną jedynie kilka procent to sieroty naturalne, a zdecydowana większość, ponad 95%, to sieroty społeczne (sieroty społeczne to dzieci, których rodziców sąd rodzinny i opiekuńczy pozbawił władzy rodzicielskiej, ograniczył ją lub zawiesił). W latach 2004–2011 systematycznie wzrastała liczba orzeczeń sądu w zakresie pozbawienia, zawieszenia, ograniczenia władzy rodzicielskiej. Jednocześnie co roku sąd wydaje ponad 3 tys. orzeczeń o przywróceniu władzy rodzicielskiej.

4. Ocena polityki rodzinnej w Polsce

Zapoczątkowany w pierwszych latach 90. spadek dzietności nie został początkowo potraktowany jako „sygnał alarmowy” dla wprowadzenia instrumentów polityki rodzinnej pozwalających na zahamowanie tempa zmian. Narastanie niepokojących tendencji zaczęto dostrzegać w drugiej połowie dekady, co zaowocowało wyznaczeniem celu „zahamowanie negatywnych trendów w rozwoju ludnościowym kraju i poprawa sytuacja demograficznej”, zapisanego w kilku dokumentach programowych⁷⁵. Cele związane z tworzeniem warunków sprzyjających pozytywnym decyzjom o posiadaniu dzieci zaczęto przekładać na zapisy ustawowe, stanowiące podstawę wprowadzania w życie stosownych instrumentów, jakkolwiek w sposób selektywny. Dominował jednak socjalny charakter polityki rodzinnej, wyrażający się ukierunkowaniem głównych rozwiązań na rodziny żyjące w trudnej sytuacji i zagrożone dysfunkcjami.

W obszarze oddziaływania na decyzje prokreacyjne można wyodrębnić **świadczenia społeczne związane z urodzeniem dziecka**. Osobom spełniającym kryterium dochodowe uprawniające do świadczeń rodzinnych przysługuje dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu urodzenia dziecka. W 2007 r. na wszystkie rodzące się dzieci została przyznana jednorazowa zapomoga w wysokości 1000 zł (bez względu na sytuację dochodową rodziców). Ponadto samorządy gmin mogą na mocy uchwały rady gminy przyznawać jednorazowe zapomogi z tytułu urodzenia dziecka lub zwiększyć kwoty dodatków do zasiłku rodzinnego; te dodatkowe świadczenia gminy finansują ze środków własnych.

Świadczenie w postaci jednorazowej zapomogi wypłacane na zasadzie uniwersalnej od początku budziło i budzi poważne wątpliwości co do słuszności jego przyznawania (mogą z niego skorzystać nawet osoby o bardzo wysokich dochodach), celowości (w niektórych środowiskach mogą być wykorzystane niezgodnie z przeznaczeniem, a więc nie na wyposażenie dziecka w niezbędne dobra) i skuteczności, jeśli chodzi o funkcje pronatalistyczne (jako zachęta do posiadania dzieci). Pozytywnie należy ocenić natomiast fakt zmiany polegającej na uzależnieniu uprawnienia do świadczenia od faktu pozostawania przez kobietę pod opieką medyczną nie później niż od 10. tygodnia ciąży do dnia porodu. Od 1. stycznia 2013 r. jednorazowa zapomoga z tytułu urodzenia dziecka („becikowe”) przysługuje rodzinie, w której dochód na osobę nie przekracza 1922 zł netto⁷⁶.

⁷⁵ Por. np. *Polityka prorodzinna państwa* (1999). Cele „pronatalistyczne” zaczęły znajdować swoje miejsce w kolejnych dokumentach (*Założenia polityki ludnościowej w Polsce*, przygotowane przez Rządową Radę Ludnościową w 2004 r., przyjęte przez Radę Ministrów w 2007 r.; *Polityka rodzinna rządu J. Kaczyńskiego. Rząd w trosce o polskie rodziny*, 2007 r.).

⁷⁶ Ustawa z dnia 12 października 2012 r. o zmianie Ustawy o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2012 r. poz. 1255).

W zakresie **rozwiązań mających na celu godzenie obowiązków zawodowych z rodzinnymi** wprowadzane były sukcesywnie istotne zmiany w zasadach korzystania z urlopu macierzyńskiego. Został zwiększony jego wymiar (do 20 tygodni). Zrezygnowano z wydłużenia urlopu przy urodzeniu kolejnych dzieci, natomiast bardzo rozbudowano zależność między wielorakością porodu a długością urlopu (przy urodzeniu dwojga dzieci przy jednym porodzie jest to 31 tygodni i urlop wzrasta o 2 tygodnie przy urodzeniu dwojga, trojga, czworga i pięciorga dzieci przy jednym porodzie). Biorąc pod uwagę faktyczną częstotliwość urodzeń czworaczek, a zwłaszcza pięcioraczek, przepis taki w tym ostatnim zakresie może okazać się „martwy”.

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 28 maja 2013 r. o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz niektórych innych ustaw (Dz.U.2013.675), dodatkowy urlop macierzyński przysługuje w wymiarze:

- w latach 2012 i do dnia 16 czerwca 2013 r. – 4 tygodni (w przypadku wykorzystywania tego uprawnienia w związku z urodzeniem jednego dziecka);
- w latach 2012 i do dnia 16 czerwca 2013 r. – 6 tygodni (przy narodzinach mnogich).

Zaznaczyć należy również, iż pracownicy mają prawo do dodatkowego urlopu macierzyńskiego (w przypadku dzieci biologicznych) i dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego (w przypadku „rodziców adopcyjnych”).

Pracownik – ojciec wychowujący dziecko ma prawo do urlopu ojcowskiego (w latach 2010 i 2011 – 1 tydzień, od 2012 r. – 2 tygodnie), który może wykorzystać do czasu ukończenia przez dziecko 12. miesiąca życia, ponadto w określonych przypadkach – prawo do dodatkowego urlopu macierzyńskiego. W ten sposób została stworzona szansa realizacji zasady współodpowiedzialności obojga rodziców za opiekę nad dzieckiem, partnerstwa oraz wzmocnienia sytuacji kobiet na rynku pracy poprzez osłabienie argumentu, że jest ona wyłącznym opiekunem małego dziecka.

Zgodnie z ustawą z dnia 28 maja 2013 r. o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz niektórych innych ustaw dodatkowy urlop macierzyński został wydłużony do wymiaru 6 i 8 tygodni. Ustawa z dnia 28 maja 2013 r. wprowadziła 26 tygodniowy urlop rodzicielski, który może być wykorzystany zarówno przez pracownicę – matkę jak i pracownika – ojca dziecka. Wysokość zasiłku macierzyńskiego zależy od sposobu i terminu złożenia wniosku o dodatkowy urlop macierzyński i urlop rodzicielski. Wynosi on 80% podstawy wymiaru (zarobków) podczas urlopu macierzyńskiego, dodatkowego urlopu macierzyńskiego i urlopu rodzicielskiego udzielanych łącznie (wniosek o dodatkowy urlop macierzyński i rodzicielski składany jest nie później niż 14 dni po porodzie) lub 100% podstawy wymiaru – podczas urlopu macierzyńskiego oraz dodatkowego urlopu macierzyńskiego oraz 60% podczas urlopu rodzicielskiego (w przypadku złożenia oddzielnych wniosków o dodatkowy urlop macierzyński i urlop rodzicielski).

Wydłużenie urlopu macierzyńskiego rodziło (i rodzi) obawy o osłabienie pozycji kobiet na rynku pracy. Prawne gwarancje zatrudnienia osób powracających do pracy po przerwie związanej z rodzicielstwem zostały wzmocnione zachętą dla pracodawców w postaci zwolnień z opłacania za tych pracowników składek na Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych. Oczywiście faktyczne rezultaty tych zmian zarówno w aspekcie demograficznym, jak i społeczno-ekonomicznym będzie można ocenić po pewnym okresie funkcjonowania zmian w Kodeksie pracy⁷⁷.

⁷⁷ W kwestii uprawnień rodzicielskich realizowane są działania w ramach Krajowego Programu Działań na Rzecz Równego Traktowania na lata 2013 – 2016 w obszarze II Równe traktowanie na rynku pracy

Inną formą osobistej opieki nad małym dzieckiem jest urlop wychowawczy. Ustawa z dnia 23 lipca 2013 r. o zmianie ustawy – Kodeks pracy (Dz. U. p. 1028) przyznaje każdemu z rodziców (lub opiekunów) wyłączne prawo do jednego miesiąca urlopu wychowawczego w ramach ogólnego wymiaru tego urlopu (36 miesięcy), którego nie można przenieść na drugiego rodzica. W praktyce oznacza to stymulowanie pozytywnych postaw ojców wobec sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem.

Osobom o niższych dochodach (stanowiących kryterium uprawniające do świadczeń rodzinnych) przysługuje z tego tytułu dodatek do zasiłku rodzinnego. Od 2004 r. (wejście w życie reformy świadczeń rodzinnych) wysokość tego zasiłku pozostaje na niezmiennym poziomie (400 zł). Od 2004 r. do 31 października 2012 r. nie było zmieniane kryterium uprawniające do tego świadczenia (dochodowe). Powodowało to zmniejszanie się liczby korzystających. Wprowadzona z dniem 1 listopada 2012 r.⁷⁸ zmiana kryterium uprawniającego do zasiłku rodzinnego i związanych z nim dodatków daje szansę na zahamowanie spadku liczby osób uprawnionych.

Ułatwieniu godzenia obowiązków zawodowych z rodzinnymi służą usługi opiekuńcze żłobków i przedszkoli. W tym zakresie istnieje głęboka dysproporcja między potrzebami rodziców, a możliwościami ich zaspokojenia. Zwiększenie liczby placówek wymaga nadania priorytetu dla tego typu inwestycji przez samorządy gminne, co wydaje się zadaniem trudnym ze względu na zarówno brak środków, jak i przyjmowanie przez władze samorządowe innych priorytetów do rozwiązania. Wzmocnieniu roli samorządów w tworzeniu placówek opieki nad małym dzieckiem służy rozwiązanie, wprowadzone Ustawą z dnia 4 lutego 2011 r.⁷⁹, zakładające dotacje celowe gmin oraz dotacje celowe z budżetu państwa na dofinansowanie powstawania i prowadzenia instytucji opieki nad małym dzieckiem, w tym dzieckiem niepełnosprawnym. Ustawa reguluje sprawy związane z funkcjonowaniem żłobków, a ponadto daje podstawy prawne tworzenia nowych form opieki nad małym dzieckiem do lat trzech w gminie, takich jak: kluby dziecięce, nianie oraz opiekunowie dzienni. Wprowadzono także możliwość dofinansowania w przypadku powstania i adaptacji żłobków i klubów dziecięcych oraz lokali dla dziennych opiekunów w ramach resortowego programu rozwoju instytucji opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 „MALUCH”.

Od 2007 roku konsekwentnie realizowane są zamierzenia rządu (w tym MEN) odnośnie do upowszechnienia wychowania przedszkolnego dzieci w wielu 3–5 lat. Ważnym elementem tych przedsięwzięć jest budowanie wśród rodziców, nauczycieli oraz samorządów lokalnych i organizacji pozarządowych przekonania o znaczeniu upowszechnienia edukacji przedszkolnej, a także prawne, finansowe i programowe wsparcie tworzenia innych form wychowania przedszkolnego oraz oddziałów przedszkolnych w szkołach podstawowych. Koncepcja upowszechniania ma charakter systemowy. Rozwiązania obejmują: rozwój sieci placówek wychowania przedszkolnego i udostępnienie różnych form wychowania przedszkolnego dla dzieci w wieku przedszkolnym; wsparcie pedagogiczne oraz pomoc w rozwiązywaniu problemów dla rodziców wychowujących małe dzieci, w tym prowadzenie różnych form edukacji rodziców; zapewnienie pomocy psychologiczno--pedagogicznej i specjalistycznej, mającej na celu wspieranie rozwoju i edukacji dzieci, wyrównywanie opóźnień i dysharmonii rozwojowych oraz terapię zaburzeń. Efektem wdrażania systemu jest wzrost liczby przedszkoli, punktów przedszkolnych i zespołów wychowania przedszkolnego oraz liczby oddziałów przedszkolnych przy szkołach podstawowych. Systematycznie wzrasta wskaźnik upowszechnienia wychowania przedszkolnego (z 41,0% dzieci w wieku 3–5 lat w roku szkolnym 2005/2006 do 69,7% w roku 2012/2013, w tym na wsi odpowiednio z 19,1% do 57,7%).

⁷⁸ Rozporządzenie Rady Ministrów z 10 sierpnia 2012 r. w sprawie wysokości dochodu rodziny oraz dochodu osoby uczącej się, stanowiących podstawę ubiegania się o zasiłek rodzinny, oraz wysokości świadczeń rodzinnych (Dz. U. z 2012 r., poz. 959).

⁷⁹ Ustawa z dnia 4 lutego 2011 o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (Dz. U. z 2013 r. poz. 1457)

Ustawa z dnia 13 czerwca 2013 r. o zmianie ustawy o systemie oświaty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2013, poz. 827) tzw. ustawa przedszkolna ma na celu systematyczne zwiększanie dostępności wychowania przedszkolnego poprzez wprowadzenie dotacji celowej dla gmin na zwiększenie liczby miejsc i poprawę warunków wychowania przedszkolnego. Od 1 września 2017 r. wszystkie dzieci w wieku od 3 do 5 lat będą miały zapewnione miejsca realizacji wychowania przedszkolnego w przedszkolach i innych formach wychowania przedszkolnego. Obecnie dotyczy to dzieci 5-letnich, od 1 września 2015 r. dzieci 4-letnich, a od 1 września 2017 r. także dzieci 3-letnich. Wprowadzone rozwiązania stanowiły realizację zapowiedzi Prezesa Rady Ministrów z tzw. „drugiego expose” w zakresie wsparcia dla rodziny oraz odpowiedź na społecznie oczekiwane zmiany, w tym m.in. mają na celu realizację potrzeb obywateli w zakresie upowszechniania wychowania przedszkolnego oraz zwiększania jego dostępności.

Wychodząc naprzeciw potrzebom społecznym, a zwłaszcza młodych pracowników posiadających małe dzieci, ustawodawca wprowadził możliwość rozszerzenia bazy placówek opieki nad dziećmi przez tworzenie zakładowych żłobków, klubów dziecięcych, przedszkoli i innych form wychowania przedszkolnego. Ma temu służyć możliwość finansowania kosztów ich tworzenia, a także dofinansowania ich funkcjonowania ze środków zakładowego funduszu świadczeń socjalnych (zfsś). Fundusz może być także przeznaczany na udzielanie pomocy materialnej (finansowej lub rzeczowej) pracownikom w formie dopłaty do usług opieki nad małym dzieckiem w placówkach⁸⁰ świadczących takie usługi.

Należy przypomnieć, że co do zasady obowiązek tworzenia zfsś nałożony został na pracodawców z tzw. sfery budżetowej oraz pracodawców zatrudniających co najmniej 20 pracowników (w przeliczeniu na pełne etaty). Pozostałe, mniejsze firmy także mogą korzystać z tych rozwiązań, w zależności od ich możliwości finansowych. Oznacza to ograniczenie czy wręcz niemożliwość skorzystania z zakładowych świadczeń socjalnych przez pracowników mniejszych firm.

Warto podkreślić również, że przychody pracowników z tytułu otrzymywanych dopłat z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych do kosztów usług opieki nad dziećmi w żłobkach korzystają z bezlimitowego zwolnienia od podatku dochodowego od osób fizycznych.

Rozwija się także 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.

Fundamentalną zasadą polskiego prawa rodzinnego jest zasada dobra dziecka. Jej podstawowym źródłem jest Konstytucja RP – art. 72. Przepis ten zobowiązuje państwo do zapewnienia ochrony praw dziecka: prawa do opieki i pomocy władz publicznych dla dziecka pozbawionego opieki rodzicielskiej, obowiązek państwa ochrony dziecka przed przemocą, okrucieństwem, wyzyskiem i demoralizacją, a nadto obowiązek władz publicznych oraz osób odpowiedzialnych za dziecko do wysłuchania i w miarę możliwości do uwzględnienia zdania dziecka w toku ustalania jego praw.

Podstawowym aktem prawnym regulującym stosunki rodzinne, w tym pozycję dziecka, jest Kodeks rodzinny i opiekuńczy⁸¹. Postanowienia kodeksu opierają się na fundamentalnych zasadach, wśród których szczególne znaczenie ma zasada dobra dziecka i równych praw dzieci bez względu na ich pochodzenie (małżeńskie czy pozamałżeńskie) oraz zasada ochrony rodziny (głównego środowiska życia dzieci) przez państwo. Zasada dobra dziecka obowiązuje m.in. przy: dopuszczalności rozwodu, określaniu stosunków między rodzicami a dziećmi, szczególnie odnoszących się do władzy rodzicielskiej, kwestii przysposobienia, sprawach opieki i rodzin zastępczych, obowiązku alimentacyjnego rodziców.

⁸⁰ Ustawa z dnia 4 marca 1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych (tekst jednolity Dz. U. 2012r. Nr 592. z późn. zm.)

⁸¹ Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz. U. z 1964 r. Nr 9, poz. 59 z późn. zm.).

Każde dziecko ma prawo do poziomu życia odpowiadającego jego rozwojowi fizycznemu, psychicznemu, duchowemu, moralnemu i społecznemu. Realizacja tego prawa spoczywa głównie na rodzicach, ale państwo ma podejmować działania w celu wspomagania rodzin w realizacji tego prawa oraz udzielać pomocy materialnej i innej, zwłaszcza w zakresie żywności, odzieży i mieszkań. Wsparcie w realizacji tego prawa następuje głównie przez transfery pieniężne, głównie *świadczenia rodzinne*. Są one przejawem socjalnego charakteru polskiej polityki rodzinnej; uprawnienia do nich zależą od kryterium dochodowego.

Podstawowym świadczeniem dla rodzin z dziećmi jest zasiłek rodzinny⁸², który z założenia ma pomóc rodzinie w ponoszeniu kosztów wychowania dziecka i stanowić ich częściową rekompensatę. Na związek między kosztami ponoszonymi przez rodzinę a zasiłkiem rodzinnym wskazuje zasada uzależnienia jego wysokości od wieku dziecka⁸³ – koszty wychowania dziecka wzrastają wraz z jego wiekiem. O faktycznym znaczeniu zasiłku rodzinnego dla rekompensowania kosztów utrzymania dzieci świadczą relacje tego świadczenia do wysokości koszyka dóbr i usług, niezbędnych do zaspokojenia potrzeb dzieci w wieku 5–18 i 6-18 lat (stanowiącego podstawę szacowania progu wsparcia dochodowego rodzin). Zgodnie z art.19 ust. 3 ustawy o świadczeniach rodzinnych wysokość zasiłku rodzinnego od dnia 1 listopada 2009 r. nie może być niższa niż 40% wartości koszyka żywnościowego dla danej grupy wieku ustalonej w badaniach progu wsparcia dochodowego rodzin.

Do zasiłku rodzinnego przysługują dodatki uwzględniające sytuacje wynikające z pewnych zdarzeń. Dodatki te związane są z trudniejszą sytuacją rodziny w wyniku zaistnienia określonych zdarzeń (np. urlop wychowawczy rodzica, samotne rodzicielstwo) lub ponoszeniem dodatkowych wydatków (związanych z rozpoczęciem roku szkolnego lub z kosztami pobierania nauki poza miejscem zamieszkania; z wychowywaniem dziecka w rodzinie wielodzietnej; z kształceniem i rehabilitacją dziecka niepełnosprawnego). Z obecnością w rodzinie dziecka niepełnosprawnego wiążą się szczególne uprawnienia do wyższego progu dochodowego uprawniającego do świadczeń rodzinnych (583 zł wobec powszechnie obowiązującego 504 zł; od 1 listopada 2012 r. wynoszą one 623 zł i 539 zł na osobę), wspomniany dodatek do zasiłku rodzinnego i świadczenia pielęgnacyjnego, przeznaczonego dla rodzica rezygnującego z pracy na rzecz opieki nad tym dzieckiem, oraz zasiłek pielęgnacyjny, przyznawane są niezależnie od sytuacji dochodowej rodziny.

W 2012 r. rodzicom posiadającym uprawnienia do świadczenia pielęgnacyjnego w okresie od lipca do grudnia 2012 r. przyznano dodatkowe świadczenie w wysokości 100 zł miesięcznie (niezależnie od wieku dziecka)⁸⁴. Natomiast specjalny zasiłek opiekuńczy w kwocie 520 zł miesięcznie, przy kryterium dochodowym 623 zł miesięcznie został wprowadzony od stycznia 2013 r.

Utrzymywanie na niezmiennym poziomie kryterium dochodowego (504 zł), którego wysokość została ustalona w warunkach 2003 roku, powodowała zmniejszanie się liczby uprawnionych do świadczeń rodzinnych. Podniesienie kwoty stanowiącej kryterium uprawniające do świadczeń od 1 listopada 2012 r. do 539 zł na osobę dla ogółu rodzin i 623 zł dla rodzin wychowujących dziecko niepełnosprawne, a od 1 listopada 2014 roku odpowiednio do kwot: 574 zł i 664 zł – pozwoli na zahamowanie tendencji spadkowej, jeśli chodzi o zakres podmiotowy świadczeń.

⁸² Ustawa z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych (tekst jednolity: Dz. U. z 2006 r. Nr 139, poz. 992 z późn. zm.).

⁸³ Do 31 października 2009 r. wysokość zasiłku rodzinnego wynosiła: 48 zł na dziecko do lat 5, 64 zł na dzieci w wieku 5–18 lat, 68 zł na dzieci w wieku 18–24 lata. Od listopada 2009 r. zasiłek wynosił na dziecko: do lat 5 – 68 zł, w wieku 5–18 lat – 91 zł, 18–24 lata – 98 zł. Od 1 listopada 2012 r. wysokość zasiłku rodzinnego dla dzieci w poszczególnych grupach wieku wynosi odpowiednio: 77 zł, 106 zł i 115 zł.

⁸⁴ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych warunków realizacji rządowego programu wspierania niektórych osób pobierających świadczenie pielęgnacyjne (Dz. U. z 2012 r., poz. 732).

Ulga prorodzinna jest rozwiązaniem polegającym na odliczeniu określonej kwoty na każde dziecko od podatku dochodowego (po odliczeniu składek na ubezpieczenie zdrowotne). Kwota ulgi zmieniała się co roku. Obecnie wysokość ulgi podatkowej na dziecko wynosi 92,67 zł miesięcznie, tj. 1112,04 zł rocznie.

Wprowadzenie ulgi prorodzinnej do systemu podatku dochodowego od osób fizycznych pozostawiło poza tą formą pomocy dzieci osób niepłacących tego podatku, a więc rolników i osoby utrzymujące się wyłącznie ze świadczeń o charakterze socjalnym (pomocy społecznej). Ponadto okazuje się, że rozwiązanie to nie ma cech trwałości – od 2013 r. ulga dla rodzin z jednym dzieckiem jest uzależniona od kryterium dochodowego. Jednocześnie przewiduje się wzrost ulgi na trzecie i kolejne dziecko o 50%. Od 1 stycznia 2013 r. ulga dla rodzin z jednym dzieckiem jest uzależniona od kryterium dochodowego (o ile łączny dochód roczny małżonków oraz dochód osoby samotnie wychowującej dziecko nie przekroczy kwoty 112 000 zł)⁸⁵. Z dniem 1 stycznia 2013 r. nastąpił wzrost ulgi na trzecie i kolejne dziecko: 139,01 zł miesięcznie na trzecie dziecko (1668,12 zł rocznie), 185,34 zł na czwarte i kolejne dziecko miesięcznie (2224,08 zł rocznie).

Świadczenia z pomocy społecznej są ukierunkowane na pomoc rodzinom w trudnej sytuacji. Rodzina jest tu traktowana jako całość; świadczenia są przyznawane dla rodziny, znacznie rzadziej dla poszczególnych jej członków. Częściej ma to miejsce w przypadku świadczeń rzeczowych, które mogą być w większym stopniu związane z zaspokojeniem potrzeby członka rodziny, także dziecka.

Pomoc społeczna, zwłaszcza realizowana poprzez świadczenia w naturze, może być związana z sytuacją, w której następuje zagrożenie realizacji praw dziecka lub gdy trudna sytuacja jest związana bezpośrednio z dzieckiem (np. z tytułu bezradności rodziców lub opiekunów sprawach opiekuńczo-wychowawczych). Pomoc w postaci pracy socjalnej, poradnictwa rodzinnego, terapii rodzinnej kierowana jest do całej rodziny jako głównego środowiska wychowawczego dziecka, ale ma przynieść poprawę sytuacji najmłodszych.

W ostatnich latach maleje liczba rodzin z dziećmi korzystających z pomocy społecznej. Większą dynamikę zmian (polegającą na spadku liczby korzystających) wykazuje grupa rodzin wielodzietnych, a znacznie mniejsze zmiany następują w grupie rodzin niepełnych (samotnych rodziców z dziećmi). Obniżenie się liczby świadczeniobiorców pomocy społecznej tylko w niewielkim stopniu można traktować jako przejaw poprawy sytuacji dochodowej rodzin; większe znaczenie ma fakt ograniczenia zakresu podmiotowego pomocy ze względu na utrzymanie od 2004 r. do 2009 r. poziomu kryterium dochodu uprawniającego do świadczeń pieniężnych.

Weryfikacja, która nastąpiła w 2009 r., podniosła dochód uprawniający do świadczeń dla osoby samotnej do 477 zł, dla osób w rodzinach do 351 zł. Były to wartości niższe niż próg interwencji socjalnej (PIS) szacowany przez IPiSS dla warunków 2010 roku i wynoszący odpowiednio: dla osoby samotnej 612,37 zł, dla osoby w dwuosobowym gospodarstwie domowym – 525 zł, dla osoby w trzyosobowym gospodarstwie domowym – 456 zł. Od 1 października 2012 r. dochód uprawniający do świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej dla osoby samotnie gospodarującej wynosi 542 zł, dla osoby w rodzinie – 456 zł⁸⁶.

W zbliżonym stopniu do obniżenia się ogólnej liczby rodzin z dziećmi korzystających z pomocy społecznej obniżyła się liczba rodzin korzystających z poradnictwa specjalistycznego. Mniejszy był spadek liczby korzystających z interwencji kryzysowej i z pracy socjalnej,

⁸⁵ Ustawa z dnia 24 października 2012 r. o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2012 r., poz. 1278).

⁸⁶ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 17 lipca 2012 r. w sprawie zweryfikowanych kryteriów dochodowych oraz kwot świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej (Dz. U. z 2012 r., poz. 823).

co można odczytywać jako symptom szerszego zakresu działań w ramach tych form pomocy. Wspieraniu rodziny przeżywającej trudności w wypełnianiu funkcji opiekuńczo-wychowawczych służą postanowienia ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej⁸⁷. Przewidują one pracę z rodziną i pomoc w opiece i wychowaniu dziecka poprzez m.in. rozwijanie stosownych umiejętności, pomocy w integracji i reintegracji rodziny, z aktywnym udziałem samej rodziny. Realizacji tych celów służy praca asystenta rodzinnego i placówki wsparcia dziennego.

Formą pomocy socjalnej adresowaną bezpośrednio do dzieci jest dożywianie⁸⁸. Skierowane jest głównie do dzieci do siódmego roku życia (w stosunku do pierwotnych założeń programu, adresowanego do uczniów szkół podstawowych zostały nim objęte także dzieci najmłodsze, co należy uznać za kierunek właściwy) i uczniów do czasu ukończenia szkoły ponadgimnazjalnej. Udzielana jest w formie posiłku, świadczenia pieniężnego na zakup posiłku lub żywności albo świadczenia rzeczowego w postaci produktów żywnościowych. Kryterium uprawniającym jest dochód na osobę, wyższy niż 150% kryterium uprawniającego do pomocy społecznej, programem mogą być objęte też dzieci, które wyrażą chęć zjedzenia posiłku, bez ustalania ich sytuacji rodzinnej.

Formą pomocy skierowaną bezpośrednio do dzieci pozbawionych częściowo lub całkowicie opieki rodzicielskiej jest piecza zastępcza sprawowana w formie rodzinnej (rodzina zastępcza spokrewniona, niezawodowa, zawodowa, rodzinny dom dziecka) i instytucjonalnej (placówki opiekuńczo-wychowawcze, regionalne placówki opiekuńczo-terapeutyczne, interwencyjne ośrodki preadopcyjne). Do obowiązków rodziny zastępczej należy zapewnienie dziecku warunków rozwoju i wychowania odpowiednich do stanu jego zdrowia i poziomu rozwoju. Rodziny zastępcze otrzymują wynagrodzenie oraz jest im udzielana pomoc pieniężna na częściowe pokrycie kosztów utrzymania dziecka, pomoc jednorazowa, pomoc rzeczowa. Zdecydowaną większość stanowią rodziny spokrewnione z dzieckiem. Umieszczenie dziecka w rodzinie spokrewnionej oznacza często pozostawienie go nadal w nieodpowiednim środowisku wychowawczym. Natomiast przy tworzeniu rodzin niespokrewnionych problemem jest najczęściej brak odpowiednich kandydatów

Przekazanie uprawnień w zakresie prowadzenia polityki rodzinnej na szczebel lokalny miało na celu zwiększenie skuteczności i efektywności tej polityki, zgodnie z zasadą pomocniczości. Ponadto wymiar lokalny pozwala na lepsze zdiagnozowanie sytuacji rodzin i dostosowanie do nich odpowiednich rozwiązań.

Polityka rodzinna w wymiarze lokalnym jest najczęściej rozumiana jako działania wyłączone na rzecz rodzin znajdujących się w trudnych sytuacjach, określonych w ustawie o pomocy społecznej (głównie rodziny dysfunkcyjne), realizowane przy wykorzystaniu głównych instytucji i instrumentów systemu pomocy społecznej. Dominują zatem formy działań charakterystyczne dla pomocy społecznej.

Ich uzupełnieniem są gminne i powiatowe programy rozwiązywania problemów rodzin. W ramach tych działań pojawia się wątek działań na rzecz dzieci z tych rodzin. W ten nurt wpisują się lokalne programy rozwiązywania problemów alkoholowych, przeciwko przemocy w rodzinie i pomocy rodzinom bezradnym w sprawach opiekuńczych. Ujawnia się również aktywność społeczności lokalnych w działaniach na rzecz rozwiązywania problemów społecznych, ukierunkowana również na dzieci, głównie ubogie czy krzywdzone. Szerszy zakres mają działania organizacji ponadlokalnych np. w zakresie organizacji opieki przedszkolnej.

⁸⁷ Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 135, z późn. zm.).

⁸⁸ Uchwała Nr 221 Rady Ministrów z 10 grudnia 2013 r. w sprawie ustanowienia wieloletniego programu wspierania finansowego gmin w zakresie dożywiania „Pomoc państwa w zakresie dożywiania” na lata 2014–2020 (M. P. z 2013 r. poz. 1024, z późn. zm.).

5. Polityka rodzinna krajów Unii Europejskiej. Wybrane problemy

W dyskusjach nad aktualnym kontekstem społecznych celów UE można zidentyfikować kluczowe cele bezpośredniej polityki rodzinnej, wśród których na pierwszym miejscu wymienia się dobrostan dzieci (*child wellbeing*), a ponadto równość płci i godzenie pracy z życiem zawodowym, dostrzegając ich wzajemne związki⁸⁹.

Pierwszy cel polityki rodzinnej UE – dobrostan dzieci – ogniskuje się na dziecku jako członku rodziny i oznacza dążenie do tego, aby dzieci mogły rozwijać swój potencjał, co pozwoli im na większy udział w życiu społecznym i gospodarczym w przyszłości. Ważnym celem jest więc redukcja ubóstwa dzieci (wyższego niż w przypadku dorosłej populacji). Zwraca się też uwagę na ochronę zdrowia dzieci, poprawę dostępu do edukacji, w tym na redukcję zjawiska wypadania dzieci z systemu szkolnego.

W mniejszym stopniu zwraca się uwagę na zjawisko niskiej płodności; tylko w niewielu krajach bezpośrednim celem oficjalnej polityki rodzinnej jest oddziaływanie na podniesienie dzietności. Może to wynikać ze świadomości, że bezpośrednie transfery pieniężne – podstawowy instrument polityki rodzinnej – mają na to niewielki wpływ. Stosuje się więc działania, które tworzą warunki do realizacji planów prokreacyjnych niż stymulują zwiększenie dzietności⁹⁰. Dziecko staje się zatem głównym celem polityk rodzinnych, jakkolwiek sposób postrzegania tego celu i jego realizacja są zróżnicowane. Na przykład polityki krajów frankofońskich (Francja, Belgia) mają charakter polityk ukierunkowanych bezpośrednio na dzieci i ich dobrostan jak również na działania pronatalistyczne. Z kolei w krajach skandynawskich polityki rodzinne są oparte na idei indywidualizacji praw obywatelskich, w tym indywidualnych praw dziecka. W Niemczech, Austrii i częściowo w Holandii polityki rodzinne mają na celu w większym stopniu wsparcie rodziny tradycyjnej: z dziećmi i z jednym żywicielem, przy czym – przy dominacji ubezpieczeniowego charakteru systemu zabezpieczania społecznego – prawa dziecka do uczestnictwa w tym systemie mają charakter pochodny od praw ubezpieczonych rodziców. Polityka społeczna i rodzinna Wielkiej Brytanii i Irlandii została ukierunkowana w ostatnim okresie na walkę z ubóstwem, głównie dzieci.

W politykach rodzinnych krajów południowej Europy dominuje zasada solidarności rodzinnej; dziecko jest postrzegane przez pryzmat rodziny – jej odpowiedzialności za wychowanie.

To co charakterystyczne dla większości polityk rodzinnych krajów UE to dostrzeganie związku między pracą, dzietnością i sytuacją dzieci oraz realizacją zasady równości płci. Wyraża się to w rozwoju rozwiązań mających na celu godzenie sfery zawodowej z rodzicielską. Występuje tendencja do wydłużania urlopu macierzyńskiego, ale z wyraźnym wydzieleniem części przysługującej ojcu.

Następuje uelastycznienie okresu korzystania z urlopu rodzicielskiego (nawet do czasu ukończenia przez dziecko 8 lat), polegające na możliwości swobodnego jego podziału między rodziców dziecka i możliwość dzielenia go na części. Wysokość świadczeń wypłacanych w tym czasie jest uzależniona od dochodu rodziny lub zarobków korzystającego z urlopu. Istnieje też możliwość łączenia urlopu z pracą w niepełnym wymiarze czasu pracy. Natomiast

⁸⁹ Promowanie dobrostanu wszystkich rodzin oraz równości kobiet i mężczyzn we wszystkich aspektach i inicjatywach przewodnich strategii *Europa 2020* podkreśla się w dokumencie Rady UE dotyczącym godzenia pracy z życiem rodzinnym w kontekście zmian demograficznych. Por. *Projekt konkluzji Rady*, Rada Unii Europejskiej, Bruksela 26 maja 2011 r., 10324/11 (<http://register.consilium.europa.eu/pdf/pl/11/st10/st.10324.pl11.pdf> – dostęp w dniu 4 stycznia 2012 r.). Por. Komunikat Komisji *EUROPA 2020. Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu* (http://ec.europa.eu/eu2020/pdf/1_PL_ACT_part1_v1.pdf – dostęp w dniu 4 stycznia 2012 r.).

⁹⁰ Por. Lohmann, Frauke i in. (2009).

świadczenie związane z urodzeniem dziecka najczęściej ma na celu wspieranie rodzin o niskich dochodach i wiąże się z warunkiem korzystania z przedporodowej opieki medycznej.

Podstawowym instrumentem polityk rodzinnych ukierunkowanych na wspieranie rodzin w ponoszeniu kosztów wychowania i rozwoju młodego pokolenia, traktowanych jako inwestycja w młodą generację, są świadczenia pieniężne. Zasady ich przyznawania są zróżnicowane, ale obecnie dominuje uniwersalność podstawowego systemu, jakim są zasiłki rodzinne. Oznacza to, że przysługują one rodzinom mającym na utrzymaniu dzieci, bez dodatkowych kryteriów dochodowych. Jednocześnie rozszerza się zakres stosowania specjalnych dodatków, wypłacanych rodzinom w trudnej sytuacji: wielodzietnym, niepełnym biologicznie, o niskich dochodach, z dziećmi niepełnosprawnymi.

Świadczenia pieniężne przyznawane są na dzieci, które spełniają kryterium wieku; najczęściej jest to wiek w granicach formalnej pełnoletności. Dodatkowo uwzględnia się kryterium pozostawania dziecka w systemie nauki oraz fakt niepełnosprawności dziecka, co odczytywane jest również jako sytuacje obciążające rodziny utrzymaniem dzieci. Dominuje zasada zróżnicowania wysokości zasiłków rodzinnych zależnie od liczby dzieci w rodzinie. Oznacza to preferencje dla rodzin wielodzietnych.

Instrumentem polityki rodzinnej o charakterze redystrybucyjnym są elementy prorodzinne w systemie podatku od dochodów osobistych. Nie mają one jednak charakteru powszechnego, a występują głównie w systemach opartych na zasadzie familiaryzmu (model konserwatywny, południowoeuropejski). Uwzględnianie sytuacji rodzinnej podatnika przybiera różne formy, występujące oddzielnie lub równocześnie. Jest to np. możliwość wspólnego rozliczenia małżonków, podwyższenie kwoty wolnej od podatku zależnie od sytuacji rodzinnej, preferujące przede wszystkim rodziny o niższych dochodach, bezpośrednie ulgi podatkowe na dzieci, odpisy wydatków na cele edukacyjne, związane z wychowaniem dzieci. Najkorzystniejszym systemem jest iloraz rodzinny, uwzględniający liczebność i skład rodziny (Francja).

We wszystkich analizowanych krajach w większym lub mniejszym stopniu następuje rozwój rozwiązań mających na celu stworzenie możliwości zapewnienia opieki małym dzieciom. Podyktowane jest to dynamiką aktywizacji zawodowej kobiet, ale w jeszcze większym stopniu traktowaniem instytucjonalnych usług opiekuńczych jako elementu systemu oświaty. Działania idą w dwóch kierunkach: wspieranie opieki sprawowanej wewnątrzrodzinnej, głównie poprzez rozwiązania pozwalające godzić obowiązki zawodowe matki i ojca z obowiązkami rodzinnymi oraz wspieranie rozwoju placówek opiekuńczych. W krajach o aktywnej polityce rodzinnej (np. Francja, Irlandia) rozwój obu kierunków działań występuje równolegle.

Wyraźnie różnicuje rozwiązania na rzecz godzenia obowiązków zawodowych z rodzinnymi w poszczególnych państwach (i modelach *welfare state*) stopień zaangażowania pracodawców w działania w powyższym zakresie. Najbardziej rozpowszechniony jest w krajach modelu liberalnego (szczególnie w Wielkiej Brytanii), ale praktyka taka rozszerza się też w innych krajach. Najczęściej stosowane rozwiązania to: organizacja zakładowych żłobków i przedszkoli, zakładowe świadczenia na rzecz pokrycia kosztów opieki nad dziećmi (zarówno w placówce, jak i sprawowanej przez opiekunki), różnego rodzaju urlopy i zwolnienia na czas opieki nad dzieckiem (ale także innymi niesamodzielnymi członkami rodziny).

Realizacja celu polityki rodzinnej, jakim jest wspieranie rodziny w zapewnieniu dziecku dobrych warunków rozwoju (*child wellbeing*), następuje poprzez stosowanie świadczeń społecznych i ulg podatkowych. Dąży się w różnym stopniu do rozwoju usług społecznych, głównie o charakterze opiekuńczo-edukacyjnym. Pełnią one bowiem funkcje prorodzinową i egalitarną w odniesieniu do dzieci.

PRIORYTET I.1. Poprawa warunków powstawania i funkcjonowania rodzin oraz problemy rozrodczości (działania na rzecz powstawania, rozwoju i funkcjonowania rodzin)

I.1.1. Umacnianie wartości rodziny i dziecka w świadomości społeczeństwa – zwłaszcza wśród młodego pokolenia

W tym celu jest potrzebne przygotowanie młodego pokolenia do życia w rodzinie, między innymi przez rozwój edukacji „prorodzinnej”. Niezbędne wydaje się w związku z tym wzmocnienie rangi i poziomu nauczania w szkołach przedmiotu przygotowującego młode pokolenie do małżeństwa i życia w rodzinie, przez:

- realizację podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w zakresie nauczania dotyczącego opieki nad matką i dzieckiem oraz funkcji rodziny w życiu człowieka;
- na etapie wychowania przedszkolnego – kształtowanie u dzieci poczucia przynależności społecznej do rodziny;
- na etapie edukacji wczesnoszkolnej – w zakresie przynależności do rodziny i poszanowania godności dziecka opartego na trójpodmiotowości oddziaływań wychowawczych: uczeń – szkoła – rodzice;
- zgodnie z § 1 ust. 2 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 sierpnia 1999 r. w sprawie sposobu nauczania szkolnego oraz zakresu treści dotyczących wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji zawartych w podstawie programowej kształcenia ogólnego, zajęcia edukacyjne „Wychowanie do życia w rodzinie” realizowane są obecnie w klasach V i VI szkół podstawowych, w gimnazjach, zasadniczych szkołach zawodowych, liceach ogólnokształcących i w klasach I-III techników, w tym specjalnych, dla dzieci i młodzieży, publicznych i niepublicznych o uprawnieniach szkół publicznych. Przedmiot wychowanie do życia w rodzinie mającego na celu: wspieranie wychowawczej roli rodziny; promowanie integralnego ujęcia ludzkiej seksualności, kształtowanie postaw prorodzinnych, prozdrowotnych i prospołecznych; realizacja programu nauczania pod kątem możliwości elastycznego reagowania na bieżące problemy rodzin w środowisku lokalnym (możliwość elastycznego określania liczby godzin poświęcanych na poszczególne tematy – w zależności od specyfiki środowiska lokalnego, bieżących wydarzeń związanych z polityką rodzinną i sytuacją rodzin; niezbędne jest promowanie w mediach i programach edukacyjnych pozytywnego wizerunku małżeństwa oraz pozytywnych przykładów funkcjonowania różnych typów i modeli rodzin (w tym rodzin wielodzietnych i wielopokoleniowych); ważne jest przy tym wzmocnienie w systemie wartości pozycji rodziców, którzy wychowują dzieci, zarówno pracujących, jak i niepracujących zawodowo.

Zmiany form życia rodzinnego, zachowań dotyczących zawierania małżeństw i postaw prokreacyjnych oraz zmiany modelu rodziny wskazują m.in. na potrzebę stałego podkreślania roli (znaczenia) rodziny i dzieci w społeczeństwie w różnych obszarach życia. W tym celu skuteczne może być np. wspieranie i nagłaśnianie inicjatyw lokalnych (środowiskowych) związanych z podkreśleniem znaczenia rodziny dla jednostki i społeczeństwa lokalnego, z akcentowaniem znaczenia więzi rodzinnych, w tym międzygeneracyjnych.

Oslabiona trwałość związków małżeńskich (rosnąca liczba rozwodów i separacji) wymaga rozwoju poradnictwa rodzinnego, w tym wzmocnienia instytucji oraz popularyzacji idei mediacji w sprawach rodzinnych (rozwodowych).

1.1.2. Promowanie równouprawnienia płci i równości społecznej oraz dążenie do zapewnienia warunków swobodnego wyboru podziału ról kobiet i mężczyzn w rodzinie⁹¹

Potrzebne są zmiany w zasadach korzystania ze świadczeń i rozwiązań mających na celu godzenie obowiązków zawodowych z rodzinnymi w kierunku zwiększania zakresu uprawnień mężczyzn – opiekunów; zmiany powinny być poprzedzone analizami ekonomicznych skutków i ich „odbioru” społecznego. Działania na rzecz ograniczania zakresu funkcjonowania stereotypów dotyczących podziału ról w rodzinie poprzez promowanie w mediach partnerskiego modelu rodziny.

Niezbędne jest wzmocnienie pozycji kobiet i mężczyzn wychowujących dzieci i/lub obciążonych opieką nad niesamodzielnymi członkami rodziny jako pracowników poprzez szkolenia i akcje promujące równościowe (antydiskryminacyjne) zasady prawa oraz wzmocnienie prawnej ochrony pracujących rodziców przez poprawę w zakresie przestrzegania prawa.

Należy podjąć kwestie wzmocnienia pozycji (prestżu w społeczeństwie, zwłaszcza wśród młodego pokolenia) rodziców niepracujących zawodowo za pomocą działań medialnych podkreślających wartość nieopłacanej pracy w gospodarstwie domowym i rodzinnej opieki nad niesamodzielnymi członkami rodziny.

1.1.3. Tworzenie warunków sprzyjających samodzielności ekonomicznej młodego pokolenia i uzyskaniu ekonomicznej samodzielności rodzin

Do realizacji tego celu potrzebne są działania z różnych obszarów.

1.1.3.1. W sferze edukacji

- Zwiększenie dostępu do edukacji na wszystkich szczeblach zgodnie z zasadą wyrównywania szans.
- Rozwój doradztwa zawodowego od poziomu gimnazjum.
- Promocja kształcenia w kierunkach technicznych i w „zawodach przyszłości”, zgodnie ze zmieniającymi się wymaganiami rozwoju gospodarki opartej na wiedzy, dającymi większe szanse na znalezienie pracy.
- Rozwój systemu wsparcia dla młodzieży zdolnej (stypendia naukowe, staże zawodowe, opieka naukowa).

1.1.3.2. W sferze zatrudnienia

- Ulgi podatkowe dla pracodawców inwestujących w kształcenie i szkolenia młodych pracowników, pozwalających im dostosować się do wymagań pracodawców.

⁹¹ Zgodnie z wytycznymi dotyczącymi realizacji zadań określonych w Komunikacie Komisji z dnia 3 marca 2010 r. zatytułowanym *Europa 2020: Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu* (COM(2010) 2020) swobodny wybór podziału ról w rodzinie stanowi element – między innymi – działań na rzecz wzrostu zatrudnienia, ograniczenia ubóstwa, ukierunkowanych na dążenie do zapewnienia spójności społecznej i walkę z wykluczeniem społecznym, ale też instrument istotny w warunkach starzenia się społeczeństw i realizacji zasady solidarności międzygeneracyjnej. Wytyczne w tej sprawie zapisano między innymi w: Council Decision [2010/707/EU](#) of 21 October 2010 on guidelines for the employment policies of the Member States (Official Journal L of 24.11.2010).

- Ulgi podatkowe dla pracodawców-fundatorów stypendiów dla pracowników kontynuujących naukę, zdobywających nowe kwalifikacje oraz szkolących się; popularyzacja i nagradzanie takich działań przez instytucje publiczne (samorządy lokalne) i izby przemysłowo-handlowe, zrzeszenia pracodawców).
- Popularyzacja zasad zarządzania zasobami ludzkimi, wzmacniających szanse zatrudnienia i utrzymania się na rynku pracy młodych pracowników (m.in. zarządzania różnorodnością, zatrudnienia przyjaznego rodzinie, równowagi praca-życie) – szkolenia, promowanie liderów takich działań wśród pracodawców.

1.1.3.3. W sferze rozwoju przedsiębiorczości

- Rozwój na poziomie lokalnym sieci instytucji poradnictwa organizacyjno-prawnego; rozwój szkoleń i finansowego wsparcia dla zainteresowanych założeniem własnej firmy.
- Podniesienie jakości nauki podstaw przedsiębiorczości w szkołach średnich i wyższych; weryfikacja zakresu programowego przedmiotu, poziomu nauczania, przygotowania merytorycznego nauczycieli tego przedmiotu – cykliczna aktualizacja treści i form nauczania.
- Kontynuacja prac nad ułatwieniami organizacyjnymi dotyczącymi zakładania własnej firmy (monitorowanie mechanizmów „jednego okienka”).
- Umożliwienie kobietom-przedsiębiorczyniom w okresie ciąży i wczesnego macierzyństwa zgłoszenia o zawieszeniu działalności gospodarczej, jednakże z zachowaniem możliwości podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu oraz korzystania w tym okresie ze świadczeń z tytułu macierzyństwa.

1.1.3.4. W sferze polityki mieszkaniowej

Koniecznym warunkiem stabilizacji życia rodzin, ale i czynnikiem eliminującym bariery decyzji matrymonialnych i prokreacyjnych jest odpowiednie mieszkanie. Ważnym kierunkiem działań jest więc ułatwianie uzyskania samodzielnego mieszkania i dostosowania warunków mieszkaniowych do faz rozwoju rodziny. W tym celu niezbędne są:

- Wsparcie młodych osób do 35. roku życia, w formie dofinansowania wkładu własnego przy zaciąganiu kredytu na lokale mieszkalne i domy jednorodzinne (o określonym standardzie cenowym i powierzchniowym); wysokość wsparcia uzależniona jest od posiadania dzieci, dodatkowe wsparcie (w formie spłaty części kredytu) będzie udzielane beneficjentom, którym w ciągu 5 lat od nabycia mieszkania urodzi się trzecie lub kolejne dziecko (przyjęte na wychowanie)⁹²;
- Kontynuacja programu wspierania społecznego budownictwa czynszowego, realizowanego przez towarzystwa budownictwa społecznego i spółdzielnie mieszkaniowe oraz partnerstwa publiczno-prywatne;
- Rozwijanie na szczeblu lokalnym różnych form budownictwa mieszkaniowego, uwzględniających zróżnicowane możliwości finansowe rodzin;
- Prowadzenie na poziomie lokalnym (miasta, gminy, powiatu) bazy lokali do zamiany (zarówno lokali komunalnych, socjalnych, jak i spółdzielczych i własnościowych);
- Stabilizacja ogólnych zasad nabywania na własność mieszkań przez najemców; ujednoczenie przepisów prawnych w tym zakresie;

⁹² Ustawa o pomocy państwa w nabyciu pierwszego mieszkania przez ludzi młodych (Dz.U. z 2013 r. poz.1304 i 1608) umożliwia ubieganie się o wymienione formy wsparcia w latach 2014–2018 r.

- Badanie warunków i potrzeb mieszkaniowych oraz możliwości finansowych rodzin w tym zakresie na poziomie lokalnym;
- Weryfikacja i monitorowanie zasad systemu hamowania dekapitalizacji zasobów mieszkaniowych.

I.1.4. Ułatwienia w zakresie godzenia ról zawodowych z opieką nad niesamodzielnymi członkami rodziny⁹³

- Monitorowanie wydłużania urlopów macierzyńskich, ojcowskich i rodzicielskich pod kątem skuteczności w ułatwianiu decyzji o posiadaniu dzieci, wpływu wydłużenia urlopów na sytuacje zawodową kobiet – matek/mężczyzn – ojców oraz nad konsekwencjami ekonomicznymi.
- Kontynuacja programu wydłużania dodatkowego (fakultatywnego) urlopu macierzyńskiego (ojcowskiego);
- Zróżnicowanie długości urlopu od liczby dzieci pod opieką;
- I etap – wydłużenie urlopu przy urodzeniu drugiego dziecka;
- II etap – wydłużenie urlopu przy urodzeniu trzeciego i kolejnych dzieci.
- Weryfikacja zasad korzystania z urlopów wychowawczych w celu zapewnienia większej swobody w korzystaniu z tego uprawnienia bez zagrożenia dla poziomu życia rodziny i pozycji rodziców na rynku pracy;
- Stopniowe podwyższanie wieku dziecka jako uprawniającego do korzystania z urlopu wychowawczego (obecnie do ukończenia 5 lat) z zachowaniem dotychczasowego wymiaru urlopu (36 miesięcy);
- Ujednoczenie zakresu uprawnień rodzicielskich w odniesieniu do wszystkich grup pracujących zawodowo (w tym: służby mundurowe i samozatrudnieni) (zob. też pkt. I.1.3.3);
- Wspieranie przez samorządy i monitorowanie rozwoju różnych form pozarodzicielskiej opieki nad małym dzieckiem („ustawa żłobkowa”) oraz promowanie możliwości tworzenia międzyzakładowych przedszkoli;
- Rozwój zatrudnienia przyjaznego rodzinie; popularyzacja idei, promocja dobrych praktyk przez instytucje publiczne, nagradzanie pracodawców; upowszechnianie wśród pracodawców możliwości zawieszenia odpisów na zakładowy fundusz socjalny w celu tworzenia żłobków i przedszkoli przyzakładowych; wprowadzenie ulgi podatkowej dla pracodawców dofinansowujących opiekę w żłobkach i przedszkolach dla dzieci swoich pracowników.

W celu zwiększenia dostępności ekonomicznej do usług opiekuńczych:

1. Wprowadzenie dodatku do zasiłku rodzinnego na pokrycie opłat za opiekę instytucjonalną nad dziećmi w żłobkach i przedszkolach (dla rodzin o dochodach na poziomie uprawniającym do świadczeń rodzinnych).

⁹³ Zgodnie z notą Rady UE dotyczącej *Godzenia pracy z życiem rodzinnym w kontekście zmian demograficznych – Projekt konkluzji Rady*, Rada Unii Europejskiej, Bruksela 26 maja 2011 r. 10324/11 (<http://register.consilium.europa.eu/pdf/pl/11/st10/st.10324.pl11.pdf> – dostęp w dniu 4 stycznia 2012 r.) należy promować elastyczne systemy pracy i różne formy urlopów zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn; zwiększać podaż odpowiednich, przystępnych cenowo i wysokiej jakości usług opieki nad dziećmi poniżej wieku, w którym zaczyna się obowiązek szkolny, a także zapewniać większe możliwości opieki nad innymi finansowo niesamodzielnymi członkami rodziny oraz zachęcać pracodawców do oferowania swoim pracownikom usług opieki nad dziećmi.

PRIORYTET I.2. Tworzenie warunków sprzyjających rozwojowi młodego pokolenia w rodzinie jako czynnik poprawy jakości kapitału ludzkiego. Wspieranie rodziny w ponoszeniu kosztów utrzymania i wychowania dzieci

I.2.1. Wzmocnienie znaczenia dochodów z pracy jako głównej podstawy egzystencji rodzin

Podstawą egzystencji rodzin powinny być przede wszystkim dochody z pracy. Jest to działanie zgodne z zasadą tworzenia warunków dla aktywności i odpowiedzialności rodziny. Głównym składnikiem dochodów z pracy jest wynagrodzenie, które (swoim wymiarze przeciętnym) w większości przypadków jest wynikiem kondycji zakładów pracy i negocjacji płacowych między pracodawcami i pracownikami, a w wymiarze indywidualnym – poziomu wykształcenia i kwalifikacji pracownika oraz zajmowanego stanowiska. Rola państwa sprowadza się do ustalania poziomu płacy minimalnej i systematycznego (cyklicznego) podnoszenia jego wysokości, jako punktu odniesienia systemu wynagrodzeń.

Niezbędne jest podjęcie działań na rzecz realizacji prawa do godziwego wynagrodzenia (płacy godziwej, płacy rodzinnej). Problematyka ta wymaga rozważenia w aspekcie wielopłaszczyznowym, w tym uwzględnienia sytuacji społeczno-gospodarczej kraju, potrzeb pracowników i ich rodzin, kosztów utrzymania, ogólnego poziomu płac, wydajności pracy itp. Potrzebne jest określenie kryteriów, według których będzie ustalana płaca godziwa (rodzinna) w tym ustalenie mierników pozwalających na ocenę stwierdzenia czy ustalona kategoria spełni kryterium „godziwości”. Problematyka ta wymaga badań statystyczno-analitycznych, oceny ekonomistów i szerokiej dyskusji.

I.2.2. Wzmocnienie dochodowego znaczenia świadczeń rodzinnych

Głównym instrumentem pomocy rodzinie spełniającym funkcję dochodową są świadczenia pieniężne. Obecnie mają one charakter selektywny: adresowane są do rodzin w trudniejszej sytuacji materialnej. Sytuacja ta jest określana przez wysokość kryterium dochodowego, ustalonego w oparciu o konstrukcję koszyka dóbr i usług niezbędnych do zaspokojenia potrzeb rodzin jako całości, ale przede wszystkim podstawowych i rozwojowych potrzeb dzieci w różnych grupach wielu i wychowywanych w różnych typach rodzin. Ideą określania wysokości kryterium dochodowego rodzin opartego na koszyku dóbr i usług było umożliwienie jego weryfikacji, uwzględniającej zmianę i rozwój potrzeb dzieci, których zaspokojenie jest uznawane za niezbędne ze społecznego punktu widzenia. Z tych względów zasadne wydaje się utrzymanie tego sposobu określania progu wsparcia dochodowego rodzin i jego cyklicznej weryfikacji.

Zwiększeniu efektywności świadczeń rodzinnych może sprzyjać przyjęcie zasady, że wysokość dodatków do zasiłku rodzinnego, związanych z określonymi sytuacjami rodzinnymi stanowić będzie określony procent kosztów ponoszonych w określonej sytuacji (np. wysokość dodatku z tytułu urodzenia dziecka – w relacji do kosztu wyprawki dla dziecka; wysokość dodatku z tytułu rozpoczęcia roku szkolnego – w relacji do kosztu wyprawki szkolnej zróżnicowanej wg wieku itp.).

I.2.3. Wzmocnienie preferencji dla niektórych typów rodzin w systemie świadczeń rodzinnych

Zwiększenie pomocy finansowej na rzecz rodzin wielodzietnych. Większość z nich to rodziny prawidłowo funkcjonujące, ale borykające się z trudnościami finansowymi. Proponuje się rozważenie możliwości wprowadzenia dodatkowych form pomocy w postaci:

- przywrócenia preferencji dla rodzin wielodzietnych w innych instrumentach polityki rodzinnej (dłuższy okres urlopu wychowawczego, liczba dni zwolnienia opiekuńczego proporcjonalna do liczby dzieci itp.),

- utrzymania świadczeń z funduszu alimentacyjnego przy jednoczesnej poprawie ściągalności zobowiązań alimentacyjnych drogą zintensyfikowanych działań egzekucyjnych ze strony komorników w stosunku do dłużnika,
- weryfikacji efektywności świadczeń rodzinnych dla rodzin niepełnych (osób samotnie wychowujących dzieci) w kontekście formalnego i faktycznego statusu tych rodzin.

1.2.4. Wprowadzenie do systemu świadczeń rodzinnych zasady uniwersalizmu, z uwzględnieniem trudnych sytuacji rodzin

Do rozważenia jest przejście z obecnego selektywnego systemu świadczeń rodzinnych do systemu uniwersalnego, co byłoby wyrazem wspierania przez państwo i społeczeństwo wszystkich rodzin posiadających dzieci. . Ograniczałoby przypadki, gdy obawy przed utratą świadczeń rodzinnych (po przekroczeniu progu dochodu stanowiącego kryterium uprawniające) działa hamująco na aktywność w pozyskiwaniu dodatkowych dochodów lub przenosi cześć osób do szarej strefy zatrudnienia. Zmiany te mogą następować ewolucyjnie, drogą stopniowego podnoszenia progu wsparcia dochodowego rodzin (WDR) przez uwzględnianie w koszyku dóbr i usług konsumpcyjnych (stanowiącego podstawę jego określania) szerszego zakresu potrzeb rozwojowych dzieci. Należy jednak zauważyć, że już dzisiaj osoby objęte systemem świadczeń rodzinnych mogą korzystać z innych form pomocy, w tym z systemu pomocy społecznej, pomocy państwa w zakresie dożywiania oraz systemów stypendialnych.

1.2.5. Rozwój przezorności rodzin w celu zabezpieczenia dzieci

Tworzenie zachęt do wzmocnienia przezorności rodziców w celu zabezpieczenia funduszy pozwalających na pokrycie niespodziewanych wydatków lub wspomagających „start” młodzieży (fundusze oszczędnościowe dla dzieci) na zasadach preferencyjnych (wspomagane/uzupełniane dotacją ze środków publicznych; kwoty „odkładane” wolne od podatku).

1.2.6. Wycena kosztów utrzymania i wychowania dzieci z uwzględnieniem kosztów pracy domowej

Wartość pracy na rzecz wychowania dzieci i prowadzenie gospodarstwa domowego ma wymiar rodzinny i społeczny. Przynosi to efekty dla poszczególnych członków jak i całej rodziny, a jako inwestycja w młode pokolenie oraz „ odciążenie” publicznego systemu niektórych usług – także całemu społeczeństwu. W ponoszone przez rodzinę koszty inwestowania w młode pokolenia należy wpisać zatem wartość pracy rodziców (matki/ojca). Prowadzone prace badawcze i analityczne pozwalające na wyszacowanie wartości tej pracy mają obecnie tylko walor poznawczy.

Proponuje się systematyczną wycenę „pracy domowej”, która pozwoliłaby na określenie faktycznego obciążenie rodzin kosztami wychowania młodej generacji i wycenę tzw. kosztu alternatywnego związanego z wyborem strategii rodziny w godzeniu pracy z życiem rodzinnym. Mogłoby to stanowić punkt wyjścia do określenia bezpośrednich i pośrednich kosztów rodzicielstwa i rozłożenia proporcji między udziałem rodziny i społeczeństwa w kosztach wychowania młodego pokolenia. Wycena taka mogłaby stanowić podstawę określania wysokości świadczeń, ulg podatkowych, rekompensaty za bezpośrednią pracę na rzecz rodziny (świadczenie, opłata składek emerytalnych).

I.2.7. Rozwój usług społecznych dla dzieci i młodzieży sprzyjających rozwojowi młodej generacji

I.2.7.1. Rozwój usług przedszkolnych⁹⁴

Kontynuacja kierunku działań na rzecz upowszechniania wychowania przedszkolnego dzieci w wieku 3–5 lat, w tym zapewnienie wszystkim 5-letnim dzieciom możliwości skorzystania z prawa do bezpłatnej edukacji przedszkolnej. Upowszechnienie wśród rodziców, nauczycieli oraz samorządów lokalnych i organizacji pozarządowych przekonania o znaczeniu edukacji przedszkolnej oraz prawne, finansowe i programowe wsparcie tworzenia innych form wychowania przedszkolnego oraz oddziałów przedszkolnych w szkołach podstawowych. W tym celu będą kontynuowane działania w zakresie:

- rozwoju sieci placówek wychowania przedszkolnego i udostępnienie różnych form wychowania przedszkolnego dla dzieci w wieku przedszkolnym, ich właściwe rozmieszczenie (tereny wiejskie), wyposażenie, zapewnienie wykwalifikowanej kadry,
- wsparcia rodziców w rozwiązywaniu problemów wychowawczych i dydaktycznych oraz rozwijanie ich umiejętności wychowawczych w celu wspomagania rozwoju dzieci i młodzieży,
- zapewnienia pomocy psychologiczno-pedagogicznej i specjalistycznej mającej na celu wspieranie rozwoju i edukacji dzieci, wyrównywanie opóźnień i dysfunkcji rozwojowych oraz terapię zaburzeń.

Poprawa dostępności usług przedszkolnych dla dzieci zależeć będzie od dostępności infrastruktury. W tym celu proponuje się:

- nowe inwestycje realizowane w oparciu o środki przyznawane na zasadach preferencyjnych; tworzenie zachęt dla inwestorów (w tym przedsiębiorców por. pkt.I.1.4.),
- poprawę warunków rozwoju przedszkoli niepublicznych (tworzenie zachęt sprzyjających ich powstawaniu),
- wykorzystanie istniejącego potencjału np. obiektów szkolnych, innych placówek itp. (np. przewidzianych do likwidacji).

Poprawa dostępności do usług przez (rozwiązania wprowadzone ustawą z dnia 13 czerwca 2013 r o zmianie ustawy o systemie oświaty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2013, poz. 827).– wprowadzenie dotacji celowej dla gmin na zwiększenie liczby miejsc i poprawę warunków wychowania przedszkolnego;

– ustawowe ograniczenie wysokości opłat pobieranych od rodziców za świadczenia udzielane przez publiczne przedszkola oraz publiczną, inną formę wychowania przedszkolnego w czasie przekraczającym ustalony przez gminy czas bezpłatnego nauczania, wychowania i opieki (od września 2013 r. – 1 zł za godzinę zajęć poza ustalony bezpłatny czas nauczania, wychowania i opieki);

– zapewnienie możliwości korzystania z przedszkoli niepublicznych, w których opłaty za czas świadczonego bezpłatnego nauczania, wychowania i opieki będą takie same jak ustalone przez radę gminy dla przedszkoli publicznych, poprzez umożliwienie otrzymania przez przedszkole niepubliczne dotacji na każde dziecko w wysokości równej wydatkom bieżącym przewidzianym na jednego wychowanka w przedszkolach prowadzonych przez gminę, pomniejszonym o opłaty wnoszone przez rodziców za korzystanie z wychowania przedszkolnego oraz za wyżywienie, stanowiące dochody budżetu gminy (niepubliczne przedszkola dotowane w 100%) – podobne rozwiązanie dotyczy niepublicznych, innych form wychowania przedszkolnego, z tym, że dotacja będzie zwiększona do 50%;

⁹⁴ Na konieczność kierowania wydatków publicznych na potrzeby najmłodszych i na pomoc rodzinom wielodzietnym, zwłaszcza w systemie pomocy w zakresie opieki nad dziećmi, zwraca się uwagę w Rezolucji Parlamentu Europejskiego w sprawie demograficznej przyszłości Europy.

– wprowadzenie zasady, że wszystkie zajęcia odbywające się w czasie przekraczającym czas bezpłatnego nauczania, wychowania i opieki w publicznych przedszkolach, publicznych, innych formach wychowania przedszkolnego oraz niepublicznych przedszkolach dotowanych w 100% będą prowadzone w ramach opłat ustalonych przez radę gminy.

1.2.7.2. Podnoszenie jakości usług edukacyjnych w systemie szkolnym

- Podnoszenie poziomu nauczania: podnoszenie poziomu kształcenia w zakresie kompetencji kluczowych niezbędnych do życia w społeczeństwie opartym na wiedzy.
- Zwiększenie dostępności dzieci i młodzieży do zajęć z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej, w szczególności napotykających trudności w nauce, oraz podnoszenie jakości udzielanej pomocy.
- Objęcie opieką pozalekcyjną dzieci w szkołach podstawowych i gimnazjach, zwłaszcza dzieci dojeżdżających spoza miejsca zamieszkania; wzbogacenie oferty zajęć uwzględniających potrzeby rozwojowe i zainteresowania dzieci i młodzieży.
- Uwzględnianie w programach nauczania nauczycieli metod postępowania w trudnych sytuacjach (z „trudnym” dzieckiem, z „trudnym” dorosłym – rodzicem) w celu poprawy efektów wychowawczych.
- Rozwijanie współpracy psychologów, pedagogów, lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie opieki i wychowania dzieci i młodzieży, a także współpracy nauczycieli i specjalistów wykonujących zadania z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej w przedszkolach, szkołach i placówkach w zakresie rozwiązywania problemów dydaktyczno-wychowawczych dzieci i młodzieży; analiza skuteczności działań poradni psychologiczno-pedagogicznych.
- Działania na rzecz wyrównywania szans edukacyjnych dzieci poprzez specjalne programy rozwojowe; objęcie nimi dzieci pochodzących z różnych środowisk o niskim kapitale kulturowym, ubogich, zagrożonych marginalizacją. W tym celu jest niezbędne:
 - zdiagnozowanie potrzeb: wyodrębnienie okolic o szczególnie niekorzystnych wskaźnikach społecznych i edukacyjnych i usytuowania placówek edukacyjnych na tym terenie;
 - opracowanie programów rozwojowych dla tych środowisk, z uwzględnieniem specyfiki potrzeb.

1.2.7.3. Zwiększenie socjalnej funkcji szkoły

- Rozwój i poprawa jakości usług świadczonych przez świetlice szkolne. Zapewnienie opieki świetlicowej dla uczniów szkoły podstawowej i gimnazjum, którzy pozostają w szkole dłużej ze względu na czas pracy rodziców, organizację dojazdu do szkoły, a także ze względu na inne okoliczności wymagające opieki w szkole.
- Kontynuowanie programów mających na celu zapewnienie właściwego zaplecza infrastrukturalnego poprzez rozbudowę i remonty obiektów sportowych, w tym szczególnie przeznaczonych dla dzieci i młodzieży. Budowa i modernizacja sportowych obiektów przyszkolnych przyczynia się do poprawy warunków prowadzenia zajęć wychowania fizycznego oraz zajęć pozalekcyjnych (wychowanie poprzez sport m.in. jako metoda zapobiegania patologii wśród dzieci i młodzieży).
- Kontynuowanie programów mających na celu rozwijanie sportu wśród dzieci i młodzieży; szkolenie sportowe młodzieży uzdolnionej, rozwijanie sportu dzieci (osób niepełnosprawnych). Promowanie aktywności sportowej jako formy dbałości o zdrowie i sprawność fizyczną. Przygotowanie kadry w zakresie prowadzenia stosownych zajęć.

- Kontynuowanie programu żywienia dzieci w postaci ciepłych posiłków i drugiego śniadania w każdej szkole podstawowej, gimnazjalnej i ponadgimnazjalnej, w tym – zapewnienie bezpłatnych posiłków uczniom z najbiedniejszych rodzin.
- Objęcie akcją dożywiania nie tylko uczniów szkół podstawowych i gimnazjalnych, ale i dzieci w przedszkolach oraz uczniów szkół średnich.
- Opracowanie i wprowadzenie systemu rozpoznania (monitorowania) trudnej sytuacji (rodzinnej, bytowej) uczniów przez szkoły.
- Poprawa stanu bezpieczeństwa w szkołach i placówkach oświaty przez:
 - doskonalenie relacji interpersonalnych i klimatu społecznego w szkole;
 - zwiększenie wpływu rodziców na życie szkoły;
 - zwiększenie umiejętności wychowawczych dyrektorów szkół i placówek wychowawczych, nauczycieli i rodziców oraz pracowników administracji;
 - zwiększenie społecznych i emocjonalnych kompetencji uczniów.
- Indywidualizacja kształcenia uczniów, rozwój ich zainteresowań, zwiększenie autonomii uczniów w szkole.

1.2.7.4. Rozwój usług społecznych sprzyjających poprawie zdrowia dzieci i młodzieży

- Poprawa jakości usług pielęgniarских w szkole przez zmniejszanie liczby uczniów przypadających na „etat przeliczeniowy” pielęgniarek szkolnych w szkołach wszystkich typów, zwłaszcza w zasadniczych szkołach zawodowych i na terenach wiejskich.
- Objęcie grupową profilaktyką próchnicy zębów w szkołach podstawowych i gimnazjach, zwłaszcza na terenach wiejskich; realizacja Programu monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej – poszerzanie grup wiekowych osób objętych programem, ze szczególnym uwzględnieniem grup: 3–6, 7–14 i 15–18 lat); zapewnienie powtarzalności badań.
- Edukacja żywieniowa uczniów i rodziców w ramach edukacji zdrowotnej kształtującej umiejętności i postawę odpowiedzialności za swój sposób żywienia. Rozwój i promocja różnych form aktywności fizycznej zmniejszających występowanie nadwagi i otyłości. Programy te powinny być kierowane do dzieci i rodziców.
- Zapewnienie w pełni powszechnych szczepień ochronnych.
- Rozwijanie poradnictwa psychologiczno-pedagogicznego w zakresie wspierania dzieci z zaburzeniami rozwoju, wadami i chorobami przewlekłymi; zapewnienie wczesnego wykrywania zagrożeń i odchyłeń w stanie zdrowia oraz zapewnienie orzecznictwa lekarskiego dla potrzeb ucznia i szkoły.
- Promocja wśród dzieci i młodzieży oraz rodziców aktywnych form spędzania czasu wolnego w placówkach systemu oświaty, domach kultury, ośrodkach rekreacyjnych w miejscu zamieszkania.
- Zapewnienie stałego wzrostu środków budżetowych (państwa i jednostek samorządu terytorialnego) w zależności od sytuacji finansów publicznych przeznaczanych na realizację programów zdrowotnych z zakresu promocji i ochrony zdrowia mieszkańców poszczególnych regionów, przede wszystkim dzieci i młodzieży (w ramach realizacji celu operacyjnego Narodowego Programu Zdrowia – „wspieranie rozwoju i zdrowia fizycznego, psychospołecznego oraz zapobiegania najczęstszym problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży”). Dążenie do stałego wzrostu odsetka dzieci i młodzieży objętych tymi programami oraz podnoszenia jakości usług (kadra specjalistyczna, sprzęt medyczny – unowocześnianie itp.); promocja i upowszechnianie dobrych praktyk w zakresie tych programów.

1.2.8. Stworzenie systemu pozwalającego na zapewnienie dostępu dzieci i młodzieży do usług społecznych na zasadzie równych szans

- Zmniejszanie nierówności w stopniu upowszechnienia edukacji przedszkolnej, poprzez projekty konkursowe dotyczące:
 - tworzenia przedszkoli (w tym również uruchamiania innych form wychowania przedszkolnego) na obszarach i w środowiskach o niskim stopniu upowszechnienia edukacji przedszkolnej (w szczególności na obszarach wiejskich i w małych ośrodkach miejskich),
 - wsparcia istniejących przedszkoli (w tym również funkcjonujących innych form wychowania przedszkolnego) w celu umożliwienia większej liczbie dzieci korzystania z wychowania przedszkolnego np. przez wsparcie dla placówek zagrożonych likwidacją,
 - wydłużenie godzin pracy placówek, uruchomienie dodatkowych oddziałów, zatrudnienie dodatkowego personelu itp.
- Rozwój infrastruktury społecznej, przede wszystkim na wsi i w małych miastach, w tym rozwój przedszkoli jako placówek edukacji i pierwszej socjalizacji dzieci umożliwiających wyrównanie szans startu w edukacji szkolnej dla dzieci ze środowisk zaniedbanych i rodzin problemowych.
- Kontynuacja programów rozbudowy i modernizacji obiektów sportowych, zwłaszcza przy-szkolnych w środowiskach wiejskich, małych miejscowości, środowiskach strukturalnie zaniedbanych.
- Stworzenie systemu zapewnienia większego dostępu dzieci i młodzieży ze wsi i z małych miast oraz z rodzin z problemami do zajęć pozalekcyjnych rozwijających umiejętności, talenty oraz organizujących czas wolny. Stworzenie systemu zapewnienia większego dostępu młodzieży z ubogich rodzin oraz ze wsi i małych miast do szkolnictwa średniego i wyższego poprzez:
 - większe wsparcie w formie stypendiów (bonów na podręczniki, wyżywienie, transport itp.) dla dzieci i młodzieży,
 - zróżnicowanie wysokości ulg za bilety szkolne – większe ulgi dla dojeżdżających z dalszych odległości oraz z rodzin ubogich.
- Tworzenie specjalnych, lokalnych programów rozwojowych sprofilowanych zgodnie z sytuacjami i potrzebami występującymi na danym terenie.

1.2.9. Włączenie rodziców do współpracy z instytucjami zaangażowanymi w proces wychowania i edukacji dzieci i młodzieży

- Rozszerzenie aktywności samych rodziców przez bezpośrednie uczestnictwo w różnych przedsięwzięciach w placówkach usług społecznych dla dzieci (żłobkach, przedszkolach, szkołach, placówkach kulturalnych i rekreacyjnych, co może być traktowane jako substytut opłat pieniężnych za korzystanie dzieci z tych usług).
- Upowszechnianie wśród rodziców informacji o możliwościach wsparcia dzieci i młodzieży, rodziców i nauczycieli w placówkach systemu oświaty oraz rozwijanie oferty pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

**PRIORYTET I.3. Zapobieganie wykluczeniu i marginalizacji. Integracja społeczna.
Pomoc rodzinom w trudnych sytuacjach: ubogim, wielodzietnym,
niepełnym, z osobą niepełnosprawną, dotkniętym dysfunkcją
lub patologią**

1.3.1. Aktywizacja i reaktywizacja zawodowa

Podstawowym czynnikiem kształtującym warunki życia rodzin z dziećmi jest status rodziców na rynku pracy, dlatego w poprawie ich sytuacji priorytetowe znaczenie powinna mieć aktywizacja zawodowa rodziców mających dzieci na utrzymaniu, szczególnie większą liczbę dzieci. Kontrakt pracy z rodzicami i ich stała współpraca z urzędem pracy jest praktykowane i zaczyna przynosić pozytywne rezultaty. W myśl ustawy o promocji zatrudnienia za tych, do których powinny być w większym stopniu kierowane działania dodatkowe w ramach tzw. programów specjalnych, można uznać osoby znajdujące się w wyjątkowo trudnej sytuacji i wychowujące dzieci. Do poprawy ich sytuacji może przyczynić się:

- Rozwój aktywizujących form w ramach pomocy społecznej.
- Promowanie i wspieranie (organizacyjne, finansowe) samopomocowych działań w środowisku lokalnym:
 - upowszechnianie dobrych praktyk w tym zakresie,
 - promowanie pozytywnych przykładów samozaradności.
- Wzmocnienie roli i zakresu oddziaływania PCPR jako centrum koordynacji działań różnych podmiotów na rzecz rozwiązywania problemów rodzin na danym terenie:
 - inicjowanie i koordynacja współpracy lokalnych podmiotów działających na rzecz rodzin,
 - edukacja społeczna,
 - tworzenie lokalnych systemów informacji o sytuacji i potrzebach rodzin (poziom gminy, powiatu).

1.3.2. Dostęp do usług opieki nad dzieckiem

Zwiększanie ekonomicznej i organizacyjnej dostępności do usług społecznych, w tym zwłaszcza usług opieki nad dzieckiem, usług edukacyjnych dla dzieci i młodzieży (oraz usług opiekuńczych dla ludzi starych i niepełnosprawnych). Wzorem innych krajów europejskich, np. Szwecji czy Austrii można wprowadzić bony na zakup usług, zależnie od sytuacji dochodowej rodziny.

Obok dostępu ekonomicznego i organizacyjnego oraz przestrzennego do usług opieki, ważne jest zadbanie o wysoką jakość usług dla rodzin z dziećmi oraz dla osób starszych niepełnych i osób niepełnosprawnych, zwłaszcza ze znacznym i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności.

1.3.3. Poradnictwo rodzinne, psychologiczne

Potrzebny jest dalszy rozwój poradnictwa opartego na profesjonalnej kadrze, zwłaszcza służb społecznych pracujących z rodzinami, obok pracy socjalnej i asystenckiej. Zwiększenie skłonności rodzin do korzystania z porad wymaga poszerzania działań informacyjnych i promocyjnych. W działaniach tych ważnym elementem powinno być motywowanie do zapobiegliwości własnej.

1.3.4. Stworzenie możliwości poprawy warunków mieszkaniowych

Rodziny ubogie z dziećmi mogą uzyskać pomoc poprzez rozwój społecznego budownictwa czynszowego, realizowanego ze wsparciem państwa i samorządów przez towarzystwa budownictwa społecznego i spółdzielnie mieszkaniowe.. Obok budowy nowych mieszkań, których koszty powinny być w części refundowane przez budżet państwa, niezbędne jest właściwe zagospodarowanie dotychczasowej bazy lokalowej.

1.3.5. Tworzenie warunków na rzecz rozwoju dzieci i młodzieży na zasadzie równości szans

Niezbędny jest dalszy rozwój infrastruktury społecznej, w tym edukacji przedszkolnej i świetlic szkolnych, przede wszystkim w małych miastach i na wsi tak, aby wyrównać szanse edukacyjne dzieci ze środowisk biednych. Należy zwiększyć dostęp dzieci i młodzieży ze wsi i z małych miast do zajęć pozalekcyjnych, rozwijających umiejętności, talenty, ale i organizujących czas wolny. Celowe pozostaje utrzymywanie rozwiązań przewidzianych w programach rządowych wspierających młodzież ubogą ze środowisk wiejskich, popegeerowskich, i małomiasteczkowych, w formie stypendiów zasiłków, zakupu wyposażenia do szkoły (np. program „Wyprawka szkolna”, wojewódzkie programy pomocy stypendialnej, działań własnych samorządów terytorialnych).

1.3.6. Wspieranie rodzin wielodzietnych

1.3.6.1. Ograniczanie ubóstwa i zapobieganie marginalizacji rodzin wielodzietnych jako warunek zapewnienia rozwoju młodego pokolenia

W związku z bardzo dużym zagrożeniem ubóstwem i marginalizacją, konieczna jest pomoc rodzinom wielodzietnym przez wprowadzanie rozwiązań wspierających ich integrację zawodową i społeczną.

Integracja zawodowa powinna służyć poprawie sytuacji ekonomicznej rodzin wielodzietnych. Integrację w obszarze zawodowym można osiągnąć poprzez aktywność zawodową i pobudzanie własnej aktywności rodziców. Działania w tym zakresie powinny koncentrować się na tworzeniu warunków sprzyjających zwiększeniu szans pozostania i powrotu na rynek pracy poprzez:

- rozwijanie systemu szkoleń i różnych form doksztalcania stwarzających szanse rodzicom wielodzietnym na podniesienie kwalifikacji zawodowych,
- rozwijanie systemu szkoleń zawodowych dla osób pragnących powrócić lub wejść po raz pierwszy na rynek pracy po okresie dezaktywizacji spowodowanej pełnieniem obowiązków opiekuńczych wobec dzieci,
- wzmocnienie roli kontraktu socjalnego w działaniach służb pomocy społecznej na rzecz rodzin wielodzietnych objętych długotrwałym wsparciem tych instytucji,
- subsydiowanie przez samorząd i państwo pracy społecznie użytecznej dla rodziców mających na utrzymaniu większą liczbę dzieci,
- pobudzanie przez władze samorządowe samoorganizacji rodziców rodzin wielodzietnych w formie podejmowania inicjatywy tworzenia i prowadzenia spółdzielni socjalnych.

Integracja społeczna powinna dotyczyć wszystkich członków rodziny, a więc zarówno rodziców (głównie poprzez aktywność zawodową, o czym wyżej przy integracji zawodowej), jak i dzieci poprzez zwiększenie dostępu do usług społecznych.

Rozwojowi usług społecznych, w tym sieci placówek opieki nad małymi dziećmi (żłobki, przedszkola, świetlice) powinno towarzyszyć dostosowanie zasad odpłatności za te usługi do możliwości finansowych ubogich rodzin wielodzietnych oraz funkcjonowanie organizacyjne (dostęp przestrzenny i czasowy) oparte na zasadach umożliwiających korzystanie przez dzieci osób pracujących zawodowo lub uczestniczących w szkoleniach przygotowujących do powrotu na rynek pracy.

Czynnikiem wyrównywania szans rozwoju dzieci z rodzin wielodzietnych jest zapewnienie uczniom objętym obowiązkiem szkolnym, dostępu do bezpłatnych podręczników oraz materiałów edukacyjnych służących do realizacji programów nauczania (które mogą zastępować lub uzupełniać podręczniki), jak również materiałów ćwiczeniowych (wyposażenie szkół podstawowych w podręczniki do zajęć z zakresu edukacji: polonistycznej, matematycznej, przyrodniczej i społecznej w klasach I-III zapewnia MEN, a podręczniki te stają się własnością organu prowadzącego szkołę podstawową z dniem ich przekazania. Ustawa z dnia 30 maja 2014 r. o zmianie ustawy o systemie oświaty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2014, poz. 811). Istotnym czynnikiem integracji społecznej rodzin wielodzietnych w środowisku zamieszkania powinno być ich uczestnictwo w rozwoju różnych form samopomocy, w tym poprzez udział w działaniach istniejących organizacji pozarządowych oraz tworzenie nowych własnych w celu rozwiązywania wspólnych problemów.

W celu integracji społecznej dzieci z rodzin wielodzietnych należy:

- zwiększać ich dostęp do opieki przedszkolnej,
- zwiększać nakłady publiczne na stypendia socjalne dla dzieci i młodzieży uczących się, pochodzących z ubogich rodzin wielodzietnych,
- spopularyzować i upowszechnić inicjatywy samorządowe polegające na tworzeniu lokalnych preferencji dla rodzin wielodzietnych (Karta Dużej Rodziny; Karta Rodziny 3+),
- upowszechnić Ogólnopolską Kartę Dużej Rodziny.

1.3.7. Zapewnienie warunków dla prawidłowego realizowania funkcji ekonomicznej, opiekuńczej, wychowawczej i emocjonalnej rodziny niepełnej z dziećmi na utrzymaniu

1.3.7.1. Wsparcie rodzin niepełnych w wypełnianiu funkcji opiekuńczo-wychowawczej

Pomoc dla rodzin niepełnych w realizacji funkcji opiekuńczo-wychowawczej powinna następować przez zapewnienie rodzicowi pracującemu uprzywilejowanego dostępu do usług opieki nad małymi dziećmi, zróżnicowanie dostępnych form i zakresu opieki w celu ułatwienia godzenia obowiązków zawodowych i rodzinnych. Dużą rolę może tu odegrać nowa Ustawa o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3, różnicująca formy tej opieki zależnie od preferencji rodziny i jej możliwości finansowych.

Istotny element integracji społecznej rodzin niepełnych powinna stanowić samoorganizacja i samopomoc, zwłaszcza w formie organizacji pozarządowych. Ze względu na przyczyny niepełności rodziny (urodzenia pozamałżeńskie) ważnym narzędziem pomocy powinna być pomoc psychologiczna i poradnictwo zdrowotne (w okresie ciąży, porodu, połogu, opieki nad noworodkiem i małym dzieckiem).

1.3.8. Pomoc rodzinom z osobą niepełnosprawną i zapobieganie ich wykluczeniu społecznemu

1.3.8.1. Zwiększenie dostępu do usług opiekuńczych

Dostępność ekonomiczna, organizacyjna i terytorialna powinna być priorytetem w działaniach wspomagających rodziny z osobami/dziećmi niepełnosprawnymi. Zmiany w strukturze niepełnosprawnych według stopnia niepełnosprawności w kierunku wzrostu po-

pulacji osób z umiarkowanym i znacznym stopniem niepełnosprawności oraz starzenie się społeczeństwa powodują wzrost zapotrzebowania na odpowiednią infrastrukturę, specjalistyczne wsparcie oraz usługi opiekuńcze. Dotyczy to w szczególności terenów wiejskich, obszarów peryferyjnych i zaniedbanych dzielnic miejskich, gdzie osoby niepełnosprawne (w tym rodziny z dziećmi niepełnosprawnymi oraz osoby starsze niepełnosprawne) są w najtrudniejszej sytuacji. Niezbędne jest projektowanie usług opieki zdrowotnej i społecznej (poza usługami opiekuńczymi, czyli usługi edukacyjne i inne) tak, by odpowiadały one potrzebom osób niepełnosprawnych.

Samorządy terytorialne (ośrodki pomocy społecznej) powinny w większym stopniu dokonywać wyboru podmiotu realizującego usługi opiekuńcze na poziomie uznanego standardu usług, uwzględniając dotychczasową efektywność ich pracy, mając na względzie potrzebę zapewnienia osobie niepełnosprawnej, zwłaszcza dziecku, systematycznego, stabilnego procesu rehabilitacji. Częsta zmiana instytucji (osoby rehabilitanta) świadczącej usługi opiekuńcze wobec osoby niepełnosprawnej, zwłaszcza dziecka, jest krzywdząca i utrudnia lub cofa proces rehabilitacji.

I.3.8.2. Zapobieganie ubóstwu rodzin z osobą niepełnosprawną

Podstawowe świadczenia rodzinne (poza świadczeniami opiekuńczymi) nie stanowią znaczącej pozycji w budżetach rodzin z niepełnosprawnymi dziećmi. Należy przy tym uwzględnić wydatki na rehabilitację: im częściej dziecko jest (albo powinno być) poddawane zabiegom rehabilitacyjnym, tym większe rodzina ponosi koszty, których nie są w stanie zrekompensować dodatki do zasiłku rodzinnego w dotychczasowej wysokości. Niezbędny jest większy dostęp do nieodpłatnej rehabilitacji medycznej.

I.3.8.3. Zwiększanie możliwości godzenia pracy z obowiązkami rodzinnymi przez matki dzieci niepełnosprawnych

Szanse te powinny być skierowane w szczególności do matek, gdyż sporą grupę rodzin z niepełnosprawnymi dziećmi stanowią samotne matki. O rezygnacji z pracy i pobieraniu świadczeń pielęgnacyjnych powinna decydować kobieta (z omawianych świadczeń korzystają w zasadzie same kobiety). Stąd niezbędne są działania w kierunku zapewnienia opieki nad dzieckiem w czasie wykonywania pracy zawodowej przez matkę/ojca. „Ustawa żłobkowa”, ulgi podatkowe z tytułu organizacji opieki (niania), zasiłki z tytułu sprawowania opieki nad niepełnosprawnym dzieckiem (funkcjonują dodatki do zasiłków rodzinnych z tytułu kształcenia i rehabilitacji) mogłyby ułatwić godzenie pracy i sprawowanie opieki.

I.3.8.4. Zwiększanie dostępu niepełnosprawnych dzieci do szkolnictwa ogólnodostępnego⁹⁵

Szkolnictwo podstawowe i gimnazjalne w ramach realizacji obowiązku szkolnego powinno stawać się coraz bardziej integracyjne. Przy czym nie należy likwidować na obecnym etapie szkół specjalnych. Rozwój szkolnictwa integracyjnego wymaga więc:

- odpowiedniego przygotowania pracowników szkół,

⁹⁵ Na znaczenie edukacji dla kreowania aktywności życiowej dzieci i młodzieży niepełnosprawnej kładzie się nacisk w „Future EU Strategy for Youth”, November 2009 (http://WWW.pfon.org/image/dodatki/200911_edf_youthpolicy.doc – dostęp w dniu 4.01.2012 r.).

- zapewnienia właściwego zaplecza technicznego, przystosowania funkcjonalnego budynków szkół oraz ich otoczenia.

1.3.8.5. Zapobieganie patologii w rodzinie i środowisku uczniowskim oraz w miejscu zamieszkania

- Jest konieczna organizacja czasu wolnego dzieci i młodzieży nie tylko przez dalszy rozwój instytucjonalnych form typu świetlice środowiskowe, ale i ze strony rodziców/opiekunów. Do tego niezbędne wydaje się upowszechnianie różnych form organizacji czasu przez media, by uczulić rodziców na problem i podpowiedzieć im konkretne rozwiązania, w tym realizacja „Programu Świetlica-Dzieci-Praca na rzecz wspierania dziecka i rodziny w gminie w latach 2011–2015”, mającego na celu wsparcie dzieci i młodzieży z rodzin dysfunkcyjnych.
- Zwiększenie troski rodziców o kontakty rówieśnicze swoich dzieci poprzez kampanie w szkołach (z udziałem pedagogów i psychologów) i w mediach.
- Kontrola zachowań uczniów w szkole przez wychowawców i nauczycieli oraz współpracę w tym zakresie z policją.
- Zwiększanie dostępności do instytucji pomocy ofiarom przemocy, dotkniętym narkomanią i innymi uzależnieniami, do instytucji takich jak: samorządowe i pozarządowe punkty konsultacyjne (Ewaluacja realizacji „Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie”, wprowadzenie zakazu bicia dzieci – karania fizycznego), rozszerzenie form udzielanej pomocy ofierze przemocy w rodzinie. Bezpłatne badanie lekarskie w celu ustalenia przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała zostało wprowadzone do art. 3 ust. 1 pkt 5 ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. z 2010 r. Nr 125 poz. 842), zmiana weszła w życie z dniem 1 sierpnia 2010 r. Pełniejsza realizacja zapisów znowelizowanego w 2008 r. Kodeksu Rodzinnego i Opiekuńczego, dotyczących ochrony dziecka przed złym traktowaniem ze strony rodziców i opiekunów.
- Rozwój systemu profilaktyki przeciwalkoholowej, przeciw narkomanii i przemocy na poziomie gmin; opracowywanie gminnych programów przeciwdziałania tym zjawiskom. Lepsza koordynacja działań gminnych zespołów interdyscyplinarnych działających w ramach Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie, Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii oraz Narodowego Programu Profilaktyki Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Zwiększanie dostępu sprawców przemocy do programów korekcyjno-edukacyjnych (Pobudzenie ogólnej wrażliwości i troski społeczeństwa na zjawisko krzywdzenia dzieci przez systematyczne ciągle nagłaśnianie tego zagrożenia i promocję dobrych praktyk i przykładów odpowiednich działań zapobiegawczych w mediach.

1.3.9. Pomoc dzieciom pozbawionym środowiska rodzinnego

1.3.9.1. Rozbudowanie lokalnego środowiskowego zaplecza pomocy rodzinom w wychowaniu dzieci

- Właściwe rozpoznawanie zagrożeń rozwoju dzieci, zwłaszcza dzieci najmłodszych, które są najbardziej narażone na skutki nieudolnej lub niewystarczającej bądź niewłaściwej opieki (maltretowanie).
- Stworzenie lokalnej oferty pomocy dzieciom i wsparcia dla rodziców, w tym przez rozwój i dofinansowanie usług opiekuńczych (nie tylko żłobki i przedszkola, ale i opiekunki dziecięcej w domu) oraz pomocy domowej. Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej wprowadza od 1. stycznia 2012 r. obowiązek wsparcia rodziny

przeżywającej trudności w wypełnianiu funkcji opiekuńczo-wychowawczej przez wójta oraz powołuje w ośrodku pomocy społecznej zespół do spraw asysty rodzinnej oraz asystenta rodziny.

- Dla dzieci z rodzin zagrożonych biedą i patologią instytucją rozwoju i socjalizacji powinny być przedszkola (za takie uznaje się je w polityce edukacyjnej państwa), między innymi przez obniżanie wieku obowiązku szkolnego i objęcie wychowaniem przedszkolnym prawie wszystkich dzieci w danej grupie wieku.
- Ważnym instrumentem powinien być rozwój działalności opiekuńczo-wychowawczej w szkołach w formie zajęć pozalekcyjnych. Ta forma organizacji czasu wolnego dzieci i młodzieży mogłaby być uzupełniona lub w jakiejś mierze zastąpiona przez środowiskowe świetlice i kluby.
- Rozpoznanie zagrożeń dzieci i niesieniu pierwszej pomocy powinno też służyć zapewnienie opieki medycznej w szkole (niedożywienie, objawy przemocy w rodzinie czy w środowisku rówieśniczym, szkolnym).

1.3.9.2. Doskonalenie rozwiązań w zakresie stanowienia form opieki zastępczej nad dzieckiem

Po wykorzystaniu wszelkich środowiskowych form pomocy, kiedy dziecko nie może pozostać w rodzinie, ważna pozostaje pewność decyzji o umieszczeniu dziecka w rodzinie zastępczej lub w placówce dla jego dobra. Ciągłego doskonalenia wymaga współpraca ośrodków pomocy społecznej (wsparcie środowiskowe rodzin) z sądami rodzinnymi oraz z placówkami prowadzonymi przez powiaty i powiatowe centra pomocy rodzinie.

Konieczne są zatem dalsze inicjatywy edukacyjno-szkoleniowe ukierunkowane przede wszystkim na sędziów rodzinnych i kuratorów sądowych. Doskonalenia wymaga też postępowanie kwalifikacyjne rodzin do pełnienia roli rodziców zastępczych.

1.3.9.3. Inwestowanie w tworzenie małych placówek opiekuńczo-wychowawczych i stworzenie lepszych rozwiązań w zakresie organizacji opieki medycznej nad wychowankami placówek

Dzieci długotrwale chore i niepełnosprawne trafiają przede wszystkim do placówek, rzadko do rodzin zastępczych, należałoby im więc zapewnić specjalistyczną pomoc, której brakuje.

1.3.9.4. Wzbogacenie programów usamodzielnienia się młodzieży (trafiającej do placówek na kilka lat przed usamodzielnieniem się)

- Większe zróżnicowanie oferty edukacyjnej oraz możliwość nadrabiania luk i zapóźnień w nauce szkolnej.
- Większe wsparcie w uzyskaniu własnego lokum, zakładając jako rozwiązanie przejściowe korzystanie z mieszkania chronionego.

CEL II.

TWORZENIE WARUNKÓW SPRZYJAJĄCYCH INTEGRACJI W STARZEJĄCYM SIĘ SPOŁECZEŃSTWIE – ZMNIEJSZENIE SKALI ZAGROŻENIA WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM LUDZI STARSZYCH, NIESAMODZIELNYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH – Prof. dr hab. Józefina Hrynkiewicz

DIAGNOZA

1. Charakterystyka zmian demograficznych

Charakterystyka zmian demograficznych w Polsce obejmuje lata 2010–2035 oraz skutki zmian dla kształtowania się sytuacji populacji osób starszych⁹⁶ (w wieku poprodukcyjnym), a także osób niepełnosprawnych i niesamodzielnych (niezdolnych do samodzielnej egzystencji). Ma służyć wskazaniu aktualnych i przewidywanych problemów wymagających rozwiązania w polityce ludnościowej i społecznej państwa. Zachodzące w Polsce w okresie obejmowanym prognozą procesy i zjawiska demograficzne, społeczne i ekonomiczne mogą tworzyć realne zagrożenia wykluczeniem społecznym wymienionych zbiorowości. Zmniejszy się wielkość i struktura rodziny, tym samym zmniejszeniu ulegnie potencjał opiekuńczy rodzin.

⁹⁶ Podstawowe **definicje** obejmują: procesy starzenia się populacji, osoby stare, starość powiązana z niepełnosprawnością; skutki społeczne, ekonomiczne starzenia się, wykluczenie społeczne ludzi starych, potencjał opiekuńczy rodzin, osoby niepełnosprawne, osoby niesamodzielne (niezdolne do samodzielnej egzystencji). Starość, starzenie się, niepełnosprawność są przedmiotem prac badawczych wielu dyscyplin naukowych (ekonomii, socjologii, psychologii, ekonomii, nauk medycznych i innych). W literaturze przedmiotu używa się różnych określeń dla osób w wieku poprodukcyjnym: osoby starsze lub stare. Wielu autorów podkreśla, że pojęcie „człowiek stary”, „ludzie starzy” ma w społecznym odbiorze pejoratywny wydźwięk. Wynika to z ukształtowanego w Polsce negatywnego stereotypu człowieka starego (osoby starej). Wyrażenia „starzec”, osoba „stara” w interpretacji niektórych autorów nie służą określeniu i opisaniu stanu odpowiednio do sytuacji, położenia i statusu osoby w zaawansowanym wieku, lecz powoduje naznaczenie negatywnymi skojarzeniami i stereotypami. Określenie osoba „starsza” tym bardziej nie opisuje osób w zaawansowanym wieku. Posługując się w opisie drugim stopniem przymiotnika (starszy), dokonujemy porównania z kimś, kto jest stary (pierwszy stopień), lecz nie jest najstarszy (trzeci stopień). Starszy może oznaczać też starszy od młodszego (bez względu na wiek). Trudności z definiowaniem wieku, od którego rozpoczyna się starość człowieka, nie jest zagadnieniem nowym. W czasach współczesnych powszechnego kultu nieustannej młodości i sprawności, powiększają się trudności z definiowaniem wieku, od którego zaczyna się starość. Być może w definiowaniu starości (podobnie, jak w określaniu przynależności do narodu) trzeba decyzję pozostawić każdemu, kto sam określi swoją przynależność do grupy wieku, bez względu na jego wiek metrykalny. Definicja taka socjologicznie jest niewątpliwie poprawna, ale z punktu widzenia polityki społecznej nie jest użyteczna. W pracach dotyczących starości, procesów starzenia się ludności wielu autorów stara się unikać pojęć „stary” i „starszy”, zastępując je określeniami: senior, seniorzy lub osoby trzeciego oraz czwartego wieku. Trzeci wiek to czas, gdy jednostka jest wolna od pracy zawodowej i zadań rodzicielskich, zaś czwarty wiek to czas życia, gdy jednostka ze względu na wiek traci samodzielność i niezależność, ma ograniczoną sprawność fizyczną i umysłową. Senior to ktoś najstarszy w danej zbiorowości, lecz stare mogą być osoby nie tylko najstarsze w danej zbiorowości, ale też i młodsze od nich, ale także stare. Żadne z podanych określeń nie jest jednak dostatecznie precyzyjne. Żadne z nich nie definiuje jednoznacznie ostatniej naturalnej fazy życia człowieka po zakończeniu aktywności zawodowej. Podejmowane próby uniknięcia określenia człowieka w zaawansowanym wieku jako osoby starej trudno ocenić jako zadowalające. Nie pozwalają one uniknąć negatywnych skojarzeń związanych ze starością, jakie powstały w świadomości społecznej. Unikanie pojęć „stary”, „starość” w opisie sytuacji najstarszego pokolenia utrwała negatywny stereotyp ukształtowany na zasadzie przeciwstawiania młodości jako „dobrego” czasu życia, starości zaś jako „złego” okresu życia.

Proces starzenia się ludności jest wynikiem zmian w procesach ruchu naturalnego, wydłużania przeciętnego dalszego trwania życia oraz międzynarodowych migracji ludności. Tempo starzenia się ludności jest różne w poszczególnych krajach. Europa należy do tej części świata, gdzie proces starzenia się ludności należy do najbardziej zaawansowanych. Szczególnie wysokie tempo starzenia się nastąpiło w latach 90. XX wieku i pierwszym dziesięcioleciu XXI wieku. Polska należy także do tych krajów, w których proces starzenia się jest już zaawansowany. W kolejnych latach do 2035 r. tempo wzrostu udziału ludności w wieku poprodukcyjnym będzie nadal wysokie, wskutek niskiego poziomu dzietności i wzrostu przeciętnego dalszego trwania życia (z 79,8 lat kobiety i 71,4 lat mężczyźni w 2010 r. do odpowiednio 82,9 i 77,1 lat w 2035 r.) oraz emigracji zarobkowych. Niepewność przewidywanej sytuacji demograficznej w Polsce może wynikać z trudności prognozowania przebiegu ruchów migracyjnych. Zależą one od wielu czynników, w tym kształtowania się sytuacji ekonomicznej w państwach przyjmujących emigrantów (oraz ich polityki imigracyjnej). Istotnych informacji dotyczących migracji mogą dostarczać wyniki Narodowego Spisu Powszechnego przeprowadzonego w 2011 roku⁹⁷.

Prognoza demograficzna GUS na lata 2010–2035 w odniesieniu do gospodarstw domowych wskazuje na zmniejszanie się wielkości gospodarstw domowych z 2,64 osób do 2,42. Wzrośnie też udział gospodarstw jednoosobowych (z 26,9% do 32,5%), dwuosobowych (z 26,5% do 28,7%) oraz gospodarstw bez dzieci z 67,6% do 75,8%⁹⁸. Gospodarstwa domowe na wsi nadal będą liczniejsze niż w mieście. Zmiany w strukturze rodzin i gospodarstw domowych będą wpływać na zmniejszanie potencjału opiekuńczego rodziny, z tego powodu usługi dla osób niesamodzielnych (dzieci, osób niepełnosprawnych, niesamodzielnych w zaawansowanym wieku) będą organizowane poza rodziną.

Zaawansowanie procesów starzenia się ludności oraz stanu ich zdrowia uzasadnia wyodrębnienie w aktualizowanych Rekomendacjach Rządowej Rady Ludnościowej w zakresie polityki ludnościowej trzech grup. W **zakresie podmiotowym** aktualizowane „Rekomendacje” obejmują:

- osoby starsze w wieku poprodukcyjnym, które zakończyły aktywność zawodową; według grup wieku od 60 (kobiety)/65 (mężczyźni) do 74 lat, 75–79 lat oraz w wieku 80 i więcej lat,
- osoby niesamodzielne w wieku produkcyjnym i poprodukcyjnym,
- osoby niesamodzielne (niezdolne do samodzielnej egzystencji) z powodu kondycji fizycznej lub/i psychicznej, wymagające stałej lub długotrwałej pomocy innych osób w zakresie zwykłych czynności dnia codziennego (przemieszczenia się, zaspokajania podstawowych potrzeb egzystencjalnych, pielęgnacji ciała itp.). Zdecydowana większość osób niesamodzielnych to osoby w wieku 75 i więcej lat (w tej części Rekomendacje nie obejmują niepełnosprawnych dzieci i młodzieży).

Wskazane kategorie osób nie są rozłączne: niepełnosprawne i niesamodzielne mogą być osoby w różnym wieku. Osoby w zaawansowanym wieku mogą być niezdolne do samodzielnej egzystencji lub/i niepełnosprawne). Wymienione grupy są zróżnicowane ze względu na: wiek, płeć, stan cywilny, stan rodziny, rodzaj gospodarstwa domowego, wykształcenie, zawód, stan zdrowia, poziom sprawności (stopień ograniczenia sprawności i samodzielności),

⁹⁷ NSP 2011 wykazał, że w Polsce przebywało 56,3 tys. stałych mieszkańców z innych krajów, w tym 40,1 tys. powyżej trzech miesięcy. Według danych szacunkowych w marcu 2011 r. za granicą powyżej trzech miesięcy przebywało ok. 2 mln osób, w tym ok. 1,5 mln przez co najmniej rok. Por. *Raport z wyników. Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011* (2012), s. 91 i nast.

⁹⁸ Dane liczbowe – jeśli nie zaznaczono inaczej – pochodzą z wydawnictw GUS: *Prognoza ludności Polski na lata 2010–2035* (2009) i *Rocznika Demograficznego* (wydania odpowiednie dla omawianych lat) oraz z innych wydawnictw GUS.

dochody, miejsce zamieszkania, potrzeby oraz inne cechy. Wyodrębnianie kategorii osób niesamodzielnych w analizach i rekomendacjach dotyczących polityki ludnościowej pozwoli na określenie skali potrzeb i form opieki oraz na pełniejsze poznanie struktury osób w zaawansowanym wieku, w związku z przedłużającym się czasem trwania życia, w tym utratę zdolności do samodzielnej egzystencji w zaawansowanym wieku ostatniej fazy życia.

Wyodrębnienie grupy osób niesamodzielnych pozwoli na bliższe poznanie przyczyn niesamodzielności, w tym wpływu warunków życia, działania (lub zaniechania działania) systemu ochrony zdrowia, jego sprawnej (lub niesprawnej) organizacji dostosowanej (lub nie) do potrzeb starzejącej się ludności. Wiele osób niesamodzielnych (np. z powodu wypadków, podeszłego wieku) to „ofiary” nieskutecznego działania i wadliwej organizacji systemu opieki medycznej; braku kompleksowej zintegrowanej wielu i wysokospecjalistycznej opieki nad pacjentem, przedłużających się proceduralnych postępowań w organizacji leczenia i rehabilitacji. Wielu przypadków niezdolności do samodzielnej egzystencji można byłoby uniknąć, gdyby w leczeniu pacjenta punktem wyjścia były jego potrzeby wynikające ze stanu zdrowia, a nie „podział” schorzeń według kompetencji, specjalności i dyscyplin medycznych oraz biurokratycznych procedur.

W dotychczasowej praktyce polityki społecznej osoby niezdolne do samodzielnej egzystencji włączone są do kategorii osób: 1) starych (niesamodzielni ze względu na kondycję psychofizyczną, np. osoby z chorobą Alzheimera, z demencją, w bardzo zaawansowanym wieku z daleko posuniętymi objawami starzenia się), 2) niepełnosprawnych z powodu skutków wypadku, chorób somatycznych, chorób psychicznych, wad wrodzonych⁹⁹. Kategoria osób niesamodzielnych najczęściej zaliczana jest do osób niepełnosprawnych. Jej wyodrębnienie spośród osób starych i niepełnosprawnych – w aktualnych „Rekomendacjach Rządowej Rady Ludnościowej w zakresie polityki ludnościowej Polski” – jest uzasadnione bardzo istotnym zróżnicowaniem: od niepełnosprawności ruchowej (co nie zawsze musi oznaczać niesamodzielność) do niesamodzielności z powodu choroby psychicznej (pomimo całkowitej sprawności ruchowej).

Z przyczyn demograficznych i społecznych zmniejsza się potencjał opiekuńczy rodziny; stają się one mniej liczne, kontakty w nich są mniej intensywne, następuje osłabienie więzi krewniaczych, rozpadają się rodziny wielopokoleniowe, zanikają kręgi rodzinne. Utrzymuje się wciąż wysoki poziom emigracji zarobkowej zarówno wewnętrznej, jak i zewnętrznej. Liczba osób niesamodzielnych (niezdolnych do samodzielnej egzystencji), potrzebująca codziennej (stałej) opieki innych osób w czasie przewidywanym Rekomendacjami będzie rosła. Opieka nad osobą niesamodzielną musi być osobiście wykonywana przez opiekuna. Nie można jej sprawować dzięki czy za pomocą nowoczesnych technologii komunikacyjnych, informacyjnych lub urządzeń technicznych. Liczba osób potrzebujących opieki będzie rosła, natomiast liczba osób zobowiązanych i jednocześnie zdolnych do udzielenia opieki (z przyczyn demograficznych) sukcesywnie będzie się zmniejszać. W Polsce nie ma badań i analiz zawierających informacje o wielkości (i wartości) potencjału opiekuńczego rodziny. Potrzebne są systematyczne badania (monitoring) i ocena potencjału opiekuńczego rodziny.

Procesy starzenia się populacji są naturalnym procesem wynikającym z upływu czasu życia człowieka. W demografii procesy starzenia się są najpewniej przewidywalne, gdyż populacja osób urodzonych w danym roku (np. 1950, 2000) osiągnie określony wiek w określonym czasie. Z prognozy trwania życia i umieralności wynika czas dalszego przeciętnego trwania życia populacji. Określenie struktury wieku ludności w danym czasie jest możliwe na

⁹⁹ Według szacunków Eurostatu mężczyźni w Polsce przeżywają w zdrowiu (bez ograniczonej sprawności) 81% długości życia, kobiety – 77%. Osoby w wieku 65 lat mogą oczekiwać, że mniej niż połowę dalszego życia przeżyją w zdrowiu (kobiety 7,5 roku, czyli 39%, mężczyźni 6,7 lat, tzn. 45%). Por. szerzej: *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania* (2012), s. 12 i nast.

podstawie prognoz demograficznych, kształtowania się zjawisk (urodzenia i zgony) oraz procesów demograficznych (migracje). Deformacja struktur demograficznych ludności – wzrost udziału najstarszej populacji w strukturze ludności – będzie znacznie zwiększać rozmiar zadań w zakresie opieki nad osobami starszymi i starymi. Wzrost zadań dotyczących opieki będzie też wynikać z ograniczającego się potencjału opiekuńczego rodziny oraz z przedłużającego się przeciętnego dalszego trwania życia. Potencjał opiekuńczy rodziny można zdefiniować jako zdolność rodziny do świadczenia opieki swoim starym, niesamodzielnym i niepełnosprawnym członkom. Uzależniony on jest od wielkości, struktury i statusu społeczno-ekonomicznego rodziny. Poziom urodzeń w Polsce na przełomie wieków XX i XXI ocenia się jako niski, nie zapewniający prostej zastępowalności pokoleń. Prowadzi to m.in. do naturalnego zmniejszanie się potencjału opiekuńczego rodzin, co „wymusi” zastępowanie opieki rodziny – opieką instytucji.

W Polsce przyjmuje się powszechnie, że opieka nad osobą starą i niesamodzielną „należy do rodziny”. Potwierdzają to badania zrealizowane w 2011 r., których wyniki pokazały, że w świadomości lokalnych liderów samorządowych i społecznych problem opieki nad osobami starymi i niesamodzielnymi to „sprawa rodziny” lub jeszcze dobitniej: „to uciążliwy kłopot rodziny”. Następują procesy zmian w rodzinach, w środowiskach lokalnych wiejskich, w małych miastach dotkniętych masowym długotrwałym (permanentnym) bezrobociem; rodziny dezorganizują się wskutek migracji nie tylko młodego pokolenia za pracą¹⁰⁰. Powstaje problem wymagający pilnej odpowiedzi na pytanie: kto ma zastąpić rodziny w funkcji opieki nad członkiem rodziny – osobą niesamodzielną z powodu zaawansowanego wieku, przewlekłej lub długotrwałej choroby? Kto ma podjąć zadania opieki specjalistycznej? Z jakich źródeł zadania te mają być finansowane?

W Niemczech punktem wyjścia do zaprojektowania systemu finansowania i organizacji opieki była ocena potencjału opiekuńczego rodzin. W Polsce nie jest znany potencjał opiekuńczy rodzin; nie wiadomo, jakimi możliwościami opieki dysponują rodziny¹⁰¹. Takich badań nikt dotychczas w Polsce nie prowadził, gdyż ich wyniki nikomu nie były potrzebne: funkcjonuje wciąż mit „troskliwej rodziny” dającej opiekę osobie niesamodzielnej. W warunkach rosnącej skali oraz kosztów „mit rodzinnej opieki” nie zastąpi profesjonalnego systemu, tym bardziej, że rodzina zmienia swoją liczebność i strukturę. Zmienia się też charakter więzi rodzinnych, rodzina staje się bardziej mobilna, dezorganizuje się, bywa też obciążona problemami określanymi mianem patologii społecznej. Wszystko to poważnie ogranicza zdolność rodziny w zakresie realizacji zadań opieki nad swoimi chorymi i niesamodzielnymi oraz najstarszymi członkami. W dotychczasowej praktyce opieki w Polsce zadania rodziny ma wspomagać (uzupełniać) pomoc społeczna. Badania wskazują, że działania pomocy społecznej w zakresie opieki są niewystarczające. W organizacji systemu opieki brakuje nie tylko usług kosztownej opieki o charakterze specjalistycznym. W środowiskach lokalnych nie ma sieci wsparcia rodzin w sprawowaniu opieki nad osobami niesamodzielnymi. Nie ma skutecznego systemu leczenia i rehabilitacji, pielęgnacji, które skutecznie ograniczałyby stopień niepełnosprawności i niesamodzielnności osób starszych.

Opieka rodziny na osobami starymi i niezdolnymi do samodzielnej egzystencji będzie (musi być) coraz częściej zastępowana opieką osób spoza rodziny lub opieką organizowaną przez instytucje. Skala pozarodzinnego zastępstwa w opiece wskutek zmian w rodzinie, niskiego poziomu urodzeń oraz wysokiego poziomu emigracji zarobkowych (zewnątrznych i wewnętrznych) jest trudna do oceny. Problem wymaga starannego, pogłębionego badania jakościowego na poziomie środowisk lokalnych.

¹⁰⁰ Szerzej: Raclaw (2011).

¹⁰¹ Por. Pfau-Effinger Och, Eichler (2010); Messu (2010); Esping-Andersen (2010), s. 75 i nast.

2. Skutki społeczne i ekonomiczne starzenia się ludności

Starzenie się ludności ma ogromne konsekwencje dla położenia gospodarstw domowych, wydatków finansów publicznych oraz rynku towarów i usług. Opieka nad niesamodzielnymi członkami rodziny ogranicza możliwości utrzymania zatrudnienia osobom obciążonym obowiązkiem opieki. Wskutek zaprzestania pracy zarobkowej przez opiekuna obniżają się dochody gospodarstw domowych, a jednocześnie rosną wydatki spowodowane koniecznością zapewnienia opieki. Rosną wydatki budżetu państwa na świadczenia pieniężne (emerytury, renty, zasiłki) oraz wydatki samorządów (na organizację opieki). Wzrasta zapotrzebowanie na usługi ochrony zdrowia, opieki, pomocy z utrzymania gospodarstwa domowego, rehabilitacji, pielęgnacji. Konieczność organizacji i świadczenia usług opieki wywołuje wzrost zapotrzebowania na wiele usług. Powstaje rynek pracy, usług i towarów związany z opieką nad osobami starszymi, niepełnosprawnymi i niesamodzielnymi. W Polsce rynek ten jest niedostatecznie poznany; nie jest znana ani wielkość zatrudnienia, ani potrzeby wynikające ze skali potrzeb opieki. Nie jest też znane – zmieniające się wraz z prognozowaną zmianą sytuacji demograficznej – przyszłe zapotrzebowanie na wielkość zatrudnienia w tym sektorze usług. Szczególnym problemem staje się organizacja opieki na osobami niezdolnymi do samodzielnej egzystencji z powodu zaawansowanego wieku lub/i złego stanu zdrowia. W większości przypadków osoby niesamodzielne potrzebują specjalistycznej pielęgnacji i usług, których na ogół nie może dostarczyć rodzina; usługi takie muszą być świadczone przez profesjonalne służby lub/i instytucje.

2.1. Warunki życia osób starszych

Sytuacja bytowa

Kształtując poziom dochodów emerytów (emerytur i rent wraz z ustawowymi dodatkami), trzeba ocenić, czy ustalony poziom można uznać za dostateczny do zaspokojenia potrzeb uprawnionych do świadczeń. Ponad 90% osób w wieku ponad 60 lat ma własne źródło utrzymania, wysokość tych dochodów nie jest jednak wysoka. Przeciętna miesięczna kwota emerytur i rent brutto z pozarolniczego systemu ubezpieczeń społecznych wyniosła w 2012 r. 1820,99 zł, w tym z ZUS – 1759,85 zł, natomiast w KRUS ukształtowała się na poziomie 1054,61 zł. Przeciętna miesięczna kwota emerytur i rent brutto z MON wyniosła 2959,79 zł, z MS 3103,34 zł, natomiast z MSW 2958,44 zł¹⁰². Przeciętna renta z tytułu niezdolności do pracy w ZUS w 2012 r. wyniosła około 1323 1408,26 zł brutto renta rodzinna zaś ok. 1631,04 zł brutto. Średnioroczne minimum socjalne dla jednoosobowego gospodarstwa emeryckiego Instytut Pracy i Spraw Socjalnych oszacował w 2013 r. na poziomie 1062,45 zł. Porównanie wysokości przeciętnej miesięcznej emerytury z pozarolniczego systemu ubezpieczeń społecznych oraz dochodu rozporządzalnego emeryckich gospodarstw domowych z minimum egzystencji i minimum socjalnym ustalonym przez Instytut Pracy i Sprawy Socjalnych daje możliwość oceny przeciętnej sytuacji materialnej tych gospodarstw domowych. Wysokość przeciętnej miesięcznej emerytury wypłacanej w 2012 r. z pozarolniczego systemu ubezpieczeń wynosiła 1938,09 zł, podczas gdy średnioroczne minimum socjalne dla jednoosobowego gospodarstwa emeryckiego ustalono na poziomie 1043,09 zł, a minimum egzystencji na 493,96 zł. Przeciętny dochód rozporządzalny na 1 osobę w gospodarstwach emerytów wynoszący 1371,62 zł był wyższy od minimum socjalnego o 328,53 zł, a od minimum egzystencji o 877,66 zł. Przeciętne miesięczne wydatki na 1 osobę w emeryckim gospodarstwie domowym

¹⁰² Wszystkie dane dotyczące wysokości emerytur i rent zaczerpnięto z publikacji GUS: *Emerytury i renty w 2012 r.* (2013).

(1164,03 zł) przewyższały w 2012 r. minimum socjalne o 120,94 zł. Od 2000 r. różnica między wysokością przeciętnej emerytury z pozarolniczego systemu ubezpieczeń a śródrocznym minimum socjalnym systematycznie zwiększała się. Według szacunków na podstawie badania budżetów gospodarstw domowych w 2012 r. 4,3% osób w gospodarstwach domowych emerytów i 12,1% osób w gospodarstwach domowych rencistów żyło poniżej minimum egzystencji. Gospodarstwa domowe emerytów o wydatkach poniżej ustawowej granicy ubóstwa stanowiło 3,6% gospodarstw emeryckich oraz 10,7% gospodarstw rencistów¹⁰³.

Ubóstwo ludzi starszych ma szczególnie charakter: jest dość płytkie, nie mają oni też perspektyw poprawy dochodów bieżących. Zatem nawet niewielka zmiana w strukturze i poziomie wydatków, wywołana nowymi potrzebami (np. z powodu pojawiającej się choroby, pogłębiającej się niepełnosprawności) może zachwiać względnie ustabilizowaną na niskim poziomie wydatków sytuacją dochodową. Niższe niż minimum socjalne były w 2011 r. świadczenia 2/3 rencistów (z ZUS) oraz ogółu rencistów pobierających renty z KRUS. Dla dużej grupy tych osób renta jako jedyne świadczenie nie pozwalała utrzymać się bez finansowej pomocy z innych źródeł. Ponad połowa emerytów z ZUS miała dochody wyższe niż 800 zł, ale niższe od 1600 zł, świadczenia ponad 66% rencistów były niższe niż 1000 zł. Silne spłaszczenie świadczeń sprawia, że tylko 8,7% emerytów i 5,4% rencistów miało świadczenia w wysokości 3 tys. zł. i wyższe, podczas gdy w końcu 2008 r. wynagrodzenie ponad 5380 zł (przy występującym w świadczeniach emerytalnych stopniu zastąpienia zapewniającym świadczenie tej wysokości – miało 6,7% kobiet i 13,2% mężczyzn). Znacznie wyższe (średnio o ponad 1 tys. zł) są tylko świadczenia górników i służb mundurowych – łącznie pobiera je ponad 610 tys. osób¹⁰⁴.

Osoby starsze pod względem sytuacji materialnej nie są grupą jednorodną. Oszacowanie siły nabywczej osób starszych wymaga uwzględnienia co najmniej wysokości dochodów do dyspozycji, kosztów utrzymania i preferencji konsumpcyjnych, zasobów majątkowych oraz potrzeb (wynikających choćby ze stanu zdrowia i sprawności). Wysokość dochodów do dyspozycji osób starszych jest szacowana na podstawie badania i analizy dochodów gospodarstw domowych. Nie wszystkie gospodarstwa domowe, w skład których wchodzi emeryci i renciści, są – zgodnie z przyjętą metodologią badań – gospodarstwami emerytów czy rencistów. Jednoosobowe gospodarstwa domowe emerytów i rencistów nie zawsze są gospodarstwami osób starszych. Od 1973 r. do 1996 r. gospodarstwa emerytów i rencistów były badane łącznie, zaś od 1997 r. są badane oddzielnie. Można zauważyć, że gospodarstwa emerytów mają wyższe dochody, są też w lepszej sytuacji bytowej niż gospodarstwa rencistów – renciści stanowią tę grupę, która zarówno obiektywnie, jak i subiektywnie przy uzyskiwanym dochodzie z trudnością zaspokajają swoje potrzeby. Sytuację tych gospodarstw można raczej porównać z gospodarstwami utrzymującymi się z niezarobkowych źródeł dochodu czy osób powiązanych z rolnictwem. Renciści – na ogół zresztą młodszy niż emeryci – mają nie tylko niższe dochody, ale też żyją w liczniejszych gospodarstwach domowych: oba te czynniki decydują o gorszym położeniu gospodarstw, w których żyją, a które nie zawsze, a być może też na ogół, nie są kwalifikowane jako gospodarstwa rencistów.

W 2012 r. przeciętne miesięczne wydatki w gospodarstwach emerytów i rencistów rozpatrywanych łącznie wyniosły 1117,56 zł i w porównaniu do 2011 r. były wyższe choć realnie spadły o 1%. Wydatki na żywność i napoje bezalkoholowe stanowiły 28% wydatków gospodarstw emerytów i rencistów. Gospodarstwa domowe emerytów i rencistów łącznie w znacznie mniejszym stopniu uwzględniały w budżetach wydatki na obuwie i odzież (2,9%), niż gospodarstwa ogółem (4,9% wydatków). Znacznie większym obciążeniem dla nich były wydatki związane z użytkowaniem mieszkania. W gospodarstwach rencistów stanowiły 26,2%, w gospodarstwach emerytów – 24,0%, podczas gdy w gospodarstwach domowych

¹⁰³ Dane na podstawie: *Emerytury i renty w 2012 r.* (2013).

¹⁰⁴ Por. szerzej ekspertyzy: Gałązka-Petz (2011), s. 98–102; Ancyparowicz (2011), s. 83–97.

ogółem –20,3%. Obciążenie wydatkami na zdrowie, w tym na artykuły farmaceutyczne było o 3,1 punktu procentowego wyższe w porównaniu z gospodarstwami ogółem (wydatki na zdrowie stanowiły odpowiednio: 8,1% i 5,0%). W gospodarstwach domowych emerytów i rencistów wydawano znacznie mniej pieniędzy niż średnio ogółem na transport oraz na rekreację i kulturę. W gospodarstwach rencistów wydatki te stanowiły odpowiednio: 4,4% i 6,0% a emerytów po 6,4%, w porównaniu do odpowiednio: 9,8% oraz 8,1% udziału tych wydatków w gospodarstwach domowych ogółem. Warto zwrócić uwagę na fakt, że dary dla innych gospodarstw domowych obciążały gospodarstwa domowe emerytów i rencistów (4,6% wydatków) w znacznie większym stopniu niż gospodarstwa domowe ogółem (3,2% wydatków)¹⁰⁵.

Analizując dochody emerytów, trzeba uwzględnić udział stałych wydatków w budżetach domowych, które w przypadku mało licznych gospodarstw domowych mogą pochłaniać istotną część dochodów. Z badania budżetów gospodarstw domowych realizowanych przez GUS wynika, że warunki życia emerytów są gorsze niż osób pracujących. Świadczy o tym wyższy udział wydatków na żywność, utrzymanie mieszkania (w tym nośniki energii), ochronę zdrowia. Ponadto niższy udział wydatków na wszystkie pozostałe cele: wyposażenie mieszkania i prowadzenie gospodarstwa domowego, odzież i obuwie, transport, łączność, kulturę, rekreację i inne. Gospodarstwa domowe emerytów charakteryzują się także gorszym wyposażeniem w przedmioty trwałego użytkowania niż pozostałe gospodarstwa domowe (m.in. telefony komórkowe, komputery, połączenie z Internetem, zestaw kina domowego, odtwarzacze DVD, kuchenki mikrofalowe). Wiele gospodarstw emerytów chciałoby posiadać nowoczesne urządzenia w gospodarstwie domowym, lecz nie stać ich na takie wydatki.

Ocena sytuacji materialnej gospodarstw domowych nie uwzględnia wartości nagromadzonego majątku, stanowiącego rodzaj zabezpieczenia na starość. Wartość tego majątku, niezależnie od jego formy, będzie z czasem coraz silniej różnicować sytuację ludzi starszych. W licznych badaniach można zauważyć, że właśnie ludzie starsi, emeryci są grupą społeczną, która najczęściej spośród wszystkich deklaruje, że przeznaczą swoje oszczędności na zabezpieczenie starości (podobnie osoby pracujące na własny rachunek). Majątek ten jest uwzględniony w badaniach budżetów przede wszystkim wtedy, gdy jest upłynniony: w innych sytuacjach nie jest on uwzględniany. Silnym motywem oszczędzania jest obawa o dochody w przyszłości. Badania gospodarstw domowych wykonane przez CBOS w latach 2003 i 2007 pokazują, że emeryci i renciści są tą grupą, która swoją przyszłą sytuację materialną ocenia najgorzej spośród wszystkich typów badanych gospodarstw domowych. Złej ocenie towarzyszą obawy wiążące się z rosnącymi kosztami utrzymania mieszkania, brakiem możliwości uzyskania dodatkowych dochodów, długotrwałą chorobą lub inwalidztwem.

Obserwowane w Polsce od wielu lat odwrócenie kierunku alimentacyjnego gospodarstw domowych jest wprawdzie widoczne w badaniach budżetów, ale w ograniczonym stopniu. Zarówno gospodarstwa emerytów, jak i rencistów przeznaczają więcej niż pozostałe typy gospodarstw na dary przekazywane innym. Sytuacja na rynku pracy powoduje ponadto rosnące zadłużenie tych gospodarstw, przy czym kredyty zaciągane są przez nie na rzecz członków rodziny nie posiadających „zdolności kredytowej” lub mających ją w ograniczonym stopniu. Rosnące zadłużenie dotyczy zarówno gospodarstw emerytów, jak i rencistów. Fakt tego zadłużenia może nie być uwzględniany w budżecie – będąc obciążeniem lub nie – z pewnością nie wywoła jednak korzystnych zmian w wyposażeniu tego gospodarstwa.

Sytuacja materialna osób starszych traktowana jest jako zaskakująco zadowalająca. Wypowiadane są poglądy, że problemem emerytów jest raczej wykluczenie społeczne,

¹⁰⁵ Por. systematyczne badania dotyczące wielkości i struktury minimum socjalnego i minimum egzystencji realizowane przez Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, publikowane cyklicznie w „Polityce Społecznej” oraz systematyczne badania warunków życia ludności realizowane przez GUS.

samotność, izolacja, brak aktywności, jaki odczuwa ta grupa, a więc „rozwiązaniem nie jest zwiększenie publicznych wydatków na emerytury i inne świadczenia pieniężne dla osób starszych”¹⁰⁶. Na takie postrzeżenie nakłada się też stereotypowa ocena sytuacji osób starszych: ludzie starsi stanowią kłopotliwe obciążenie budżetu, a także społeczeństwa ogółem. W Polsce istnieje powszechne oczekiwanie i akceptacja niewysokiego poziomu życia na emeryturze. Dotyczy to zarówno samych emerytów, jak i autorów publicznych wypowiedzi.

Z wielu badań opinii społecznej wynika, że w Polsce istnieje powszechna akceptacja dla niskich świadczeń emerytalnych (rentowych) oraz gorszych warunków życia ludzi starych i niepełnosprawnych. Powszechne przekonanie, że poziom życia emerytów musi być niewysoki, a przejście na emeryturę musi oznaczać pauperyzację – dzielają sami emeryci. Poziom życia polskich emerytów, mierzony wskaźnikami ilościowymi, może być oceniany korzystnie. Inaczej trzeba ten poziom ocenić wówczas, gdy uwzględni się czynniki jakościowe: wyposażenie techniczne mieszkań i gospodarstw domowych, wymuszone strukturą kosztów utrzymania zmiany w wydatkach, a ponadto jeśli oceni się możliwości zaspokajania innych potrzeb niż potrzeby niezbędne (elementarne). Analiza struktury wydatków budżetów domowych emerytów (i rencistów) wskazuje bardzo niski udział wydatków emerytów na dobra inne niż bezwzględnie konieczne. Bardzo niski jest udział wydatków na wyposażenie mieszkania, odzież, obuwie, na zaspokojenie potrzeb kulturalnych, na utrzymywanie kontaktów towarzyskich, finansowanie rekreacji i wypoczynku. Ograniczone możliwości finansowe prowadzą emerytów do społecznej izolacji i pogłębienia ekonomicznego dystansu.

Status zbliżony do pracowniczego może zapewnić tylko połączenie kilku emerytur, wsparcie nagromadzonymi oszczędnościami (majątkiem) oraz praca zawodowa. Tymczasem gospodarstwa emerytów i rencistów należą do tych, które stosunkowo rzadko wykazują, że podejmują aktywne działania, w sytuacji gdy stałe dochody nie pozwalają na zaspokojenie potrzeb bieżących. W 2011 r. w gospodarstwach domowych emerytów dochody z różnych źródeł nie przekraczały 9% (w tym np. z pracy najemnej stanowiły nieco więcej niż 2% przychodów netto, a z pracy na własny rachunek – 0,3–0,1%. W gospodarstwach rencistów udział ten był jeszcze niższy (odpowiednio: 1% i 0,1%). Zapewne znaczną część dochodów z takich źródeł uzyskuje się w „szarej strefie”, ale powodem są też stosowane od lat rozwiązania makro i mikroekonomiczne w podejściu do pracy emerytów: stosowanie pułapów dorabiania do emerytury mające zniechęcić do podejmowania pracy, stosowanie zachęt do podejmowania pracy krótkotrwałej, z jednoczesnym wydawaniem zezwoleń na pracę w wybranych zawodach czy grupach zawodów tzw. deficytowych¹⁰⁷. Zgoda na podejmowanie pracy była wiązana także z restrukturyzacją gospodarki: zakazy – okresowe – dla tych, którzy przeszli na wcześniejszą emeryturę, ulgi za zwolnionych z powodów leżących po stronie pracodawcy. Zmiana przepisów, obostrzenia warunków przyznawania świadczeń sprzyjały pracy „na czarno”, rezygnacji z uprawnień pracowniczych i znikaniu informacji o tej pracy – także ze sprawozdawczości statystycznej. Wprowadzenie od 1. stycznia 2009 r. nowych zasad obliczania wysokości emerytury w ZUS (według tzw. zasad kapitałowych?) może istotnie niekorzystnie wpłynąć na zmianę sytuacji materialnej pobierających świadczenia¹⁰⁸.

¹⁰⁶ Por. Kurowska (2009).

¹⁰⁷ Szerzej por. ekspertyza Gałązka-Petz (2011).

¹⁰⁸ *System emerytalny – problemy na przyszłość* (2011). W roku 2009 do obliczania wysokości emerytury w ZUS stosuje się zasadę tzw. kapitałową: wysokość zgromadzonego „kapitału” dzieli się przez dalsze trwanie życia jednakowe dla kobiet i mężczyzn.

2.2. Uwarunkowania prawne kształtowania świadczeń z ubezpieczenia społecznego w zreformowanym systemie zabezpieczenia społecznego

W zreformowanym systemie wysokość świadczeń z zabezpieczenia społecznego uzależniona jest bezpośrednio od wysokości zgromadzonego kapitału, a ten – od miesięcznego wynagrodzenia. W 2012 r. pracownicy otrzymujący płace brutto mniejsze lub równe przeciętnemu wynagrodzeniu miesięcznemu w gospodarce narodowej (o 3896 zł) stanowili ok. 66% ogółu pracowników. Zarobki mężczyzn były przeciętnie wyższe o ok. 9% (o 353 zł) od średniej krajowej, kobiet – niższe o ok. 9% (o 356 zł), co oznacza, że przeciętne wynagrodzenie mężczyzn było o 20% (o 709 zł) wyższe od przeciętnego wynagrodzenia kobiet¹⁰⁹.

Od wysokości wynagrodzenia zależy wysokość składek na ubezpieczenia społeczne, w tym składki emerytalnej. Składki emerytalne były opłacane od kwoty mniejszej niż kwota bazowa w danym roku. Miało to związek z dominacją zatrudnionych uzyskujących zarobki niższe od przeciętnych, oszczędzaniem na kosztach ubezpieczeń społecznych przez osoby prowadzące działalność na własny rachunek (ok. 3 mln osób w 2010 r.), dużym udziałem „szarej” strefy w tworzeniu PKB (w 2010 r. – 12,8%, a w 2011 r. – 12,6%). Wysokość średniej miesięcznej składki w latach 1999–2010 nie zależała od kwoty bazowej (która rosła), lecz od sytuacji na rynku pracy w danym roku. Wzrost popytu na pracę z opóźnieniem wpływał na wzrost podstawy naliczania składki emerytalnej¹¹⁰. W latach 1999–2001 zarówno podstawa naliczania składki emerytalnej, jak i składka rosły. W okresie 2002–2007 podstawa naliczania składki oraz przeciętna składka były niższe (w wymiarze nominalnym) w porównaniu z poprzednim okresem. Sytuacja zmieniła się w 2008 r.; w 2009 r. mimo spowolnienia gospodarki zarówno kwota bazowa, jak i składka były wyższe niż przed rokiem, w 2010 r. – niższe. Zjawisko to wynika z ograniczania samozatrudnienia w okresach osłabienia koniunktury. Spadek samozatrudnienia częściowo wiąże się też z niską odpornością małych rodzinnych firm na kryzys, a częściowo z praktyką zatrudniania w tym trybie pracowników przez większe podmioty (daje to firmom oszczędności w wydatkach na ubezpieczenia społeczne).

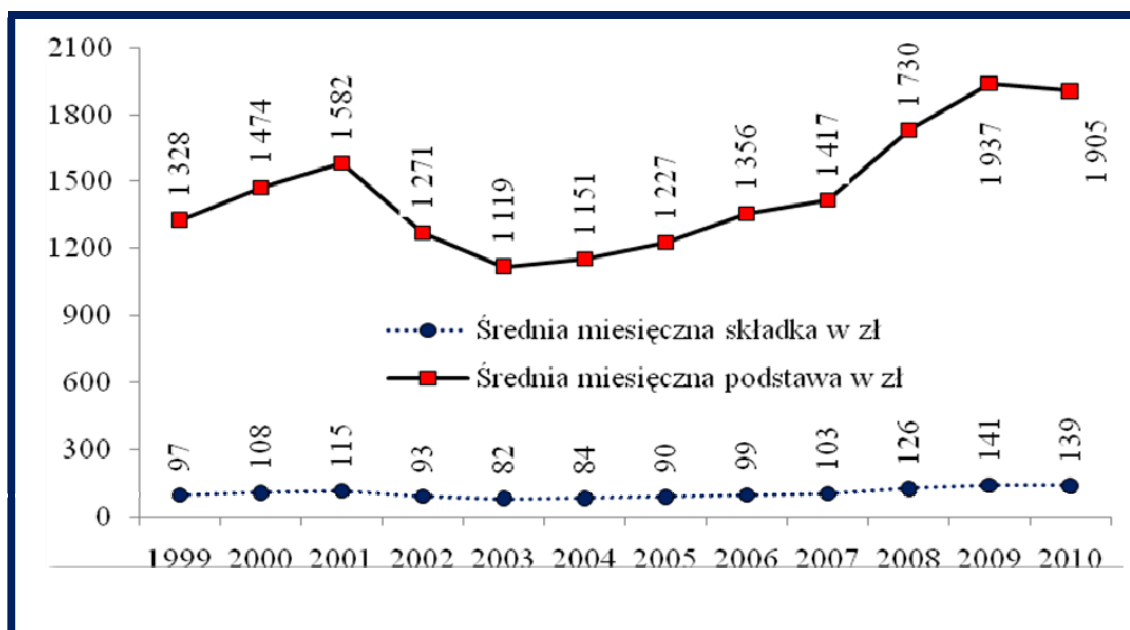
Od 1 stycznia 1999 r. do 18 maja 2011 r. miesięczna składka emerytalna wyniosła średnio 109,76 zł (przy przeciętnej podstawie 1503,56). Oznacza to, że „kapitał” emerytalny zgromadzony w tym okresie (bez waloryzacji, która w istocie ma na celu ograniczenie wpływu inflacji na wartość świadczeń) wyniesie ok. 79 tys. zł. Osoby, które będą chciały skorzystać z prawa do emerytury, mogą zatem zgromadzić przeciętnie (w cenach z 2011 r.) kapitał emerytalny równy 160 tys. zł (po 25 latach opłacania składek). Jeśli oczekiwana długość ży-

¹⁰⁹ Pracownicy sektora publicznego zarabiali przeciętnie o 9% więcej niż pracownicy sektora prywatnego. Na tę średnią ma wpływ wyższy poziom wynagrodzeń w sektorze publicznym niż prywatnym na stanowiskach wykonawczych (pracownicy biurowi, świadczący usługi osobiste, sprzedawcy, rolnicy, leśnicy, robotnicy, rzemieślnicy, operatorzy maszyn i urządzeń). Na stanowiskach menedżerskich wyższe wynagrodzenia występowały w sektorze prywatnym. Najczęstsze wynagrodzenie miesięczne brutto (dominanta, wartość modalna) wyniosło 2189 zł (56,2% przeciętnego w gospodarce narodowej). Zarobki brutto (tj. suma wszystkich dochodów otrzymywanych z tytułu zatrudnienia u wszystkich pracodawców) nieprzekraczające 50% przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego brutto dla gospodarki narodowej otrzymywało 18,9% zatrudnionych. Zarobki brutto równe co najmniej dwukrotnemu przeciętnemu wynagrodzeniu brutto w gospodarce narodowej otrzymywało 6,6% zatrudnionych. Były to grupy zawodowe określane jako przedstawiciele władz publicznych, wyżsi urzędnicy, menedżerowie (kierownicy). Zarobki powyżej 10 tys. zł otrzymywało 3,5% zatrudnionych.

¹¹⁰ Na podstawie analizy wysokości opłacanych w 2010 r. składek na ubezpieczenie społeczne stwierdza się bardzo dużą koncentrację płacących składkę na poziomie najniższego wynagrodzenia. Z 14,3 mln osób opłacających składki na ubezpieczenie społeczne w ZUS 5,2 mln osób płaciło składki w wysokości niezależnej od osiąganego dochodu. Por. B. Więckowska, *Źródła dochodów a oskładkowanie na ubezpieczenie społeczne*, KPRM, Warszawa 12.12.2012 (<http://www.zus.pl/seminariaprognozy/seminariaprognozy/3.%20źródła%20dochodów%20a%20składkowanie.pdf> – dostęp: 17.06.2013).

cia wyniesie ok. 220 miesięcy, przeciętne świadczenie (brutto w cenach z 2011 r.) ukształtuje się na poziomie 750 zł brutto (ok. 600 zł netto). Kwota ta będzie niższa od przeciętnej renty (939 zł) wypłaconej w 2010 roku. Dlatego – przy utrzymaniu systemu zdefiniowanego świadczenia w ubezpieczeniu emerytalnym – korzystniej będzie przechodzić na rentę niż czekać na emeryturę. Twórcy reformy emerytalnej zdali sobie z tego sprawę, toteż postulują wprowadzenie rent kapitałowych jako rozwiązania wchodzącego w skład pakietu konsolidacji finansów publicznych. Jest to sprzeczne z podjętymi przez Polskę zobowiązaniami ochrony praw

Wykres 1. Zagrożenia dla systemu emerytalnego = zagrożenie dochodów osób starszych¹¹¹



pracowniczych. W szczególności minimalny poziom świadczenia wraz z zasiłkami rodzinnymi na dzieci nie może być niższy od 40% uprzednich zarobków wraz z zasiłkami na dzieci (Konwencja 102 MOP) bądź 50% (Konwencja 128 MOP). Świadczenia emerytalno-rentowe (mimo waloryzacji) rosną wolniej od przeciętnych wynagrodzeń. Dotyczy to w szczególności przeciętnej renty z tytułu niezdolności do pracy, która w 2003 r. stanowiła ok. 38% przeciętnego wynagrodzenia, zaś w 2010 r. już tylko 33,3% przeciętnego wynagrodzenia (55,3% przeciętnej emerytury). Szacunki przeprowadzone przy założeniu, że przeciętne wynagrodzenie będzie rosło, a wskaźnik waloryzacji świadczeń uwzględnia tylko część realnego wzrostu wynagrodzeń, proporcja najniższej renty do przeciętnego wynagrodzenia nadal będzie malała. W 2059 r. relacja ta ma wynieść 5–7%. Na tym poziomie w stosunku do przeciętnego wynagrodzenia będą zatem również renty rodzinne, jeśli zostanie wprowadzony system zdefiniowanej składki w ubezpieczeniach rentowych (rodzinnych).

¹¹¹ Por. szerzej: ekspertyza Ancyparowicz (2011); *Otwarte fundusze emerytalne w systemie zabezpieczenia społecznego 1999–2010* (2010); Oręziak, *OFE – źródło długu publicznego, zysków dla PTE i złudzeń dla emerytów*, w: *Ubezpieczenie społeczne w Polsce – 10 lat reformowania* (2011), s. 104–134.

Postulaty, aby Polacy zaczęli masowo oszczędzać na przyszłą emeryturę, nabywając dostępne na rynku produkty finansowe, są całkowicie oderwane od rzeczywistości, choćby ze względu na dwukrotnie wyższy niż w Unii Europejskiej wskaźnik wykluczenia finansowego (40% wobec 20%).

Zreformowany system zabezpieczenia społecznego i zagrożenie wykluczeniem społecznym z powodu ubóstwa

W systemie zabezpieczenia społecznego można wskazać zarówno wady w przyjętych rozwiązaniach, jak i błędy w realizacji projektu. Wykluczenie osób starych (niesamodzielnych, niepełnosprawnych) może wynikać zarówno z wad w systemie, jak też z zasad jego funkcjonowania. W przypadku błędów systemowych zmianie musi podlegać system. Może to dotyczyć naczelnych wartości i zasad etycznych przyjętych do formułowania systemu, jak i zgodnych z nimi zasad prawnych konstytuujących dany system (a także metod finansowania, wymagań wobec kadry zarządzającej i realizującej zadania). W przypadku nieprawidłowości w funkcjonowaniu systemu zmiana musi obejmować zasady, na których został zbudowany oraz te jego elementy, które w praktyce powodują niepożądane skutki.

W polityce zabezpieczenia społecznego podstawowym celem systemu jest zapewnienie bezpieczeństwa socjalnego osobom niezdolnym do pracy z powodu: inwalidztwa (renta), zaawansowanego wieku (starości), utraty żywiciela rodziny (renta rodzinna), choroby (zasiłek) niezdolności do samodzielnej egzystencji. Bezpieczeństwo socjalne można ogólnie definiować jako wolność od ubóstwa, zapewnienie osobie (rodzinie) dotkniętej zdarzeniem losowym dostatecznych środków finansowych, materialnych i pozamaterialnych. Polski system zabezpieczenia społecznego ma szeroki zakres przedmiotowy i podmiotowy obejmujący niemal wszystkie wymieniane w dokumentach MOP i UE zdarzenia losowe (ryzyka socjalne). Podstawowym problemem polskiego systemu zabezpieczenia społecznego jest w zdecydowanej większości bardzo niski wymiar świadczeń z systemu zabezpieczenia społecznego. Dotyczy to głównie rent z tytułu niezdolności do pracy (inwalidztwa), rent socjalnych (przeznaczonych dla osób nie mających uprawnień do świadczeń ubezpieczeniowych), świadczeń rodzinnych, a także większości emerytur z systemu ubezpieczenia rolniczego oraz w znacznym odsetku emerytur i rent rodzinnych z systemu pracowniczego.

Niskie świadczenia z systemu ubezpieczenia społecznego nie są też w dostatecznym stopniu uzupełniane świadczeniami pozaubezpieczeniowymi (np. pomocy społecznej). Wynika to z przyjętych tzw. progów dochodowych, które pozbawiają osoby o niskich rentach i emeryturach możliwości korzystania ze świadczeń pomocy społecznej.

Zasiłek pielęgnacyjny przeznaczony jest dla osób zarówno niezdolnych do samodzielnej egzystencji, jak i dla tych, którzy ukończyli 75 lat i pobierają świadczenia ubezpieczenia społecznego. Nie spełnia on funkcji uzupełnienia dochodów osób niesamodzielnych na zwiększające się potrzeby w związku z postępującą wraz z wiekiem niesamodzielnością (niepełnością). Wartość zasiłku pielęgnacyjnego jest z założenia niska (wynosi 153 zł). W przypadku niskiej wartości renty lub emerytury stanowić może jedynie skromne uzupełnienie dochodu. W przypadku niezdolności do samodzielnej egzystencji wartość dodatku pielęgnacyjnego nie daje jednak możliwości korzystania z pomocy innych osób (tym bardziej nie daje możliwości korzystania z usług o charakterze specjalistycznym).

W formułowaniu rekomendacji dotyczących polityki ludnościowej nie wystarcza ocena ukształtowanego do 2011 r. stanu zabezpieczenia społecznego. Niezbędne jest wskazanie kierunków koniecznych zmian w systemie. Wysokość świadczeń i kierunki reformowania systemu świadczeń z zabezpieczenia społecznego zostały określone w zmianach systemowych podjętych w latach 1997–1998. Kolejne reformy systemu (m.in. uchwalona 21 listopada 2008 r. ustawa o emeryturach kapitałowych) wskazują konsekwentnie kierunek zmian zmie-

rzający do obniżenia wartości świadczeń z systemu ubezpieczenia społecznego¹¹². Zgodnie z regułą zawartą w wymienionej ustawie zmiana zasad wymiaru świadczenia emerytalnego prowadzi konsekwentnie do poważnego zmniejszenia wartości świadczenia emerytalnego i rent rodzinnych (nie ma wciąż decyzji dotyczących rent inwalidzkich). Emerytura kapitałowa zostaje od 2014 roku pozbawiona części solidarnościowej (tzw. kwoty bazowej), która prowadziła do podniesienia emerytur najniższych i obniżenia poziomu emerytur wysokich. Wysokość emerytury kapitałowej wynika wprost z podzielenia zgromadzonego podczas wszystkich lat pracy „kapitału” na wszystkie prognozowane dla danej populacji dalsze lata trwania życia. W stosunku do emerytury obliczanej na zasadach repartycyjnych (zdefiniowane świadczenie) emerytura według reguły kapitałowej (zdefiniowana składka) będzie znacznie niższa. W latach 2009-2013 emerytura jest obliczana według reguł mieszanych (repartycyjnej z coraz wyższym udziałem w kolejnych latach zasady kapitałowej). Od 2014 r. wymiar emerytury będzie obliczany w całości według zasad kapitałowych. W wyniku zastosowania zasady „zdefiniowanej składki” wymiar emerytury będzie o około 50% niższy niż emerytury obliczanej według zasady obowiązującej do końca 2008 r. (repartycyjnej). Ustawą z dnia 11 maja 2012 r. o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 637) wprowadzono stopniowe podnoszenie wieku emerytalnego do poziomu 67 lat, tak by poziom ten został osiągnięty dla mężczyzn do końca 2020 r., a dla kobiet do końca 2040 r. W efekcie podwyższenia wieku emerytalnego do 67 lat należy oczekiwać wzrostu poziomu świadczeń emerytalnych wypłacanych w przyszłości z FUS. W przypadku osób zarabiających na przeciętnym poziomie i których staż pracy wzrósłby z 40 do 47 lat – w przypadku kobiet oraz z 45 do 47 lat – w przypadku mężczyzn, emerytura szacunkowo wzrośnie: dla kobiety o ponad 70% a dla mężczyzny o ok. 20%. Stopa zastąpienia dochodu z pracy utraconego – ze względu na zły stan zdrowia lub osiągnięcie wieku emerytalnego – świadczeniem z ubezpieczenia społecznego musi uwzględniać co najmniej możliwość zaspokojenia niezbędnych potrzeb. Analiza doświadczeń z przeszłości (ostatnia dekada XXI wieku) wykazuje, że stopa zastąpienia dochodu z pracy emeryturą kształtowała się na poziomie od 49,8% do 51,5% w 2000 roku. Wartość uzyskiwanego dochodu ze świadczenia z ubezpieczenia społecznego należy oceniać według kryterium: zmieniającej się siły nabywczej, porównania z wysokością utraconego dochodu z pracy oraz porównania ze zmieniającą się strukturą potrzeb, wydatków i rosnących wraz z wiekiem kosztów utrzymania gospodarstwa domowego. Koszty utrzymania gospodarstwa domowego emerytów i osób niepełnosprawnych oraz niesamodzielnych są przeciętnie wyższe niż pracujących. W gospodarstwach tych jest mniej osób, inna jest też struktura wydatków. Mniejsze są możliwości zmniejszenia wydatków ze względu na wysoki udział wydatków tzw. sztywnych (koszty utrzymania mieszkania, żywności, leków, usług opieki i pielęgnacji). Osoby starsze wraz z wiekiem mają też coraz mniejsze możliwości uzupełnienia dochodów bieżących dochodami z pracy.

Nowo przyznawane świadczenia emerytalne od 2009 r. sukcesywnie obniżały się w stosunku do emerytur przyznawanych do 2008 roku. Obniżenie świadczeń rosnącej liczbie osób stworzy trudną sytuację utrzymującym się głównie lub wyłącznie ze świadczeń. Problem ten będzie dotyczyć osób urodzonych po 1949 r. (populacja tzw. II wyżu demograficznego). Niskie świadczenia z ubezpieczenia społecznego (emerytury) będą wymagać uzupełnienia dochodów. Stworzy to trudną sytuację nie tylko w wymiarze jednostkowym dla osób pobierających niskie świadczenia. Ponownie musi być podjęta dyskusja, kto ma przyjąć na siebie

¹¹² Por. Ustawa o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych z 17 grudnia 1998 r. (Dz. U. z 1998 r. Nr 162, poz. 1118. z późn. zmianami). Wprowadzony zmianą w 2008 r. art. 183 zmienia od 2014 r. system ubezpieczenia społecznego na system kapitałowy.

odpowiedzialność za dostarczenie dostatecznych środków utrzymania osobom niezdolnym do pracy z powodu podeszłego wieku (śmierci żywiciela rodziny) oraz inwalidztwa¹¹³.

Trwałość, pewność i wystarczający poziom dochodów ze świadczeń zabezpieczenia społecznego stanowi elementarną zasadę i warunek zapewnienia bezpieczeństwa socjalnego i ochrony osób niezdolnych do pracy przed ubóstwem i wykluczeniem z uczestnictwa w życiu społecznym i ekonomicznym. Jest to także podstawowy warunek celowości utrzymywania systemu ubezpieczenia społecznego. Jeżeli system ubezpieczenia społecznego nie spełnia funkcji gwarantujących bezpieczeństwo socjalne uprawnionym do świadczeń, to jego utrzymywanie staje się bezcelowe. Utrzymanie w Polsce od 2014 r. zasad wymiaru emerytur sformułowanych w ustawie o emeryturach kapitałowych z 2008 r. w istocie podważa cele, dla których powołano system ubezpieczenia społecznego. Zasady wymiaru rent inwalidzkich pozostały dotychczas (2012 r.) na zasadach sformułowanych w systemie repartycyjnym. Zgłaszane projekty zmian systemu rent inwalidzkich zmierzają do istotnego obniżenia świadczeń przez przekształcenie repartycyjnego systemu rentowego na system kapitałowy.

Przeprowadzenie zmian w systemie może być trudne ze względu na stan finansów publicznych. Wprowadzone w Polsce w latach 1997–1999 i kontynuowane w kolejnych latach do 2012 r. zmiany w systemie ubezpieczenia społecznego przeprowadzono za pomocą specjalistycznych technik kształtowania opinii publicznej¹¹⁴. Dzięki technikom PR (*public relations*) większość społeczeństwa przekonano do indywidualnych korzyści wynikających z zastosowania kapitałowego systemu emerytalnego (tzw. zdefiniowanej składki). Społeczeństwo przekonano też do odrzucenia systemu emerytalnego opartego na solidarności społecznej (repartycyjnego) jako systemu niesprawiedliwego i nieefektywnego. Powszechna akceptacja i społeczne przyzwolenie na utrzymywanie znacznych nierówności dochodowych to kolejna przeszkoda w przeprowadzeniu zmian w systemie ubezpieczenia społecznego. W społecznej świadomości Polaków jest bardzo duże przyzwolenie na utrzymywanie nierówności dochodowych poszczególnych grup społecznych. Jest to wynik uporczywie utrwalanego przekonania, że poziom dochodu powinien zależeć od osobistej przeczności, zaradności i dzielności ekonomicznej jednostki, jej przedsiębiorczości i zapobiegliwości (także bez względu na stosowane metody gromadzenia bogactwa). Postulat ten w warunkach głębokich zmian systemowych można uznać za utopijny.

Trudno dziś określić, czy można zasadnie założyć, że wraz z rosnącym masowym ubóstwem osób niezdolnych do pracy będzie się zmniejszać społeczna akceptacja dla utrzymywania takiego stanu. Poszukiwanie rozwiązania tego problemu może prowadzić do: 1) obciążenia rodzin kosztami utrzymania osób starych i niepełnosprawnych, 2) przeniesienia kosztów ich utrzymania na samorządy lokalne. Obciążenie rodzin lub/i samorządów kosztami utrzymania osób starych i niepełnosprawnych może nie uzyskać społecznej akceptacji, będzie bowiem prowadzić do nadmiernego obciążenia zarówno samorządów lokalnych (gmin), jak i rodzin. Wysokie obciążenie samorządów będą dotyczyć w szczególności tych gmin i miast,

¹¹³ Trzeba przypomnieć, że głównym motywem organizowania w XIX w. systemów ubezpieczenia społecznego była konieczność dostarczenia środków utrzymania niezdolnym do pracy. Przyjęto zasadę odpowiedzialności państwa za taki podział dochodu społecznego, który tworzył solidarny system międzygeneracyjnego podziału dochodu. Jego założeniem było stworzenie systemu, w którym dochody z pracy miały być zastąpione dochodami z systemu zabezpieczenia społecznego. Przyjęto zasadę, że świadczenie ubezpieczenia społecznego (renta, emerytura) muszą wystarczać na samodzielne pokrycie niezbędnych potrzeb. Współcześnie „potrzeby niezbędne” można zdefiniować jako potrzeby: żywienia, ubrania, utrzymania mieszkania, dostępu do niezbędnych towarów i usług gwarantujących uczestnictwo w życiu społecznym, możliwość korzystania z niezbędnych usług ochrony zdrowia i opieki, a w przypadku osób niepełnosprawnych i niesamodzielnych – opłacenie usług opieki, rehabilitacji i pielęgnacji. Szerzej: J. Hryniewicz, *Wartości, cele i zasady ubezpieczenia społecznego. Perspektywa historyczna i współczesna*, w: *Ubezpieczenia społeczne w Polsce...* (2011).

¹¹⁴ Oresteini (2008; wydanie polskie 2013 r.).

które charakteryzują się niskimi dochodami, wysokim poziomem bezrobocia oraz niekorzystną – z punktu widzenia potrzeb pomocy – strukturą demograficzną mieszkańców. Pod wpływem doświadczeń wyniesionych z funkcjonowania systemu kapitałowego, może ulec zmianie opinia społeczna dotycząca charakteru kapitałowego systemu ubezpieczenia społecznego oraz płynących z niego indywidualnych korzyści. Okaże się wówczas, że konieczny stanie się powrót do systemu solidarnościowego – repartycyjnego, odpornego na problemy kryzysu finansowego, systemu zapewniającego względną równowagę w podziale dochodu społecznego między różne grupy społeczne i pokolenia.

Propagowany od 2010 r. i wprowadzony przez wiele banków komercyjnych projekt tzw. odwróconej hipoteki nie może być skutecznym środkiem poprawy sytuacji materialnej emerytów. Problem „odwróconej hipoteki” może dotyczyć tylko właścicieli mieszkań o wysokim standardzie, a przede wszystkim o lokalizacji korzystnej z punktu widzenia rynkowej jego wartości. Nie rozwiązuje problemów wynikających z niskich dochodów osób starszych, gdyż bank (instytucja finansowa) będzie zainteresowany wyłącznie mieszkaniami dobrej jakości. „Odwrócona hipoteka” pozbawia też spadkobierców możliwości dziedziczenia mieszkania. Rozwiązanie „odwróconej hipoteki” jest niekorzystne z punktu widzenia budowania więzi między pokoleniami w rodzinie. Wiele spraw w funkcjonowaniu „odwróconej hipoteki” jest niejasnych; czy zobowiązania do wypłaty środków za przekazane w przyszłości mieszkanie będzie dożywotnie, czy też wypłata bankowa będzie realizowana do wyczerpania środków równych szacunkowej wartości mieszkania (i kosztów własnych banku). W przypadku osób w bardzo zaawansowanym wieku wolny rynek obrotu mieszkaniami tworzy więcej problemów, niż ich rozwiązuje. Projekt „odwróconej hipoteki” tworzy wiele zagrożeń wynikających z wolnorynkowego obrotu między nierównymi stronami: bankiem posiadającym wysoko kwalifikowaną obsługę prawną a osobą w zaawansowanym wieku. Pomijając (rzeczywiste czy domniemane) nieprawidłowości w działaniu projektu, trzeba zwrócić uwagę na to, że może on mieć zastosowanie w bardzo ograniczonej skali. Banki komercyjne mogą przejmować mieszkania tylko w niektórych dzielnicach, głównie dużych miast. Nie rozwiązuje to problemów wynikających z niskich dochodów i skromnej zasobności materialnej osób niezdolnych do pracy z powodu zaawansowanego wieku.

Poziom dochodów osób niezdolnych do pracy musi być dostosowany do ich zmieniających się potrzeb, gdyż stanowi to zasadniczy warunek ich uczestnictwa w życiu społecznym, ekonomicznym oraz w konsumpcji. Jest to także warunek utrzymania zadowalającego stanu zdrowia, sprawności życiowej i ekonomicznej samodzielności w długim czasie. Możliwie najdłuższe życie w zdrowiu i sprawności ma także istotne znaczenie dla obniżenia kosztów leczenia, opieki i pielęgnacji.

W polityce kształtowania dochodów osób niezdolnych do pracy z powodu wieku lub/i stanu zdrowia istotne znaczenie ma określenie charakteru, funkcji i źródeł dochodów. Charakteryzując dochody, należy podkreślić, że powinny to być dochody wystarczające do znacznie zmieniających się wraz z postępującym procesem starzenia potrzeb osób pobierających świadczenia. Polityka kształtowania dochodów powinna zatem uwzględniać zmiany w:

- możliwościach pozyskiwania/uzupełniania dochodów ze świadczeń (emerytury, renty, zasiłek) dochodami z pracy lub innych przedsięwzięć zarobkowych (np. praca na własny rachunek),
- w stanie zdrowia i kosztach związanych z utrzymaniem dobrego stanu zdrowia i sprawności,
- poziomie sprawności i zdolności do samoobsługi w czynnościach życia codziennego,
- kosztach utrzymania osób trwale niezdolnych do samodzielnej egzystencji, wymagających stałej pomocy i opieki innych osób, w tym koszty korzystania z usług udzielanych przez profesjonalne instytucje.

W kształtowaniu pieniężnych świadczeń socjalnych stosowany mechanizm waloryzacji jest tak skonstruowany, że poziom zastąpienia dochodów z pracy świadczeniem zmniejsza się wraz z rosnącym wiekiem osoby pobierającej emeryturę. Świadczenia emerytalne w stosunku do wynagrodzeń stają się tym niższe, im dłuższy jest czas ich pobierania. Dlatego stosowane mechanizmy waloryzacji świadczeń wymagają zmiany, aby świadczenie odpowiadało potrzebom i możliwościom ich sfinansowania narastającym wraz z wiekiem pobierającego świadczenie. Źródłem uzupełnienia spadających dochodów i rosnących wraz z wiekiem wydatków osób w zaawansowanym wieku mogą być:

- powszechne, obowiązkowe, publiczne, gwarantowane i roszczeniowe ubezpieczenie pielęgnacyjne na wypadek niesamodzielności (finansowane ze składki na ubezpieczenie),
- świadczenia z budżetu państwa (renty socjalne/obywatelskie) dla osób, które nie opłacały składki,
- budżety samorządów lokalnych (przez partycypację w kosztach organizacji usług, ewentualnie wypłatę zasiłków pomocy społecznej na pokrycie kosztów usług opieki),
- świadczenie ze strony rodzin osób w podeszłym wieku (partycypacja rodzin zobowiązanych do alimentacji w rosnących kosztach utrzymania swoich bliskich),
- nagromadzony w ciągu życia dorobek materialny osoby w zaawansowanym wieku (wykorzystanie majątku na cele związane z kosztami utrzymania osoby w podeszłym wieku).

Problem rosnących kosztów i spadających dochodów gospodarstw domowych osób w zaawansowanym wieku nie jest nowym zagadnieniem. Poszukiwanie rozwiązania tego problemu rozpoczęto w RFN na przełomie lat 60. i 70. XX wieku w związku z licznymi badaniami i publikacjami środowisk akademickich wskazujących na narastające problemy finansowania kosztów utrzymania starzejącego się społeczeństwa. W dyskusji wskazywano różne możliwe rozwiązania. Po wielu latach publicznej debaty w Niemczech w 1995 r. uzyskano powszechną zgodę na wprowadzenie rozwiązania systemowego w celu wyeliminowania negatywnych dla położenia osób w zaawansowanym wieku skutków obniżających się dochodów w sytuacji rosnących wydatków. W 1995 r. w Niemczech wprowadzono (po ponad 20 latach debaty publicznej i uzyskaniu konsensu społecznego i politycznego) powszechne społeczne ubezpieczenie pielęgnacyjne przeznaczone dla osób, których stan zdrowia i sprawność wymaga codziennej pomocy innej osoby. Składka na ubezpieczenie pielęgnacyjne opłacana jest na zasadzie solidarności społecznej przez wszystkich pracujących jako określony odsetek ich dochodów z pracy. Świadczenie uzyskuje ten, kto ze względu na stan zdrowia i poziom sprawności wymaga pomocy. Wysokość świadczenia zależy od orzeczonego przez lekarza stopnia niesamodzielności życiowej (przyjmuje się trzy stopnie niesamodzielności). Uzyskane środki przeznacza się wyłącznie na opłacenie usług lub/i zakup przedmiotów, które zmniejszają dolegliwości stanu niesamodzielności. Nadzór i kontrolę nad jakością świadczonych usług oraz zgodnym z celem wykorzystaniem środków sprawuje kasa ubezpieczenia pielęgnacyjnego. W przygotowaniu rozwiązania problemu pozyskania środków na opiekę nad osobami niesamodzielnymi w Niemczech rozważano rozwiązanie alternatywne: wykorzystanie wartości majątku, zgromadzonego przez osobę potrzebującą opieki, na opłacenia kosztów tej opieki. Władze publiczne, które poczuwały się do odpowiedzialności za dostarczenie opieki niezdolnym do samodzielnej egzystencji obywatelom, w ten sposób finansowałyby jej koszty. Jednocześnie osoby zobowiązane do alimentacji byłyby pozbawione spadku po odchodzących krewnych, a w przypadku wyczerpania wartości majątku na cele opieki, brakujące środki uzupełniałyby z dochodów własnych osoby zobowiązane do alimentacji. Ostatecznie, w wyniku uzyskania społecznej zgody, przyjęto rozwiązanie obciążające solidarną składką wszystkich pracujących (osoby bezdzietne opłacają składkę nieznacznie wyższą niż osoby posiadające potomstwo)¹¹⁵.

¹¹⁵ M. Nita, *Ubezpieczenie pielęgnacyjne w Republice Federalnej Niemiec. Idea i realizacja*, w: *O sytuacji ludzi...* (2011), s. 159–189. Szerzej: M. Nita, *Ubezpieczenie pielęgnacyjne w Republice Federalnej Niemiec. Idea i realizacja* (praca magisterska), ISNS UW, Warszawa 2010, s. 197 (Promotor: J. Hryniewicz).

Problem uzupełnienia dochodów z powszechnego świadczenia emerytalnego (rentowego) dla osób tracących wraz z wiekiem samodzielność wymaga w Polsce pilnego rozwiązania ze względu na obniżanie się potencjału opiekuńczego wielu rodzin. Alternatywą dla ubytku potencjału opiekuńczego rodziny jest obciążenie dodatkowymi zadaniami samorządów lokalnych. Obciążenie samorządów zadaniem opieki nad osobami niesamodzielnymi wymaga przekazania im na ten cel środków odpowiadających skali zadań. W tym zakresie pojawia się problem oceny wielkości zadań, wypracowania metod, zakresu i standardów, jakie miałyby zapewnić samorządy w zorganizowaniu opieki osobom niesamodzielnym. Samorządy nie mają informacji o potrzebach, nie mają też wdrożonych procedur pozyskiwania i agregowania informacji oraz oceny potrzeb. Dochody i możliwości samorządów są zróżnicowane ze względu na różny poziom dochodów własnych samorządu i poziom zamożności mieszkańców. Wiele samorządów nie będzie w stanie przejąć nowych zadań opieki z powodu bardzo ograniczonych dochodów własnych (tam bowiem, gdzie występują niskie dochody, są bardzo duże potrzeby). W polskich warunkach najkorzystniejszym rozwiązaniem byłoby wprowadzenie, według wzoru niemieckiego, powszechnego, solidarnościowego ubezpieczenia pielęgnacyjnego od skutków niezdolności do samodzielnej egzystencji. Świadczenie to byłoby przeznaczone dla osób niesamodzielnymi bez względu na wiek i przyczynę stanu – zarówno dla osób w zaawansowanym wieku, jak i dla dzieci niezdolnych do samodzielnej egzystencji, ofiar wypadków i chorób¹¹⁶.

Ubóstwo dla wielu osób starych jest główną przyczyną wykluczenia społecznego. Nie ma dostatecznych informacji o zróżnicowaniu położenia materialnego osób w zaawansowanym wieku. Sytuacja dochodowa emerytów jest oceniana według nominalnej wartości bieżącego dochodu pieniężnego. Według standardów Unii Europejskiej za granicę ubóstwa przyjmuje się dochody poniżej 60% średniego dochodu (w danym kraju). Przyjęte kryterium dochodowe oznacza, że zagrożenie ubóstwem jest stanem względnym, porównywanym do sytuacji ekonomicznej ogółu pozostałych grup społecznych. W przypadku osób w zaawansowanym wieku, niesamodzielnymi do oceny dochodów jest konieczne wypracowanie nowych kryteriów oraz dostosowanie ich do zmieniających się potrzeb.

Společne wykluczenie osób starszych jest uwarunkowane wieloma czynnikami: niskimi dochodami, ubogą konsumpcją (ograniczoną do niezbędnych dla przeżycia towarów i usług), złym stanem zdrowia i powszechnie ograniczoną sprawnością, złymi w większości warunkami mieszkaniowymi pogarszającymi się wraz z upływem lat, ograniczonym dostępem (lub jego brakiem) do usług ochrony zdrowia, opieki, edukacji, kultury, wypoczynku, rynku pracy, a także ograniczającymi się wraz z wiekiem kontaktami społecznymi.

2.3. Sytuacja mieszkaniowa osób starszych

W kształtowaniu sytuacji bytowej osób starszych bardzo ważne znaczenie ma sytuacja mieszkaniowa, w tym przystosowanie warunków zamieszkania do potrzeb i poziomu sprawności (samodzielności) osoby starszej, niesamodzielnej i niepełnosprawnej, ułatwienia w zamianie mieszkania, tworzenie mieszkań chronionych, zapewniających bezpieczeństwo osobom starym i niepełnosprawnym. Zaspokojenie potrzeb mieszkaniowych osób starszych ma istotne znaczenie dla kształtowania warunków i jakości życia osób w wieku podeszłym, niesamodzielnymi i niepełnosprawnymi. Fundamentalną zasadą systemu pomocy tej grupie w zaspokojeniu zmieniających się potrzeb mieszkaniowych powinno być tworzenie warunków do jak najdłuższego pozostawania we własnym mieszkaniu, w znanym środowisku lokalnym, przy stopniowym zwiększaniu poziomu, rodzaju i charakteru usług – z jednoczesnym poszanowaniem swobody wyboru miejsca pobytu przez zainteresowanych.

¹¹⁶ Projekt ubezpieczenia pielęgnacyjnego wraz z założeniami ustawy został opracowany przez zespół pod kierunkiem prof. dr hab. Anny Wilmowskiej-Pietruszyńskiej, powołany zarządzeniem Ministra Zdrowia Prof. Z. Religi w 2006 roku.

Obszary problemowe sytuacji mieszkaniowej osób starszych

Procesy demograficzne będą wpływały na powstawanie i funkcjonowanie coraz liczniejszych gospodarstw domowych osób samotnych, szczególnie w zaawansowanym wieku. Ostatni okres życia dla wielu osób charakteryzuje się znacznymi ograniczeniami możliwości poruszania się. Osoby starsze, a szczególnie niesamodzielne, większość czasu z konieczności spędzają w mieszkaniu lub jego pobliżu. Wymaga to podwyższonego komfortu mieszkania oraz otoczenia urbanistycznego i społecznego, które muszą być dostosowywane do potrzeb osób w zaawansowanym wieku i o obniżonej sprawności ruchowej.

W Polsce zdecydowana część osób w wieku 50 i więcej lat zamieszkuje w miastach, w mieszkaniach budowanych z tzw. wielkiej płyty. Charakteryzują się one nieelastycznym układem mieszkań; nie ma w nich możliwości przeprowadzenia prac modernizacyjnych i dostosowawczych. Starzenie się populacji „wywoła” problem przystosowania tych mieszkań do potrzeb i możliwości osób starszych. Konieczne stanie się nie tylko usuwanie barier architektonicznych i urbanistycznych, ale także instalowanie wind, poręczy, uchwytów, pochylni, montaż posadzek antypoślizgowych, dostosowanie kuchni do postępujących ograniczeń ruchowych osób starszych. Problematyka przystosowania mieszkań jest zagadnieniem interdyscyplinarnym. Nie dotyczy ona jedynie wdrożenia idei *Universal Design*, lecz wymaga wielodyscyplinarnych studiów i prac określających architektoniczne, urbanistyczne i społeczne warunki zamieszkania osób o mniejszej (i zmniejszającej się) sprawności. Zmiany w tym zakresie wymagają nowego podejścia do rozwiązania problemu mieszkania licznej populacji osób w zaawansowanym wieku.

Wraz z upływem czasu ustępuje problem „starzy ludzie w starych domach”. Starzy mieszkańcy domów w naturalny sposób odchodzą, a wiele starych domów jest zdekapitalizowanych w takim stopniu, że są one wyburzane. Standardy zamieszkania starych ludzi ulegają poprawie, lecz są one wciąż gorsze niż ogółu ludności. Mieszkania obecnie zasiedlane przez starsze pokolenie oddawano do użytku głównie w latach 1950–1980 (mieszkania spółdzielcze i zakładowe). Problemem większości tych mieszkań jest niski ich standard oraz brak wind w domach 4-piętrowych. Lokalizacja mieszkań w starych zasobach mieszkaniowych stwarza ponadto problemy bezpieczeństwa osób w zaawansowanym wieku ze względu na obecność zjawisk patologii. Istnieje możliwość poprawy sytuacji dochodowej osób starszych wynikającą z posiadania majątku w postaci własnego mieszkania. W celu ucywilizowania praktyk rynkowych związanych z tzw. odwróconym kredytem hipotecznym oraz dożywotnim świadczeniem pieniężnym Rada Ministrów przyjęła ustawę o odwróconym kredycie hipotecznym, która obecnie jest przedmiotem prac Sejmu RP. Ponadto rząd pracuje nad projektem ustawy o dożywotnim świadczeniu pieniężnym. Regulacje te mają za zadanie stworzenie osobom starszym możliwości uzyskania dodatkowych dochodów. Jednocześnie uregulowanie tych kwestii, poddanie wzmożonej kontroli instytucji oferujących usługę kredytu hipotecznego i świadczenia dożywotniego oraz zapewnienie osobom starszym pełnej informacji o usłudze, pozwoli na uruchomienie rynku takich usług funkcjonującego na uczciwych podstawach. Należy podkreślić, że tego typu regulacje mają za zadanie zapewnienie osobom starszym dodatkowych opcji poprawiających sytuację dochodową i nie powinny być – co wynika również z doświadczenia innych krajów – powszechną praktyką.

Osobnym problemem są warunki mieszkaniowe emerytów. Emeryci mieszkają w najstarszych zasobach mieszkaniowych, które charakteryzują się znacznie niższym standardem wyposażenia. Wiele mieszkań emerytów nie ma ciepłej wody, łazienki, WC, centralnego ogrzewania, dostępu do gazu. W warunkach braku wyposażenia mieszkania w podstawowe instalacje cywilizacyjne trudno zapewnić osobom niesprawnym, z ograniczoną sprawnością, obciążonym chorobami dobre warunki bytowe. W budżetach gospodarstw domowych kosz-

ty utrzymania mieszkania stanowią jedną z głównych pozycji w wydatkach osób starszych. W przypadku niskich świadczeń z zabezpieczenia społecznego koszt utrzymania mieszkania, szczególnie w przypadku osób samotnych, nierzadko przekracza ich możliwości finansowe, zmuszając do nieracjonalnych i nieuzasadnionych oszczędności znacznie pogarszających warunki życia (np. ograniczenia w ogrzewaniu pomieszczeń, zużyciu energii elektrycznej, wody itp.). Zagrożenie podwyższaniem kosztów utrzymania mieszkań (czynszów) argumentowane „nieustającym urealnieniem” może zmuszać osoby starsze do wymuszonych, niechcianych przeprowadzek do mieszkań o niższym standardzie, niekorzystnie zlokalizowanych ze względu na możliwości organizacji życia i zaspokojenia potrzeb. Niechęć do zmiany mieszkania w starszym wieku dyktowana jest „zakorzeniem” w danym środowisku społecznym, obawą przed pogłębieniem samotności i osamotnieniem w nowym środowisku, koniecznością rezygnowania z dotychczasowych „utartych” miejsc, kontaktów, instytucji, sposobów zaspokajania potrzeb. Zmiana mieszkania w starszym wieku nie może być wymuszana

podnoszeniem kosztów utrzymania, gdyż koszty społeczne przymusowej ze względów finansowych zmiany mogą okazać się bardzo wysokie¹¹⁷.

Z badania opinii społecznej (CBOS 2009) wynika, że około 2/3 respondentów na starość chciałaby mieszkać we własnym mieszkaniu i uzyskiwać pomoc ze strony najbliższej rodziny. W opinii 3/4 badanych najlepszym rozwiązaniem „na starość” jest pozostanie w swoim mieszkaniu. Wiąże się to ze wspomaganiami osób starszych pozostających we własnym mieszkaniu.

Brakuje danych o skali pomocy mieszkaniowej (dodatki) dla osób starszych. Nie można też stwierdzić, czy ta forma pomocy w utrzymaniu mieszkania stanowi ważny element wspomaganie osób starszych. Osoby zajmujące mieszkania o dużej powierzchni nie mają uprawnień do dodatku mieszkaniowego. Problem pojawi się wówczas, gdy zostanie zmniejszony (projektowany) zakres podmiotowy uprawnionych do dodatku mieszkaniowego. Proponowane zmiany w ustawie o dodatkach mieszkaniowych wyeliminują z możliwości uzyskania dodatków właścicieli mieszkań i domów jednorodzinnych. Prowadzić to będzie do wymuszonej zamiany mieszkań, pozbywania się nieruchomości z powodu braku możliwości sprostania zobowiązaniom finansowym wynikającym z utrzymania mieszkania. Rozwiązanie to nie uwzględnia wielu istotnych aspektów społecznych związanych z użytkowaniem mieszkania przez osoby w zaawansowanym wieku, z tego powodu musi stać się przedmiotem szerokiej debaty publicznej, gdyż będzie dotyczyć coraz liczniejszej grupy społecznej. Prace nad projektem przewidującym ww. zmianę zostały przerwane i aktualnie nie są planowane zmiany w ustawie o dodatkach mieszkaniowych w tym zakresie.

Oczekiwania polskich seniorów są zgodne z podstawowymi ideami opieki wyrażonymi w Rezolucji ONZ nr 46/91 określającej Katalog Podstawowych Praw Ludzi Starszych: *by dodać życia do lat, które dodano do życia*, a także w Europejskiej Karcie Społecznej (1996, art. 23), określającej prawo osób w podeszłym wieku do ochrony socjalnej. Problemy mieszkaniowe ludzi w podeszłym wieku muszą być rozpatrywane na trzech poziomach:

- mikrośrodowisko mieszkalne obejmujące: mieszkanie, dom, otoczenie przydomowe (charakter architektoniczny mieszkania, rodzaj budynku),
- szersze środowisko mieszkalne, na które składa się określony typ zabudowy zespołu mieszkalnego, osiedle, dzielnica,
- makrośrodowisko mieszkalne obejmujące: sieć komunikacyjną, dostępność usług, dostęp do urządzeń infrastruktury technicznej, ośrodki ogólnomiejskie, miasto itp.

¹¹⁷ Szerzej por. ekspertyza: Zralek (2011), s. 103–125.

W wielu krajach powstało wiele narzędzi wspomagających podejmowanie decyzji dotyczących oceny wzajemnego dopasowania środowiska i ludzi (*P-E fit – Person-Environment fit*). Przy badaniu środowiska zamieszkania ludzi istotne mogą być narzędzia oceny, takie jak:

- UIHM (*Usability in my Home*) kwestionariusz – aspekty aktywności, osobiste i społeczne oraz fizyczne środowiska, pozwalające na ocenę nie tylko czynników psychologicznych, lecz także na subiektywną ocenę poziomu dopasowania środowiska mieszkaniowego do możliwości osoby starszej;
- HOOP (*Housing Options for Older People*) – kwestionariusz samooceny możliwości dalszego zamieszkania w obecnym środowisku;
- HE (*Housing Enabler*) – narzędzie sprawdzania dostosowania zabudowanego środowiska zamieszkania do ograniczeń fizycznych ludzi w podeszłym wieku.

Konieczne jest także stworzenie systemu poradnictwa dla osób starszych wspomagającego ich zarówno w rozwiązywaniu problemów technicznych mieszkania (np. naprawa, modernizacja itp.), jak i w podejmowaniu i realizacji decyzji o zmianie miejsca zamieszkania, ułatwienie przeprowadzki itp. Modelowe rozwiązania problemu mieszkaniowego osób w zaawansowanym wieku obejmują różne rozwiązania: zamieszkiwanie we własnym mieszkaniu, mieszkanie wspólnotowe, mieszkanie wspólnotowe chronione, oddział opieki ustawicznej w domu seniora¹¹⁸.

W poszczególnych krajach wykorzystuje się różne rozwiązania dostosowania sytuacji mieszkaniowej do zmieniających się potrzeb starzejącego się społeczeństwa. W Niemczech wybór miejsca i charakteru zamieszkania zależy od decyzji każdej osoby oraz stanu jej zdrowia. Osoby, które mogą ze względu na stan zdrowia pozostawać we własnym mieszkaniu, pozostają tam tak długo, jak długo tego sobie życzą. Inną formą są usługi dziennego domu pobytu, gdzie pacjenci korzystają z wszystkich potrzebnych usług (posiłki, rehabilitacja, leczenie, zabiegi higieniczne, odpoczynek, kontakty towarzyskie). Osoby wymagające całodobowej opieki mieszkają w domu opieki. Dostępne są domy opieki o różnym standardzie i różnym zakresie usług. W Australii sytuacja mieszkaniowa zmienia się wraz ze zmieniającą się kondycją zdrowotną i sprawnością poszczególnych osób. Osoba, która traci zdolność do samodzielnego prowadzenia gospodarstwa domowego, otrzymuje pomoc, aby mogła jak najdłużej pozostawać we własnym domu. Dalsza utrata sprawności prowadzi do zmiany dotychczasowego mieszkania na mieszkanie wspólnotowe chronione, aby zapewnić opiekę, bezpieczeństwo oraz dostęp do koniecznych usług. Zmniejszenie stopnia samodzielności prowadzi do zmiany mieszkania na mieszkanie w ośrodku zapewniającym opiekę przez całą dobę.

W zakresie sytuacji ekonomicznej i finansowej priorytetowe działania w zakresie zapewnienia osobom w zaawansowanym wieku odpowiednich warunków mieszkaniowych powinny koncentrować się na następujących zagadnieniach:

- wysokości dochodów bieżących dostosowanych do zmieniających się potrzeb osób w zaawansowanym wieku, w tym szczególnie na problemie dodatkowych dochodów dla osób, które wraz z wiekiem tracą zdolność do samodzielnej egzystencji;
- wypracowaniu i wdrożeniu rozwiązań dotyczących dostosowania mieszkań do potrzeb i możliwości osób starszych.

¹¹⁸ H. Zaniewska, M. Thiel, *Mieszkanie jutra osób starszych – nadzieja, czy zagrożenie?*, w: *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia* (2004).

2.4. Zagrożenie dyskryminacją i wykluczeniem społecznym

Problem dyskryminacji i wykluczenia społecznego ludzi starych wynika z wielu przyczyn o charakterze społecznym, ekonomicznym, psychologicznym, kulturowym. Wykluczenie społeczne pozostaje w istotnym związku z niską pozycją ekonomiczną zdecydowanej większości ludzi starych i niepełnosprawnych utrzymujących się ze świadczeń społecznych (emerytury, renty inwalidzkie, renty socjalne, zasiłki). Zmieniają się warunki ekonomiczne położenia gospodarstw domowych osób utrzymujących się ze świadczeń. Wydłużający się czas życia po zakończeniu aktywności zawodowej oznacza zmniejszające się wraz z upływem czasu dochody bieżące gospodarstwa. Wraz z wiekiem następuje też wzrost wydatków powodowanych koniecznością opłacenia usług (rosną wydatki, ograniczają się możliwości ich pokrycia). Problemy wykluczenia wynikają też z postaw społecznych wobec ludzi starych, z upowszechnianego przekonania, że ludzie starzy są zbędnym i kosztownym obciążeniem młodego pokolenia.

W zakresie zapobiegania procesom wykluczenia społecznego ludzi starych można wskazać na braki systemowe wynikające z nieuwzględniania istotnych zmian demograficznych w programach i działaniach. Analiza polityk szczegółowych wykazuje, że żadna z nich nie uwzględnia w swoich programach zadań wynikających z istotnych zmian demograficznej sytuacji Polski.

W polityce zabezpieczenia społecznego, obejmującej tak ważne dla najstarszej populacji dziedziny, jak ubezpieczenie społeczne, pomoc i opieka, ochrona zdrowia, nie zostały uwzględnione zmiany demograficzne wynikające z rosnącej liczby i udziału w strukturze ludności osób w wieku poprodukcyjnym, w tym w wieku podeszłym (80+). W ubezpieczeniu społecznym konieczna jest zmiana zasad waloryzacji świadczeń, aby rosnącym w zaawansowanym wieku wydatkom odpowiadały rosnące dochody ze świadczeń. W systemie opieki i pomocy społecznej zmiana musi uwzględniać zmniejszający się potencjał opiekuńczy rodziny oraz jego skutki dla położenia najstarszej populacji. Dotyczy to koniecznych zmian w systemie pomocy społecznej i opieki oraz zmiany działalności instytucji opieki w środowiskach lokalnych. W ochronie zdrowia są konieczne pilne rozwiązania dotyczące zwiększenia dostępności usług w zakresie geriatry i rehabilitacji. Brak kompleksowego, geriatrycznego podejścia do opieki medycznej nad osobami w zaawansowanym wieku skutkuje nieuzasadnionym wzrostem kosztów leczenia, niesie też ze sobą możliwe do uniknięcia komplikacje w ich zdrowiu. Powszechny dostęp do rehabilitacji dla osób w wieku poprodukcyjnym pozwoliłby w wielu przypadkach uniknąć utraty sprawności ruchowej oraz zdolności do samodzielnego wykonywania codziennych czynności. Oszczędności w kosztach rehabilitacji są więc bardzo „kosztowne”, gdyż ich skutkiem są wysokie koszty opieki i pielęgnacji osób niesamodzielnych.

W sferze zatrudnienia polski rynek pracy w całym okresie transformacji działa w warunkach nadmiaru wysoko wykwalifikowanych, młodych, tanich pracowników. Z przyczyn demograficznych okres obfitości zasobów taniej pracy młodych pracowników na polskim rynku dobiega końca. W nadchodzącym latach rynek pracy będzie być może zmuszony korzystać z zatrudnienia pracowników w starszych (niemobilnych) grupach wieku. Problem ten nie tylko nie jest rozwiązany, lecz wciąż pozostaje poza świadomością projektujących rozwiązania w polityce społecznej oraz pracowników i pracodawców. Zmiany w sytuacji demograficznej „wymuszają” na pracodawcach zatrudnianie pracowników w starszych grupach wieku, o kwalifikacjach innych niż te, które posiadają młodzi. Trzeba będzie zatrudniać pracowników o innych niż młodzi możliwościach adaptacji do zmieniającego się charakteru i warunków pracy. Problem ten wymaga bliższego zbadania oraz wskazania kierunków działań znacznie zmieniających na rynku pracy sytuację osób zaliczanych do tzw. *niemobilnych* grup wieku (45+). Istotną przeszkodą w powszechnym zatrudnianiu osób w wieku niemobilnym,

w przedłużeniu wieku aktywności zawodowej może okazać się stan zdrowia populacji. Wyniki badania zdrowia ludności wykazują wciąż wysoki udział osób niepełnosprawnych oraz osób o złym stanie zdrowia, szczególnie w grupach w wieku powyżej 30. i 50. roku życia¹¹⁹. Porównanie oceny stanu zdrowia osób w wieku 50+ ze zmianami wieku emerytalnego, polegającymi na przedłużeniu zatrudnienia do 67 lat, które wprowadzono ustawą z dnia 11 maja 2012 r., wskazuje na ograniczone możliwości obowiązku pracy do 67 lat. Wydłużenie wieku emerytalnego w powszechnej skali może okazać się niemożliwe z uwagi na znaczny udział osób o złym stanie zdrowia, ograniczonej sprawności fizycznej i psychicznej. Wydłużanie wieku emerytalnego musi wpływać na istotne zmiany w polityce rodzinnej państwa w zakresie *opieki* nad najstarszym i najmłodszym pokoleniem. Późniejszy wiek emerytalny istotnie ograniczy potencjał opiekuńczy rodziny. Osoby wydłużające czas aktywności zawodowej są pozbawione możliwości zapewnienia opieki swoim niesamodzielnym członkom rodziny. Praca opiekuńcza członka rodziny może być zastępowana usługami instytucji lub osób spoza rodziny. Wpłyne to nie tylko na jakość opieki, ale także na istotny wzrost kosztów opieki realizowanej przez instytucje lub osoby spoza rodziny.

Ważnym czynnikiem kształtującym warunki życia osób starych i niesamodzielnym są *warunki mieszkaniowe*. Badania wskazują na niedostosowanie mieszkań do potrzeb i możliwości ludzi starszych i niepełnosprawnych, na ich niski standard techniczny i niedostateczne wyposażenie. Nie ma programu dostosowywania mieszkań do zmieniającej się sytuacji osób o ograniczonej – z powodu stanu zdrowia lub/i wieku – sprawności. Konieczne są zmiany w mieszkalnictwie, aby warunki zamieszkania nie obniżały poziomu i warunków życia starszych i niesamodzielnym osób.

Zmiany wymaga także obecny system *edukacji* osób starszych. Przygotowanie do aktywnej starości wymaga wdrożenia wielu programów z kilkunastoletnim wyprzedzeniem, aby uzyskać efekt aktywnego starzenia się w czasie odpowiednim dla danej populacji. W mediach publicznych, w przedsięwzięciach *kultury* musi zmienić się wizerunek i funkcja osoby starszej. Nie może być ona traktowana jako synonim zacofania, obciążenia finansów publicznych, głównej przeszkody w realizacji modernistycznych zamierzeń.

Konieczna jest zmiana zarówno języka opisującego ludzi starych, jak i negatywnego wizerunku, który uporczywie jest utrwalany w medialnych przekazach. Negatywne stereotypy osób starszych (starych) są upowszechniane przez kulturę szczególnie tzw. masową (popularną, niską). W społecznym odbiorze muszą one być traktowane jako formy przemocy, dyskryminacji i wykluczenia. Agresywny język, obraz upowszechniający negatywny wizerunek ludzi starych zagraża ich bezpieczeństwu. Tworzy atmosferę społecznego przyzwolenia na lekceważące, poniżające godność ludzi starych traktowanie i lekceważące zachowania wobec nich. Przemoc słowna prowadzi do stosowania innych rodzajów przemocy wobec osób starszych, do zagrożenia ich bezpieczeństwa w różnych sferach życia: od prawnej, ekonomicznej do sfery bezpieczeństwa w miejscu zamieszkania, w instytucjach finansowych oraz opieki, ochrony zdrowia, a także w rodzinach. Problem ten jest niemalże nieobecny w badaniach, w społecznym dyskursie, w działaniach polityki społecznej. Potrzebna jest edukacja społeczna i społeczne kampanie przeciwko wszelkim formom przemocy i wykluczenia osób starszych.

Doświadczenia krajów Unii Europejskiej

Polityki krajów UE dotyczące przeciwdziałania wykluczeniu osób starszych, niepełnosprawnych i niesamodzielnym obejmują wiele zróżnicowanych kierunków działania. W zakresie zabezpieczenia społecznego działania dotyczą: dostarczenia dochodów wszyst-

¹¹⁹ Por. *Sytuacja zdrowotna ludności Polski* (2012), s. 38 i nast.; *Sytuacja zdrowotna mieszkańców Polski* (2008).

kim osobom w zaawansowanym wieku (tzw. świadczenia obywatelskiego), gwarantowania świadczeń minimalnych ze środków publicznych, wprowadzenia społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego, dostępnego dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji, które wspomaga i uzupełnia dochody niezbędne do zaspokojenia zwiększonych potrzeb pielęgnacji i opieki. Wypracowane standardy dotyczące dochodów osób w zaawansowanym wieku obejmują gwarancje dochodu pozwalającego na samodzielność ekonomiczną gospodarstwom domowym osób starszych. W zakresie opieki i bezpieczeństwa usług dostarczanych osobom niesamodzielnym zostały wypracowane standardy publicznego nadzoru i kontroli nad jakością usług świadczonych na rzecz osób niesamodzielnych. Istotne ograniczenie działania zasad wolnego rynku w instytucjach świadczących usługi opieki na rzecz osób starszych i niesamodzielnych ma je ochronić przed nadużyciami ze strony dostarczających usługi. W kształtowaniu postaw i zachowań zapobiegających wykluczeniu społecznemu i przemocy wobec osób starszych są podejmowane wielokierunkowe działania edukacyjne. Podobnie bogate są programy przeciwdziałające wykluczeniu społecznemu osób starszych z rynku pracy. Zróżnicowane są też programy edukacji społecznej przygotowujące do aktywnego starzenia się. Z programów przeciwdziałających wykluczeniu społecznemu osób starszych, realizowanych w różnych krajach oraz z przykładów rozwiązań stosowanych w innych krajach płyną użyteczne wnioski dla Polski¹²⁰.

Polityka ludnościowa przeciwdziałająca wykluczeniu osób starszych, sprzyjająca ich integracji w społeczeństwie jest realizowana za pomocą narzędzi prawnych, finansowych, instytucji, usług oraz szerokich programów społecznej edukacji. Obejmuje wszystkie istotne dziedziny polityki społecznej. Z analizy rozwiązań stosowanych w wielu krajach UE wynika, że są to programy w wysokim stopniu zaawansowane i zróżnicowane. Realizuje się je od wielu (dziesiątków) lat (np. dyskusję nad wprowadzeniem ubezpieczenia pielęgnacyjnego w RFN podjęto na początku lat 70. XX wieku, niemal 25 lat przed jego wprowadzeniem w życie w 1995 r.). Punktem wyjścia do projektowania rozwiązań przeciwdziałających wykluczeniu jest osoba zagrożona wykluczeniem, jej sytuacja i jej niezaspokojone istotne potrzeby. Rozwiązania są dostosowane do sytuacji i potrzeb osób starszych i niesamodzielnych. W Polsce nie ma dotychczas ani ważnych programów przeciwdziałających wykluczeniu osób starszych, ani tradycji zorganizowanego społecznikowskiego działania na rzecz osób starszych. Dlatego wskazanie doświadczeń innych krajów w zakresie polityki ludnościowej wobec osób starszych, niepełnosprawnych i niesamodzielnych może być inspiracją do opracowania własnych programów, których celem byłoby zapobieganie wykluczeniu społecznemu oraz sprzyjanie różnym formom ich aktywności i społecznej integracji.

2.5. Stan zdrowia osób starszych i dostęp do usług medycznych

Utrzymanie sprawności i samodzielności osób w zaawansowanym wieku oraz niepełnosprawnych jest podstawowym warunkiem ich integracji społecznej. Z badania GUS (2009 r.)¹²¹ wynika, że w porównaniu z poprzednimi badaniami z 2004 r. samoocena stanu zdrowia społeczeństwa polskiego uległa poprawie; 34% badanych swoje zdrowie oceniło poniżej poziomu dobrego (w 2004 r. 39%). Odnotowana poprawa dotyczy ludności całego kraju. Najmniejszą poprawę odnotowano w grupie badanych w wieku 70 lat i więcej. Są regiony, w których poprawa stanu zdrowia jest znacznie mniejsza niż ogółem w Polsce. Należą do

¹²⁰ M. Halicka, E. Krakowska, *Uczestnictwo ludzi starszych w rodzinie i społeczeństwie*, w: *Ludzie starsi...* (2011), s. 33-50.

¹²¹ Praca *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 roku* (GUS, 2011) informuje o stanie zdrowia społeczeństwa w podziale na: płeć, grupy wieku, miejsce zamieszkania (region, miasto, wieś), sytuacja osób na rynku pracy, stan rodzinny, poziom wykształcenia. Por. też ekspertyza: Wilmowska-Pietruszyńska (2010), s. 126-150 oraz *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania* (2012).

nich województwa: lubelskie (39%), świętokrzyskie (38%) i łódzkie (37%), gdzie ponad 37% badanych oceniło swoje zdrowie poniżej oceny dobrej. Ocena stanu zdrowia ludności wraz z wiekiem się pogarsza. Swoje zdrowie jako mniej niż dobre oceniło 72% osób w wieku 60–69 lat. Poniżej oceny dobrej swoje zdrowie oceniło 85% badanych w wieku powyżej 70 lat. Korzystniej oceniają swój stan zdrowia osoby o wysokim poziomie wykształcenia, gorzej osoby z niskim poziomem wykształcenia. Istotnym problemem zdrowotnym są długotrwałe i przewlekłe dolegliwości; 43% badanych zgłaszało istnienie chorób długotrwałych i przewlekłych (trwających dłużej niż pół roku). Choroby długotrwałe i przewlekłe częściej występują w mieście (45,2%) niż na wsi (39,4%), częściej dotyczą kobiet (47%) niż mężczyzn (39%). Częstotliwość występowania chorób długotrwałych i przewlekłych nasila się wraz z wiekiem: dotyczy to ponad 60% pięćdziesięciolatków, 79% sześćdziesięciolatków, 90% osób w wieku 80 i więcej lat. Pod koniec 2009 r. istnienie chorób przewlekłych i długotrwałych zanotowano u 51% badanych (w 2004 r. u 46%). Najczęściej niedomagania zdrowotne występują u osób mieszkających w woj. opolskim i dolnośląskim (55%). W miarę starzenia się populacji następuje pogorszenie stanu zdrowia; osoby w wieku 70 i więcej lat zgłaszają od 3,5–4,0 dolegliwości zdrowotnych.

Badania GUS obejmowały też zdolność badanych do wykonywania zwykłych czynności życiowych: sprawność i możliwość samoobsługi oraz wykonywanie czynności domowych przez osoby dorosłe. Z badań wynika, że ponad połowa sześćdziesięciolatków ma problemy ze wzrokiem. W wieku 80 i więcej lat problem ten dotyczy 70% badanych osób. Wśród osób w wieku 70 i więcej lat źle słyszy co trzecia osoba, w wieku 80 i więcej lat częściej niż co druga. Problemy z przemieszczaniem się (przejście na odległość około 500 metrów) ma co druga osoba w wieku 70 i więcej lat, w tej grupie wieku 60% osób ma trudności z wejściem bez pomocy na I piętro. Badania obejmowały też sprawność w wykonywaniu codziennych czynności, takich jak: samodzielne spożywanie posiłku, kładzenie się i wstawanie z łóżka, siadanie i wstawanie z krzesła, ubieranie się i rozbieranie, umycie całego ciała, korzystanie z WC. Wyniki badania wykazały, że w Polsce ponad 2,6 mln osób dorosłych (9,4% ogółu populacji) ma istotne ograniczenia w wykonywaniu podstawowych czynności codziennych, w tym 218 tys. ma trudności z umyciem całego ciała, 1942 tys. osób ma trudności z wykonywaniem takich czynności, jak: kładzenie się, siadanie/wstawanie, ubieranie się/rozbieranie, korzystanie z WC, samodzielne spożywanie posiłku. Ograniczenia te najczęściej dotyczą osób starszych i schorowanych; a także co drugiej osoby w wieku 80 i więcej lat (mają one kłopoty z codziennym samodzielnym funkcjonowaniem), a także co trzeciej osoby w wieku 70 lat, częściej trudności takie mają kobiety. Z badań GUS wynika, że blisko 40% siedemdziesięciolatków i osób starszych ma problemy z samoobsługą. Jednocześnie prawie co drugi badany mający trudności z samoobsługą w zakresie codziennych zwykłych czynności musi sobie sam radzić, gdyż nie ma żadnej pomocy. Co piąta osoba z takimi ograniczeniami chciałaby jakąś pomoc uzyskać bądź już uzyskaną pomoc znacznie poszerzyć, bo ocenia ją jako niewystarczającą. Z badań wynika, że ludzie starzy oczekują pomocy od innych osób, natomiast w mniejszym stopniu potrzebują specjalnych urządzeń czy wyposażenia technicznego.

Badania obejmowały także zdolność badanych osób dorosłych do samodzielnego prowadzenia gospodarstwa domowego. Na podstawie wyników badania ocenia się, że 1,3 mln osób ma trudności z codziennym przygotowaniem posiłków, 900 tys. ma trudności w korzystaniu z telefonu, 2,5 mln ma trudności z codziennymi zakupami, 660 tys. – z codziennym zażywaniem leków. Ograniczenia w wykonywaniu czynności domowych z powodów zdrowotnych ma, według badań GUS z 2009 r., 5,2 mln osób w wieku 15 i więcej lat, tzn. blisko co piąty dorosły Polak. W przypadku 1,4 mln osób ograniczenia sprawności są tak daleko zaawansowane, że ich egzystencja zależy od pomocy innej osoby. Trudności w wykonywaniu prac domowych odczuwa co trzeci sześćdziesięciolatek, 60% siedemdziesięciolatków i 85% osób w wieku 80 lat i więcej. Prawie co piąta osoba dorosła ma ograniczenia

w prowadzeniu gospodarstwa domowego, lecz nie ma żadnej pomocy i musi sobie radzić sama. Badania wykazały, że istnieje w Polsce bardzo duża skala niezaspokojonych potrzeb dotyczących pomocy osobom starszym i niesamodzielnym w prowadzeniu gospodarstwa domowego (z pomocy innej osoby korzystało 835 tys., nie korzystało, mimo że jej potrzebowało, 600 tys. osób).

Niepełnosprawność

Niepełnosprawność może dotyczyć osób w różnym wieku. Wynika z wielu przyczyn (wady wrodzone, wypadki, urazy, choroby, zaawansowany wiek itd.). Wydłużające się życie zwielokrotnia ryzyko mniejszej sprawności fizycznej i psychicznej. Jedną z najważniejszych przyczyn jest zaawansowany wiek.

W Polsce orzekanie o niezdolności do pracy dla celów rentowych jest realizowane przez 5 instytucji: ZUS, KRUS, MON, MSW, MS, natomiast orzekanie dla celów pozarentowych realizują powiatowe zespoły do spraw orzekania i niepełnosprawności jako pierwsza instancja i wojewódzkie zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności jako druga instancja. W badaniach GUS uwzględniano (poza orzeczoną prawnie niepełnosprawnością) oświadczenie subiektywne osoby deklarującej ograniczoną sprawność. W Polsce liczba osób niepełnosprawnych z prawnie orzeczoną niepełnosprawnością w roku 2009 zmniejszyła się o 663 tys. (wynosiła 4155,3 tys.) w porównaniu z rokiem 2004 (4818,3)¹²². Osoby niepełnosprawne są starsze od ogółu populacji; wiek środkowy (mediana) osoby niepełnosprawnej w 2009 r. wynosił 61 lat (była to osoba o jeden rok starsza od populacji niepełnosprawnych w 2004 r.). Według metodologii Eurostatu pod koniec 2009 r. w Polsce żyło 8,1 mln osób niepełnosprawnych (tj. osób, które z powodu jakichkolwiek problemów zdrowotnych miały ograniczone zdolności wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle codziennie wykonują). Według definicji Unii Europejskiej, co piąty Polak został zaliczony do kategorii niepełnosprawnych, z tej grupy 1/3 (tj. 2,7 mln osób) ma poważne ograniczenia w wykonywaniu czynności samoobsługi. Częstość ograniczeń w wykonywaniu czynności gwałtownie rośnie wraz z wiekiem, szczególnie po przekroczeniu wieku 50 lat. Według kryteriów UE wśród pięćdziesięciolatków, co trzecia osoba została zaliczona do niepełnosprawnych, wśród osiemdziesięciolatków 2/3 populacji. Polska należy do krajów, gdzie poziom niepełnosprawności jest nieco niższy niż w wielu krajach Europy Środkowej i Wschodniej.

Z badań GUS wynika, że pod koniec 2009 r. liczba niepełnosprawnych (prawnie i subiektywnie) wynosiła 5,3 mln osób (i była o prawie 950 tys. mniejsza niż przed pięciu laty). Niepełnosprawność „rośnie” wraz z wiekiem; w ogólnej liczbie badanych niepełnosprawni stanowili 13,9%, w grupie 50–69 lat – 25%, w wieku 70 i więcej lat – 45,2%. Występują istotne różnice w poszczególnych województwach. W grupie osób najstarszych (70 i więcej lat) najwyższy odsetek niepełnosprawnych występuje w województwie małopolskim (55,6%), kujawsko-pomorskim (51,5%), najmniej w woj. świętokrzyskim (37,3%) i zachodniopomorskim (38,5%). Blisko 78% niepełnosprawnych posiada orzeczenie o niepełnosprawności, pozostałe 22 % nie ma takiego orzeczenia. Aż 84% osób niepełnosprawnych to osoby bierne zawodowo, tylko co szósta osoba pracuje lub poszukuje pracy. Ponad 60% orzeczeń o znacznym stopniu niepełnosprawności posiadają osoby w wieku poprodukcyjnym, 25% takich orzeczeń mają osoby w wieku produkcyjnym. Osoby niepełnosprawne gorzej oceniają swój stan zdrowia, częściej występują u nich choroby przewlekłe i długotrwałe, także częściej niż pozostałe osoby korzystają z pomocy medycznej. W grupie osób niepełnosprawnych najczęściej występują: choroby i uszkodzenia narządu ruchu (56%), choroby układu krążenia

¹²² Według danych GUS, na podstawie NSP 2011 niepełnosprawni stanowili 12,2% ogółu ludności Polski, tj. 4697,0 tys. osób (w tym: 2530,1 kobiet i 2166,9 mężczyzn). Liczba niepełnosprawnych utrzymuje się w Polsce na poziomie znacznie wyższym niż w 15 krajach UE.

(50%), schorzenia neurologiczne (33%), uszkodzenia narządu wzroku (27%), uszkodzenia narządu słuchu (14%), schorzenia psychiczne (10%), inne schorzenia 27%).

Około 10% osób w wieku 65+ ma zespoły otępienne, około 2 mln osób w tym wieku ma ograniczoną zdolność do samoobsługi w wykonywaniu czynności dnia codziennego. Na podstawie danych uzyskanych w badaniu GUS stwierdza się, że 64% osób niepełnosprawnych z trudem wykonuje czynności domowe. Co piąta osoba niepełnosprawna ma trudności z ugotowaniem sobie posiłku, co trzecia – z robieniem codziennych zakupów, co dziesiąta – z samodzielnym stosowaniem (zażywaniem) leków. Ponad 30% populacji niepełnosprawnych ma trudności z wykonywaniem lekkich prac domowych. Problemy ze sprawnością w zakresie samoobsługi występują z różną częstotliwością, nasilają się wraz z upływem lat życia. „Znaczna część populacji w podeszłym wieku przy wykonywaniu codziennych czynności bezwzględnie wymaga pomocy ze strony innych osób”¹²³. Liczba **niepełnosprawnych dzieci w wieku 0-14 lat wynosi 183 tys.** – 46 tys. to dzieci niepełnosprawne prawnie i biologicznie, 123 tys. prawnie, 11 tys. tylko biologicznie; w miastach mieszka 111 tys., na wsi 68 tys.

Choroba może prowadzić do niepełnosprawności i niesamodzielności, co wywołuje konieczność stałej i długotrwałej opieki oraz pomocy innych osób w zakresie zwykłych czynności codziennych (przyjmowanie posiłków, ubieranie się, przemieszczanie się, pielęgnacja i higiena ciała itp.). Wzrost potrzeb w zakresie pomocy i opieki osobom niesamodzielnym w zaawansowanym wieku będzie spowodowane przez wiele czynników: wydłużenie przeciętnej długości życia, wzrost liczby osób starych, zmiana sytuacji rodzinnej wywołanej niskim poziomem dzietności, wysoki poziom emigracji zarobkowych oraz oczekiwanie lepszej jakości życia. Wszystkie badania i dostępne dane statystyczne wskazują, że wraz z wydłużaniem się przeciętnego trwania życia, z postępującym procesem starzenia się ludności powiększają się potrzeby w zakresie usług ochrony zdrowia.

Wpływ na wzrost potrzeb mają także warunki życia we współczesnym świecie; rośnie liczba osób, które korzystają ze stałej ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej; w 2010 r. w Polsce było to 1396 tys. osób. Liczba pacjentów psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej w latach 1997–2010 wzrosła o 88%. W latach 1997–2009 liczba leczonych w ramach całodobowej opieki psychiatrycznej wzrosła o połowę; w 2009 r. było to 209 tys. osób. Jednym z najważniejszych wskaźników zdrowia psychicznego jest współczynnik zgonów z powodu samobójstw; jest on w Polsce o 68% wyższy od średniego dla krajów UE¹²⁴.

2.6. Korzystanie z usług medycznych oraz ich dostępność

Leczenie w szpitalach obejmuje głównie dwie grupy: małe dzieci (0–4 lata) oraz osoby w wieku 50 lat i więcej. Odsetek osób, które leczyły się w ostatnich 12 miesiącach w szpitalach, wzrasta wraz z ich wiekiem. Odsetek osób w wieku 50–59 lat leczonych w szpitalu wynosił w 2009 r. 12,8%; w wieku 60–69 lat – 18,3%, 70–79 lat – 24,1%, 80 lat i więcej – 26,2%. Wraz z wiekiem rosła też długość kuracji szpitalnej: liczba dni leczenia szpitalnego dla najstarszej kategorii osób wynosiła 3,4 dni, dla osób w wieku 50–59 lat – 1,7 dni (przeciętna dla 1 statystycznego mieszkańca Polski wynosiła 1,3 dnia pobytu w szpitalu). Osoby niepełnosprawne ponad trzykrotnie częściej są leczone w szpitalach, a osoby z długotrwałymi problemami zdrowotnymi prawie czterokrotnie częściej. Mieszkańcy wsi bez względu na wiek, płeć i stan zdrowia rzadziej niż mieszkańcy miast korzystają z leczenia w szpitalach. Częściej niż co czwarta dorosła osoba hospitalizowana trafiała ponownie do szpitala w okresie badanych 12 miesięcy. Najczęściej były to osoby w wieku powyżej 60 lat, niepełnosprawne i przewlekle chore. Co ósma badana osoba zrezygnowała

¹²³ Stan zdrowia ludności Polski w 2009 roku (2011), s. 75.

¹²⁴ Por. *Sytuacja zdrowotna ludności Polski...* (2012), s. 172 i nast.

z wizyty u lekarza chociaż jej potrzebowała. Główne powody rezygnacji to: długa lista oczekujących, brak czasu na wizytę, brak decyzji, brak pieniędzy, chęć „przeczekania” choroby. Z wizyt u lekarza znacznie częściej rezygnują osoby niepełnosprawne i mocno schorowane; powodem rezygnacji jest długa kolejka do lekarza i brak pieniędzy na opłacenie leczenia.

Rozwiązania poprawiające jakość opieki nad osobami starszymi wymagają innego niż dotychczas podejścia do tej grupy pacjentów w systemie ochrony zdrowia. Według oceny Zespołu ds. Geriatrii przy Ministrze Zdrowia, który przygotował kompleksowy program strategii rozwoju geriatrii, funkcjonujący system opieki zdrowotnej i społecznej nad osobami starszymi w Polsce jest niedostosowany do potrzeb tej populacji, gdyż oferuje zdeintegrowane, rozproszone i niespójne świadczenia. System nie spełnia standardów podejścia geriatrycznego – powszechności, jakości, dostępności i kompleksowości zaspokajania złożonych potrzeb zdrowotnych osób w zaawansowanym wieku. Mimo iż geriatria została uznana za priorytetową dziedzinę medycyny, to specjalizacja ta nie ma większego udziału w systemie opieki zdrowotnej¹²⁵. Stan opieki geriatrycznej w Polsce znacznie różni się od poziomu osiągniętego w Unii Europejskiej. W większości krajów europejskich, geriatria i badania nad starzeniem stanowią priorytet w działalności opieki medycznej na rzecz ludzi w zaawansowanym wieku¹²⁶.

Geriatria, zwana też medycyną wieku starszego, wywodzi się z interny, jest poszerzona o elementy innych specjalności i problemów typowych dla starszego wieku. Zajmuje się stanami wielochorobowymi oraz ich skutkami funkcjonalnymi, do których usposabia starzenie. Standardem w geriatrii jest całościowa ocena i kompleksowe podejście do pacjenta – to wyróżnia geriatrię wśród innych specjalności medycznych. Największe korzyści z leczenia geriatrycznego odnoszą osoby najstarsze i/lub poważnie zniechęcone, wymagające długiego i kompleksowego leczenia. Opieka zdrowotna nad ludźmi starszymi wymaga podejścia holistycznego, obejmującego aspekty zdrowia fizycznego, psychicznego, funkcjonalnego i społeczno-ekonomicznego. **Rozwój geriatrii i podejście geriatryczne** do pacjentów w zaawansowanym wieku może im przynosić istotne korzyści. W warunkach permanentnego deficytu środków finansowych podejście geriatryczne pozwala też zmniejszyć koszty leczenia. Zasady i procedury w opiece geriatrycznej zawarte są w Projekcie Rozporządzenia Ministra Zdrowia: „Standardy postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu geriatrii”. Dokument wskazuje na konieczność zdefiniowania roli geriatrii w systemie ochrony zdrowia, poprawę jakości świadczeń geriatrycznych i opieki zdrowotnej nad osobami starszymi, a ponadto na zwiększenie wiedzy o specyfice i odrębnościach chorób i problemów wieku podeszłego wśród lekarzy, rozwoju kadry i bazy gerontologicznej i geriatrycznej. Narodowy Fundusz Zdrowia musi stosować kryteria standardów przy kontraktowaniu procedury zwanej „całościową oceną geriatryczną” (COG), która jest fundamentalną zasadą postępowania w geriatrii. COG jest interdyscyplinarnym procesem wielowymiarowej i standaryzowanej oceny poziomu funkcji życiowych, niezbędnym do planowania etapów leczenia i opieki nad pacjentem. Pozwala porządkować proces diagnozowania i kwalifikowania do określonych procedur medycznych i świadczeń, umożliwia właściwe dostosowanie leczenia i opieki do stanu pacjenta w wieku podeszłym. Stosowanie całościowej oceny geriatrycznej zwiększa precyzję diagnozy, poprawia sprawność fizyczną i umysłową pacjentów, zmniejsza ich umieralność, ogranicza liczbę przyjmowanych leków, redukuje zbyteczne świadczenia, liczbę hospitalizacji i przyjęć do stacjonarnych placówek opiekuńczych. W konsekwencji redukuje koszty opieki zdrowotnej i poprawia jakość życia osób starszych. Całościowa ocena geriatryczna stosowana przy przyjęciu do szpitala pozwala przewidzieć czas pobytu w szpitalu, konieczność umiesz-

¹²⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2003 r. oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 maja 2009 r.

¹²⁶ Por. *Silver Paper*, dokument wydany na zakończenie Szczytu Europejskiego na Temat Starzenia, Wrocław, 11–13 września 2008 r.

czenia pacjenta w instytucjach opiekuńczych. Z powodzeniem jest stosowana w określeniu rokowania u pacjentów hospitalizowanych (np. chemoterapii, krwawienia do przewodu pokarmowego, zabiegu na klatce piersiowej, rehabilitacji po zabiegu zespolenia złamania szyjki kości udowej i in.)¹²⁷.

Za pilnym rozwojem geriatry – podejścia geriatrycznego w ochronie zdrowia osób w zaawansowanym wieku – przemawiają argumenty demograficzne, ekonomiczne i społeczne. Stawia to szczególne zadania w organizowaniu opieki zdrowotnej nad ludźmi starszymi. Diagnoza aktualnego stanu zdrowia i opieki zdrowotnej nad osobami starszymi w Polsce wykazuje, że stan zdrowia i sprawność osób w wieku 75+ są niezadowolające. Świadczą o tym subiektywne i zobiektywizowane wskaźniki ilustrujące stan zdrowia ludzi starszych, a także porównania z innymi krajami europejskimi.

Obecna polityka zdrowotna wobec ludzi starszych w Polsce sprzyja polipragmazji, która w podwójny sposób generuje olbrzymie koszty: przez finansowanie niepotrzebnych leków i konieczność leczenia niepożądanych działań ubocznych tych leków (objawy jatrogenne u osób starszych są przyczyną około 20% wszystkich hospitalizacji). W systemie leczenia osób starszych brakuje koordynacji opieki wysokospecjalistycznej z podstawową opieką medyczną (m.in. z powodu niedostatecznego przygotowania lekarza rodzinnego do opieki geriatrycznej). Jest to ważna przyczyna nieskuteczności leczenia lub/i działań niepożądanych u dużej części chorych w starszym wieku. W systemie ochrony zdrowia w Polsce występuje dyskryminacja ze względu na wiek w zakresie procedur diagnostycznych i leczniczych. Mamy też do czynienia z kwalifikowaniem osób w zaawansowanym wieku do procedur wysokospecjalistycznych bez pełnej geriatrycznej analizy przeciwwskazań, bez oceny proporcji spodziewanych korzyści i ryzyka.

Z diagnozy wynika, że w praktyce opieka geriatryczna jako świadczenie udzielane w Polsce przez lekarzy geriatrów jest świadczeniem marginalnym; brakuje kadry i bazy geriatrycznej. NFZ nie finansuje odpowiednio do kosztów usług i czasu pracy interdyscyplinarnego zespołu, włącznie z fizjoterapeutami i neuropsychologami, których wymaga do kontraktowania świadczeń geriatrycznych. Płaci jedynie za hospitalizację z powodu jednej wybranej choroby. Kontraktuje jedynie świadczenia szpitalne i ambulatoryjne. Pomija tzw. hospitalizację dzienną oraz bardzo potrzebne domowe wizyty geriatry. Kadra geriatrów w Polsce w lutym 2012 r. to 259 lekarzy; nie wszyscy są zatrudnieni zgodnie ze specjalizacją. Wskaźnik lekarzy geriatrów na 100 tys. ogółu mieszkańców wynosi 0,33 (1 geriatra na 300 tys.)¹²⁸. W ostatnich kilku latach nieco wzrosły wskaźniki lekarzy specjalizujących się w geriatry. Niewykorzystane są nadal koszty całościowej opieki geriatrycznej (pomimo wzrostu od 2008 r.). Rozwój bazy szpitalnej i poradni nie nadąża za szybko rosnącymi potrzebami, gdyż wysokie standardy oceny i opieki geriatrycznej generują zadłużenie jednostek geriatrycznych. W 2011 r. liczba łóżek w oddziałach geriatrycznych w Polsce wynosiła 782, ogółem było w Polsce 37 oddziałów szpitalnych i 307 poradni geriatrycznych. Wskaźnik łóżek geriatrycznych na 10 tys. mieszkańców w wieku 65+ wynosi 0,7. Należy on do najniższych w Europie (w Holandii – 4,6, w Czechach – 4,0, we Włoszech – 3,0). Większość świadczeń geriatrycznych dostępnych jest w województwie śląskim (218 łóżek) i małopolskim (52 łóżka). W wielu województwach (np. w najludniejszym mazowieckim) w ogóle nie ma łóżek geriatrycznych. Wskaźnik **łóżek geriatrycznych na 10 tys. mieszkańców ogółem wynosi w Polsce 0,09**, podczas gdy w Wielkiej Brytanii – 4,7, w Szwecji – 3,45, w Niemczech – 1,98. W Niemczech, Austrii i Belgii, zgodnie z zaleceniem uzgodnionym na poziomie instytucji państwowych, wskaźnik ten docelowo ma osiągnąć 5 łóżek na 10 tys. ogółu mieszkańców. Wartość ta mogłoby być rekomendowana również dla Polski; wówczas należałoby zwiększyć

¹²⁷ Por. ekspertyza: Bień (2011), s. 159–158.

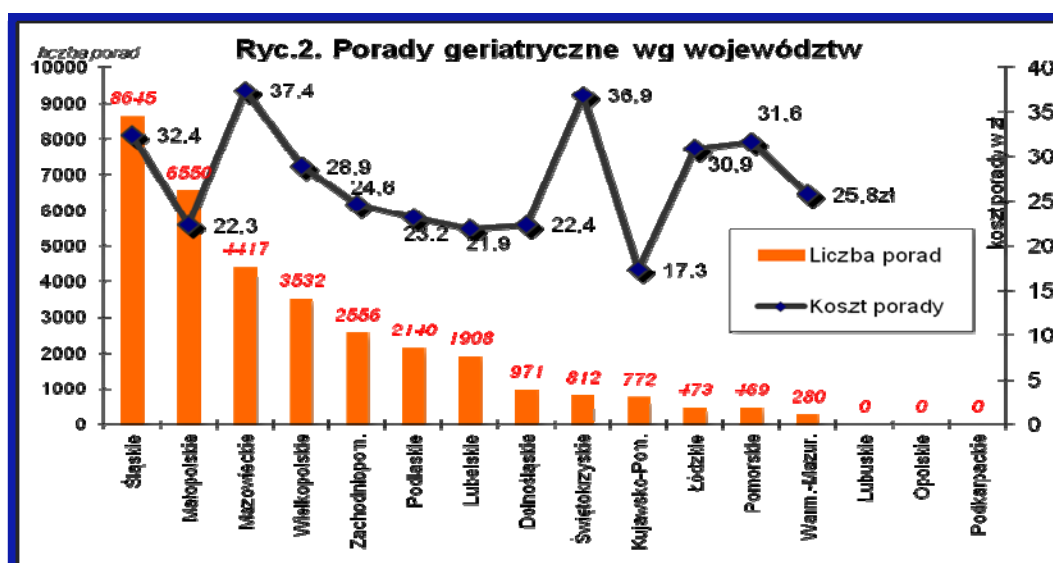
¹²⁸ Analogiczne dane to: dla Szwecji – 7,8, Austrii – 7,4, Islandii – 5,9, Wielkiej Brytanii 4,9, Belgii i Słowacji – po 2,5, Czech – 1,5.

liczbę łóżek geriatrycznych do 19 tysięcy (!). Osiągnięcie średniej europejskiej wartości tego wskaźnika (tj. 2 łóżka na 10 tys. mieszkańców) wymaga **utworzenia 7,6 tysięcy łóżek geriatrycznych** (w ramach częściowej zamiany łóżek internistycznych, reumatologicznych czy neurologicznych na geriatryczne). Z danych NFZ wynika, że najczęściej szpitalnych świadczeń geriatrycznych zrealizowano w woj. śląskim (218 łóżek geriatrycznych), mniej w lubelskim (69), w małopolskim (52) i wielkopolskim (43). Województwa posiadające po około 20 łóżek to: podlaskie, dolnośląskie, kujawsko-pomorskie, lubuskie, gdzie wartość poszczególnych kontraktów nie przekraczała 1 mln zł¹²⁹.

Część województw dysponujących lekarzami geriatrami nie ma szans udzielania świadczeń szpitalnych z uwagi na brak placówek (województwa: mazowieckie, świętokrzyskie, łódzkie, pomorskie, podkarpackie). Niektóre województwa posiadając tego typu placówki preferują rozliczanie w NFZ świadczeń szpitalnych w ramach innej specjalności, gdyż jest to bardziej korzystne finansowo. Wycena punktowa procedur geriatrycznych przez NFZ jest niedoszacowana ze względu na poszerzony zakres diagnostyki i terapii geriatrycznej oraz standardy leczenia geriatrycznego. Z tego powodu nawet nielicznym oddziałom i poradniom geriatrycznym grozić może ich zamykanie (lub likwidacja), ponieważ placówkom ochrony zdrowia „nie opłaca się” kontraktować świadczeń przynoszących straty finansowe.

W geriatrycznej opiece ambulatoryjnej w 2007 r. udzielono 33,5 tys. porad (tj. około 0,04% wszystkich porad specjalistycznych; dla porównania w Wielkiej Brytanii 480 tys.). Skrajnie niska liczba takich porad w Polsce potwierdza, że niemal wszyscy seniorzy są skazani na leczenie, często równoległe, u wielu specjalistów. Generuje to niepotrzebne koszty, zwiększa ryzyko polipragmazji, zmniejsza dostępność do porad specjalistów.

Rysunek 2. Porady geriatryczne według województw



Źródło: *Strategia rozwoju systemu opieki geriatrycznej i rozwiązań poprawiających jakość opieki nad osobami starszymi w systemie ochrony zdrowia*, opracował Zespół pod kierunkiem prof. dr hab. Barbary Bień, Przewodniczącej Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia, Warszawa 2010 (druga edycja opracowania z 2007 r.).

Analiza aktualnych danych statystycznych, opublikowanych przez GUS w 2012 roku¹³⁰, wskazuje, że opieka geriatryczna w 2011 r. stanowiła marginalną specjalność w ochronie zdrowia. W roku 2011 w szpitalach świadczyło usługi 20 oddziałów geriatrycznych

¹²⁹ Bień (2008).

¹³⁰ *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 roku* (2012).

(w tym 3 w szpitalach niepublicznych. Posiadały one 558 łóżek (w tym 107 w szpitalach niepublicznych). Ogółem leczono w nich 14 244 pacjentów (w tym 2755 w szpitalach niepublicznych). Przeciętny czas leczenia na oddziałach w szpitalu publicznym wynosił 9,7 dni, a w niepublicznym 9 dni. Przytoczone w cytowanym wydawnictwie GUS dane wskazują, że w kilku województwach nie ma oddziałów geriatrycznych. Wykorzystanie łóżek na oddziałach geriatrycznych wynosiło przeciętnie 255 dni w roku.

Z danych przekazanych przez Ministra Zdrowia w ramach interpelacji poselskich wynika, że w 2011 r. było ogółem 37 oddziałów geriatrycznych z 782 łózkami (ale tylko 20 z nich świadczyło usługi ochrony zdrowia, co oznacza, że pozostałe nie miały kontraktu z NFZ). Liczba poradni geriatrycznych wynosiła 307, a liczba lekarzy – 252. W województwach: mazowieckim, pomorskim, świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim nie było ani jednego oddziału geriatrycznego. Wartość refundacji NFZ za poradę geriatryczną wynosiła od 37,40 zł w województwie mazowieckim do 17,30 zł w kujawsko-pomorskim. W 2007 r. NFZ wydał na ambulatoryjne i szpitalne świadczenia geriatryczne ogółem kwotę – 19 929 412 zł; stanowiło to 0,005% (pół promila) rocznego budżetu NFZ.

Upowszechnienie świadczeń geriatrycznych może istotnie obniżyć koszty leczenia ludzi starych w Polsce. Koszty opieki zdrowotnej rosną w związku z rozwojem technologii medycznej oraz starzeniem się populacji. Koszty leczenia w ostatnim roku życia pacjenta w zaawansowanym wieku należą do najwyższych. Standardy leczenia geriatrycznego nie tylko redukują koszty opieki, ale wydłużają czas przeżycia pacjenta, zwiększają sprawność funkcjonalną, odraczają fazę niepełnosprawności i poprawiają jakość życia. Wprowadzanie geriatrii do medycyny daje **dlugotrwały efekt inwestycyjny w zdrowie populacji osób najstarszych**, szczególnie dzięki zespołowemu podejściu geriatrycznemu, prewencyjnemu efektowi wizyt domowych i konsultacyjnemu serwisowaniu opieki długoterminowej.

Programy prewencyjne mają ważne znaczenie dla redukcji kosztów opieki zdrowotnej nad osobami starszymi. Nie jest to możliwe z powodu braku kadry i bazy geriatrycznej. Konieczne jest szybkie wprowadzenie strategii rozwoju geriatrii wraz z inwestowaniem w bazę i kształcenie geriatrów. Bez podjęcia w bliskim czasie wielokierunkowych działań w zakresie rozwoju geriatrii w związku ze starzeniem się społeczeństwa szybko będą rosły koszty opieki zdrowotnej w przyszłości. Procedury geriatryczne, jak wiele innych procedur klinicznych, są finansowane przez NFZ. Ich prawidłowa wycena w stosunku do włożonych nakładów na diagnostykę, prewencję powikłań chorób, terapię i rehabilitację pacjentów w wieku starszym nie powinna generować szpitalom długów, a przynosić długofalowe oszczędności dla systemu ochrony zdrowia.

Kadry geriatrii

Krytyczny niedobór specjalistów geriatrii to problem nie tylko Polski, ale także wielu krajów. W Stanach Zjednoczonych przewiduje się do 2030 r. czterokrotnie wyższe niż obecnie zapotrzebowanie na geriatrów. Podejmowanie tej specjalizacji w Polsce zniechęca lekarzy: niskie wynagrodzenia, słabe zaplecze badawcze, skromna baza akademicka, niedobór kadry nauczającej, brak placówek geriatrycznych. Przy założeniu, wzorem Wielkiej Brytanii, że jeden geriatra powinien przypadać na ok. 4000 osób po 75. roku życia i jeden na 8 tysięcy osób w wieku 65–74 lata, **potrzeby w zakresie liczby geriatrów w Polsce należy ocenić na minimum 800 specjalistów**. Uwzględniając możliwości kształcenia, należy wprowadzić system tzw. „krótkiej ścieżki” specjalizacji z geriatrii adresowany do specjalistów chorób wewnętrznych, którzy mają co najmniej 3 lata stażu pracy w oddziałach chorób wewnętrznych. Konieczne jest przyznanie miejsc dla geriatrów w specjalistycznej opiece zdrowotnej, uznanie geriatrii za specjalizację podstawową, wprowadzenie geriatrii do programów specjalizacji z medycyny rodzinnej oraz przygotowanie lekarzy rodzinnych do poprawy opieki nad osobami starszymi. Celowe jest pilne przeszkolenie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej z zakresu podstaw geriatrii.

Kształcenie w zakresie geriatry w uczelniach medycznych

Obowiązujące standardy kształcenia na kierunku lekarskim **nie uwzględniają** w żadnym z przedmiotów podstawowych treści dotyczących starzenia i starości oraz chorób i problemów opiekuńczych związanych z tym procesem. W treści przedmiotów kierunkowych, znajdują się jedynie wrywkowe, skrótowe, niespójne wzmianki, które nie uwzględniają istoty i standardu kompleksowej oceny geriatrycznej. Pominięcie w standardach nauczania aspektu starości i starzenia, jak również przedmiotu „geriatria”, może wyjaśnić opieszałość, a nawet opór uczelni medycznych przed powoływaniem jednostek klinicznych specjalizujących się w geriatryi. Przedmiot ten realizowany jest fakultatywnie, w stopniu zróżnicowanym zarówno pod względem treści, formy zajęć, jak i wymiaru godzin. Obowiązkowo jest realizowany tylko dla studentów anglojęzycznych ze względu na wymagania krajów ich pochodzenia. Na studiach medycznych na kierunku lekarskim geriatria powinna być włączona do standardów nauczania. Do tego celu powinny być też powołane kliniki geriatryi zapewniające lekarzom dostęp do kształcenia i specjalizowania się w geriatryi. Według opinii Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia, jest konieczne powołanie w każdej uczelni medycznej koordynatora ds. rozwoju kadry i bazy gerontologicznej oraz kształcenia z zakresu geriatryi. Kliniki geriatryi w uczelniach medycznych, powinny stanowić profesjonalną bazę do kształcenia studentów innych kierunków w zakresie aspektów gerontologicznych, m.in. pielęgniarstwa, zdrowia publicznego, fizjoterapii, dietetyki.

Obecnie jedynie na kierunku „pielęgniarstwo” jest przedmiot „geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne” (z powodu braku kadry geriatrów niektóre uczelnie nie realizują zajęć z tego przedmiotu). Powszechne kształcenie studentów medycyny w zakresie geriatryi zaprocentuje w przyszłości lepszym przygotowaniem do starości pacjentów wszystkich grup wieku, aby mogli świadomie i pozytywnie kształtować własny przebieg procesu starzenia.

Pożądana struktura opieki geriatrycznej w Polsce

System specjalistycznej opieki nad pacjentem w wieku podeszłym wymaga dopiero zorganizowania (gdyż w istocie nie istnieje). Lekarze rodzinni nie mają przygotowania do właściwego postępowania profilaktycznego i diagnostyczno-terapeutycznego wobec ludzi starych, nie mają też wsparcia lecznictwa geriatrycznego. Brakuje programów rozwoju opieki nad osobami starszymi, wspieranych przez Ministerstwo Zdrowia i NFZ, co uniemożliwia wdrażanie standardów opieki geriatrycznej. Sprostanie potrzebom skutecznej opieki zdrowotnej nad ludźmi starymi wymaga stworzenia kompleksowego systemu opieki obejmującego zróżnicowane formy:

- (1) – całodobowa opieka geriatryczna w geriatrycznym oddziale szpitalnym zorganizowanym na wzór innych specjalności, tzn. w oparciu o trzy poziomy referencyjne,
- (2) – dzienna opieka geriatryczna w dziennym ośrodku opieki geriatrycznej; krótkotrwała diagnostyka i leczenie pacjentów w starszym wieku bez konieczności całodobowej hospitalizacji,
- (3) – specjalistyczna ambulatoryjna opieka geriatryczna realizowana w poradni geriatrycznej,
- (4) – opieka domowa prowadzona przez geriatryczny zespół opieki domowej przy poradni geriatrycznej,
- (5) – geriatryczny zespół konsultacyjny dla lecznictwa zamkniętego i opieki długoterminowej przy oddziale geriatrycznym lub przy poradni geriatrycznej,
- (6) – wdrożenie standardów i procedur medycznych dla osób starszych,
- (7) – zwiększenie liczby miejsc w zakładach opieki długoterminowej w celu skrócenia czasu oczekiwania na przyjęcie do zakładu opieki.

Wprowadzenie geriatryi do systemu ochrony zdrowia ma wpłynąć na poprawę jakości życia i dobrostanu osób starszych. Istotą proponowanych działań jest bowiem upodmiotowienie starszego pacjenta – traktowanie go holistycznie jako całość psychofizyczną, a nie konglomerat wielu chorób lub przedmiot opieki paliatywnej bądź długoterminowej.

Problem dostępności usług ochrony zdrowia dla osób w zaawansowanym wieku, w tym dla osób niesamodzielnych (niezdolnych do samodzielnej egzystencji) wymaga zmian w zakresie wszystkich funkcji ochrony zdrowia: promocji zdrowia, profilaktyki, diagnostyki, leczenia i rehabilitacji. Żadna z tych funkcji nie jest realizowana w stopniu zapewniającym pacjentom w zaawansowanym wieku skuteczną pomoc w chorobie. Skutkiem niewłaściwej, niedostosowanej do stanu zdrowia starzejącego się społeczeństwa systemu organizacji ochrony zdrowia są nie tylko rozwiązania utrudniające korzystanie z usług, ale także nieracjonalne użycie ograniczonych środków finansowych. Ważne propozycje przedstawił w 2007 roku Zespół ds. Geriatrii przy Ministerstwie Zdrowia, prezentując koncepcję holistycznego podejścia do pacjenta w zaawansowanym wieku. Projekt ten, uzupełniony o funkcje promocji zdrowia i rehabilitacji osób w starszym wieku, może być punktem wyjścia do opracowania całościowego programu organizacji ochrony zdrowia dla osób w starszych grupach wieku.

Dostęp do opieki nad osobą niesamodzielną

Starzenie się organizmu jest naturalnym procesem fizjologicznym, nie zawsze wiąże się z chorowaniem. Często jednak przewlekłe dolegliwości, wielochorobowość, pogarszająca się wraz z wiekiem sprawność organizmu mogą prowadzić do poszerzającej się niesamodzielności życiowej, znacznie częściej występującej u ludzi w starszym wieku. Osoby starsze przeciętnie częściej chorują na choroby przewlekłe i długotrwałe. Ocena stanu zdrowia pogarsza się wraz z wiekiem; osoby w wieku 70 i więcej lat zgłaszają istnienie wielochorobowości (3–4 dolegliwości zdrowotne). Wraz z pogarszaniem się stanu zdrowia zmniejsza się sprawność i zdolność badanych do wykonywania codziennych czynności oraz możliwość samoobsługi w zwykłych czynnościach. Według szacunków Eurostatu mężczyźni w Polsce przeżywają w zdrowiu (bez ograniczonej sprawności) 86% długości życia, a kobiety 84%. Potrzeby opieki i pomocy ludziom w wieku podeszłym mają złożony charakter. **Typowym w wieku zaawansowanym kłopotem ze zdrowiem towarzyszą trudne problemy społeczne i ekonomiczne** wpływające na stan zdrowia. Należą do nich: pogarszająca się sytuacja finansowa, wzrost kosztów utrzymania gospodarstwa domowego, niedostosowane do potrzeb niepełnosprawnej osoby warunki mieszkaniowe, niekorzystnie zmieniająca się sytuacja rodzinna, brak wsparcia ze strony otoczenia. Potrzeby opieki zmieniają się istotnie wraz z postępującym procesem starzenia się. W początkowych latach po zakończeniu okresu aktywności zawodowej (do wieku 70–75 lat) większość osób nie ma problemów z samodzielnym utrzymaniem gospodarstwa domowego. W kolejnych latach pojawiają się naturalne skutki procesu starzenia się; znacznie obniża się sprawność i zdolność do samodzielnego zaspokojenia potrzeb. **Po 75. roku** życia częściej pojawia się niesamodzielność i problemy wynikające z procesów starzenia się. Następują zaburzenia pamięci i funkcji poznawczych. Pogarsza się sprawność w wykonywaniu codziennych czynności, co zwiększa zapotrzebowanie na pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego oraz na usługi opiekuńcze. W następstwie niesamodzielności pojawia się popyt na usługi opieki medycznej i specjalistyczne świadczenia pielęgnacyjne¹³¹.

Zasadniczym celem polityki ludnościowej wobec starszych populacji jest tworzenie warunków życia dostosowanych do potrzeb osób w zaawansowanym wieku, w tym: dostarczenie usług opieki, ochrony zdrowia, zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego, organizacja środowiska zamieszkania. Rosnąca liczba osób starszych w społeczeństwie i rosnące w związku z tym potrzeby pomocy i opieki stanowią poważne wyzwanie dla polityki społecznej. Wyzwania te obejmują system: pomocy społecznej, ochrony zdrowia, ubezpieczenia społecznego. Nakładają na samorządy lokalne zwiększone zadania wynikające z ich odpowiedzialności za zorganizowanie w środowisku usług opieki dostosowanych do potrzeb sta-

¹³¹ Stan zdrowia ludności Polski w 2009 roku (2011).

rzejących się mieszkańców. Usługi ochrony zdrowia dla ludzi starych muszą realizować zadania promocji zdrowia, edukacji w zakresie zachowań prozdrowotnych, samokontroli zdrowia, utrzymania oraz poprawy sprawności fizycznej i psychicznej, wczesnego wykrywania chorób i zapobiegania problemom zdrowotnym. Konieczne jest wdrożenie powszechnie dostępnego systemu leczenia geriatrycznego dostosowanego do potrzeb starzejących się osób (wielochorobowość, przewlekłość). Powszechna dostępność usług ochrony zdrowia powinna obejmować pomoc: lekarza geriatry, lekarza rodzinnego (podstawowej opieki zdrowotnej), pielęgniarki środowiskowej, pracownika socjalnego oraz innych osób, dostosowaną do indywidualnej sytuacji osoby. Osoby niezdolne do samodzielnej egzystencji, nie mające zapewnionej odpowiedniej do stanu zdrowia i sprawności opieki, osoby wymagające specjalistycznej opieki powinny być umieszczane w odpowiednich placówkach opieki, w tym w placówkach opieki długoterminowej.

W starzejącym się społeczeństwie specjalnym zadaniem polityki ludnościowej jest zapobieganie niepełnosprawności i niesamodzielności. W systemie ochrony zdrowia w Polsce szczególnie trudna i niekorzystna jest sytuacja pacjentów w starszych grupach wieku. Leczenie osób starszych jest trudniejsze i bardziej kosztowne. Podejmowanie leczenia bez wykonania pogłębionej diagnozy (lub przy niskiej jej jakości) może powodować uszczerbek na zdrowiu pacjenta. Niska jakość usług ochrony zdrowia powoduje, że pacjenci w zaawansowanym wieku stają się przewlekle i trwale chorzy, niepełnosprawni, niezdolni do samodzielnej egzystencji. Przeniesienie systemu kontroli jakości usług na grunt instytucji finansowych ubezpieczających lekarzy przed wypłatą odszkodowania za szkody na zdrowiu pacjenta nie chroni interesów pacjenta, podobnie jak skierowanie poszkodowanego w ochronie zdrowia pacjenta na grunt rozstrzygnięć sądowych. Zarówno ubezpieczenie, jak i sądowy tryb dochodzenia roszczeń nie rozwiązują problemu kontroli jakości usług oraz braku nadzoru nad usługami ochrony zdrowia pacjentów. Kontrola i nadzór nad tak ważną dziedziną, jaką jest ochrona zdrowia, nie może być przedmiotem „wolnego rynku”; musi należeć do państwa i jego wyspecjalizowanych organów. W funkcji kontroli jakości w ochronie zdrowia nie mogą zastąpić państwa i jego instytucji ani wolny rynek, ani orzeczenia sądów powszechnych. Pacjent w zaawansowanym wieku zawsze „przegra zdrowie” w placówkach ochrony zdrowia, które coraz szerzej będą stosować mechanizmy rynkowe. Na wolnym rynku usług nie można oczekiwać poprawy sytuacji osób starszych w zakresie dostępności i jakości usług ochrony zdrowia.

Nie maleje w Polsce liczba osób niepełnosprawnych i osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji. W orzecznictwie lekarskim nie ma ustalonych standardów orzekania. Powoduje to posługiwanie się w praktyce orzecznictwa „kryteriami” uznaniowymi. Bez pogłębionej diagnozy funkcjonuje też system orzekania o niepełnosprawności, o niezdolności do pracy oraz niesamodzielności. Tylko w okresie zatrudnienia około 2 mln osób stało się niepełnosprawnymi w takim stopniu, że utraciło zdolność do pracy. Wskazuje to na poważne błędy systemowe w zatrudnieniu, ochronie pracy, w organizacji systemu ochrony zdrowia, w tym także w medycynie pracy, a ponadto – w orzekaniu o niepełnosprawności, o niezdolności do pracy oraz w ubezpieczeniu społecznym. Celem tych systemów nie jest „produkowanie” osób niezdolnych do pracy, niepełnosprawnych i niesamodzielnych, lecz utrzymanie najdłużej, jak to jest tylko możliwe, każdej osoby w zdrowiu, w miarę w pełnej sprawności oraz w zdolności do pracy. Systemowe oddzielenie ochrony zdrowia od systemu ubezpieczeń społecznych tworzy dla pacjentów trudną sytuację w ochronie zdrowia, a także powoduje znaczny wzrost kosztów funkcjonowania obu systemów.

Z doświadczenia Niemiec w zakresie ubezpieczenia od wypadków przy pracy i chorób zawodowych wynika, że kosztami wszystkich skutków wypadku i choroby zawodowej (leczenie, rehabilitacja, odszkodowanie, renta) obciąża się kasę ubezpieczenia wypadkowego, która czerpie dochody wyłącznie ze składek pracodawców. Pracodawca dopuszczający do wypadków i chorób zawodowych opłaca bardzo wysokie składki, które powodują, że działal-

ność gospodarcza staje się nierentowna. Ograniczenie niepełnosprawności w Polsce wymaga innego podejścia do ponoszenia kosztów za skutki wypadku. Koszty zadośćuczynienia ofiarom wypadku w pracy oraz choroby zawodowej, a także koszty ich skutków powinien ponosić ten podmiot, który przyczynił się do powstania wypadku lub choroby zawodowej.

Warunkiem właściwej opieki nad osobami starszymi i niezdolnymi do samodzielnej egzystencji jest pogłębiona aktualna diagnoza potrzeb w środowisku lokalnym, właściwa koordynacja pracy różnych instytucji i organizacji, odpowiedni do potrzeb poziom finansowania usług według możliwości finansów publicznych, monitoring, systematyczna ewaluacja i skuteczna kontrola wykonania zadań, realizowana przez instytucje publiczne. Organizacja właściwej opieki nad osobami w zaawansowanym wieku, niepełnosprawnymi i niesamodzielnymi wymaga przeprowadzenia i stałej aktualizacji (co najmniej jeden raz w roku) diagnozy potrzeb. Pozwoli ona określić liczbę osób oraz ich potrzeby w zakresie opieki i pielęgnacji. Używając narzędzi całościowej oceny geriatrycznej, która obejmuje sprawność, stan psychiczny, zdolność funkcjonowania w środowisku społecznym, warunki życia, można określać liczbę osób starszych, przewlekle chorych, niesamodzielnych, wymagających stałej opieki i leczenia, a ponadto liczbę osób z trwałym upośledzeniem sprawności, wymagających stałej opieki lekarskiej i specjalistycznej opieki pielęgniarstwa.

W zakresie organizacji środowiska zamieszkania i usług opieki obowiązki samorządu lokalnego powinny obejmować wszystkie zagadnienia związane ze zmieniającymi się wraz z upływem lat potrzebami osób starszych: dostosowanie zakresu potrzebnych i dostępnych usług, stymulowanie poprawy funkcjonowania środowiska lokalnego i dostosowania go do potrzeb mieszkańców w zaawansowanym wieku. Organizacja opieki powinna zapewnić osobom w starszym wieku jak najdłuższe samodzielne funkcjonowanie w środowisku domowym, zapobiegać niepełnosprawności fizycznej i psychicznej dzięki powszechnej prewencji i szeroko dostępnej rehabilitacji. Celem podejmowanych działań powinno być zapobieganie instytucjonalizacji opieki nad osobami starszymi.

Według podziału kompetencji w 2011 r. zadania opieki nad osobami starszymi i niesamodzielnymi są przekazane różnym instytucjom i podmiotom zarządzającym. Zadania opieki, pielęgnacji i rehabilitacji finansowane są z różnych źródeł publicznych, niepublicznych i prywatnych. Źródła publiczne to środki budżetu państwa, samorządu gminy, miasta, powiatu, NFZ. Źródła niepubliczne to środki organizacji społecznych, wyznaniowych, fundacji, stowarzyszeń. Źródła prywatne to dochody osobiste podopiecznego lub jego rodziny. Organizatorami opieki są gminne (dzielnicowe, miejskie) ośrodki pomocy społecznej oraz powiatowe (miejskie) centra pomocy rodzinie (PCPR). Zadania pomocy i opieki w stosunku do osób mieszkających we własnym mieszkaniu są realizowane przez pracowników socjalnych, opiekunów środowiskowych, przez personel specjalistyczny (pielęgniarkę, fizjoterapeutę, terapeutę zajęciowego itp.) w zakresie usług opiekuńczych specjalistycznych. Ważną rolę w realizacji zadań opieki pełni lekarz rodzinny (poz). Zapewnienie stałej i kompleksowej pomocy i ciągłej opieki wymaga współpracy i koordynacji wielu podmiotów: lekarza rodzinnego (poz) ze specjalistami, pielęgniarką środowiskową, instytucjami opieki i pomocy społecznej, wolontariuszami, organizacjami społecznymi, instytucjami działającymi na wolnym rynku, które mogą wspomagać instytucje publiczne i rodziny w realizacji zadań opieki.

Opieka nad osobami zwłaszcza niezdolnymi do samodzielnej egzystencji wymaga stworzenia lub wskazania instytucji, która koordynuje realizację zadań, oraz finansowania usług opieki¹³². Ze względu na stan zdrowia i niesprawność podopiecznych jest potrzebna

¹³² W systemie prawnym, organizacyjnym i finansowym państwa polskiego nie ma wskazanej instytucji koordynującej zadania opieki nad osobami niesamodzielnymi; każdy z resortów ma „jakiś” wskazany zakres, ma „jakieś” przydzielone środki, ale nie tworzy to spójnego systemu, nie tworzy „sieci” bezpieczeństwa i nie ma podmiotu odpowiedzialnego za jego stworzenie i koordynowanie. Wskazany brak koordynacji nie wymaga jednoznacznego wskazania podmiotu odpowiedzialnego.

systemowa kontrola realizacji zadań wykonywanych przez poszczególne podmioty. Poważnym problemem organizowania pomocy i opieki, jej koordynacji i kontroli są nieprecyzyjnie określone źródła finansowania poszczególnych rodzajów świadczeń. Instytucje unikają ponoszenia kosztów, gdy nie ma w przepisach prawa jednoznacznie określonych i przypisanych im pozycji świadczeń, które są zobowiązane finansować. W sytuacji gdy dane świadczenia nie mają jasno i jednoznacznie określonych źródeł finansowania, poszczególne instytucje starają się „przerzucić” koszty takich świadczeń i usług na inne. W praktyce precyzyjne podzielenie kosztów poszczególnych świadczeń jest bardzo trudne, co w wielu przypadkach ogranicza dostęp do świadczeń lub tworzy biurokratyczne bariery w ich dostępie. Brak koordynacji oraz kontroli świadczonych usług prowadzi do istotnego obniżenia jakości opieki oraz nieefektywnego wykorzystania środków. Poprawa stanu opieki na osobami niezdolnymi do samodzielnej egzystencji wymaga podejścia podmiotowego; podmiotem opieki powinna być osoba jej potrzebująca. Punktem wyjścia do projektowania zadań instytucji opieki muszą być potrzeby osób – potencjalnych podopiecznych. W Polsce w projektowaniu rozwiązań w polityce społecznej, w tym w opiece nad osobami starszymi i niesamodzielnymi, dominuje podejście przedmiotowe, instytucjonalne; w wielu zastosowanych rozwiązaniach ważniejsze okazują się interesy instytucji, a nie osób, którym instytucje te mają udzielać pomocy i opieki.

Doświadczenia wielu krajów wykazują, że niezwykle zróżnicowane są formy pomocy, zasady finansowania oraz metody dostarczania środków opieki, koordynacji i współdziałania podmiotów, źródła finansowania i zasady kontroli. We wszystkich krajach mających rozwinięte formy i zakres opieki ważną rolę w kontroli i koordynacji opieki mają władze publiczne. Występują prawne ograniczenia działania form wolnorynkowych oraz szeroko rozbudowana prawna i organizacyjna ochrona interesów osób starszych i niesamodzielnych. Funkcjonujące w różnych krajach systemy opieki powstawały w procesie adaptacji do zmieniających się potrzeb i warunków. Doświadczenia innych krajów w budowaniu systemu opieki są bardzo cenne, jednakże trudne do zastosowania w odmiennych warunkach.

Główne wydatki na świadczenia pielęgnacyjne i opiekę długoterminową w wydatkach NFZ w 2011 r. wyniosły 947,03 mln zł (wydatki NFZ ogółem to 60,9 mld zł). W ogólnej kwocie wydatków NFZ wydatki na opiekę długoterminową i świadczenia pielęgnacyjne stanowiły w 2011 r. 1,63% (w 2006 r. 1,61%). ZOL (zakłady opiekuńczo-lecznicze) i ZPO (zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze), zgodnie z definicją OECD, to instytucje opieki długoterminowej, które są przeznaczone dla pacjentów wymagających stałej opieki na skutek przewlekłego upośledzenia i ograniczonego stopnia zdolności do samodzielnej egzystencji. Do stacjonarnych zakładów długoterminowej opieki zdrowotnej zalicza się też zakłady udzielające całodobowych świadczeń zdrowotnych osobom przewlekle chorym, upośledzonym fizycznie lub psychicznie oraz osobom w podeszłym wieku. W Polsce zakłady opieki długoterminowej obejmują ZOL, ZPO i hospicja. Wskaźnik łóżek opieki długoterminowej w szpitalach na 1000 mieszkańców wyniósł w 2006 r. 0,4 (np. w Finlandii 3,8). W 2011 r. funkcjonowało w Polsce łącznie 505 zakładów długoterminowej opieki zdrowotnej, tj. zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych o charakterze ogólnym i psychiatrycznym, oraz 79 hospicjów (z 1263 łózkami, pacjentów 17 100). Zakłady opieki długoterminowej miały: w zakładach opiekuńczo-leczniczych łącznie **21 118 łóżek**, w pielęgnacyjno-opiekuńczych **5699 łóżek**, objęły opieką stacjonarną **54 495 osób**. W stacjonarnych zakładach pomocy społecznej w 412 domach dla osób w wieku podeszłym przebywało **19 655** pensjonariuszy. Pozostałe placówki opieki przeznaczone są dla osób w różnym wieku: przewlekle chorych somatycznie (19 822 miejsc), dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie (14 749), przewlekle chorych psychicznie (20 954). Według danych GUS (2011 r.) z usług opiekuńczych i specjalistycznych w miejscu zamieszkania korzystało 98 tys. osób¹³³. Pacjenci ZOL są

¹³³ *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2012* (2012).

w różnym wieku; w wieku 60 lat i więcej było około połowy pensjonariuszy. W zakładach opieki długoterminowej przeważającą grupę pacjentów stanowiły osoby w wieku 75 lat i więcej (ponad 50%) oraz w wieku 61–74 lat (ponad 20%).

System ochrony zdrowia w Polsce nie ma sprawnych mechanizmów adaptowania się do zmieniających się potrzeb starzejącego społeczeństwa, ignoruje uznane w świecie standardy opieki nad ludźmi starszymi. Dlatego długotrwała opieka nad niedołącznymi i poważnie chorymi osobami w starszym wieku spoczywa głównie na rodzinie, która nie jest dostatecznie wspomagana usługami medycznymi i pozamedycznymi systemu opiekuńczego państwa. Opiekę w instytucjach (domy pomocy społecznej, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, zakłady opiekuńczo-lecznicze oraz hospicja) mogło w 2010 r. uzyskać 1,2% osób starszych (w wieku 60+). Instytucje te oferowały łącznie 78 455 miejsc (dla 2,4 mln niesprawnych osób starszych).

Potencjał opieki w środowisku lokalnym może być rozumiany ilościowo jako wskaźnik demograficzny określający kształtowanie się relacji osób dorosłych do osób w starszym wieku lub/i jako jakościowa cecha potencjału opiekuńczego określająca postawę gotowości do udzielenia opieki (okazania troski) osobom starszym. Ilościowy potencjał opieki możemy określić na podstawie analizy sytuacji demograficznej (obecnej i prognozowanej) wskazującej na relacje liczby ludności w poszczególnych grupach wieku, na stan i zmiany w strukturach rodzin i gospodarstw domowych oraz społeczności lokalnych. W jakościowym określeniu potencjału opieki wkraczamy w sferę rozważań filozoficznych i socjologicznych, gdzie postawy, zachowania, spójność, więzi i zobowiązania rodzinne, dobra wola jednostek, presja społecznych zobowiązań, poczucie spójności grupy ogniskują dyskusje i wyłaniają problemy badawcze (i praktyczne). W jakościowym aspekcie potencjał opieki (troski) budują (mogą budować) solidarnościowe działania instytucji i akty wzajemnego wsparcia na poziomie indywidualnym.

Wnioski z badań w społecznościach miejskich i wiejskich, w regionach ubogich i nisko zurbanizowanych nie są optymistyczne. W relatywnie małych i ubogich społecznościach lokalnych problem starości i demograficznego starzenia ludności (społeczności lokalnej) jest rodzajem „separowanego doświadczenia” rodziny. Obowiązek opieki nad osobami starszymi i niesamodzielnymi jest powierzony rodzinie („spychany na rodzinę”). Uzasadniane to jest zasadą pomocniczości, zredukowaną do obowiązku działania jednostek mniejszych bez względu na to, czy są one zdolne do wykonywania skomplikowanych zadań. Interwencja instytucji i władz publicznych występuje tylko w sytuacjach skrajnego zaniedbania obowiązków opieki nad osobą starszą (niepełnosprawną, niesamodzielną) przez rodzinę i koniecznością umieszczenia jej w instytucji opieki¹³⁴.

Opiekuńcze pole działań instytucjonalnych ogranicza się do ustawowych zadań z zakresu pomocy społecznej. Jest to opieka środowiskowa realizowana przez opiekunki pomocy społecznej. Nie są one przygotowane do świadczenia usług pielęgnacyjnych. Brakuje pielęgniarek środowiskowych. Nie ma też nieformalnych działań sieci krewniaczych i sąsiedzkich. Osoby starsze nie kwalifikują się do materialnego wsparcia ze środków pomocy społecznej, ponieważ „próg interwencji socjalnej” jest niższy niż najniższe świadczenia z systemu zabezpieczenia społecznego. Problem ubóstwa ludzi starych nie jest obecnie ujawniany w dyskursie publicznym („ubogie są dzieci”). Sytuacja może jednak ulec zmianie w niedalekiej przyszłości. Wraz ze wzrostem liczby seniorów (wśród nich osób w zaawansowanym wieku, niesamodzielnym) oraz z obniżeniem wartości świadczeń emerytalnych (rentowych) pomocy społecznej może być przypisana rola „bufora” zmian systemowych w ubezpieczeniu społecznym. Pomoc społeczna będzie musiała przyjmować nowe rzesze klientów – spauperyzowanych emerytów (rencistów). Innym rozwiązaniem może być ewentualne ustalenie – na jeszcze niższym niż obecnie poziomie – progu interwencji socjalnej. Środki finansowe na uzupełnienie niskich i obniżających się dochodów będą pochodziły z budżetów samorządów gmin (miast).

¹³⁴ Raław (2011) – Ekspertyza.

Z cytowanych badań M. Raclaw¹³⁵ wynika, że w społecznościach lokalnych funkcjonuje „mit” samowystarczalności rodziny, silnych i trwałych więzi rodzinnych, nawet w przypadku fizycznej nieobecności migrujących krewnych. Opieka powierzana jest nierzadko nieformalnym opiekunom osób starszych, którzy w lokalnej polityce społecznej są „podmiotami niewidocznymi”. Opiekunowie nieformalni działają na pograniczu systemu komercyjnego i nieformalnego. Wykorzystują niekiedy dostępną ofertę publiczną, której koszt uzyskania (tak materialny, jak i niematerialny) jest wysoki, gdyż o publicznie zlecone zadania opieki trzeba zabiegać (wychodzić, wyprosić itp.). Jakość usług świadczonych przez opiekunów nieformalnych jest oceniana jako niska. Władze i instytucje lokalne przyjmują założenie, że jeżeli problemów opieki nie zgłasza się do nich, to takich problemów po prostu nie ma. W środowiskach lokalnych nie zauważa się problemów wynikających ze zmian demograficznych, ze zmiany struktury rodziny, kurczenia się jej potencjału opiekuńczego. Nie widzi się trudności ze sprawowaniem opieki nad seniorem w sytuacji aktywności zawodowej członków rodziny (są natomiast „badania” pokazujące zadowolenie kobiet z łączenia obowiązków pracy zawodowej z zadaniami opieki nad seniorem i wnukami).

W działaniach z zakresu opieki nad osobami starszymi i niesamodzielnymi w środowiskach lokalnych (i nie tylko) w zasadzie nieobecne są inicjatywy tzw. sformalizowanego społeczeństwa obywatelskiego (NGO). Nieliczne inicjatywy działania na rzecz osób starszych związane są z zagospodarowaniem czasu wolnego (stowarzyszenia, kluby seniora). Znamienny jest brak inicjatyw parafialnych: w badaniach osoby duchowne definiowały problem opieki nad osobami starszymi jako problem „osób uciążliwych” dla najbliższych lub „migrantów wewnętrznych”. Z badań (Raclaw, 2011) wynika, że władze lokalne nie mają wiedzy o sytuacji demograficznej na swoim terenie. Nie wiedzą, jakimi cechami społeczno-demograficznymi odznaczają się starsi i najstarsi mieszkańcy gminy. Nie wiedzą, ile jest osób niesamodzielnymi i niepełnosprawnymi wymagających pomocy i opieki. Nie wiedzą, w jakich rodzinach czy gospodarstwach domowych te osoby mieszkają, ani jacy są ich opiekunowie (i czy w ogóle są). Nie wiedzą zatem, jakie są ich potrzeby oraz oczekiwania. Z badań wynika też, że potrzebna jest rzetelna diagnoza lokalna ukazująca zakres i charakter potrzebnej opieki. Podobnie konieczna jest diagnoza potencjału opieki w środowisku lokalnym: jakimi możliwościami opieki dysponuje to środowisko.

Każde środowisko lokalne charakteryzuje się odmiennymi cechami demograficznymi. W poszczególnych środowiskach inna jest też reakcja władz lokalnych na problemy wynikające ze starości i starzenia się populacji, na problemy niesamodzielnymi i niepełnosprawnymi. Każde ze środowisk lokalnych powinno poszukiwać równowagi pomiędzy działaniami opiekuńczymi i działaniami aktywizującymi seniorów. Tymczasem aktywizacja seniorów to bardzo często pozorne działania wpisane w program samorządu, ograniczone do festynów i lokalnych uroczystości. Nierzadko są to działania uprzedmiotawiające seniorów, gdyż nie zna się ich potrzeb i oczekiwań. W środowiskach lokalnych konieczne jest rozwijanie kwalifikowanej opieki środowiskowej, udostępnianie usług opieki dziennej (podczas nieobecności aktywnego zawodowo krewnego). Musi nastąpić indywidualizacja wsparcia środowiskowego rodzin obciążonych opieką nad osobami starszymi (niesamodzielnymi): opiekun/rodzina i senior.

Osobom pracującym, obciążonym obowiązkiem opieki nad osobą starszą, niesamodzielną, trzeba stworzyć możliwość korzystania z urlopu opiekuńczego i świadczenia związanego z opieką nad seniorem (rekompensata utraconego dochodu z pracy). W środowiskach lokalnych należy ocenić potencjalne zasoby opieki, tworzyć możliwości wykorzystania lokalnego potencjału opieki, wykorzystać: zasoby parafialne, sąsiedzkie, ewentualnie organizacje pozarządowe jako sieci wsparcia rodziny. Konieczne jest udostępnienie informacji i poradnic-

¹³⁵ Tamże.

twa dla rodzin i seniorów. Potrzebna jest informacja o usługach dla opiekunów nieformalnych i seniorów; „pustka informacyjna” jest powszechnym doświadczeniem rodzin, seniorów i ich opiekunów, zwłaszcza w nagłych sytuacjach krytycznych. Podstawowym zagadnieniem w środowiskach lokalnych jest utrzymywanie potencjału wsparcia i opieki: jak zapewnić stabilizację życiową ludziom młodym w małych, biednych, wiejskich i małomiasteczkowych gminach? W świetle danych dotyczących stanu zdrowia ludności Polski, liczby osób, które w następstwie chorób stały się niepełnosprawne czy niezdolne do samodzielnej egzystencji, poziomu finansowania systemu ochrony zdrowia w Polsce na tle innych krajów UE oraz liczby miejsc i finansowania opieki długoterminowej, zmniejszającego się potencjału opieki w środowiskach lokalnych oraz zmiany sytuacji demograficznej jest zasadne rozważenie podjęcia następujących działań:

- racjonalizacja systemu opieki zdrowotnej czyli stosowanie następującej kolejności działań: prewencja → diagnostyka → leczenie → rehabilitacja → kompensacja,
- zwiększenie nakładów finansowych na ochronę zdrowia według możliwości finansów publicznych,
- utworzenie Narodowego Programu Rehabilitacji,
- wdrożenie jednolitych zasad orzekania o niepełnosprawności i niezdolności do samodzielnej egzystencji oraz przyspieszenie prac nad wydaniem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie umiejętności w zakresie węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych (orzecznictwo lekarskie), zwiększenie liczby specjalistów geriatrów i opiekunów medycznych,
- realizacja projektów informatycznych pozwalająca na ujednoczenie, gromadzenie, analizę, udostępnianie danych dotyczących stanu zdrowia populacji, jego zagrożeń, a także następstw chorób pozwalających na monitorowanie zdrowia i działań w zakresie zdrowia publicznego,
- wprowadzenie ubezpieczeń pielęgnacyjnych w celu zapewnienia godnego życia ludziom niezdolnym do samodzielnej egzystencji.

Wprowadzenie proponowanych działań pozwoli na poprawę stanu zdrowia osób w zaawansowanym wieku, na dłuższe utrzymanie stanu sprawności i samodzielności, na dłuższe przebywanie we własnym mieszkaniu i środowisku lokalnym. Stan zdrowia ludności Polski po roku 1991 ulega systematycznej poprawie, ale w porównaniu ze stanem zdrowia ludności wielu krajów Unii Europejskiej sytuacja jest wciąż niezadowolająca, a tempo poprawy stanu zdrowia zbyt wolne. Szczególnie poprawa stanu zdrowia i sprawności starszej populacji Polaków nie jest zadowolająca. Bardzo wysoki jest też udział osób niepełnosprawnych wśród ogółu ludności w wieku produkcyjnym w Polsce. Liczba ta (według szacunków UE) jest najwyższa wśród krajów członkowskich.

2.7. Uczestnictwo osób starszych w życiu społecznym

O jakości życia osób starszych, niepełnosprawnych i niesamodzielnych decydują rodzina, środowisko lokalne oraz oni sami. Wpływ na jakość życia osób starszych ma ich status materialny, zawodowy i społeczny, struktura rodziny, warunki mieszkaniowe, aktywność oraz zdolność do uczestnictwa w życiu społecznym¹³⁶.

Naturalnym środowiskiem człowieka starego jest rodzina, co wynika z wielowiekowych doświadczeń ludzkich społeczności. Obecne warunki ekonomiczne, społeczne, a przede wszystkim demograficzne nakazują poszukiwanie takich rozwiązań, które byłyby zdolne do pomocy rodzinie osób (lub z osobą) w zaawansowanym wieku oraz, w przypadku braku rodziny, do jej zastąpienia, nie ograniczając się jedynie do funkcji interwencyjnych, naprawczych bądź kompensacyjnych. Z analiz i badań wynika, że współcześnie ludzie starsi coraz

¹³⁶ E. Bojanowska, *Ludzie starsi w rodzinie i społeczeństwie*, w: *O sytuacji ludzi starszych...* (2012), s. 19–32.

częściej żyją w samodzielnych gospodarstwach domowych. Rodzina dla człowieka starego to najważniejsza grupa odniesienia, kontaktów, aktywności i satysfakcji; jest dla nich gwarantem bezpieczeństwa, pozycji społecznej. Współczesne zmiany modelu rodziny, jej wielkości, stylu życia, a także zwiększająca się ruchliwość przestrzenna (m.in. migracje za pracą) powodują rozluźnienie i osłabienie więzi rodzinnych. Zmienia się charakter kontaktów w rodzinie. Kontakty stałe zastępowane są kontaktami okazjonalnymi. Pogłębia się poczucie osamotnienia, izolacji, a w konsekwencji marginalizacji i wykluczenia społecznego osób starszych.

Człowiek stary w rodzinie wielopokoleniowej nie stanowi problemu dopóty, dopóki jest sprawny; pomaga w prowadzeniu gospodarstwa domowego, w opiece nad młodym pokoleniem. Problem powstaje i nasila się, gdy starszy człowiek staje się niesprawny i na rodzinie spoczywa obowiązek udzielenia pomocy, opieki i pielęgnacji. W Polsce rodzina często nie może uzyskać pomocy w spełnianiu tych obowiązków od odpowiedniej instytucji. Nie ma bowiem dostatecznej liczby placówek (miejsc w placówkach), które wspomagałyby rodzinę w sprawowaniu opieki nad osobami starszymi lub/i przejmowały opiekę, gdy osoba w zaawansowanym wieku nie ma rodziny zdolnej do udzielenia pomocy lub potrzebuje stałej specjalistycznej opieki. Problem braku instytucji i kadry wspierającej rodzinę w obowiązku opieki nad niesamodzielnymi (z powodu podeszłego wieku lub/i złego stanu zdrowia) członkami rodziny będzie narastał wraz z coraz dłuższym trwaniem życia oraz wzrostem liczby osób w wieku podeszłym żyjących w samotnych gospodarstwach domowych. Problem ten wymaga systemowego rozwiązania: nowych regulacji prawnych, stworzenia systemu finansowania kosztów opieki, utworzenia odpowiednich instytucji, przygotowania kadry, rozwoju systemu edukacji przygotowującej do aktywności w starszym wieku. Wymaga też tworzenia systemu edukacji społecznej o problemach starzejącego się społeczeństwa. Istniejące obecnie rozwiązania nie tworzą spójnego systemu opieki i pielęgnacji niesprawnych osób starszych, niezdolnych do samodzielnej egzystencji. System ten stworzono w innych warunkach oraz w odmiennej sytuacji demograficznej. Zmiany, jakie następują w sytuacji ludnościowej, w strukturach rodzin i gospodarstw domowych, wymagają przekształcania tych form i tworzenia nowego spójnego systemu, odpowiadającego zmianom sytuacji demograficznej i społecznej. Dotychczas ukształtowane formy, cały system opieki i pielęgnacji osób starszych i niesamodzielnych, opierają na spójnej rodzinie. Założenie to było słuszne, gdy większość seniorów miała rodziny. Lecz potencjał opiekuńczy rodziny poważnie zmniejszył się wskutek wyjazdu dzieci i wnuków za pracą do odległych miast, regionów czy za granicę. Współczesne rodziny, bez istotnej pomocy podmiotów zewnętrznych, fachowych kadr, dodatkowych środków finansowych, nie są w stanie rozwiązywać problemów związanych z opieką nad swoimi starszymi krewnymi szczególnie wówczas, gdy pojawia się potrzeba dostarczenia osobom niezdolnych do samodzielnej egzystencji specjalistycznej opieki i pielęgnacji.

W rodzinie odbywa się transfer międzypokoleniowy pomiędzy generacjami w postaci pomocy materialnej (rzeczowej i finansowej), transferów czasu (w postaci świadczonych usług), jak i pomocy emocjonalnej. Transfery materialne w postaci rzeczowej i pieniężnej płyną przede wszystkim od rodziców do dzieci, od starszych do młodszych członków rodziny. Poprawne relacje między generacjami w rodzinie na mocy istniejących więzi zawsze tworzą możliwości wzajemnej wymiany dóbr, świadczenia usług i pomocy. Nie mogą one jednak być wymuszone, związane z koniecznością zrezygnowania z innych form aktywności, np. z pracy zawodowej albo edukacji przez młodszych członków wspólnoty rodzinnej. Dlatego rodzina, aby mogła zachować swoje funkcje i prawidłowo wypełniać zadania opieki nad niesamodzielnymi, najstarszymi członkami, musi otrzymać istotną pomoc ze strony instytucji zewnętrznych wobec rodziny. Szczególnie wówczas, gdy pogłębia się niesamodzielnosc, pojawia się potrzeba dostarczania specjalistycznych usług opieki i pielęgnacji. Koszty takiej opieki nierzadko przekraczają finansowe możliwości rodziny, dlatego konieczne jest uzupełnienie niskich dochodów osoby niesamodzielnej świadczeniami społecznymi.

Skuteczną formą profilaktyki niesprawności, osamotnienia i izolacji w zaawansowanym wieku jest przygotowanie do starości dzięki edukacji oraz promocji zasad aktywnego starzenia się. Rodzina zawsze będzie zajmowała najwyższą pozycję w hierarchii aksjologicznych preferencji ludzi starszych. Nie może ona jednak stanowić alternatywy dla braku samodzielności czy bezradności. Dlatego konieczne jest budowanie i wzmacnianie motywacji do inwestowania w siebie, w swoją przyszłość, w zdrowie, sprawność, kondycję, edukację, a także niezależność ekonomiczną.

Wypełnienie przez rodzinę funkcji opiekuńczych i pielęgnacyjnych w stosunku do starszego pokolenia wymaga stworzenia odpowiednich warunków, które umożliwią jej wypełnienie tych funkcji. Problemy zapewnienia przez rodzinę opieki osobom starym czy chorym będą narastać wskutek zmian w polskich rodzinach: rozpadła się struktura rodziny wielopokoleniowej, która gwarantowała swoim członkom pomoc i opiekę. W wyniku migracji wiele starszych osób pozostaje bez opieki. Naturalne procesy starzenia się powodują rozluźnienie kontaktów z ludźmi, utratę wielu dotychczas pełnionych ról społecznych. Rodzina nie może być stawiana w dramatycznej sytuacji odmowy opieki swoim chorym, starym czy niepełnosprawnym członkom z powodu trudności mieszkaniowych, ekonomicznych lub braku możliwości łączenia obowiązków rodzinnych i zawodowych. Polityka społeczna i gospodarcza musi uwzględniać dobro rodziny. Polityka rodzinna w Polsce musi skupić się na realnym wspieraniu funkcji opiekuńczej wobec starszych członków rodziny. Pomoc rodzinie w wypełnianiu jej funkcji wiąże się z koniecznością rozwoju w środowisku zamieszkania wielu usług społecznych, w tym m.in. usług dotyczących kultury, rekreacji, sportu, ochrony zdrowia, rehabilitacji oraz usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych wspomagających rodzinę w wypełnianiu jej funkcji szczególnie wobec osób chorych czy starych. Wszystkie funkcje rodziny muszą być w polityce społecznej potraktowane integralnie, ponieważ rodzina stanowi wyodrębniony podmiot, który może wypełniać wszystkie przypisane mu funkcje, jeśli zostaną stworzone do tego odpowiednie warunki. Rodziny bez koniecznej pomocy ze strony licznych, działających *non profit* instytucji usług społecznych będą zmuszone pozbywać się obowiązku opieki i pomocy swoim niesamodzielnym członkom. Kierunek rozwoju polityki społecznej polegającej na wspieraniu rodziny w wypełnianiu jej wszystkich funkcji jest w Polsce ciągle nieobecny nie tylko w realizacji, lecz także w pracach teoretycznych i programach politycznych polityki społecznej; tak jak nieobecny jest czynnik demograficzny w projektowaniu kierunków społecznego i gospodarczego rozwoju kraju.

Środowisko lokalne dla osób starszych jest (może być) miejscem aktywności i uczestnictwa w życiu społecznym. Badania i analizy wykazują, że środowisko lokalne nie jest przygotowane do stworzenia warunków dla „aktywnej starości”. Rozwiązywanie problemów osób starszych w koncepcji samorządu lokalnego jest określone w ustawie o pomocy społecznej. Ustawa ta zawiera deklaracje pomocy w razie starości, samotności i bezradności. Nie ma w niej jednak określonej specyfiki pomocy osobom w zaawansowanym wieku. Nie ma też zdefiniowanych obowiązków i odpowiedzialności służb społecznych za warunki życia i zaspokojenie potrzeb najstarszych mieszkańców środowiska lokalnego. Warunkiem udzielenia skutecznej pomocy jest bieżące monitorowanie potrzeb ludzi starych w zakresie prowadzenia gospodarstwa domowego, zaspokojenia potrzeb ochrony zdrowia, kontaktów w sprawach urzędowych, wsparcia w sytuacji osamotnienia. W praktyce pomocy społecznej zwykle oczekuje się, że osoby potrzebujące pomocy same się po nią zgłoszą. Osoby starsze, mimo że potrzebują pomocy, rzadko się po nią zgłaszają. Dlatego w przypadku osób starszych, a także niepełnosprawnych i niesamodzielnych pomoc powinna być udzielana bez aktywnego zabiegania o nią w instytucjach.

Określone w prawie procedury ubiegania się o pomoc oraz ukształtowana praktyka działania nie jest dostosowana do potrzeb i sytuacji osób starszych, a szczególnie osób niesamodzielnych. Nieskuteczność pomocy społecznej wobec osób starszych wynika też z uzna-

niowego charakteru pomocy społecznej. W praktyce oznacza to stosowanie zasady tzw. „administracyjnego uznania roszczenia” z uwzględnieniem „interesu społecznego i słusznego interesu obywateli”.

Uznaniowość pomocy, płynne i nieostre pojęcia „niezbędnej potrzeby życiowej” czy „warunków odpowiadających godności człowieka” powodują, że nie tylko ludzie starsi, ale także osoby niepełnosprawne, bezradne, niesamodzielne, z powodu braku wiedzy o swoich prawach, w obawie przed odmową, przed biurokratycznymi procedurami, a także z powodu wstydu – rzadko decydują się prosić o wsparcie. Osoby te tym bardziej nie korzystają z uciążliwej drogi administracyjnej dochodzenia prawa do świadczeń czy odwołania do sądu.

Wydłużające się trwanie życia, starania, aby osoby w starszym wieku jak najdłużej były sprawne i aktywne w życiu społecznym wymaga różnorodnych działań wspierających ich aktywność i sprawność. Ograniczenie działań samorządów w tej sferze do okazjonalnych imprez (popularne „dni seniora”) nie wystarcza, tym bardziej w warunkach istniejącego już obecnie w niektórych środowiskach, a w innych – nadchodzącego w bliskich latach „wyżu” osób w zaawansowanym wieku. Potrzebne są szerokie programy działania o charakterze aktywizującym osoby starsze, dostosowane do ich zróżnicowanych potrzeb i warunków, ambicji i aspiracji; od działań edukacyjnych po szerokie działania promocji i profilaktyki zdrowia oraz rehabilitacji pozwalającej najdłużej, jak to jest możliwe, zachować aktywność, sprawność i samodzielność do samoobsługi. Ten rodzaj działań animacyjnych i aktywizujących osoby starsze w środowiskach lokalnych jest szeroko znany w różnych krajach (szeroko opisany w literaturze przedmiotu)¹³⁷. Od samorządów gmin, miast należy wymagać rozległych programów pracy aktywizującej osoby starsze – programów wynikających z pogłębionej diagnozy i systematycznego monitorowania sytuacji osób starszych. Dla samorządu lokalnego wyniki przeprowadzonego w 2011 r. Narodowego Spisu Powszechnego mogą stanowić dobrą podstawę do oceny sytuacji demograficznej; struktury wieku mieszkańców, struktury rodzin i gospodarstw domowych, oceny potencjału opiekuńczego rodzin, źródeł utrzymania, warunków mieszkaniowych, mogą być też podstawą oceny potrzeb. Pogłębiona analiza sytuacji społecznej i demograficznej może stanowić punkt wyjścia do opracowania programu działania dostosowanego do obecnej i zmieniającej się sytuacji demograficznej i potrzeb mieszkańców w zaawansowanym wieku.

Samorzady lokalne nie znają na ogół sytuacji demograficznej, nie mają pogłębionej diagnozy, nie mają programów, nie mają kadry przygotowanej do działań animacyjnych i aktywizujących osoby starsze. Stan ten musi szybko ulec zmianie, gdyż nadchodzący „wyż ludzi starych” może spowodować tak wysoki wzrost kosztów opieki, że samorzady (którym w podziale kompetencji przydzielono to zadanie) nie będą w stanie im sprostać. Działania aktywizujące osoby starsze zmniejszą też istotnie koszty opieki medycznej. Staną się też ważną pomocą dla rodzin. Najważniejsze: podniosą istotnie jakość życia osób starszych, wyzwolą ich ogromne możliwości oraz wielki potencjał wiedzy, doświadczenia i aktywności.

Środowisko lokalne stanowi najlepszą przestrzeń organizowania pomocy. Podstawą organizowania wsparcia i aktywności osób starszych są zasady nieingerowania w styl życia oraz akceptacja wszystkich składowych przyjaznej dla człowieka starszego przestrzeni życiowej. Popularną obecnie w Europie formą wsparcia i integracji ludzi starszych w środowisku zamieszkania jest angażowanie ich w codzienne funkcjonowanie najbliższego środowiska, w tym do rozwoju różnego typu usług, także opiekuńczych. W krajach skandynawskich funkcjonują np. spółdzielnie socjalne, świadczące usługi realizowane przez osoby dojrzałe i starsze wiekiem. Ważne jest angażowanie do pomocy wolontariuszy, tworzenie sieci współpracy sąsiedzkiej czy rodzinnych domów pomocy.

¹³⁷ Por. E. Trafiałek, *Warunki integracji i ryzyka dyskryminacji ludzi starszych w rodzinie i środowisku lokalnym*, w: *O sytuacji ludzi w starszym...* (2012), s. 151–170.

W Polsce nie ma odpowiadających potrzebom społecznym form pracy środowiskowej ułatwiającej człowiekowi staremu pozostawanie w środowisku zamieszkania. Na rynku pracy brakuje osób przygotowanych do pracy w zawodach związanych ze wspieraniem człowieka starego w środowisku zamieszkania: opiekunów osób niepełnosprawnych, opiekunów osób starszych, pielęgniarek środowiskowych, opiekunów medycznych itp. W opiece nad osobami starszymi dominuje tendencja (np. Dania, Szwecja, Holandia) zastępowania opieki instytucjonalnej pomocą w środowisku zamieszkania. Podobnie w Niemczech i we Włoszech powszechną formą pomocy osobom o ograniczonej sprawności i mobilności jest zatrudnianie opiekunek domowych.

Zgodnie z priorytetami wspólnotowej polityki spójności i solidarności aktywizacja osób po 50. roku życia wzmacnia potencjał tkwiący w środowisku lokalnym. Osoby w starszym wieku mogą zaspokoić potrzeby: użyteczności, aktywności, akceptacji oraz znaczenia dzięki pełnieniu ważnych ról w społeczności lokalnej. Aktywne starzenie się, aktywna, nacechowana samodzielnością faza życia w starości, oznaczają też sprawność psychiczną i fizyczną, czynny udział w życiu społecznym i kulturalnym, kontakty i więzi oraz uczestnictwo w życiu wspólnoty lokalnej. Pozwala to jednostkom realizować marzenia, pragnienia, aspiracje i zaspokajać potrzeby więzi i przynależności. Aktywne starzenie się to też możliwość optymalnego wykorzystania potencjału wiedzy i doświadczenia osób starszych.

Polityka promowania pomyślnego starzenia się oraz aktywnej, samodzielnej starości (*active ageing*) wymaga systematycznych pogłębionych badań, których wyniki mogą stać się podstawą zintegrowanych, wielodyscyplinarnych przedsięwzięć; sukcesywnej zmiany w prawie, podziale dochodu społecznego, w instytucjach, organizacjach, działaniach samorządów, a także na rynku pracy i w systemie zabezpieczenia społecznego. Jakość życia ludzi w starszym wieku zawsze będzie zależać od rodziny i spójności środowiska lokalnego. Jakość życia najstarszych członków społeczeństwa w przyszłości będzie kształtowana pod wpływem ograniczającej się sieci powiązań między generacjami, wzrostu liczby gospodarstw jednoosobowych. Przestrzenne oddalenie członków rodzin, wywołane migracjami zarobkowymi, może osłabić związki emocjonalne między członkami rodzin. Wzrośnie znaczenia psychologicznych źródeł wykluczenia społecznego w fazie starości (izolacja, samotność). Czynnikiem wzrostu jakości życia osób w zaawansowanym wieku może być zwiększający się poziom wykształcenia najstarszej populacji, większa świadomość praw ludzi starych, większy dostęp do wiedzy i informacji, wyższe aspiracje i oczekiwania. Trudności z zaspokojeniem aspiracji starszego pokolenia mogą spowodować zbyt niskie w stosunku do potrzeb świadczenia emerytalno-rentowe (na poziomie znacznie niższej niż w 2011 r. zastępowalności dochodów utraconych z pracy).

W programach socjalnych Unii Europejskiej zainteresowanie potrzebami ludzi starych obejmuje pomoc w gospodarstwie domowym, opiekę pielęgnacyjną, działania o charakterze integracyjnym, tworzenie przyjaznej przestrzeni życiowej, budowanie i utrwalanie więzi wewnątrz pokoleń oraz między pokoleniami. Wspólnotowa strategia obejmuje wspieranie osób starszych w przygotowaniu do starości, pobudzanie aktywności oraz stymulowanie samodzielności. We wszystkich krajach europejskich intensywnie poszukuje się adekwatnych do potrzeb i sytuacji osób w zaawansowanym wieku form pomocy, gdyż w społeczeństwach narasta powszechne przekonanie o stygmatyzacji i deficytach życia w starości. W starzejącym się społeczeństwie Europy kwestia samodzielności (także ekonomicznej) najstarszych obywateli, ich aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym, budowanie bezpiecznej przyjaznej przestrzeni życiowej oraz solidarności lokalnej jest przedmiotem wielu przedsięwzięć i programów.

W edukacji społecznej, kształtowaniu postaw wobec osób starych, niesamodzielnych i niepełnosprawnych trzeba skupić się na dwóch problemach.

1. Kształtowanie postaw wobec starości – starości nie zorientowanej na przygotowaniu się na śmierć, lecz rozumianej jako faza życia obejmująca w zależności od płci 15–25 lat, wymagająca przygotowania na różnych płaszczyznach, spośród których trzeba wymienić: ekonomiczną, zdrowotną, więzi i relacji, społeczną, technologiczno-edukacyjną, polityczną i normatywno-duchową, o wymiarach bezpośrednio odnoszących się do różnych sfer życia społecznego. Dodać należy jeszcze jeden wymiar – przestrzenny – jako warunek, bez uwzględnienia którego aktywne uczestnictwo w pozostałych sferach życia społecznego nie jest możliwe; z uwagi na postęp technologiczny w coraz większym stopniu uwaga ta dotyczy płaszczyzny technologiczno-edukacyjnej. Kształtowanie postaw wymaga wyrobienia u jednostek i władz publicznych świadomości myślenia długookresowego, przekraczającego zwyczajowy horyzont uwzględniany we wszelkiego rodzaju kalkulacjach: kilka, kilkanaście lat w przypadku jednostki, kadencja w przypadku władz publicznych. Konieczne jest utrwalanie myślenia o starości jako o okresie aktywności i produktywności społecznej. Termin ten odnosi się do każdej podejmowanej w życiu aktywności (kariery), która przyczynia się do wytworzenia jakiejś „wiązki użyteczności” nie tylko dla osoby podejmującej daną aktywność, ale też dla innych. Na przykład praca zawodowa przynosi wynagrodzenie i satysfakcję osobie ją wykonującej, wzrost możliwości konsumpcyjnych i niższe prawdopodobieństwo konfliktów w rodzinie pracownika, zwiększenie oferty dóbr i usług, zaś podatki zwiększają dochody publiczne, wpływają na zmniejszenie sfery ubóstwa i przynoszą korzyści społeczeństwu. Produktywność społeczna związana jest nie tylko z rolą (karierą) zawodową czy wolontariatem, ale również z rolami (karierami) rodzinnymi: małżeńską, rodzicielską, babci/dziadka czy karierą sąsiada, przyjaciela, konsumenta. Źródłem korzyści dla jednostki i społeczeństwa mogą być poza rolą zawodową, również i inne role dostępne osobom starszym.

2. Wzmacnianie społecznej produktywności w okresie starości. Należy zdawać sobie sprawę z tego, iż nie uda się osiągnąć założonego celu bez świadomego oddziaływania na przebieg interesujących nas ról zawodowych, życiowych na wcześniejszych etapach życia. Dlatego też należy odejść od eksponowania polityki wobec ludzi starych na rzecz polityki wobec starości jako fazy życia, polityki definiowanej z punktu widzenia oddziaływania na cały cykl życia po zakończeniu kariery zawodowej. Większość starań ukierunkowanych na charakteryzującą się aktywnym uczestnictwem starość powinna zacząć się w okresie znacząco poprzedzającym wystąpienie starości, tj. w fazie życia wcześniejszej o 2–3 dekady niż początek starości. **Bierne „przedpole starości” będzie prowadzić do biernej starości.** Oceniając potrzeby osób starszych, trzeba brać pod uwagę ich części wspólne z potrzebami innych grup – młodych rodziców, dzieci, osób niepełnosprawnych – poprzez odwołanie się do koncepcji ładu społecznego dla wszystkich grup wieku. Nadmierna ekspozycja potrzeb ludności jednej grupy wieku może prowadzić w dłuższym czasie do przeciwstawiania interesów różnych grup, w konsekwencji do konfliktu międzypokoleniowego. Porozumienie między kolejnymi pokoleniami jest niezbędne w rodzinie oraz w społeczeństwie, aby mogło ono pomyślnie się rozwijać¹³⁸.

2.8. Bezpieczeństwo, dyskryminacja i przemoc wobec osób starszych

Normy prawne jako potencjalny obszar dyskryminacji i wykluczenia ludzi starych

Konstytucja RP z 1997 r. zawiera gwarancje wolności, równych praw osobistych, politycznych, ekonomicznych, socjalnych i kulturalnych dla wszystkich obywateli, bez względu na ich wiek, płeć, stan cywilny lub inne cechy jednostek. W żadnym z dokumentów nie ma

¹³⁸ Ianus – projekt uczenia się w ciągu całego życia, Austria, Graz 2009.

przejawów nierównego traktowania czy dyskryminacji osób w starszym wieku, niepełnosprawnych i niesamodzielnych. Konstytucja RP oraz liczne dokumenty krajowe i międzynarodowe (m.in. Konwencja Rzymska o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, Europejska Karta Społeczna czy Europejski Kodeks Zabezpieczenia Społecznego) gwarantują prawa do: bezpieczeństwa osobistego, poszanowania życia prywatnego, rodzinnego, ochrony zdrowia, zabezpieczenia społecznego. W licznych ustawach regulujących poszczególne sfery życia społecznego nie wymienia się ludzi starszych, co ma podkreślić ich równe traktowanie w prawie. Inaczej w Europejskiej Karcie Społecznej (dokument UE), gdzie wyraźnie formułowane są prawa człowieka starego.

Kodeks rodzinny i opiekuńczy mało miejsca poświęca opiece i kurateli dotyczącej osób chorych, niepełnosprawnych, bezradnych, starych, w tym także rodzicom lub krewnym. Obowiązek alimentacyjny dzieci względem rodziców powstaje w sytuacji braku możliwości samodzielnego zaspokojenia podstawowych potrzeb mieszkaniowych, zdrowotnych, wyżywienia, ubrania, w niektórych przypadkach także potrzeb edukacyjnych, rehabilitacyjnych, kulturalnych, wypoczynku. Obowiązek alimentacji względem rodziców może być wykonywany w formie świadczeń pieniężnych lub przez dostarczenie żywności, opału, jedzenia, lekarstw. Egzekucję tego obowiązku ma poprzedzać odpowiedni pozew i prawomocny wyrok sądowy.

W sytuacji ludzi w wieku zaawansowanym trudno oczekiwać aktywności w egzekwowaniu – przy pomocy sądu – obowiązku alimentacji od najbliższych. Obowiązek ten muszą przyjąć na siebie instytucje publiczne.

Kodeks cywilny odnosi się też do darczyńców. „Darczyńca może odwołać darowiznę nawet już wykonaną, jeżeli obdarowany dopuścił się względem niego rażącej niewdzięczności. (...) Darowizna nie może być odwołana po upływie roku od dnia, w którym uprawniony dowiedział się o niewdzięczności obdarowanego” (art. 898, § 1). Możliwość cofnięcia darowizny nie powinna być obwarowana żadnymi terminami, stanowiąc tym samym dla człowieka starego dożywotni gwarant godnego traktowania w rodzinie. W mieszkaniach zastępczych, w hostelach i domach pomocy społecznej przebywa wiele osób (brak statystyk na ten temat) w starszym wieku, które przekazały majątek dzieciom, wnukom. Wskutek zaniedbań lub przemocy stosowanej przez obdarowanych dawni właściciele stali się podopiecznymi pomocy społecznej, ośrodków interwencji kryzysowej czy instytucji opiekuńczych. W Kodeksie cywilnym w dziale „dożywocie” postanawia się, że „jeżeli w zamian za przeniesienie własności nieruchomości nabywca zobowiązuje się zapewnić zbywcy dożywotnie utrzymanie (umowa o dożywocie), powinien on w braku odmiennej umowy, przyjmując zbywcę jako domownika, dostarczać mu wyżywienia, ubrań, mieszkania, światła i opału, zapewnić mu odpowiednią pomoc i pielęgnowanie w chorobie oraz sprawić mu własnym kosztem pogrzeb odpowiadający zwyczajom miejscowym” (art. 908). „Prawo dożywocia jest niezbywalne”. „Sąd może zmienić prawa dożywocia na dożywotnią rentę odpowiadającą wartości tych uprawnień” (art. 912). Kodeks cywilny nie ustanawia kuratora do kontrolowania takich zobowiązań, a dożywotnia renta jest trudna do wyegzekwowania. Wobec doznawanej w rodzinie krzywdy ludziom starym trudno dochodzić swoich praw. Prawodawca nie wskazał żadnego podmiotu, który reprezentuje ich interesy, gdyż zakładał, że rodzina dostatecznie ochroni prawa człowieka starego, a w rodzinie nie grozi mu konflikt interesów¹³⁹.

Rynek pracy jako obszar potencjalnego wykluczenia społecznego osób starszych

Formą przemocy mogą być ustanawiane w prawie (np. w prawie pracy czy prawie zabezpieczenia społecznego, np. emerytalnym) granice wieku. W prawidłowej polityce rynku

¹³⁹ Por. E. Trafiałek, *Warunki integracji i ryzyka dyskryminacji ludzi starszych w rodzinie i środowisku lokalnym*, w: *O sytuacji ludzi w starszym...* (2012).

pracy o zaprzestaniu aktywności zawodowej powinien decydować zainteresowany, a wiek emerytalny wymaga elastycznego traktowania, gdyż możliwości kontynuowania pracy zależą do wielu czynników i warunków osobowych (stanu zdrowia, sprawności fizycznej i intelektualnej, sytuacji rodzinnej itp.). Sytuacja demograficzna Polski skłania do aktywizowania zawodowego osób w wieku 50+; nie może to jednak odbywać się w warunkach stosowania prawnego przymusu, lecz indywidualnego wyboru jednostki o rodzaju aktywności w starszym wieku.

Sfera zatrudnienia może stanowić istotny obszar wykluczenia z życia społecznego i ekonomicznego ludzi starszych i niepełnosprawnych. Zatrudnienie w gospodarce rynkowej jest tą dziedziną, w której najistotniejszym sprawdzianem ekonomicznej wartości pracownika jest jego wysoka sprawność (i wydajność) w wykonywaniu zadań zawodowych, do których został zatrudniony. Powierzenie niektórych zadań zawodowych osobom w starszym wieku lub niepełnosprawnym ograniczają normy prawne, dopuszczając do pracy ze względu bezpieczeństwa osoby o określonych cechach. Ten zakres ograniczeń wyłączony jest z dalszych rozważań jako istotny czynnik ochrony. W systemie pogłębiającego się podziału pracy istnieje jednak wiele takich zadań, które można powierzyć pracownikom o mniejszej z powodu wieku czy stanu zdrowia sprawności. W Polsce pracodawcy nie są zainteresowani zatrudnieniem pracowników niepełnosprawnych oraz w zaawansowanym wieku, o czym świadczą niskie wskaźniki zatrudnienia tych kategorii pracowników. W III kwartale 2010 r. wskaźnik zatrudnienia osób w wieku 55–59/64 wynosił około 42%, jeszcze niższy jest wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych, który w 2010 r. wynosił 21,9%.

Niskie wskaźniki zatrudnienia osób starszych mają przyczyny w występującej dotychczas w Polsce obfитоści zasobów pracy; pracodawcy nie muszą sięgać po pracowników o mniejszych niekiedy możliwościach lub tworzyć warunków zatrudnienia osobom o specjalnych wymaganiach. Podejmowane działania na rzecz zainteresowania pracodawców zatrudnieniem osób starszych i niepełnosprawnych nie przynoszą znaczących efektów.

Działania te skutecznie niweluje łatwość pozyskiwania pracowników bez jakichkolwiek ograniczeń. W przypadku osób starszych wiekiem istotnym czynnikiem zniechęcającym są wysokie, znacznie wyższe niż młodych pracowników, wymagania wobec pracodawcy: żądanie wyższego wynagrodzenia, zatrudnienia na podstawie umowy o pracę, wypłaty należnego dodatku za staż pracy i inne. Młodzi pracownicy wchodzący na rynek pracy gotowi są przyjmować zatrudnienie tymczasowe, bez gwarancji dalszego zatrudnienia, bez dostępu do szkolenia i rozwoju kwalifikacji zawodowych. Pracodawcom łatwiej i taniej pozyskiwać młodych pracowników za pośrednictwem agencji pracy, gdyż nie oni ponoszą konsekwencje nietrafnego doboru pracownika. W II kwartale 2011 r. 51% z 91,2 tys. pracowników zatrudnianych za pośrednictwem agencji stanowiły osoby do 26. roku życia, osoby w wieku 50+ tylko 6%. Obecnie odnotowuje się wzrost zainteresowania pracodawców zatrudnieniem osób niepełnosprawnych ze znacznym i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności z uwagi na możliwość uzyskania większego wsparcia finansowego ze środków publicznych (PFRON). Dofinansowanie do wynagrodzeń oraz inne korzyści (np. zwrot kosztów dostosowania stanowiska pracy) pracodawcy mogą otrzymać jedynie w przypadku zatrudnienia osoby niepełnosprawnej na podstawie umowy o pracę, wyższe – w przypadku zatrudnienia osób ze znacznym i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności i tzw. schorzeniami szczególnymi, mającymi mniejsze szanse na znalezienie zatrudnienia.

Zmiany w sytuacji osób starszych, niepełnosprawnych (i młodych) na rynku pracy wynikają z mentalności – siły oddziaływania stereotypów i uprzedzeń w odniesieniu do osób niepełnosprawnych i do ich zatrudnienia. Wyrównanie szans osób z poszczególnych grup wieku na rynku pracy wymaga także zmian systemowych w zakresie istotnego ograniczenia stosowania tzw. elastycznych form zatrudnienia, eliminacji sytuacji pozwalających na zatrudnienie „na czarno”, likwidację preferencji (a tym samym dyskryminacji) w zatrudnieniu osób

z poszczególnych grup wieku. Staje się to tym bardziej konieczne, że w Polsce mija bezpowrotnie (w przewidywanej prognozą demograficzną przyszłości) czas obfitości zasobów pracy na rynku.

Ubytek ludności w wieku produkcyjnym będzie ogromny i wyniesie w okresie 2010–2035 około 3,8 mln osób, w tym w latach 2011–2015 około 835 tys., w latach 2016–2020 około 1,2 mln osób, w latach 2021–2025 około 878 tys. Lata 2011–2025 charakteryzują się największym ubytkiem zasobów pracy (łącznie ponad 2,9 mln osób). Zmieni się struktura ludności w wieku produkcyjnym. Ubytek dotyczyć będzie zasobów pracy w wieku tzw. mobilnym (18–44 lata); w całym prognozowanym okresie (2010–2035) wyniesie on 4433 tys., największy będzie w dekadzie 2021–2030. W grupie wieku niemobilnego liczba ludności w wieku produkcyjnym zmniejszy się tylko w latach 2011–2020 (łącznie o 846 tys.), w kolejnych latach istotnie się zwiększy (1475 tys.). Ograniczające się zasoby pracy i zmiany w strukturze wieku ludności powinny skłaniać do podjęcia polityki zatrudnienia zmierzającej do oszczędnego i racjonalnego gospodarowania zasobami pracy, do odstąpienia od utworzonych w prawie i podziale dochodu społecznego preferencji dla pracodawców. Ocena kosztów tych preferencji, jeśli uwzględnimy w niej wszystkie składniki, a nie tylko doraźne korzyści wybranych pracodawców, może okazać się bardzo wysoka.

Celem polityki ludnościowej w zakresie zatrudnienia jest racjonalne gospodarowanie dostępnymi zasobami pracy; tworzenie warunków do pełnego zatrudnienia, w tym także osobom o mniejszych możliwościach (niepełnosprawnych i w starszych grupach wieku). Decydować o tym powinny względy ekonomiczne (osoby pracujące płacą podatki i składki na ubezpieczenie, mają własne wyższe od świadczenia społecznego dochody z pracy). Ważne są też względy społeczne; zapewnienie wszystkim zdolnym do pracy, także osobom starszym – pomimo ich niekiedy mniejszych możliwości – uczestniczenia w tworzeniu dóbr i usług, wykorzystania zdolności do pracy, doświadczenia i umiejętności zawodowych, przeciwdziałanie ich społecznej izolacji i wykluczeniu. Praca zawodowa może pozytywnie wpływać na osoby niepełnosprawne i w starszym wieku – na jakość ich życia, na utrzymywanie i poszerzanie kontaktów społecznych, na lepszą organizację własnego czasu, na potwierdzenie własnej wartości dzięki wykorzystaniu nierzadko wysokich kwalifikacji zawodowych w kontaktach z innymi pracownikami.

Pracodawcy w Polsce nie są przygotowani do szerszego niż obecnie zatrudniania osób starszych (w wieku przed uzyskaniem prawa do emerytury i po nim). Nie ma istotnych działań w polityce kadrowej przedsiębiorstw sprzyjających zatrudnieniu pracowników w starszym wieku lub niepełnosprawnych. W zarządzaniu personelem nie stosuje się zasad zarządzania wiekiem, to jest takiego podejścia, które uwzględnia wiek pracowników, cykle ich życia oraz procesy starzenia się. Zarządzanie wiekiem to działania nakierowane na pracowników starszych wiekiem, ułatwiające im pracę i dostosowujące zadania zawodowe do ich możliwości. Są to działania o charakterze ergonomicznym, dostosowujące organizację czasu pracy, zakres obowiązków oraz szkolenia do potrzeb i możliwości pracowników. Zarządzanie wiekiem w polityce personalnej firmy pozwala na indywidualne podejście do kariery pracownika, na najpełniejsze wykorzystanie możliwości w kolejnych cyklach życia, zapobiega wypaleniu zawodowemu, podtrzymuje ambicje i chęć do pracy. Pozwala tworzyć wielopokoleniowe, uzupełniające się zespoły, sprzyja budowaniu motywacji do pracy i lojalności pracowników.

W polskich warunkach, projektując narzędzia polityki ludnościowej, należy pamiętać o ogromnym zróżnicowaniu populacji przechodzącej w najbliższych dekadach w stan spoczynku. W najbliższych 10–15 latach rynek pracy będzie opuszczać liczna generacja osób (I powojenny wyż demograficzny) urodzonych w latach 40. i 50. XX wieku (w znacznej części była wielkoprzemysłowa klasa robotnicza). Pokolenie to charakteryzuje się niższym od pokolenia ich dzieci (a przede wszystkim wnuków) poziomem formalnego wykształcenia.

W znacznej części są to osoby z wykształceniem podstawowym i zasadniczym. Niskie wykształcenie dla wielu z nich było i jest istotną przeszkodą w zdobywaniu nowych kwalifikacji, w poznawaniu nowych technik i technologii, nowych systemów komunikacji. W tej populacji jest też liczna grupa, która pracowała w warunkach trudnych, szkodliwych i uciążliwych dla zdrowia. Wiele osób z tej generacji doświadczyło bezrobocia wskutek masowej likwidacji miejsc pracy w przemyśle w początkach transformacji systemowej, wiele po utracie pracy nie miało możliwości powrotu na rynek pracy. Nierzadko pozostawali przez pewien czas bezrobotnymi lub z konieczności życiowej podejmowali się dorywczych prac zarobkowych. Jednocześnie ta grupa została włączona do nowego systemu emerytalnego, który jest wyjątkowo niekorzystny dla osób o niskich dochodach z pracy i krótkim (udokumentowanym) stażem pracy.

Polskie badania dotyczące pracy zawodowej osób w zaawansowanym wieku nie wyróżniają istotnych cech pracowników, które mają istotny wpływ na postawy wobec przedłużonego (ponad obowiązujący w 2011 r. wiek emerytalny) pozostawania w zatrudnieniu. Odejście na emeryturę z pracy monotonnej, wyczerpującej fizycznie, bez elementów twórczych, wykonywanej nierzadko w złych warunkach, stanowiącej wieloletni życiowy przymus, jest lub może być zdarzeniem oczekiwanym, a przejście na emeryturę – nadzieją na znacznie lepszą jakość życia. Praca twórcza przynosząca satysfakcję, prestiż i uznanie środowiska, zapewniająca wiele interesujących kontaktów jest natomiast dobrem pożądanym, godnym najdłuższego kontynuowania. Utrata takiej pracy może istotnie wpłynąć na pogorszenie jakości życia.

Nieuprawnione są zatem wnioski wskazujące na roszczeniowość osób w wieku przedemerytalnym, na „mitologizację”, „gloryfikowanie” emerytury, traktowanie jej jako okresu odpoczynku, co ma zaświadczać o „prosocjalistycznych” postawach ludzi w starszym wieku. Środowisko osób w wieku przedemerytalnym jest zróżnicowane ze względu na poziom wykształcenia, zawody, stan zamożności, możliwości zawodowe, aspiracje i stan zdrowia.

Tworzenie warunków prawnych i organizacyjnych zatrudnienia wszystkich osób zdolnych do pracy w latach 2012–2035 stanie się konieczne z uwagi na postępujące zmiany demograficzne. Osiąganie pożądanego stanu: wysokich współczynników zatrudnienia osób w starszym wieku oraz niepełnosprawnych wymaga **likwidacji nieuzasadnionych praktyk dyskryminacyjnych w zatrudnianiu niektórych grup pracowników**, w tym osób niepełnosprawnych, osób w wieku 50+ i młodzieży wchodzącej na rynek pracy oraz tworzenia szerokiego dostępu osób w wieku niemobilnym do edukacji, w tym do edukacji zawodowej. Pozwoli to na stałe utrzymywanie wysokiego poziomu nowoczesnych kwalifikacji tej grupy pracowników. Warunkiem osiągnięcia pożądanego stanu w zakresie zatrudnienia jest racjonalne gospodarowanie zasobami pracy przez pracodawców, w tym prawidłowe gospodarowanie kwalifikacjami pracowników. Konieczne jest także szerokie włączenie pracodawców do realizacji programów kształcenia zawodowego, w tym włączenie pracodawców do współfinansowania kosztów kształcenia, szkolenia i doskonalenia zawodowego, co pozwoli przybliżyć programy kształcenia i przygotowania zawodowego do potrzeb rynku pracy.

Przedłużanie zawodowej aktywności populacji jest konieczne z powodu zmian w sytuacji demograficznej: starzenia się zasobów pracy i niskiego ich przyrostu w młodszych grupach wieku. Problem ten wymaga rozwiązania z obiektywnych względów. Nie jest on jednak tak prosty i oczywisty, jak wynikałoby z toczącej w Polsce od ponad 10 lat debaty. Zwolennicy dłuższej aktywności zawodowej – główni uczestnicy debaty – nie dostrzegają trudności wynikających z kilku istotnych uwarunkowań. W latach 2031–2035 wiek emerytalny będą osiągać osoby urodzone na początku lat 70. XX wieku (według obowiązujących do 2013 r. reguł wiek kończenia pracy to 59/64 lat). Większość z nich rozpoczęła dorosłe życie „na bezrobociu (na tzw. „kuroniówce”), podejmowała pracę na początku lat 90., często pracę dorywczą, „śmieciovą”, bez możliwości osiągnięcia wysokich kwalifikacji. Zdecydowana więk-

szczość populacji urodzonych w latach 70. zdobywała wykształcenie i kwalifikacje w trakcie szkolnej edukacji, która nie była dostosowana do warunków pracy w gospodarce rynkowej. Przedłużenie zatrudnienia osobom z II wyżu demograficznego (urodzeni w latach 70. i 80. XX wieku) naruszy tej grupie prawa nabyte oraz prawa w trakcie nabywania (co należy do elementarnych wartości i zasad systemu zabezpieczenia społecznego). Ustawowe przedłużenie obowiązkowego czasu zatrudnienia do uzyskania uprawnień emerytalnych naruszy prawa nabyte i prawa w trakcie nabywania, co jest niezgodne z prawem UE i podpisanymi przez Polskę konwencjami MOP. Możliwe natomiast jest wprowadzenie elastycznego wieku emerytalnego, pozwalającego ubezpieczonemu samodzielnie decydować o wcześniejszym lub późniejszym okresie kończenia aktywności zawodowej.

Postawy wobec ludzi w zaawansowanym wieku

Ryzyko marginalizacji osób starszych występuje znacznie częściej niż pozostałych grup społecznych. Z powodu wielu ograniczeń plasowani są oni – zarówno w odczuciach własnych, jak i w odbiorze społecznym – w kategoriach niskiego statusu społecznego. Na ryzyko ich wykluczenia wpływają czynniki natury ekonomicznej, społecznej i kulturowej. Najistotniejsze z nich mieszczą się w strukturach podstawowych aktywności ludzkich tworzących przestrzeń życiową: rynek pracy, ochrona zdrowia, zabezpieczenie społeczne, dostępność dóbr i usług, stan posiadania, postawa najbliższego otoczenia (rodziny, środowiska lokalnego). Współczesny stereotyp utożsamia ludzi starych z ubóstwem, niepełnosprawnością, bezradnością, dyskryminacją indywidualną i instytucjonalną. To z kolei rodzi postawy i reakcje społeczne: od negacji, przez obojętność, do litości. Wszystkie one są odbierane przez ludzi w starszym wieku jako przejaw odrzucenia, braku akceptacji, redukcji prawa do funkcjonowania w roli pełnoprawnych członków społeczeństwa, środowiska lokalnego, wspólnoty rodzinnej. Utrwalanie tych stereotypów i utrzymywanie dyskryminacyjnych relacji będzie skutkowało pogłębianiem konfliktów międzypokoleniowych, marnotrawieniem kapitału tkwiącego w pokoleniowym przekazie. Postawy życzliwości wobec seniorów są odwrotnie proporcjonalne do poziomu wykształcenia i zamożności środowiska: im niższe wykształcenie i gorsze materialne warunki bytu respondentów, tym większa skłonność do krytycznej oceny stosunku otoczenia do najstarszych.

Stosunek otoczenia utrwała niekorzystne postawy i zachowania osób w wieku podeszłym do społecznego uczestnictwa. Co czwarty Polak prezentuje wobec ludzi starych postawy dystansu, obojętności lub niechęci. I choć w ciągu ostatnich sześciu lat wzrósł poziom życzliwości rodziny (z 69% do 79%), sąsiadów (z 64% do 68%) i wspólnot parafialnych (z 58% do 64%) wobec tej grupy, to ludzie starzy nadal są w swoim środowisku traktowani bardzo różnie, co oznacza powszechny brak akceptacji i życzliwości (CBOS, 2010). Procesom integracji nie sprzyja powszechna skłonność najstarszych mieszkańców środowiska do wycofywania się z życia społecznośc. W świetle badań CBOS z 2010 r., zdecydowana ich większość nie tylko nie udziela się społecznie, ale i nie pomaga osobom spoza swojego gospodarstwa domowego, izoluje się, ograniczając aktywność do kontaktów z rodziną. Nadal jednak poziom zadowolenia z życia osoby starsze uzależniają w pierwszej kolejności od relacji z rodziną oraz od najbliższego otoczenia, które wymieniają na drugim miejscu. Cykliczne badania CBOS wykazują, że stan zdrowia, sprawności, samodzielności i optymizmu ludzi starszych jest bardzo niski. Czują się oni bezradni wobec różnych przejawów dyskryminacji, tym bardziej że pozostałe grupy badanych wyodrębnione według wieku są skłonne do dalszego ograniczania ich praw (np. do pracy), wskazywania na trudności związane z opieką nad osobami starszymi, chorymi niż do zwracania uwagi na potrzeby wprowadzenia zmian w celu optymalnego przebiegu tej fazy życia, ponieważ sami o starości rzadko myślą lub nie myślą wcale.

W dokumentach pomocy społecznej nie ma wyodrębnionych kategorii: przemoc wobec ludzi starych, wiek podopiecznych ośrodków interwencji kryzysowej, formy wsparcia świadczonego na rzecz najstarszych mieszkańców środowiska itp. Przemoc w rodzinach wobec ludzi starych nigdzie nie jest rejestrowana; nie broni ich w Polsce żadne prawo, gdyż nie ma klasyfikacji prawnej tego zjawiska – choć samo zjawisko istnieje. Z analizy treści telefonów do „Niebieskiej Linii” (lata 2003–2006) wynika, że tylko 1,2% starszych rodziców dręczonych przez dzieci szuka pomocy u rodziny lub znajomych, a 14% – u pracowników socjalnych. Przypadki przemocy z reguły zgłaszają świadkowie, bo ofiary obawiają się konsekwencji ze strony oprawców oraz biurokracji w instytucjach. W rodzinach dysfunkcyjnych ludzie starzy nierzadko są ofiarami przemocy fizycznej i psychicznej. Nie ma na ten temat odpowiednich danych ani statystyk, ale fakty przemocy wobec ludzi starych i niepełnosprawnych dobrze znane są ośrodkom interwencji kryzysowej, pomocy społecznej, sądom czy policji.

Bezpieczeństwo socjalne ludzi starych w dużej mierze zależy od dochodów, które pozwalają zaspokoić ich podstawowe potrzeby bytowe (wyżywienie, ubranie, mieszkanie) oraz zapewnią dostęp do leków, koniecznych usług rehabilitacji, ochrony zdrowia. Koszty niezbędnych dóbr i usług rosną znacznie szybciej niż ustawowe kryteria upoważniające do pomocy społecznej czy urzędowe współczynniki waloryzacji świadczeń emerytalno-rentowych. Ubóstwo jest ważnym, chociaż nie jedynym źródłem marginalizacji ludzi starych w Polsce. Ubóstwo części ludzi starych nierzadko jest skutkiem finansowego wykorzystywania ich przez członków rodziny. Na wsi świadczenia emerytalne nierzadko stanowią jedyne stałe źródło utrzymania całych rodzin. Ludzie starzy niezależnie od stanu zdrowia i sprawności zmuszeni są do pracy w gospodarstwie. W mieście samotni i niepełnosprawni, o niskich dochodach zmuszani są do bardzo oszczędnego życia, nierzadko do rezygnacji z zakupu leków, ubrań, żywności. Bieda, choć doświadcza jej wielu utrzymujących się ze świadczeń społecznych, nie jest w Polsce jedynym źródłem braku poczucia bezpieczeństwa socjalnego najstarszych, pokolenia, które dobrze zna życie w warunkach wielu ograniczeń. U podstaw marginalizacji ludzi starych leży też ich bezradność, ograniczona sprawność, obojętność najbliższego otoczenia, anomia środowisk lokalnych, konformistyczne „wpisywanie się” w powszechny stereotyp starości bądź deprywacja potrzeb. Poza ograniczeniami ekonomicznymi marginalizacja nierzadko generowana jest niskim poziomem wykształcenia, brakiem aspiracji, lękiem przed światem, kompleksami, poczuciem winy za problemy najbliższych.

Diagnozowanie warunków życia ludzi starych, podobnie jak i wskazywanie potencjalnych źródeł ich wykluczenia społecznego jest w Polsce zadaniem wyjątkowo trudnym z uwagi na brak podstawowych danych źródłowych na ten temat. Niewiele jest badań jakościowych dotyczących tej populacji; brakuje stałego monitorowania potrzeb oraz poziomu ich zaspokojenia. Pomimo dużej liczebności tej grupy, nadal jest ona traktowana marginalnie zarówno w obowiązujących ustawach, jak i w strategiach polityki społecznej na lata 2007–2013.

3. Rekomendacje

W świetle analizy działań oraz wyników badań problem wykluczenia osób starszych dla różnych podmiotów życia społecznego przedstawia się jako dziedzina „nowa” i znana jedynie ogólnie, w bardzo ograniczonym zakresie. Wykluczenie społeczne ludzi starych ma wymiar społeczny, kulturowy, ekonomiczny i polityczny. Potwierdzają to zarówno badania opinii publicznej, jak i badania jakościowe o charakterze socjologicznym i socjograficznym. Wykluczenie społeczne obejmuje wszystkie istotne dziedziny życia społecznego: prawo, ochronę zdrowia, zabezpieczenie społeczne, zatrudnienie, kulturę, warunki mieszkaniowe, dochody.

Instytucje odpowiedzialne za kształtowanie polityki społecznej, w tym polityki ludnościowej wobec najstarszego pokolenia, nie mają wiedzy o sytuacji demograficznej i potrzebach osób starszych, nie monitorują zjawisk i procesów związanych z potrzebami starzejącego się społeczeństwa, osób niepełnosprawnych i niesamodzielnych. Nie ma w Polsce szerszych programów działania. Problem wykluczenia społecznego osób starszych nie jest zagadnieniem istotnym dla różnych podmiotów życia społecznego. Nie jest przedmiotem dyskursu społecznego. Nie prowadzi się szerszych badań w tym zakresie. Działalność instytucji na rzecz osób starszych, jeśli istnieje, ma charakter działań wyrywkowych, okazjonalnych. Nie ma pomiaru potrzeb, nie ma standardów ich zaspokojenia ani wskaźników – mierzalnych lub opisowych – wskazujących na stopień wykluczenia czy poziom niezaspokojenia ważnych potrzeb.

Nie ma w Polsce systemu monitorowania realizacji polityki ludnościowej w odniesieniu do osób starych, niepełnosprawnych, niesamodzielnych. System taki trzeba dopiero stworzyć. Nie prowadzi się ewaluacji działań podejmowanych przez poszczególne podmioty na rzecz osób starszych, niepełnosprawnych i niesamodzielnych (podmioty, które prowadzą działania, także nie ewaluują swoich działań).

Przedstawione poniżej priorytety, działania kierunkowe i szczegółowe mają na celu realizację II celu polityki ludnościowej: *tworzenie warunków sprzyjających integracji w starzejącym się społeczeństwie – zmniejszenie skali zagrożenia wykluczeniem społecznym ludzi starych, niesamodzielnych i niepełnosprawnych.*

PRIORYTET II.1. Przeciwdziałanie ubóstwu, gwarancja dochodu(ów) rozporządzalnego na poziomie zapewniającym samodzielność finansową gospodarstw domowym, warunki mieszkaniowe dostosowane do potrzeb, pomoc w utrzymaniu mieszkania ze środków publicznych, dostępność mieszkań chronionych

II.1.1 Zapewnienie trwałej samodzielności ekonomicznej gospodarstw domowym osób starych i niepełnosprawnych, wolność od ubóstwa; zagwarantowanie minimalnego dochodu rozporządzalnego na poziomie 60% przeciętnego dochodu w Polsce

Kierunki działań

- Weryfikacja zasad określania wysokości świadczeń z systemu zabezpieczenia społecznego (renty socjalne, renty inwalidzkie, renty wypadkowe, emerytury), tak aby świadczenie z systemu zabezpieczenia społecznego oraz inne dochody stałe zapewniały samodzielność ekonomiczną gospodarstw domowym ludzi starych (zagwarantowanie dochodu minimalnego zgodnego ze standardami UE równego 60% przeciętnego dochodu rozporządzalnego w Polsce): w szczególności wymaga oceny zasada określania wysokości emerytur tzw. kapitałowych (na podstawie ustawy z dnia 21 listopada 2008 r.) oraz ocena zasad uzyskiwania emerytur tzw. pomostowych dla osób zatrudnionych w warunkach szkodliwych dla zdrowia pracownika. Ocena i weryfikacja „progów dochodowych” upoważniających do pomocy ze środków publicznych – ocena funkcjonalności świadczeń z systemu ubezpieczenia społecznego, w tym szczególnie ocena świadczeń najniższych (renta, emerytura) i dostosowanie ich wysokości do minimalnych kosztów utrzymania.
- Weryfikacja i ocena zasad łączenia dochodu ze świadczeń ubezpieczenia społecznego i świadczeń pomocy społecznej.
- Wprowadzenie nowego zakresu powszechnego ubezpieczenia społecznego: ubezpieczenie od niesamodzielności (niezdolności do samodzielnej egzystencji) dla osób wymagających trwałej i systematycznej pomocy innych).

- Rozszerzenie zakresu podmiotowego ustawy o rentach socjalnych; objęcie prawem do renty socjalnej osób starych pozbawionych własnych środków utrzymania (na zasadach świadczenia obywatelskiego).

II.1.2. Stworzenie warunków do zamiany i dostosowania mieszkania do potrzeb osoby starej i niepełnosprawnej, ułatwienie w zamianie mieszkania

- Tworzenie systemu sprzyjającego zamianie mieszkań.
- Tworzenie mieszkań chronionych dostosowanych do potrzeb osób starych i niepełnosprawnych.
- Pomoc mieszkaniowa (dopłaty) w zakresie koniecznym do utrzymania mieszkania na poziomie odpowiadającym niezbędnym standardom.

II.1.3. Zwiększenie możliwości dostępu do konsumpcji dóbr i usług, kultury, edukacji, rekreacji i wypoczynku

- Weryfikacja zasad kontroli i nadzoru nad warunkami i podmiotami realizującymi zadania opieki nad osobami starszymi i niepełnosprawnymi w placówkach i wszystkich rodzajach form opieki.
- Rozwijanie różnych form edukacji, rozwój systemu kształcenia i szkolenia dla osób starszych i niepełnosprawnych poprzez realizację zapisów zawartych w Założeniach Długofalowej Polityki Senioralnej 2014-2020, przyjętych przez Radę Ministrów 24.12.2013 r.
- Rozwijanie form aktywności ruchowej, działalności turystycznej, rekreacyjnej, kulturalnej poprzez realizację Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014–2020, przyjętego przez Radę Ministrów 24.12.2013 r.

PRIORYTET II.2. Dostęp osób starszych i niepełnosprawnych do usług ochrony zdrowia

Realizacja tego priorytetu pozwoli na przedłużenie czasu życia w zdrowiu oraz w kondycji pozwalającej na samodzielność życiową (samodzielność w zakresie wykonywania zwykłych czynności życiowych) oraz na zapobieganie niepełnosprawności i niesamodzielności życiowej.

Kierunki działań

- dokonywanie systematycznej oceny okresowej potrzeb (przynajmniej raz na 2 lata) osób starszych, niepełnosprawnych i niesamodzielnych w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia chorób i schorzeń tej kategorii pacjentów oraz ich rehabilitacji wraz z oceną możliwości zaspokojenia tych potrzeb zarówno w skali kraju jak i na szczeblu lokalnym z uwzględnieniem możliwości finansowych NFZ, PFRON, środków Zakładowych Funduszy Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz budżetów JST.
- stworzenie systemu monitoringu i kontroli ilości i jakości świadczeń udzielanych osobom starszym, niepełnosprawnym i niesamodzielnym w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, jak i na rynku usług komercyjnych.
- Powszechny dostęp do różnych form aktywności fizycznej w miejscu zamieszkania, promocja zdrowego stylu życia m.in. w mediach publicznych.
- Promocja tzw. zdrowego stylu życia w ramach kształcenia ustawicznego, w programach mediów publicznych.

PRIORYTET II.3. Dostęp osób niesamodzielnych (niezdolnych do samodzielnej egzystencji) do usług opieki, w tym opieki długoterminowej

Celami do osiągnięcia są: **stworzenie powszechnego ubezpieczenia społecznego dla osób niesamodzielnych, stworzenie systemu pomocy rodzinie w zapewnieniu odpowiednich warunków opieki osobom niesamodzielnym oraz tworzenie placówek opieki dostosowanych do stopnia i rodzaju niesamodzielnosci.**

Kierunki działań

- Ocena obecnych i przyszłych potrzeb w zakresie opieki nad osobami niesamodzielnymi w środowiskach lokalnych.
- Opracowanie, przyjęcie i wdrożenie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym.
- Stworzenie systemu opieki nad osobami niesamodzielnymi w rodzinie, środowiskach lokalnych, w placówkach opieki dostosowanych do stopnia i rodzaju niesamodzielnosci (opracowanie i wdrożenie systemu).
- Przygotowanie fachowych kadr medycznych oraz opiekunów osób niesamodzielnymi.
- Stworzenie systemu monitorowania, kontroli i nadzoru nad opieką sprawowaną nad osobami niesamodzielnymi.

PRIORYTET II.4. Uczestnictwo ludzi starszych i niepełnosprawnych w różnych dziedzinach życia społecznego (w sferze publicznej)

Celami do osiągnięcia są: **systematyczne zwiększanie uczestnictwa ludzi starych i niepełnosprawnych w różnych formach życia społecznego, kulturalnego, ekonomicznego i politycznego, aktywne promowanie w mediach aktywności osób starszych i niepełnosprawnych oraz rozbudowa w środowiskach lokalnych i zawodowych instytucji różnych form aktywności i uczestnictwa dostosowanych do zróżnicowanych potrzeb potencjalnych użytkowników.**

Kierunki działań

- Promowanie i edukacja w zakresie aktywnego starzenia się.
- Promowanie uczestnictwa w życiu zawodowym, w tym tworzenie zachęt do przedłużania zatrudnienia oraz do działalności w charakterze wolontariusza.
- Promowanie rozwoju i kształtowania zainteresowań oraz zajęć o charakterze hobbystycznym.
- Promowanie uczestnictwa w organach przedstawicielskich samorządów, partii politycznych, związków i stowarzyszeń.
- Upowszechnianie „dobrych praktyk” dotyczących uczestnictwa seniorów w życiu społecznym.
- Animowanie i rozwijanie różnych form aktywności i uczestnictwa społecznego.

PRIORYTET II.5. Eliminacja dyskryminacji, przemocy oraz zapewnienie bezpieczeństwa osobom starym, niepełnosprawnym i niesamodzielnym

Cele do osiągnięcia: **niezbędna jest eliminacja wszelkich form dyskryminacji, przemocy i zagrożenia bezpieczeństwa osób starych, niepełnosprawnych i niesamodzielnym oraz promowanie postaw szacunku dla słabszych, poszanowania praw i godności, rozwijanie form sprzyjających społecznej integracji.**

Kierunki działań

- Eliminowanie form wykluczenia i dyskryminacji, upowszechnianych w mediach; aktywne reagowanie na powszechne posługiwanie się negatywnymi stereotypami w mediach i życiu publicznym.
- Walka ze stereotypami osób starych jako „obciążeniem” społeczeństwa i rodziny.
- Eliminowanie z języka, szczególnie używanego w sferze publicznej, wyrażeń i form dyskryminujących osoby starsze, niepełnosprawne, niesamodzielne.
- Walka z upowszechnionym w naszym społeczeństwie poglądem, że osoby stare „zasługują” jedynie na najniższe świadczenia i niski standard zaspokojenia ich potrzeb.

Rozwiązania szczegółowe

- Kampanie medialne na rzecz przywrócenia ludziom starym należytej im godności i szacunku.
- Kampanie społeczne na rzecz przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu osób starszych i niepełnosprawnych.
- Monitorowanie mediów ze względu na naruszanie godności oraz upowszechnianie fałszywych stereotypów ludzi starych i niepełnosprawnych.
- Zapewnienie bezpieczeństwa osobom starym w przestrzeni publicznej i miejscu zamieszkania.
- Walka z dyskryminacją i wykluczeniem osób starszych w prawie.
- Eliminowanie zagrożeń związanych z wykluczeniem z rynku pracy starszych pracowników.
- Eliminowanie zagrożeń wynikających z nieuczciwego działania instytucji finansowych i ubezpieczeniowych wobec osób starszych i niepełnosprawnych (programy tzw. „odwróconej hipoteki”, niekorzystne umowy notarialne itp.).
- Eliminowanie zagrożeń osób starszych i niepełnosprawnych w sferze publicznej, w tym w miejscu zamieszkania.
- Tworzenie systemów ochrony bezpieczeństwa osób starych i niepełnosprawnych.

CEL III. POPRAWA STANU ZDROWIA LUDNOŚCI I OGRANICZANIE UMIERALNOŚCI – *prof. dr hab. Janusz Szymborski*

DIAGNOZA

Ogólna ocena sytuacji zdrowotnej ludności Polski

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

Zmiany demograficzne, w tym starzenie się społeczeństw, wpływają na zmianę struktury chorób, znacząco podnoszą koszty leczenia i zagrażają równowadze systemu ochrony zdrowia. Zmiany warunków środowiskowych, w tym związanych z poszerzającą się sferą nierówności społecznych zwiększają ryzyko masowych katastrof, zagrożeń epidemicznych, patologii społecznych. Rozwój nowych strategii zdrowia publicznego oraz nowych technologii rewolucjonizuje sposób, w jaki promuje się zdrowie, zapobiega zagrożeniom zdrowotnym i leczy choroby oraz stwarza szanse poprawy stanu zdrowia ludności i ograniczenia umieralności.

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

1. Wspieranie rozwoju zdrowia w starzejącej się Europie poprzez promocję zdrowia i zapobieganie chorobom.
2. Ochrona obywateli przed zagrożeniami dla zdrowia.
3. Wspieranie rozwoju dynamicznych systemów zdrowotnych i nowych technologii.

Ponadto UE przyjęła określone zasady działania w zakresie zdrowia, w tym:

- Zasadę równości obywateli w dostępie do opieki zdrowotnej, co oznacza, że każdy bez względu na wiek, płeć, miejsce zamieszkania i zamożność, w razie zagrożenia zdrowotnego, powinien mieć możliwość skorzystania z wysokiej jakości opieki zdrowotnej.
- Zasadę działania na rzecz wzmacniania roli obywateli poprzez rozwój ich kompetencji zdrowotnych oraz umożliwienie uczestnictwa w podejmowaniu oraz wdrażaniu decyzji dotyczących zdrowia zbiorowości.
- Zasadę działania na rzecz zmniejszenia nierówności w zdrowiu poprzez ukierunkowaną promocję zdrowia.

Odnosząc się w tym kontekście do polityki ludnościowej, należy mieć na uwadze zmieniającą się w czasie sytuację zdrowotną i konieczność podejmowania działań wykraczających poza ściśle medyczną sferę.

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

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

1. Utrzymywanie się dysproporcji przewidywanej długości życia w stosunku do przeciętnych wskaźników w krajach Unii Europejskiej; przeciętne dalsze trwanie życia noworodka płci męskiej w 2013 r. wynosiło 73,1 lat, natomiast przeciętne dalsze trwanie życia noworodka płci żeńskiej – 81,1 lat.
2. Wzrostem wskaźnika redukcji długości trwania życia w wyniku przedwczesnej umieralności; fakt ten powinien stanowić istotne wyzwanie dla polityki zdrowia publicznego w kontekście polityki ludnościowej, przedwczesna umieralność dotyka bowiem populacji o decydującym potencjale prokreacyjnym; w 2009 roku przedwczesna umieralność przed 65. rokiem życia powodowała w Polsce redukcję oczekiwanej długości życia aż o 6,42 lat (średnia dla krajów – członków UE od 2004 r. lub 2007 r. – 6,53 lat, średnia dla „starych” krajów UE – 4,04 lat).
3. Silnym różnicowaniem długości życia przez czynniki społeczne, w tym wykształcenie i warunki bytu;
4. Spowolnieniem spadku przedwczesnej umieralności z powodu chorób układu krążenia – schorzenia te są znacznie częstszą przyczyną zgonów przedwczesnych mieszkańców Polski niż przeciętnie w UE.
5. Wysoką śmiertelnością chorych z udarami mózgu przy stosunkowo niskiej obecnie na tle innych krajów śmiertelności szpitalnej w Polsce z powodu zawału serca.
6. Wysokimi wskaźnikami przedwczesnych zgonów kobiet z powodu nowotworów, przy czym nie zmniejszającą się umieralnością kobiet z powodu raka sutka, a z powodu raka szyjki macicy zmniejszającą się bardzo powoli i zawstydzająco wysoką na tle większości krajów UE.
7. Powolnym trendem spadkowym natężenia zgonów z powodu ogółu przyczyn zewnętrznych tylko w przypadku kobiet, natomiast w przypadku mężczyzn nie zmieniającym się w ostatnich latach i znacznie wyższym od przeciętnego w UE (wśród zewnętrznych przyczyn zgonów dominujące znaczenie mają wypadki drogowe, w wyniku których ginie jednak coraz mniej osób; mimo trendu spadkowego na uwagę zasługuje wciąż wysoki udział pieszych – 32% w 2010 r. w liczbie osób zabitych w wypadkach drogowych, w tym osób starszych wiekiem; znaczenia nabierają zgony z powodu samobójstw, których częstość w ostatniej dekadzie wzrasta).
8. Dużą częstością hospitalizacji najmłodszych roczników, poniżej 5. roku życia, przy znacznie rzadszej hospitalizacji osób najstarszych, powyżej 75. roku życia, co sytuację w Polsce różni od większości krajów UE.
9. Wyższą niż przeciętna w krajach UE zapadalnością na wiele chorób zakaźnych, mimo stałej poprawy sytuacji epidemiologicznej; niewystarczającym rozwojem diagnostyki laboratoryjnej i jej zbyt małą dostępnością, co utrudnia rozpoznanie sytuacji epidemiologicznej niektórych chorób i opóźnia wypracowywanie skutecznych metod zapobiegania tym chorobom; niską wiarygodnością danych epidemiologicznych, w tym danych z rejestracji zachorowań.
10. Utrudnieniami w nadzorze nad HIV/AIDS w Polsce z niedostatkami kluczowych informacji dotyczących aktualnych dróg szerzenia się wirusa w populacji; niebezpiecznym wzrostem liczby zakażeń WZW C; niepokojącym trendem wzrostowym zachorowań na kiłę wrodzoną; silnym trendem wzrostowym zachorowań na biegunki u dzieci do lat 2; zagrożeniami epidemicznymi na oddziałach położniczo-noworodkowych.
11. Utrzymującym się problemem niepłodności będącej w dużym stopniu następstwem chorób przenoszonych drogą płciową.
12. Niedostatkami nadzoru nad realizacją zadań w zakresie opieki nad matką i dzieckiem przez wiele jednostek samorządu terytorialnego i ich niską świadomością co do jakości oferowanej na danym terenie opieki okołoporodowej oraz tolerowaniem naruszających prawa pacjenta poborem dodatkowych opłat; brakiem współdziałania różnych szczebli samorządu w obszarze opieki nad matką i dzieckiem.
13. Zaniedbaniami zdrowia młodzieży ze strony medycyny i polityki zdrowotnej, mimo iż ten okres życia decyduje o kapitale zdrowotnym, z jakim młodzi ludzie wchodzi w dorosłość.

14. Nierównym dostępem dzieci i młodzieży szkolnej do profilaktycznej opieki zdrowotnej sprawowanej przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzy dentystów i pielęgniarki bądź higienistki szkolne; istotną wadą tej organizacji jest znaczne rozproszenie podmiotów świadczących usługi w zakresie profilaktyki, a także instytucji sprawujących nadzór nad tymi podmiotami.
15. Nasilającą się od 2002 r. dysfunkcją systemu publicznej ochrony zdrowia, czego wyrazem są: niska pozycja zdrowia publicznego, w tym promocji zdrowia; zakłócenia w funkcjonowaniu opieki podstawowej, zwłaszcza opieki profilaktycznej nad kobietami, dziećmi i młodzieżą; niedostatki ambulatoryjnego leczenia specjalistycznego, zwłaszcza w opiece nad: dziećmi, młodzieżą, pacjentami z zaburzeniami zdrowia psychicznego, osobami w wieku podeszłym; problemy w funkcjonowaniu leczenia stacjonarnego, w tym oddziałów położniczo-noworodkowych, pediatrycznych i wysoko specjalistycznych; do tej dysfunkcji systemu przyczyniła się także migracja lekarzy i pielęgniarek, spowodowana brakiem satysfakcji finansowej pracowników ochrony zdrowia.

Opracowany przez Zespół Doradców Strategicznych Prezesa Rady Ministrów raport na temat wyzwań rozwojowych Polski do roku 2030 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.

Rządowa Rada Ludnościowa w stanowisku na temat bezpieczeństwa zdrowotnego (2008 r.) zwracała uwagę na to, że wydatki na ochronę zdrowia w Polsce zarówno w przeliczeniu na jednego mieszkańca, jak i jako procent PKB należą do jednych z najniższych w krajach Unii Europejskiej. Niepokoi także bardzo niski poziom wydatków na zdrowie publiczne. Udział wydatków na hospitalizację w wydatkach na ochronę zdrowia jest niższy niż w większości krajów UE, niemniej jednak poziom współpłacenia pacjentów jest również niski, natomiast udział wydatków na leki w wydatkach na ochronę zdrowia jest wysoki, przy jednocześnie niskim udziale środków publicznych.

Na podstawie dogłębnej analizy aktualnej sytuacji i wyważenia proporcji pomiędzy obciążeniem publicznym, obciążeniem państwa, a obciążeniem indywidualnym na zdrowie, RRL postulowała podjęcie systemowych zmian w ochronie zdrowia. Chodzi o to, by działania mające na celu zwiększenie możliwości dostępu pacjentów do świadczeń zdrowotnych, zniesienie limitów w rozumieniu dostępności do świadczeń, podniesienie jakości świadczeń medycznych, dokonanie rzeczywistej wyceny świadczeń zdrowotnych, zwiększenie limitów przyjęć na studia medyczne (lekarze, pielęgniarki) były połączone z **reorientacją opieki medycznej i dostrzeżeniem istotnej roli zdrowia publicznego w systemie ochrony zdrowia**.

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

Cel strategiczny polityki zdrowia publicznego w obrębie polityki ludnościowej państwa powinien być przede wszystkim nakierowany na działania wielosektorowe umożliwiające poprawę zdrowotnych warunków powstawania i funkcjonowania rodzin oraz podnoszenie poziomu urodzeń (wzrost dzietności). Należy także uwzględnić poprawę stanu zdrowia i ograniczanie umieralności populacji dzieci i młodzieży, kobiet i mężczyzn w wieku prokreacyjnym, a także poprawę stanu zdrowia starszego pokolenia.

W celu zaspokojenia istotnych z punktu widzenia polityki ludnościowej potrzeb zdrowotnych społeczeństwa musi funkcjonować zarówno skoordynowany, efektywny system zdrowia publicznego, jak i system opieki zdrowotnej – oba zorientowane na poprawę stanu zdrowia populacji, w szczególności matki i dziecka, zapobieganie niepełnosprawności i niezdolności do samodzielnej egzystencji, szczególnie osób starszych wiekiem, oraz na ograniczanie liczby zgonów, zwłaszcza przedwczesnej umieralności.

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

Poważne wyzwania dla polityki zdrowia publicznego związane są z kształtowaniem się przyszłości demograficznej Polski. Badanie wykonane na podstawie prognozy demograficznej GUS do roku 2035 wskazuje, że zmiany przewidziane prognozą będą miały znaczący wpływ na sytuację zdrowotną ludności. Tylko z powodu starzenia się populacji zwiększy się istotnie odsetek osób potrzebujących podstawowej i specjalistycznej opieki medycznej. Jeżeli nie zaistnieją inne czynniki – o charakterze pozytywnym, oddziałujące w odwrotnym kierunku – znacznie pogorszy się stan zdrowia populacji, wzrośnie odsetek populacji obciążonej niepełnosprawnością i chorobami przewlekłymi, co zwiększy zarówno potrzeby, jak i wydatki na świadczenia medyczne oraz usługi opiekuńcze. Zgodnie z przyjętymi w przeprowadzonych obliczeniach założeniami metodologicznymi można się spodziewać znaczącego wzrostu odsetka populacji osób dorosłych cierpiących na: chorobę wieńcową, nowotwory, nadciśnienie tętnicze, astmę, cukrzycę, zapalenie stawów; mniejszy wzrost odsetka może dotyczyć chorób, które występują z istotną częstością również w młodszych grupach wieku dorosłego: schorzeń kręgosłupa i nerwicy. Można przewidywać także zmniejszenie udziału osób nie leczących się, a także: zwiększenie udziału pacjentów korzystających w ciągu roku z wizyt lekarskich czterokrotnie i częściej, udziału osób leczonych w szpitalach, istotny wzrost odsetka osób zażywających leki.

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

- poprawa opieki nad matką i dzieckiem;
- ograniczenie zachorowań i umieralności z powodu chorób układu krążenia;
- ograniczenie zachorowań i umieralności z powodu chorób nowotworowych;
- poprawa stanu zdrowia psychicznego;
- ograniczenie zachorowań i umieralności z powodu przewlekłych chorób niezakaźnych dzięki poprawie żywienia i zwiększeniu aktywności fizycznej społeczeństwa;
- promocja zdrowia jako strategia rozwiązywania współczesnych problemów zdrowotnych.

PRIORYTET III.1. Poprawa opieki nad matką i dzieckiem

Zdrowy start do życia i harmonijny rozwój młodego pokolenia są wyodrębnionymi, ważnymi celami programu ŚOZ – Zdrowie 21, zajmują istotne miejsce wśród celów i zadań Narodowego Programu Zdrowia oraz mają szczególną podbudowę legislacyjną w zapisach

Konstytucji RP, Konwencji o prawach dziecka i dokumentach Światowego Szczytu w Sprawach Dzieci ONZ.

Skoordynowane działania na rzecz poprawy opieki nad kobietą w ciąży, rodzącą i noworodkiem były podejmowane w latach 80. XX wieku w ramach Centralnego Programu Badawczo-Rozwojowego. W tym czasie Instytut Matki i Dziecka zaczął wprowadzać w kraju, zgodnie z ówczesnymi trendami światowymi, system trójstopniowej opieki okołoporodowej, którego celem było zróżnicowanie ośrodków według stopnia referencyjności i koncentracja wykwalifikowanego personelu medycznego, sprzętu i aparatury w ośrodkach akademickich, do których kierowano przypadki najcięższych powikłań. Jednocześnie wzmocniono system nadzoru specjalistycznego, centralnego, regionalnego i lokalnego, wprowadzając obowiązek prowadzenia przyczynowych analiz niepowodzeń położniczych, przede wszystkim zgonów matek, ale również martwych urodzeń i zgonów noworodków.

W latach 90. opracowano i wdrożono ogólnopolski Program Poprawy Opieki Perinatalnej. W większości stolic regionów utworzono i wyposażono Regionalne Ośrodki Opieki Perinatalnej. Celem Programu było wdrożenie kompleksowego podejścia do opieki perinatalnej, począwszy od okresu przedkoncepcyjnego oraz partnerska współpraca wielodyscyplinarna lekarzy położników, neonatologów, położnych i innych specjalistów oraz przedstawicieli pacjentów.

W okresie 1990–2006 spadła liczba zgonów niemowląt o prawie 80%. W 2006 r. w Polsce wskaźnik zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych wynosił 6,0. W roku 2005 najczęstszą przyczyną zgonów niemowląt były choroby rozpoczynające się w okresie okołoporodowym (50% wszystkich zgonów niemowląt). Najczęściej były to zaburzenia związane z czasem trwania ciąży i rozwojem płodu (22,2%) oraz niedotlenienie wewnątrzmaciczne i zamartwica (6,0%). Drugą pod względem częstości występowania przyczyną zgonów niemowląt były wady rozwojowe wrodzone (34,2%), a wśród nich najwięcej było wad wrodzonych serca (10,9% ogółu zgonów niemowląt).

Według opublikowanego w listopadzie 2008 r. Raportu Narodowego Instytutu Zdrowia – PZH, spadek umieralności niemowląt w Polsce uległ zahamowaniu w 2007 r., a poziom umieralności jest jeszcze wyraźnie (o 1/4) wyższy od przeciętnego w UE, przy czym głównym problemem jest umieralność wczesna niemowląt, tzn. w pierwszym tygodniu życia, która w dużym stopniu zależy od jakości opieki medycznej. Diagnozę tę potwierdziły dane z dwóch kolejnych lat – 2008 i 2009 – kiedy to współczynnik umieralności niemowląt wyniósł 5,6‰.

Opublikowane przez GUS w listopadzie 2011 r. dane wskazują jednak na znaczący spadek umieralności niemowląt w 2010 roku. Po raz pierwszy w historii polskiej perinatologii i pediatrii współczynnik umieralności niemowląt spadł poniżej 5,0‰ (4,95‰). Według danych tymczasowych GUS, w 2011 r. nastąpiła dalsza poprawa i współczynnik umieralności niemowląt wyniósł 4,7 na 1000 urodzeń żywych. Według GUS w 2013 roku odnotowano 369,6 tys. urodzeń żywych, a współczynnik zgonów niemowląt wyniósł 4,6 na 1000 urodzeń żywych.

W Polsce notuje się także spadek umieralności dzieci i młodzieży, najszybszy w grupie wiekowej 1–4 lata. Najczęstszą przyczyną zgonów dzieci i młodzieży w wieku 1–19 lat są urazy i zatrucia, które odpowiadają za ponad połowę zgonów, przy czym w populacji 15–19 lat przyczyniają się do ponad 60% wszystkich zgonów. Są to przede wszystkim urazy spowodowane wypadkami komunikacyjnymi (prawie 50% zgonów w wyniku urazów).

Ocena sytuacji zdrowotnej dokonywana na podstawie współczynników umieralności nie jest oceną najpełniejszą i ma, szczególnie w odniesieniu do populacji wieku rozwojowego, bardzo ograniczoną wartość. Takie mierniki nie nadają się do oceny skuteczności działań z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. Przede wszystkim jednak z definicji ukie-runkowane są na problem zdrowotny, a nie na osobę, a podejście uznające dziecko za pod-

miot oceny stanowi klucz do racjonalnego inwestowania w rozwój oraz zdrowie dzieci i ludzi młodych.

W kontekście polityki ludnościowej skupiono się na dwóch priorytetowych zagadnieniach: tworzeniu warunków do prawidłowego przebiegu procesów prokreacji; poprawie stanu zdrowia i warunków rozwoju dzieci i młodzieży.

CEL SZCZEGÓŁOWY 1. Poprawa stanu zdrowia kobiet przed ciążą, matek podczas ciąży, porodu i pòłogu oraz dzieci przed urodzeniem i noworodków

Diagnoza sytuacji w ostatnim dziesięcioleciu i aktualnego stanu

Stan zdrowia prokreacyjnego odnosi się do samopoczucia fizycznego, psychicznego i w jakimś sensie społecznego w obszarze związanym z dojrzewaniem seksualnym, współżyciem płciowym, płodnością i niepłodnością, przebiegiem ciąży i porodu, schorzeniami narządów płciowych, w tym chorobami nowotworowymi. Jakość informacji na temat stanu zdrowia prokreacyjnego jest w Polsce obecnie zróżnicowana, często niewystarczająca. Jest to następstwo niepodejmowania badań epidemiologiczno-klinicznych i demograficznych, braku programów zdrowotnych dotyczących zdrowia prokreacyjnego, słabością nadzoru specjalistycznego. W Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007–2015 wśród ośmiu strategicznych celów zdrowotnej polityki państwa nie znalazł się, niestety, cel związany ze zdrowiem prokreacyjnym. Cel operacyjny 7 odnosi się do poprawy opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem, natomiast brak w Programie kwestii prewencji niepłodności i jej leczenia.

Kobiety stanowią 51,6% populacji całego kraju, ich przewaga liczbowa jest wyraźniejsza w miastach. Czas trwania życia noworodka płci żeńskiej zwiększył się w Polsce o 2,5 roku w 2009 r. w porównaniu z 2000 r. i wynosił 80,1 lat. Jest to parametr wskazujący na poprawę stanu zdrowia populacji kobiet. Następstwem zmian liczby urodzeń w kolejnych latach po II wojnie światowej są różnice liczebności kolejnych roczników.

Liczba urodzeń w 2009 r. zwiększyła się nieznacznie (mniej niż 3 tys.) w porównaniu z rokiem poprzednim. W roku 2010 zanotowano ponad 413 tys. urodzeń żywych, około 4 tys. mniej niż rok wcześniej. Liczba urodzeń jest o około 40% mniejsza niż w latach wyżu demograficznego. Późniejsze podejmowanie decyzji o urodzeniu dziecka jest jednym z najważniejszych czynników zmniejszenia płodności całej populacji kobiet. Czynniki te mogą zmniejszać szanse realizacji planów prokreacyjnych poprzez zwiększanie się wraz z wiekiem matki częstości poronień samoistnych oraz wad rozwojowych u dzieci, w tym wad letalnych. Wraz ze wzrostem wieku kobiet zachodzących w ciążę i rodzących zwiększa się również częstość ich zachorowań i zgonów w związku z ciążą, porodem i pòłogiem.

Innym obserwowanym zjawiskiem jest zwiększanie się od 2006 r. płodności kobiet w wieku 15–19 lat. W roku 2005 wskaźnik ten wynosił 12,6 na 1000 kobiet w tej grupie wiekowej, w 2009 r. wzrósł do 16,0. W przeszłości wskaźnik ten był najwyższy w latach 1986–1988 i wynosił 29,0. Może to niekorzystnie oddziaływać na częstość wcześniactwa, zwiększać częstość powikłań ciąży i porodu. W Polsce nie obserwuje się większej częstości zgonów młodocianych matek. Ciąża i poród u młodocianych to częściej urodzenie nieplanowane, zwykle pozamałżeńskie. Niedożywienie, niewłaściwy tryb życia, nierzadko palenie tytoniu są przyczyną hipotrofii płodu (małej masy ciała dziecka w porównaniu z należąą dla danego wieku ciąży). Najwięcej porodów u młodocianych jest w województwach północnych i zachodnich. Częstość urodzeń wśród kobiet przed 20. rokiem życia jest w Polsce mniejsza w porównaniu z prawie wszystkimi krajami Europy Środkowej.

Zwiększa się liczba urodzeń pozamałżeńskich. W 2009 r. ich odsetek wynosił 20,2%, natomiast w roku 2000 – 12,1%. Bardzo nierównomierny jest odsetek ciąż pozamałżeńskich w poszczególnych województwach. Na przykład w województwie zachodniopomorskim jest on

znacznie wyższy (38%) niż w województwach południowo-wschodnich (małopolskie 10,4 %). Ocena wpływu tego zjawiska na zdrowie prokreacyjne kobiet nie jest jednoznaczna. Z dużym stopniem prawdopodobieństwa można jednak sądzić, że ciąża i urodzenie dziecka poza związkiem małżeńskim dla części kobiet jest wydarzeniem, które negatywnie wpływa na ich samopoczucie, samoocenę, łączy się nierzadko z perspektywą trudności ekonomicznych.

Zwiększa się odsetek kobiet z wyższym wykształceniem. Wśród tej grupy kobiet mniejsza jest częstość nowotworów szyjki macicy, mniejsza jest częstość powikłań ciąży i porodu, zwłaszcza porodów przedwczesnych. Wiek inicjacji seksualnej jest wyższy u studentek w porównaniu z młodzieżą pracującą. Kobiety z wyższym wykształceniem lepiej się odżywiają, częściej uczęszczają podczas ciąży do szkół dla rodziców. Jednocześnie jednak kobiety te rodzą swoje dzieci w bardziej zaawansowanym wieku, co z punktu widzenia biologii procesów prokreacji nie jest korzystne. Można ogólnie stwierdzić, że zmiany struktury wykształcenia kobiet oddziałują korzystnie na stan ich zdrowia prokreacyjnego.

Choroby przenoszone drogą płciową są istotnym czynnikiem ryzyka zaburzeń zdrowia prokreacyjnego kobiet. Sprzyjają rozwojowi niektórych nowotworów złośliwych narządów płciowych (wirus brodawczaka – HPV), mogą być przyczyną zapalenia narządów miednicy małej prowadzącego do przewlekłych bólów w podbrzuszu pogarszających jakość życia i do niepłodności (Chlamydia, rzeżączka). Stany przednowotworowe szyjki macicy i nowotwory prowadzą czasem do ograniczenia płodności.

Choroby przenoszone drogą płciową mogą być przyczyną zakażenia zarodka, płodu podczas ciąży, prowadząc do poronień, wad rozwojowych, choroby płodu, mogą być przyczyną zakażenia noworodka. Na zakażenie szczególnie narażone są młode kobiety. Brak precyzyjnych danych epidemiologicznych utrudnia ocenę stopnia zagrożenia dla zdrowia kobiet ze strony tych chorób. Choroby nie są zgłaszane do rejestru, stosowane metody diagnostyki są niepewne. Nie mamy w Polsce programu zdrowotnego ukierunkowanego na profilaktykę pierwotną, wczesne wykrywanie i leczenie chorób przenoszonych drogą płciową, zwłaszcza wśród młodzieży. Szczepienia mogą ograniczyć częstość zakażeń wirusami brodawczaka (HPV) i zmniejszyć dzięki temu zachorowalność na raka szyjki macicy. Ich stosowanie nie powinno zmniejszyć zainteresowania innymi skutecznymi metodami pierwotnej profilaktyki tego nowotworu, którymi są: opóźnienie inicjacji seksualnej i zmniejszenie liczby partnerów. Wiadomo jednak, że częstość zakażeń na przykład wirusem HIV jest w Polsce mniejsza w porównaniu z wszystkimi sąsiadującymi krajami (20–30 tys. przypadków rocznie). Przyczyną większości zakażeń wirusem HIV są obecnie kontakty heteroseksualne, szczególnie wśród młodych ludzi. W 2006 r. było leczonych 2700 osób. Kobiety stanowią około 30% osób zakażonych. Korzystna sytuacja epidemiologiczna w porównaniu z krajami sąsiednimi może być następstwem wprowadzenia programów zdrowotnych, a także bardziej sprzyjających zdrowiu zachowań w sferze seksualnej w Polsce. Został wdrożony program wczesnego wykrywania zakażeń HIV u kobiet w ciąży, finansowany ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Testy są oferowane kobietom na zasadzie dobrowolności. Realizowany jest także *Program leczenia antyretrowirusowego osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2012–2016*, którego celem jest m.in. zapewnienie leków antyretrowirusowych niezbędnych w profilaktyce zakażeń wertykalnych (dziecka od matki) i prowadzenie indywidualnego kalendarza szczepień dla dzieci urodzonych przez matki z HIV.

Styl życia kobiety ma duży wpływ na jej zdrowie, także prokreacyjne. Aktywność fizyczna, sposób spędzania wolnego czasu i odżywiania, używki, narkotyki to czynniki możliwe do uniknięcia w odróżnieniu od czynników genetycznych, na które nie mamy wpływu i tych czynników szkodliwych pochodzących ze środowiska zewnętrznego, na które mamy niewielki wpływ.

Palenie tytoniu to najważniejszy, odwracalny szkodliwy czynnik pochodzący z otaczającego środowiska. U kobiet składniki dymu tytoniowego działają na organizm podobnie jak

na organizm mężczyzn, będąc przyczyną przewlekłej obturacyjnej choroby płuc czy raka płuc. Dodatkowo zakłócają zdrowie prokreacyjne. Palenie tytoniu może być przyczyną zaburzeń cyklu miesięczkowego, ograniczenia płodności, poronień samoistnych, porodów przedwczesnych, małej urodzeniowej masy ciała. Kobiety palące przestają wcześniej miesiączkować, częściej chorują na raka szyjki macicy. Częstość nałogu wśród mężczyzn zmniejsza się, natomiast ogółem wśród kobiet nie zmienia się od lat 90. Częściej palą kobiety młode, przed 19. rokiem życia, a przede wszystkim kobiety w wieku 40–49 lat. Z punktu widzenia zdrowia prokreacyjnego niepokoi szczególnie popularność palenia papierosów wśród dziewcząt, które palą częściej niż ich rówieśnicy. Palenie może być u nich przyczyną zaburzeń okresu pokwitania, nieprawidłowego miesiączkowania zwłaszcza w przypadkach, kiedy paleniu towarzyszy zbyt mała waga ciała. Palenie przez kobiety po 40. roku życia zmniejsza wagę ciała, sprzyja osteoporozie, nowotworom płuc i szyjki macicy, przyspiesza menopauzę. Nie zmniejsza się częstość palenia wśród kobiet z wykształceniem podstawowym i zawodowym, u kobiet mieszkających na wsi i w dużych miastach. Konieczne z punktu widzenia zdrowia prokreacyjnego jest wdrożenie programu zdrowotnego ukierunkowanego na populację kobiet, dziewcząt i kobiet w ciąży, zobowiązanie lekarzy ginekologów i pediatrów do prowadzenia skutecznego poradnictwa antytytoniowego. Trzeba zwrócić uwagę na fakt, że nałóg palenia czasem wyprzedza wśród młodych kobiet nadużywanie alkoholu i stosowanie środków psychoaktywnych. Korzystne byłoby, jak się wydaje, zaliczenie dymu tytoniowego do odurzających środków psychoaktywnych. Palenie wpływa na zaburzenia płodności również u mężczyzn: oddziałuje na jakość nasienia oraz powoduje impotencję.

Alkohol oddziałuje na organizm kobiety silniej niż na organizm mężczyzny. Najczęściej nadużywają alkoholu kobiety wykształcone w wieku 20–29 lat, kiedy ich płodność jest największa. Picie alkoholu przez młode kobiety sprzyja zaburzeniom odżywiania, małej masy ciała, zaburzeniom cyklu miesięcznego, chorobom przenoszonym drogą płciową, wykluczeniu społecznemu. Picie podczas ciąży jest przyczyną zespołu wad wrodzonych u dziecka. Korzystnym zjawiskiem jest zmniejszanie się konsumpcji alkoholu wśród kobiet w Polsce. Nie dotyczy to, niestety, dziewcząt.

Od 1 lipca 2012 r. Główny Inspektorat Sanitarny we współpracy z Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Instytutem Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera w Łodzi oraz Instytutem Medycyny Wsi im. W. Chodźki w Lublinie w ramach zawiązanego partnerstwa rozpoczął realizację Projektu „Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych”, współfinansowanego w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy. Głównym celem pięcioletniego Projektu jest ograniczenie używania substancji psychoaktywnych przez kobiety w wieku prokreacyjnym. W ramach programu zostaną zorganizowane: szkolenia dla kadry medycznej (lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, ginekologów, pediatrów, pielęgniarek, położnych) oraz nauczycieli (szkolnych koordynatorów programu edukacyjnego „ARS – czyli jak dbać o miłość”), program edukacyjny do szkół ponadgimnazjalnych oraz zakładów pracy, przeprowadzenie badania ankietowego wśród kobiet w wieku prokreacyjnym, a także kampania społeczna.

Szczególnie ważnym okresem dla zdrowia prokreacyjnego w dorosłym życiu jest okres dojrzewania i młodości, kiedy układ rozrodczy dziewczyny czy chłopca jest szczególnie podatny na szkodliwe oddziaływanie czynników zewnętrznych. Problemy zdrowotne tej grupy wiekowej wywierają wpływ na płodność, procesy demograficzne, przyrost naturalny, zastępowalność pokoleń i stan zdrowia następnych generacji. Są więc ważne dla rozwoju społeczeństwa i przyszłości państwa, powinny mieć znaczące miejsce wśród priorytetów polityki zdrowotnej. Wczesna inicjacja seksualna dziewcząt nie sprzyja zdrowiu prokreacyjnemu. Choroby przenoszone drogą płciową, nieplanowana ciąża, a w okresie późniejszym zespół

bólowy miednicy małej utrudniający współżycie płciowe, zaburzenia płodności, ciąża pozamaciczna, rak szyjki macicy to ciężkie zdrowotne następstwa wcześniej podejmowanych, niedojrzałych decyzji. Ryzyko zwiększa duża liczba partnerów seksualnych. Wcześniej rozpoczynają współżycie dziewczęta ze szkół zawodowych, mieszkające w mieście. Obserwuje się „dziedziczenie” zachowań, córka powieli zachowania matki z przeszłości.

Zachęcanie młodych ludzi do zdobywania wykształcenia wyższego niż zawodowe, informacje o negatywnych następstwach wczesnego rozpoczynania współżycia seksualnego, objęcie szczególną opieką rodzin patologicznych, ograniczenie dostępu do pornografii, alkoholu i narkotyków – to przykłady działań, które mogą sprzyjać ograniczaniu częstości zbyt wczesnej inicjacji seksualnej.

Poradnictwo w zakresie planowania – antykoncepcji i metod naturalnego planowania rodziny – nie spełnia wymagań jakościowych. Osoby zainteresowane nie otrzymują zwykle wystarczających informacji o skuteczności, objawach ubocznych i mechanizmie działania metod i środków planowania rodziny. W rezultacie ich niekontrolowane, długotrwałe stosowanie bywa przyczyną powikłań zdrowotnych. Antykoncepcja hormonalna zwiększa częstość raka piersi i szyjki macicy, przyczynia się do zmniejszenia częstości raka trzonu macicy i jajników. Koszt niektórych hormonalnych środków antykoncepcyjnych jest finansowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Koszty uczenia metod naturalnego planowania rodziny ponoszą użytkownicy. Zagadnienia związane z planowaniem rodziny mogą i powinny być częścią opieki przedciążowej (prekonceptyjnej). W ubiegłej dekadzie był finansowany program promocji takiej opieki. Przygotowanie do ciąży, do ról rodzicielskich ma na celu usunięcie czynników ryzyka prawidłowego przebiegu ciąży i rozwoju dziecka przez zapłodnieniem.

Płodność kobiety i mężczyzny i płodność małżeńska dotycząca obojga wymaga troski oraz ochrony. W mechanizmie płodności zaangażowane są procesy fizjologiczne podatne na oddziaływanie szkodliwych czynników zewnętrznych, zwłaszcza w młodym wieku. Istotnym czynnikiem zwiększającym częstość niepłodności jest odkładanie decyzji prokreacyjnych na późniejsze lata życia. W części przypadków nie można odróżnić prawdziwej niepłodności od trudności donoszenia wczesnej ciąży. Nie ma wiarygodnych badań epidemiologicznych określających częstość niepłodności, prawdopodobnie dotyczy ona około 10–15% małżeństw. W części przypadków możliwa jest prewencja chorób mężczyzny lub kobiety prowadzących do niepłodności czy eliminacja czynników ryzyka. Nie powstał do tej pory program prewencji niepłodności w Polsce. Brakuje też wyspecjalizowanych, wielodyscyplinarnych ośrodków zajmujących się leczeniem niepłodności, usługi medyczne są rozproszone, reprezentują zróżnicowany poziom. Ministerstwo Zdrowia od 1 lipca 2013 r. realizuje program zdrowotny pn. „Program - Leczenie Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013–2016” (ustanowiony na podstawie art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.2), mający na celu leczenie niepłodności przy zastosowaniu zapłodnienia pozaustrojowego. Kwestia ta może być włączona do Programu Polityki Ludnościowej powstałego na bazie „Rekomendacji”, kiedy będą znane już efekty tego programu leczenia niepłodności metodą *in vitro* w odniesieniu do polityki demograficznej.

Ciąża i poród mogą czasem stanowić zagrożenie dla zdrowia kobiety. Częstość zgonów matek oraz ich poważnych zachorowań wskazuje w pewnym stopniu na jakość opieki położniczej, a każdy taki przypadek to tragedia dla rodziny i bliskich. Pogorszyła się jakość analiz zgonów matek, są one często powierzchowne i nie prowadzą do ujawnienia czynników mających związek przyczynowo-skutkowy, a możliwych do uniknięcia. Wynika to ze słabości i braku zaangażowania nadzoru specjalistycznego i likwidacji nadzoru merytoryczno-organizacyjnego. W latach 2000–2004 współczynnik zgonów matek (na 100 000 żywych urodzeń) zmniejszył się z 7,7 do 6,4. Dane te są porównywalne z danymi pochodzącymi z większości krajów europejskich. Na świecie odchodzi się od analiz zgonów matek, które

mają miejsce coraz rzadziej, jako jedyne narzędzia oceny jakości opieki okołoporodowej, bezpiecznego macierzyństwa. Analizuje się częstość ciężkich zachorowań matek i na tej podstawie ustala się obecność czynników „do uniknięcia”, których wcześniejsza identyfikacja i usunięcie pozwoliłoby uniknąć tragedii – zgonu lub ciężkiego powikłania przebiegu ciąży albo porodu.

Jako niepowodzenie prokreacji określa się poronienie, urodzenie martwego dziecka, zgon dziecka podczas porodu lub zaraz po nim. Liczba strat populacyjnych jest największa w najwcześniejszym okresie rozwoju, po zapłodnieniu (zgony zarodków, poronienia, wady rozwojowe), później maleje wraz z zaawansowaniem ciąży u matki (martwe urodzenia, zgony noworodków). Część dzieci rodzi się z wadami rozwojowymi i różnego rodzaju niepełnosprawnością czy chorobą.

Częstość poronień samoistnych, ich relacja do liczby porodów jest podawana w rocznych raportach Rządu dotyczących realizacji ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerwania ciąży. Wynika z niej, że częstość poronień nie ulega istotnym zmianom.

W ostatnim czasie przywiązuje się większą wagę do martwych urodzeń jako niedoszacowanego do tej pory problemu zdrowotnego, którego rozmiary można zmniejszyć przez poprawę opieki medycznej podczas ciąży i porodu. Dopiero niedawno zaczęto w krajach rozwiniętych przywiązywać wagę do znaczenia martwego urodzenia dla rodziny, jej przyszłości. Częstość martwych urodzeń w niektórych krajach rozwiniętych, w tym w Polsce, przestała się zmniejszać w ostatnich latach. Obserwuje się znaczne zróżnicowanie przestrzenne, większą częstość w zaniedbanych ekonomicznie i kulturowo populacjach. W Polsce częstość urodzeń martwych zmniejszyła się w latach 2003–2010 o 0,7%. W tym czasie współczynnik zgonów noworodków zmniejszył się o 1,1%.

W celu zmniejszenia częstości martwych urodzeń w krajach rozwiniętych zaleca się działania mające na celu identyfikację i usuwanie czynników ryzyka (m.in. otyłości, palenia papierosów, opóźnianie decyzji prokreacyjnych), poprawę opieki medycznej podczas ciąży, wczesne rozpoznawanie hipotrofii płodu i szczegółową, przyczynową analizę każdego przypadku martwego urodzenia

Wśród zgonów niemowląt największą grupę stanowią zgony noworodków. Duży odsetek zgonów noworodków, a więc także niemowląt, jest następstwem wcześniactwa, kiedy dziecko rodzi się przed terminem porodu, i hipotrofii – stanu, kiedy masa ciała noworodka jest mniejsza niż powinna być dla danego wieku ciążowego. Prawidłowy przebieg ciąży, odpowiednia opieka medyczna podczas ciąży, porodu i po porodzie, wczesna identyfikacja czynników ryzyka, ich usuwanie lub zmniejszanie oddziaływania wpływają na wynik ciąży, na częstość zgonów noworodków i niemowląt.

Współczynnik umieralności okołoporodowej (martwe urodzenia i zgony noworodków) w latach 2000–2010 zmniejszył się z 9,7% do 6,8%. Podobnie jak w przypadku innych wskaźników zdrowia prokreacyjnego najwyższą częstość zgonów okołoporodowych notuje się w województwach zachodnich i północnych. Na wielkość tego współczynnika wpływa częstość urodzeń dzieci o małej wadze urodzeniowej (poniżej 2500 g). Chodzi o wcześniactwo i hipotrofię płodu. W roku 2008 częstość urodzeń w klasie masy urodzeniowej poniżej 2500 w Polsce wynosiła 6,0%. Najwięcej takich dzieci urodziło się w województwach zachodnich i północnych. Jest to najbardziej prawdopodobna przyczyna większej w tych województwach liczby zgonów okołoporodowych.

Za ważny czynnik rozwoju ekonomicznego, poziomu kulturowego i stanu opieki medycznej nad matkami i dziećmi uznaje się współczynnik zgonów niemowląt. W latach 2000–2009 współczynnik ten zmniejszył się z 8,1 do 5,6 na 1000 żywych urodzeń. W krajach sąsiadujących współczynnik ten jest mniejszy niż w Polsce (Czechy, Chorwacja, Słowenia), identyczny (Węgry) lub wyższy (Rosja, Ukraina). W krajach Europy Zachodniej jest często dwukrotnie mniejszy.

Udowodniono, że prawidłowa opieka medyczna nad kobietą przed ciążą, nad matką i dzieckiem podczas ciąży, porodu i po porodzie mają istotny wpływ na przebieg procesów prokreacji, zmniejszenie częstości jej niepowodzeń oraz prawidłowy rozwój dziecka i jego zdrowie. Prawidłowy przebieg procesów prokreacji zależy też od czynników natury pozamedycznej. Istotne znaczenie mają: sytuacja ekonomiczna rodzin i pojedynczych osób, polityka państwa, system prawny, czynniki natury psychologicznej, styl życia i system wartości.

Zagadnienia dotyczące zdrowia prokreacyjnego nie są obecnie w polityce zdrowotnej państwa doceniane, nie stanowią przedmiotu programów zdrowotnych. Jedyne programy zdrowotne w tym obszarze dotyczą diagnostyki prenatalnej, czyli rozpoznawania nieprawidłowości rozwojowych dziecka przed jego urodzeniem. Nie zwraca się natomiast wystarczająco uwagi na profilaktykę pierwotną zaburzeń zdrowia prokreacyjnego.

Stan zdrowia prokreacyjnego, jakość opieki nad matką i dzieckiem nie są w sposób ciągły i konsekwentny monitorowane. Promocja zdrowia i profilaktyka w większości województw pozostają poza zasięgiem zainteresowania instytucji i osób, które mają wpływ na poziom opieki medycznej nad matkami i dziećmi. Opieka szpitalna i ambulatoryjna, w tym środowiskowa, funkcjonują niezależnie od siebie, ordynatorzy oddziałów zostali pozbawieni możliwości kontroli, szkolenia, koordynacji. Opieka ambulatoryjna podczas ciąży jest prowadzona bez nadzoru, cięższe powikłania nie są kierowane do poradni konsultacyjnych, bo ich zwykle nie ma. W rezultacie w przypadkach powikłań kwalifikowana pomoc pojawia się za późno. Istnieją duże trudności w niektórych województwach ze skierowaniem do ośrodków referencyjnych przypadków powikłań ciąży, zagrożenia porodem przedwczesnym.

Nie może zatem dziwić mały postęp w zakresie zmniejszania umieralności okołoporodowej, zgonów niemowląt czy zgonów kobiet w związku z ciążą, porodem i położeniem. Zaniedbanie indywidualnych analiz niepowodzeń położniczych (zgonów okołoporodowych płodów i noworodków), zerwanie związków pomiędzy poradniami dla kobiet, opieką środowiskową a szpitalami powoduje, że nie identyfikuje się niedociągnięć organizacyjnych, błędów wynikających z braku wiedzy czy wykształcenia personelu medycznego.

Sytuacja w Polsce jest zróżnicowana. Są województwa, gdzie system trójstopniowej opieki okołoporodowej funkcjonuje lepiej, niedonoszone dzieci rodzą się w ośrodkach klinicznych. Są jednak i takie regiony, gdzie system referencyjny funkcjonuje słabo, nie przywiązuje się znaczenia do profilaktyki, szkoły rodzenia są rzadkością, a szpitali przyjaznych dziecku wdrażających prawidłowo karmienie piersią nie ma wcale. W tych samych, zamożniejszych na ogół województwach, umieralność okołoporodowa od wielu lat jest najwyższa, a programy naprawcze koncentrują się na zakupach nowoczesnego sprzętu, a nie na promocji zdrowia i lepszej organizacji opieki medycznej.

Duże różnice geograficzne wartości wskaźników dotyczących zdrowia prokreacyjnego wskazują, że są duże rezerwy możliwości poprawy, m.in. w zakresie organizacji opieki medycznej, profilaktyki i promocji zdrowia. Tam, gdzie dużo jest zgonów okołoporodowych i wcześniactwa, częściej matki palą papierosy, więcej jest ciąż u młodocianych i u kobiet niezamężnych, gorsze są wyniki egzaminów maturalnych czy egzaminów dzieci kończących szkołę podstawową. W tych samych regionach więcej jest rozwodów, większa jest częstość zachorowań na nowotwory, krótszy jest czas trwania życia, mniejsze są też aspiracje edukacyjne młodego pokolenia. Zaskakujące jest, że nieprawidłowym wskaźnikiem dotyczącym zdrowia prokreacyjnego nie towarzyszy gorszy poziom ekonomiczny społeczeństwa. Informacje te wskazują na to, że poprawa zdrowia prokreacyjnego jest dość skomplikowanym zadaniem, zależy od wielu czynników.

W dniu 18 października 2012 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20.09.2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjo-

logicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem. Inicjatywę tę należy ocenić pozytywnie, także kontrowersyjną sprawę porodów, które będą się odbywać w domu. Wzrosnąć ma rola i kompetencje położnych, które będą mogły samodzielnie prowadzić ciążę i poród. Wdrożenie jednak tych zasad do praktyki nie jest możliwe, ponieważ Narodowy Fundusz Zdrowia nie uwzględnia możliwości sprawowania opieki przez położną, co przewiduje Rozporządzenie. Założeniem nowych przepisów była zmniejszona medykalizacja ciąży i porodu, co należy powitać z uznaniem. Założenia te będą jednak w praktyce niwelowane przez na przykład zalecenie badania ginekologicznego podczas każdej wizyty, czterokrotnego badania ultrasonograficznego, wizyt co 2–3 dni w pierwszym tygodniu po terminie porodu, a po upływie tygodnia po terminie obowiązkowa będzie hospitalizacja. Zalecenia te są niezgodne ze współczesną podręcznikową wiedzą, znacznie zwiększą wydatki na zbyt medykalizowaną opiekę położniczą podczas prawidłowo przebiegającej ciąży i porodu.

Rekomendacje kierunkowe

Konieczna jest rzetelna analiza sytuacji na poziomie ogólnokrajowym, ale przede wszystkim w regionach czy województwach. Potrzebna jest mobilizacja, działania rzeczywiste, a nie pozorne i zwrócenie szczególnej uwagi na profilaktykę pierwotną zaburzeń zdrowia prokreacyjnego. Potrzebna jest też edukacja społeczeństwa, oddziaływania w kierunku poprawy życiowych aspiracji młodych ludzi, ich prawdziwie obywatelskiego wychowania, szanującego wartości i tradycje.

Jest konieczne również opracowanie i wdrożenie spójnego, ogólnopolskiego, międzysektorowego programu uwzględniającego zróżnicowane warunki i potrzeby lokalne, obejmującego działania w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia prokreacyjnego, leczenia chorób i restytucji zdrowia. Program poprawy zdrowia prokreacyjnego powinien być dobrze zaplanowany, jego cele mierzalne i możliwe do osiągnięcia. Należy ustalić możliwe przeszkody, sposób monitorowania programu, inwestować w lepszą organizację, wiedzę, umiejętności, a niekoniecznie w sprzęt medyczny. Możliwość zdobycia tą drogą deficytowego i potrzebnego sprzętu może zdominować inne zadania i przesunąć je na drugi plan.

Realizacja programu będzie prowadzić do zmniejszenia częstości: przypadków niepłodności małżeńskiej, powikłań przebiegu ciąży i porodu, zgonów i ciężkich zachorowań kobiet w związku z ciążą, porodem i położem, poronień samoistnych, wad rozwojowych, porodów przedwczesnych, martwych urodzeń oraz zgonów noworodków i niemowląt. Uwzględnione będzie przestrzeganie praw dziecka, dostępności do dobrze zorganizowanej, efektywnej opieki medycznej, poprawa stanu zdrowia kobiet przed ciążą, matek podczas ciąży, porodu i położu oraz dzieci przed urodzeniem i noworodków.

Podmiotami realizującymi poszczególne zadania mogą być zespoły współpracujących ze sobą instytucji: sprawujących opiekę medyczną nad matkami i dziećmi, zajmujących się edukacją, promocją prozdrowotnych zachowań, prowadzących działalność naukowo-badawczą, organizacji pozarządowych i jednostek samorządu terytorialnego. Wybór realizatorów zadań powinien być dokonywany na drodze konkursu ofert, przeprowadzonego przez Ministra Zdrowia nadzorującego przebieg realizacji poszczególnych zadań, corocznie przedstawiającego Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej raport z realizacji zadań wraz z propozycjami zmian celów dotyczących zdrowia prokreacyjnego i metod ich realizacji.

Rekomendacje szczegółowe

- Kształtowanie wśród dziewcząt i chłopców – przyszłych rodziców – prozdrowotnych postaw i odpowiedzialności za własne zdrowie, prawidłowego stylu życia, przeciwdziałanie zach-

waniom niesprzyjającym zdrowiu prokreacyjnemu: przedwczesnej inicjacji seksualnej, uzależnieniom i chorobom przenoszonym drogą płciową.

- Upowszechnianie wśród rodzin zachowań sprzyjających zdrowiu i realizacji planów prokreacyjnych.
- Przygotowanie i upowszechnienie programu prewencji niepłodności.
- Upowszechnienie poradnictwa przedciążowego w celu zmniejszenia częstości poronień, wad rozwojowych u potomstwa i innych niepowodzeń położniczych.
- Prewencja wcześniactwa oraz małej urodzeniowej masy ciała.
- Poprawa dostępności, skuteczności i jakości zintegrowanej okołoporodowej opieki medycznej profilaktyczno-leczniczej i rehabilitacyjnej zarówno ambulatoryjnej, jak i szpitalnej, dostosowanej do potrzeb i oczekiwań matek i ich dzieci, podczas ciąży, porodu i połogu.
- Upowszechnienie inicjatywy „Szpital Przyjazny Dziecku” przez włączenie wszystkich szpitali do realizacji programu promocji karmienia piersią.
- Zmniejszenie zagrożeń dla zdrowia prokreacyjnego kobiet (w tym zaburzeń płodności, powikłań następnych ciąży i porodów) i zdrowia dzieci przez ograniczanie częstości wykonywania cięć cesarskich.
- Przygotowanie i wdrożenie modelu „porodu domowego” w szpitalu.
- Modyfikacja i konsekwentne wdrażanie trójstopniowego systemu organizacji opieki okołoporodowej dostosowanej do stopnia i rodzaju ryzyka oraz systemu zarządzania jakością.
- Zorganizowanie i wdrożenie nadzoru merytoryczno-organizacyjnego i ordynatorskiego, usprawnienie nadzoru specjalistycznego w opiece zdrowotnej nad matką i dzieckiem w celu zmniejszenia częstości zgonów okołoporodowych oraz zachorowań płodów i noworodków, i umożliwienia dzieciom pełnej realizacji ich potencjału rozwojowego.
- Edukacja i wsparcie rodziców po porodzie w celu ułatwienia im radzenia sobie w trudnościach dotyczących zdrowia matki, dziecka i funkcjonowania powiększonej rodziny.
- Zapewnienie kompleksowej środowiskowej opieki medycznej nad matkami i noworodkami, uwzględniającej karmienie naturalne.
- Zapewnienie równego dostępu do świadczeń medycznych, badań przesiewowych, szkół rodzenia, dostosowanej do potrzeb systemowej pomocy medycznej i socjalnej rodzinom wielodzietnym oraz pochodzącym ze środowisk zaniedbanych ekonomicznie i kulturowo, rodzin niewydolnych wychowawczo bądź patologicznych, przeciwdziałanie zdrowotnym następstwom ubóstwa, marginalizacji i wykluczenia społecznego.
- Udoskonalenie i konsekwentne wdrażanie systemu zbierania informacji pozwalającego na systematyczne prowadzenie analiz umożliwiających identyfikację czynników ryzyka, analizę przyczyn niepowodzeń i powikłań zdrowotnych oraz optymalizację opieki medycznej i usprawnianie postępowania profilaktyczno-leczniczego.
- Przygotowanie i wdrożenie standardów postępowania profilaktyczno-leczniczego podczas prawidłowo przebiegającej ciąży i porodu oraz w przypadkach powikłań ciąży i porodu na poszczególnych poziomach trójstopniowego systemu referencyjnego. Przygotowanie i wdrożenie nowoczesnych wzorów dokumentacji medycznej.
- Monitorowanie wyposażenia podmiotów leczniczych, systemu szkolenia oraz zasobów kadr medycznych.
- Usunięcie niedoborów lekarzy ginekologów, neonatologów i pediatrów, anestezjologów oraz pielęgniarek i położnych, zapewnienie im stabilizacji zawodowej.
- Poprawa systemu finansowania opieki zdrowotnej nad matkami i dziećmi uwzględniającego nie tylko koszty leczenia, ale również promocji zdrowia, sprzyjającego wprowadzaniu nowych technologii medycznych.
- Tworzenie prawa sprzyjającego prawidłowemu przebiegowi procesów prokreacji.

- Wspieranie prac naukowo-badawczych oraz opracowań dotyczących oceny i zmniejszenia wpływu czynników ryzyka, sytuacji demograficznej i epidemiologicznej, społecznych warunków zdrowia, zdrowia publicznego oraz prognozowania kierunków zmian.
- Wspieranie lokalnych inicjatyw prozdrowotnych, współpraca z organizacjami pozarządowymi.
- Monitorowanie skuteczności Programu za pomocą systemu obejmującego gromadzenie i analizę danych. Przygotowanie i upowszechnienie raportów zawierających istotne informacje epidemiologiczne i kliniczne oraz wyniki badań naukowych.
- Szkolenia lekarzy ginekologów i ginekologów-położników z zakresu kontaktu z pacjentką w celu wzmocnienia empatii i poszanowania praw pacjenta.

CEL SZCZEGÓŁOWY 2. Poprawa stanu zdrowia i warunków rozwoju dzieci i młodzieży

Opieka nad dziećmi bywa niekiedy postrzegana w perspektywie krótkofalowej, w kategoriach problemu, tymczasem w istocie zdrowe młode pokolenie stanowi szansę na rozwiązanie w przyszłości wielu problemów, z którymi borykamy się dzisiaj, także tych, które wynikają z prognoz demograficznych.

Trwający w Polsce od 1989 r. lat proces transformacji ustrojowej wywarł zróżnicowany wpływ na sytuację zdrowotną dzieci i młodzieży. Z jednej strony dzieci w Polsce cieszą się obecnie na ogół lepszym stanem odżywienia, zdrowia i rozwoju niż kiedykolwiek w przeszłości. Z drugiej strony osiągnięcia zdrowotne okresu transformacji rozkładają się nierówno wśród populacji polskich dzieci, a ponadto pozostały krytyczne wyzwania i ujawniły się nowe zagrożenia dla ich zdrowia i rozwoju. Poszerzające się ubóstwo znacznej części społeczeństwa dotyka szczególnie dzieci, stając się jednocześnie największą, obok zaniedbań opieki i nasilonych zjawisk patologicznych, przeszkodą w zaspokajaniu podstawowych potrzeb zdrowotnych, edukacyjnych, rozwojowych i socjalnych dzieci i młodzieży. W Polsce zagrożenie ubóstwem dzieci i młodzieży jest znacznie silniejsze niż dorosłych. W 2010 r. 12% dzieci do lat 18 wchodziło w skład gospodarstw, w których poziom wydatków był niższy od ustawowej granicy ubóstwa. W gospodarstwach, których wydatki były niższe od minimum egzystencji, żyło natomiast ponad 8% osób poniżej 18 roku życia. Grupę najbardziej zagrożoną ubóstwem stanowią rodziny wielodzietne. Wśród małżeństw z co najmniej czworgiem dzieci na utrzymaniu ok. 34% osób żyło w 2010 r. w sferze ubóstwa ustawowego i ok. 24% – w sferze ubóstwa skrajnego (Szyborski, ekspertyza 2011b).

Przyczyny wielu problemów zdrowotnych dzieci i młodzieży w Polsce tkwią jednak także w istotnych ograniczeniach, jakie czasami narzucają dzieciom, ich rodzinom i opiekunom, niska jakość, wąski zakres i utrudniona dostępność do opieki profilaktyczno-leczniczej i pomocy socjalnej, a będących przejawem braku spójnej, konsekwentnej polityki państwa wobec dzieci.

Charakterystyka demograficzna

W końcu 2010 r. ludność Polski liczyła 38 530 tys. mieszkańców, z tego 7243,2 tys. to dzieci i młodzież w wieku 0–17 lat, stanowiąca ok. 19% ogółu ludności. Odsetek dzieci i młodzieży w ogólnej populacji maleje nieprzerwanie od połowy lat 80. ubiegłego wieku. W roku 1990 dzieci i młodzież w wieku 0–17 lat stanowiły prawie 30% społeczeństwa, zaś na początku tego wieku tylko niespełna 25%. W 2010 r. było 5856 tys. dzieci w wieku 0–14 lat, tj. 15,2% ogółu ludności wobec prawie 25% w 1990 roku.

Wśród dzieci i młodzieży w wieku 0–17 lat występuje liczebna przewaga chłopców, gdyż rodzi się ich więcej – średnio około 51,9% ogólnej liczby urodzeń. Na 100 chłopców

przypada 95 dziewcząt – podczas gdy ogólny współczynnik feminizacji dla Polski wynosi 107, co wynika z nadumieralności mężczyzn w starszych grupach wieku.

Zgodnie z wynikami opublikowanej przez GUS w lipcu 2008 r. nowej prognozy ludności w Polsce do 2035 r. wystąpią istotne przemiany ludnościowe, przede wszystkim systematyczne zmniejszanie się liczby ludności i postępujący proces starzenia społeczeństwa. Przewiduje się znaczne zmiany struktury populacji według wieku, w tym obniżanie się odsetka dzieci i młodzieży. Przyjęto, że współczynnik dzietności będzie kształtował się w granicach 1,42 w 2015 r. do 1,45 począwszy od 2022 roku. Prognozowany jest stały spadek liczby urodzin – do 272 tys. w 2035 roku. Przewiduje się, że liczba dzieci i młodzieży w wieku 0–18 lat zmniejszy się z 7884,3 tys. w 2008 r. do 6020,1 tys. w 2035 r., tj. o ponad 1,8 mln osób, a udział dzieci i młodzieży w populacji ogółem wyniesie tylko 16,7%. Populacja dzieci w wieku do 14 lat zmniejszy się w 2035 r. o 1,4 mln.

Diagnoza sytuacji zdrowotnej dzieci i młodzieży w ostatnim dziesięcioleciu i stanu aktualnego

Poniżej przedstawiono wnioski wypływające z oceny stanu zdrowia dzieci i młodzieży, dokonanej na podstawie opracowań Biura Rzecznika Praw Obywatelskich oraz Głównego Urzędu Statystycznego: *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce (2011)*, *Dzieci w Polsce w 2008 roku...* (2009), *Ochrona dzieci a przyszłość demograficzna Polski (2010)*, a także na podstawie przeprowadzonego w Polsce w 2009 r. Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EABZ) oraz publikacji GUS: *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 r. (2010)* i *Rocznik Demograficzny 2011 (2011)*.

Ograniczanie umieralności dzieci i młodzieży musi pozostawać priorytetowym celem medycyny wieku rozwojowego

Najbardziej syntetycznym, obiektywnym i najczęściej używanym do porównań międzynarodowych miernikiem stanu zdrowia dzieci, a także rzetelną miarą poziomu cywilizacyjnego danego kraju w dziedzinie zdrowotności społeczeństwa jest współczynnik umieralności niemowląt. Wprawdzie współczynnik ten w Polsce pozostaje około 25% powyżej średniego poziomu dla UE, to po raz pierwszy w historii polskiej perinatologii i pediatrii umieralność niemowląt spadła poniżej 5,0%. Warunkiem dalszego postępu w tym zakresie jest zwalczanie egzogenicznych, w większości poddających się zapobieganiu, przyczyn zgonów. Przyczyną ponad połowy zgonów niemowląt są choroby i stany okresu okołoporodowego, 1/3 zgonów spowodowana jest wadami rozwojowymi, a pozostałe zgony są skutkiem chorób nabytych w okresie niemowlęcym lub urazów. Szczególna uwaga powinna być zogniskowana na ograniczeniu tzw. wczesnej umieralności noworodków (obecnie ponad połowa ogółu zgonów w pierwszym roku życia) oraz na zniwelowaniu różnic w umieralności niemowląt między regionami geograficznymi (obecnie różnica między województwami o najniższym i najwyższym współczynniku umieralności wynosi aż 3,0%). Stawką jest uratowanie życia około tysiąca niemowląt w skali jednego roku.

Także umieralność dzieci i młodzieży w wieku 1–19 lat z roku na rok się zmniejsza i proces ten dotyczy wszystkich grup wieku. Najczęstszą przyczyną zgonów dzieci i młodzieży są urazy i zatrucia, które odpowiadają za ponad połowę zgonów, przy czym udział zgonów z tych przyczyn wyraźnie zwiększa się wraz z wiekiem. Wyniki badań wskazują, że w prewencji zgonów z powodu przyczyn zewnętrznych niezamierzonych należy położyć nacisk przede wszystkim na urazy spowodowane wypadkami komunikacyjnymi, które odpowiadają za połowę zgonów w wyniku urazów. Wśród zgonów spowodowanych urazami zamierzonymi

szczególnie musi niepokoić fakt, że co czwarty zgon z powodu ogółu urazów wynika z zamachu samobójczego i w Polsce od lat utrzymują się wysokie wskaźniki samobójstw w populacji wiekowej 5–19 lat. Doświadczenia międzynarodowe wskazują, że tylko nastawienie na prewencję pierwotną przynosi pożądany efekt w postaci obniżenia liczby zgonów powypadkowych. Nastawienie na leczenie, z pomijaniem prewencji, przynosi w skali kraju jedynie wzrost wskaźników inwalidztwa powypadkowego. Głównymi metodami skutecznej prewencji są działania legislacyjne, modyfikacja środowiska i edukacja społeczeństwa, monitorowane i skoordynowane w ramach centralnego programu polityki zdrowotnej państwa. Brak narodowego programu zapobiegania wypadkom i urazom u dzieci, z uwzględnieniem problematyki przemocy i samobójstw, jest jednym z najbardziej palących problemów w systemie ochrony zdrowia. Stawką jest uratowanie życia ok. 750 dzieci rocznie.

Najczęstszą chorobową przyczyną zgonów dzieci i młodzieży są nowotwory – prawie 13% zgonów. Ostatnie dwie dekady zaowocowały w Polsce ogromnym postępem w zakresie diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych oraz wad rozwojowych, w tym wad serca u dzieci. Przyczyniły się do tego wysiłki środowiska hematologów dziecięcych oraz kardiologów i kardiochirurgów dziecięcych, którzy potrafili nie tylko wyszkolić kadry medyczne, zorganizować dobrze wyposażone ośrodki wysoko specjalistyczne, zapewnić kompleksową, odpowiadającą światowym standardom opiekę dla chorych dzieci, ale także zachęcić do ścisłej współpracy lekarzy pierwszego kontaktu. Utrzymanie tych spektakularnych osiągnięć wymaga jednak zapewnienia odpowiedniego poziomu finansowania.

Poprawa stanu zdrowia dzieci i młodzieży powinna stać się priorytetowym celem polityki zdrowotnej państwa, realizowanym na podstawie rzetelnych badań naukowych

Ocena stanu zdrowia dzieci i młodzieży dokonywana na podstawie danych na temat umieralności nie jest oceną najpełniejszą i najbardziej przydatną w praktyce do skutecznego działania na rzecz poprawy sytuacji zdrowotnej młodego pokolenia. Racjonalne inwestowanie w rozwój i zdrowie dzieci i młodzieży wymaga dodatkowych informacji odnoszonych do wielu aspektów zdrowia i jego uwarunkowań.

Szczególnie zwodnicze i powierzchowne mogą być opinie odnośnie do stałej poprawy stanu zdrowia populacji wieku rozwojowego formułowane na podstawie subiektywnych ocen stanu zdrowia. Notowany w ostatnich latach wzrost odsetka ocen bardzo dobrych i niewielki udział ocen złych nie może przesłonić napawającego niepokojem danych o rzeczywistym stanie zdrowia dzieci i młodzieży.

Według EABZ, ponad jedna czwarta dzieci – częściej niż w badaniu sprzed pięciu lat – choruje obecnie na choroby przewlekłe zwłaszcza na różnego rodzaju alergie. Niemal co szóste dziecko ma długotrwałe problemy zdrowotne, w tym ograniczające jego aktywność w porównaniu z rówieśnikami i/lub wymagające korzystania z pomocy dodatkowych urządzeń i są to głównie problemy ze wzrokiem; prawie 180 tys. dzieci dotyka niepełnosprawność. Prawie co czwarty młody człowiek w wieku 15–19 lat cierpi na chorobę przewlekłą, u jednej piątej populacji występują długotrwałe problemy zdrowotne, ponad 100 tys. młodzieży okazuje się niepełnosprawna.

Wyniki badań epidemiologicznych dowodzą poważnych zaniedbań stanu zdrowia jamy ustnej wśród dzieci i młodzieży, szczególnie w środowisku wiejskim i w rodzinach o gorszym statusie materialnym; około 90% siedmiolatków ma oznaki próchnicy, a wśród dzieci 12-letnich odsetek próchnicy jest tylko niewiele niższy.

Według EABZ, co czwarty młody człowiek w wieku 15–19 lat odczuwał ból i dyskomfort fizyczny w ciągu ostatnich 4 tygodni przed badaniem i podobny jest udział młodzieży uskarżającej się stale lub przez większość dni na złe samopoczucie psychiczne.

Na podstawie badań nad zachowaniami zdrowotnymi HBSC wykazano, że w okresie dojrzewania znacznemu pogorszeniu ulega samoocena zdrowia fizycznego i psychospołeczne-

go; młodzież coraz częściej podejmuje ryzykowne zachowania oraz nasilają się nierówności w zdrowiu zależne od płci.

Z danych EABZ wynika, że dwie trzecie dzieci i ponad połowa młodzieży w ciągu ostatnich 2 tygodni przed badaniem zażywała leki, przy czym niepokojący jest wysoki poziom konsumpcji leków na receptę i bez recepty na różnego rodzaju dolegliwości bólowe oraz częstość stosowania antybiotyków przepisywanych przez lekarza.

W 2009 r. ponad 1,1 mln pacjentów do 18. roku życia było leczonych w szpitalach, w izbach przyjęć lub w szpitalnych oddziałach ratunkowych. W szpitalach udzielono pomocy ponad 1 mln dzieci; w ramach ambulatoryjnej, specjalistycznej opieki zdrowotnej udzielono dzieciom i młodzieży 14,9 mln porad, a w podstawowej opiece zdrowotnej 37,3 mln porad.

Według danych Instytutu Psychiatrii i Neurologii leczenie psychiatryczne dla dzieci i młodzieży w Polsce boryka się ze stale rosnącym zapotrzebowaniem na świadczenia i zmniejszającą się liczbą specjalistów w tej dziedzinie medycyny.

Różnego rodzaju wypadki, urazy i zatrucia dotyczą, według EABZ, 4,4% populacji dzieci oraz 7,4% populacji młodzieży, przy czym prawie 200 tys. uczniów uległo wypadkowi w czasie nauki lub pobytu w placówce wychowawczej; w 2009 r. prawie 13 tys. dzieci leczono w szpitalnych oddziałach ratunkowych.

Zgodnie z danymi GUS ponad 300 tys. dzieci i ponad 210 tys. młodych ludzi było w ciągu ostatniego roku przed badaniem narażonych na przestępstwo, przemoc, akty wandalizmu w domu lub w pobliżu miejsca zamieszkania.

Wyniki badań HBSC wykazują, że w Polsce niemal jedna trzecia uczniów w wieku 11–15 lat była ofiarami dręczenia przez innych uczniów w szkole; odsetek uczniów, którzy 2–3 razy w miesiącu lub częściej dokuczali innym uczniom w szkole zwiększa się u chłopców od 14,7% w wieku 11 lat do 18,4% w wieku 15 lat.

Wykorzystywanie seksualne dzieci przez osoby dorosłe jest, jak się wydaje, poważnym problemem społecznym, bowiem szacuje się, że w Polsce, podobnie jak w innych krajach Unii Europejskiej, zjawisko to dotyczy ok. 5–10% dzieci.

Niedostatki w zakresie promocji zdrowia oraz profilaktyki zagrożeń i chorób w wieku rozwojowym pogarszają stan zdrowia populacji oraz rzutują negatywnie na stan zdrowia w późniejszym, dorosłym życiu

Promocja zdrowego żywienia ogrywa istotną rolę w każdym wieku. Od sposobu żywienia matki przed oraz w czasie trwania ciąży może zależeć prawidłowy przebieg ciąży, rozwój dziecka w okresie płodowym, a także stan jego zdrowia w dzieciństwie i w wieku dorosłym. Podczas ciąży wzrasta zapotrzebowanie na żelazo i na inne ważne składniki pokarmowe, takie jak witaminy antyoksydacyjne (E, C), jod, cynk, białko. Dieta niedoborowa może przyczynić się do licznych zaburzeń rozwoju płodu, np. niedobór kwasu foliowego w okresie okołokoncepcyjnym może być przyczyną wrodzonych wad cewy nerwowej u dziecka. Optymalnym sposobem żywienia niemowląt jest karmienie piersią, w tym wyłączone karmienie piersią w I półroczu oraz wprowadzanie żywności uzupełniającej wg określonych zasad postępowania. Udowodniono liczne korzyści zdrowotne wynikające z karmienia piersią w pierwszym półroczu życia dziecka, w tym ochronną rolę karmienia piersią w odniesieniu do ostrych i przewlekłych chorób we wczesnym i późniejszym okresie dzieciństwa. Według EABZ, w Polsce jedynie co siódme niemowlę jest karmione piersią przez okres 6 miesięcy. Wśród czynników zaburzających wyłączone karmienie piersią należy wymienić nieprzygotowanie personelu medycznego oraz niewłaściwe praktyki okołoporodowe. W Polsce istnieje potrzeba dalszej promocji karmienia piersią niemowląt i usuwania barier na tej drodze, w tym problemów z finansowaniem poradni laktacyjnych. W żywieniu sztucznym niemowląt zaleca się stosowanie mleka modyfikowanego początkowego i następnego oraz mieszanek modyfi-

kowanych i żywności uzupełniającej – produktów wzbogaconych w żelazo, przeznaczonych dla niemowląt i małych dzieci.

Racjonalne żywienie jest podstawą prawidłowego rozwoju dzieci w kolejnych latach. Nieprawidłowe żywienie prowadzi do zaburzeń zdrowia, niedożywienia lub nadwagi i otyłości. W ostatnich latach zauważalne jest zwiększanie się średniej masy ciała prawie dla każdego rocznika wieku, zwłaszcza jednak u dzieci w wieku 9 lat i więcej. Według EABZ, co szósty dorastający chłopiec ma nadwagę i otyłość i jest to zjawisko notowane trzykrotnie częściej niż u dziewcząt, natomiast niedowaga występuje u co szóstej dorastającej kobiety – blisko dwukrotnie częściej u chłopców. Niezadowolenie z wyglądu jest większym problemem u dziewcząt i może być przyczyną podejmowania szkodliwych dla zdrowia restrykcyjnych diet odchudzających. W badaniu HBSC stwierdzono, że prawie połowa 15-latek z prawidłową masą ciała albo jest na diecie, albo uważa, że powinna być. Niezadowolenie ze swojego wyglądu współwystępuje z gorszym stanem zdrowia, szczególnie z nasileniem dolegliwości subiektywnych.

Wyniki EABZ wykazują, że około trzy czwarte dzieci powyżej szóstego miesiąca życia zjada owoce i warzywa codziennie, jednak niemal połowa z nich czyni to tylko 1 raz dziennie, a co dziesiąte dziecko bardzo rzadko konsumuje owoce i warzywa. Zbliżone wskaźniki odnoszą się do picia soków owocowych lub warzywnych. Częstość spożycia warzyw, owoców i soków maleje wraz z wiekiem dziecka.

W wielu krajach UE kwestia żywienia dzieci w szkołach została dawno rozwiązana, wobec czego dyskusje dotyczą jakości pożywienia i jego zawartości energetycznej. Zapewnienie wszystkim uczniom we wszystkich polskich szkołach możliwości spożywania posiłków jest najpewniejszą metodą wyrównania szans dzieci pochodzących ze środowisk upośledzonych społecznie. Ponieważ obecnie kilkanaście procent uczniów przychodzi do szkoły na czczo, a obiad w domu spożywa tylko 70–80% dzieci w wieku szkolnym, jednym z głównych zadań jest zapewnienie uczniom racjonalnych posiłków i napojów, a także odpowiednich i bezpiecznych warunków do uprawiania aktywności fizycznej we wszystkich szkołach.

Niezmiernie ważną funkcją kultury fizycznej, na wszystkich szczeblach edukacji, jest promocja zdrowia oraz rozwijanie sprawności fizycznej. Równie istotną rolę spełnia kultura fizyczna w zakresie zapobiegania zagrożeniom, czynnikom ryzyka i problemom zdrowotnym. Z monitoringu sprawności fizycznej dzieci wynika, że poziom sprawności i wydolności fizycznej dzieci i młodzieży w Polsce ulega systematycznemu pogorszeniu, co kontrastuje z obserwowaną w tym samym czasie poprawą wskaźników rozwoju somatycznego. Według EABZ prawie co siódme dziecko w wieku 6–14 lat nie przejawia innej aktywności fizycznej poza obowiązkowymi lekcjami w szkole, a co szóste czyni to rzadko.

Z kolei codzienne czynności wymagające dużego wysiłku fizycznego wykonuje tylko co czwarty młody człowiek średnio przez 1 godzinę, a wykonywanie czynności wymagających umiarkowanego wysiłku fizycznego przez niewiele ponad 1 godzinę dziennie deklaruje dwie trzecie młodzieży. Dzieci w wieku 2–14 lat spędzają przed ekranem telewizora lub monitorem komputera średnio 2,4 godziny dziennie.

Wyniki EABZ wskazują, że tylko dwie trzecie młodych osób w wieku 15–19 lat miało kiedykolwiek dokonany przez lekarza lub pielęgniarkę pomiar ciśnienia tętniczego krwi, przy czym tylko nieco ponad połowa tych osób ma aktualne wyniki badania z ostatnich 12 miesięcy. Można szacować, że znaczący odsetek młodzieży, która nie miała wykonanego pomiaru ciśnienia tętniczego, wchodzi w dorosłość z nierozpoznanym nadciśnieniem tętniczym, będącym istotnym czynnikiem ryzyka chorób układu krążenia i przedwczesnej umieralności z tej przyczyny. Szczególnie niepokoi brak poprawy sytuacji w porównaniu do poprzedniego badania GUS, co może świadczyć o utrwalonych zaniedbaniach w zakresie profilaktyki zdrowotnej wśród młodzieży.

Tylko co szóste dziecko – mimo zatrważającego rozpowszechnienia próchnicy – jest objęte programem zapobiegania próchnicy. Programy profilaktyczne, których celem jest m.in. hamowanie przyrostu i postępu próchnicy, nie są dostępne dla dzieci uczęszczających do szkół w wielu regionach kraju.

Mimo że wypadki i urazy u dzieci i młodzieży są w Polsce poważnym problemem zdrowia publicznego, to z raportu opracowanego w ramach Programu Zdrowia Publicznego Komisji Europejskiej „Planowanie Działań na rzecz Bezpieczeństwa Dzieci” wynika, że w Polsce istnieje potrzeba zaplanowania i realizowania skutecznej polityki i programów w obszarze prewencji upadków, oparzeń, zatruc, uduszeń i zadławień, a także w zakresie bezpieczeństwa dziecka jako rowerzysty, bezpieczeństwa w wodzie i prewencji utonień. Ważne jest zwrócenie uwagi na działania w zakresie prewencji urazów małych dzieci występujących wewnątrz i wokół domu. Aby zapewnić skuteczność podejmowanych działań jest wskazane wspieranie i finansowanie takich programów, których skuteczność została udowodniona, tzw. „dobrych praktyk”. Polska posiada wprawdzie podstawową infrastrukturę nadzoru nad urazami dzieci, lecz zasoby kadrowe i finansowe oraz poziom tworzenia zdolności rozwojowych w zakresie bezpieczeństwa dzieci, a zwłaszcza przywództwo krajowe (*leadership*) ze strony rządu zostały ocenione jako słabe lub niedostateczne. Polityka państwa powinna koordynować i wspierać działania wdrażające dobre praktyki oparte na dowodach w zakresie ochrony życia i zdrowia dzieci, także w zakresie prewencji przemocy wobec dzieci.

Wyniki większości badań wskazują na związek przemocy w domu z takimi dysfunkcjami rodzinnymi, jak rozwód emocjonalny pomiędzy małżonkami, częstość kar fizycznych, brak ciepła w procesie wychowywania, a także choroba psychiczna lub alkoholizm jednego z partnerów.

Także grupa rówieśnicza, która dla młodzieży stanowi źródło siły i oparcia, zwłaszcza w procesie separacji od rodziców, może stać się źródłem zagrożeń dla zdrowia psychicznego. W sytuacji względnie małej dostępności rodziców, to właśnie grupa rówieśnicza zaczyna odgrywać coraz bardziej istotną rolę w życiu młodzieży.

Ujawnianie w ostatnich latach przypadki krzywdzenia seksualnego dzieci, wywołują głębokie poruszenie opinii publicznej, która domaga się podjęcia skutecznych środków zaradczych. Uraz związany z doznany cierpieniem – często przeżywanym w milczeniu – wywiera głęboki, negatywny wpływ na zdrowie i rozwój dziecka w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym. Skutki krzywdzenia seksualnego w dzieciństwie rozciągają się na całe dorosłe życie ofiary. Dramat seksualnego wykorzystywania i molestowania dzieci jest pogłębiany nie tylko w wyniku przedostających się do opinii publicznej informacji o rozległości i brutalności urazów (śmierć dziecka, kazirodstwo, prostytutka, handel żywym towarem, pornografia), lecz także przez fakt, iż sprawcami są na ogół osoby dorosłe z bliskiego otoczenia dziecka – z rodziny, spośród znajomych, opiekunów, a także spośród osób, które wykonują swój zawód w kontakcie z dziećmi. Wspólną cechą krzywdzenia seksualnego w takich okolicznościach jest wielokrotność i długotrwałość urazu doznawanego przez dziecko.

Według EABZ picie alkoholu deklaruje niemal połowa młodzieży płci męskiej i co trzecia dziewczyna. Co czwarta osoba w tym wieku jeden raz w miesiącu, co trzecia jeden raz w tygodniu lub częściej konsumuje jednorazowo co najmniej 60 g czystego alkoholu.

Co czwarte dziecko jest narażone w domu na wdychanie dymu tytoniowego. Wśród młodzieży w wieku 15–19 lat, co szósty mężczyzna i co dwunasta kobieta palą papierosy, a spośród palących blisko dwie trzecie osób wypala 10 i więcej papierosów dziennie, natomiast prawie jedna piąta pali od ponad pięciu lat.

Badanie laboratoryjne poziomu cholesterolu w surowicy krwi zostało wykonane kiedykolwiek u co dziesiątego, a oznaczenie w laboratorium poziomu cukru we krwi – u co czwartej osoby w wieku 15–19 lat.

Badania cytologiczne zostały wykonane u co dziesiątej dorastającej dziewczyny.

Poprawa zdrowia dzieci i młodzieży szkolnej powinna być priorytetowym obszarem zainteresowania w medycynie i polityce zdrowotne.

System opieki medycznej nad dziećmi i młodzieżą szkolną realizowany w Polsce do początku lat 90. nie był wolny od wad: deklaratywności działań, niskiej atrakcyjności w porównaniu z medycyną kliniczną, niedofinansowania. System ten charakteryzował się jednak logiką organizacyjną, powszechnością i kompleksowością opieki profilaktycznej, leczniczej, orzecznictwa, korektywy i rehabilitacji. Lansowany od 1992 r. program „opieki profilaktycznej w środowisku nauczania i wychowania” w praktyce okazał się niezdolny do zapewnienia adekwatnej do potrzeb kompleksowej opieki medycznej dla uczniów, ograniczył świadczenia zdrowotne w szkole do czynności pielęgniarских, „wyprowadzając” personel lekarski poza szkołę. Destrukcyjną rolę w systemie medycyny szkolnej pogłębiło wprowadzenie w 1999 r. reformy służby zdrowia, wskutek czego doszło do poważnych zakłóceń w opiece profilaktyczno-leczniczej nad populacją w wieku 7–18 lat, m.in. w zakresie nadzoru, wczesnego wykrywania zaburzeń w stanie zdrowia i wykonawstwa szczepień ochronnych.

Od początku 2000 r. z inicjatywy Minister Zdrowia Franciszki Cegielskiej rozpoczęto wdrażanie programu odbudowy systemu nadzoru w opiece nad matką i dzieckiem ze szczególnym uwzględnieniem medycyny szkolnej, uzyskując w okresie dwóch lat widoczne, pozytywne rezultaty. Te dobre doświadczenia zostały praktycznie zaniechane począwszy od 2002 roku. W to miejsce zaproponowano fragmentaryczne rozwiązania w zakresie opieki profilaktycznej sprawowanej przez pielęgniarki, co nie odpowiada oczekiwaniom środowisk od lat walczących o nowoczesną medycynę szkolną, potrzebom dzieci i młodzieży i realnym możliwościom organizacyjnym i finansowym systemu ochrony zdrowia i edukacji. Jest to zarazem znaczący regres w stosunku do wypracowanego w latach 2000–2001, wspólnie z kasami chorych, administracją rządową szczebla wojewódzkiego i z samorządami terytorialnymi, standardu opieki medycznej nad uczniami.

18 marca 2009 r. ministrowie: edukacji narodowej, zdrowia i pełnomocnik rządu do spraw równego traktowania zaprezentowali kierowane do nauczycieli, rodziców i uczniów (ale nie do środowiska medycznego i administracji publicznej) sposoby przeciwdziałania dyskryminacji uczniów przewlekle chorych, uznając, że *dzieci chorujące przewlekle nie są dziećmi niepełnosprawnymi, nie wymagają szczególnej troski czy wsparcia, ale wymagają od czasu do czasu odpowiedniej reakcji*. Tymczasem choroba przewlekła może zaburzać rozwój dziecka, a także utrudniać realizację zadań edukacyjnych, ujemnie wpływać na funkcjonowanie dziecka w szkole, na co ma także wpływ słaba dostępność i niska jakość specjalistycznej opieki medycznej nad dzieckiem przewlekle chorym oraz niska jakość lub brak opieki pielęgniarki szkolnej. Nie wszyscy nauczyciele są przygotowani do pracy z uczniem przewlekle chorym – chodzi o nieznaną specyfikę jego zaburzeń, stanu psychofizycznego, potrzeb, zasad udzielania pomocy przedmedycznej w przypadku wystąpienia objawów wymagających pomocy.

Nie można pominąć faktu, że każda choroba przewlekła ma swoją specyfikę – odmienny przebieg, skutki, rokowanie i w różny sposób może wpływać na potrzeby dziecka, jego przystosowanie do szkoły, wymagań dydaktycznych i środowiska społecznego. Dzieci przewlekle chore mają zarówno bezpośrednie i pośrednie potrzeby medyczne, jak również potrzeby edukacyjne, socjalne, potrzeby życia codziennego. Spełnienie tych potrzeb ma na celu nie tylko poprawę diagnostyki, leczenia, rokowania, ale także poprawę jakości życia dziecka i rodziny. Problemy z wypełnianiem tych potrzeb narastają, gdy dzieci i rodzice żyją

w niedostatku, gdy spotykają się ze słabą orientacją lekarza co do choroby, brakiem zrozumienia z jego strony, brakiem wsparcia. Jest to poważny problem zdrowia publicznego, bowiem w Polsce co czwarty uczeń potrzebuje odpowiedniej opieki medycznej z powodu choroby przewlekłej.

Przedmiotem uzasadnionego niepokoju jest niezadowolający stan opieki nad dziećmi i młodzieżą z zaburzeniami zdrowia psychicznego wynikający z jednej strony ze wzrostu chorobowości, a z drugiej – ze zmniejszania się liczby psychiatrów dziecięcych. Wiek dorastania jest okresem realizacji zachowań czasami ryzykownych. Utrwalone w tym okresie postawy i zachowania mogą wywrzeć wpływ na całe przyszłe życie. Problemy zdrowia psychicznego w okresie dorastania często przejawiają się w formie agresji i przemocy wobec innych osób i wobec samego siebie. Stany depresyjne wśród dzieci i młodzieży przyczyniają się na ogół do pogorszenia osiągnięć edukacyjnych, do zachowań antyspołecznych, nadużywania alkoholu, narkomanii oraz do ciężkich zaburzeń odżywiania. Obserwuje się narastanie występowania problemów psychospołecznych w populacji wieku rozwojowego; w zależności od metodologii badań notuje się te problemy wśród 10% do 50% populacji.

Przedstawione dane wskazują, że brak systemu medycyny szkolnej pociąga za sobą narastanie zagrożeń i problemów zdrowotnych młodego pokolenia. Bez przywrócenia systemu medycyny szkolnej nie będzie możliwe osiągnięcie w populacji osób dorosłych należytego postępu w zakresie prewencji pierwotnej chorób układu krążenia i chorób nowotworowych.

Kierunki działań

Nadanie opiece nad dzieckiem rzeczywistego priorytetu w polityce państwa powinno się wyrażać przede wszystkim w przyjęciu **Narodowej Strategii na rzecz Zdrowia i Rozwoju Dzieci i Młodzieży**, której wdrożenie umożliwiłoby dzieciom i młodzieży w naszym kraju realizowanie pełnego ich potencjału życiowego dla zdrowia i rozwoju, a także zmniejszenie chorobowości i umieralności z przyczyn poddających się zapobieganiu, zwłaszcza z powodu urazów i przemocy. Wydaje się, że do strategicznych obszarów zainteresowania zdrowia publicznego należy zaliczyć problemy zdrowotne w dwóch specyficznych okresach rozwojowych: *w okresie okołoporodowym i w wieku dorastania*. Zdrowie matki i noworodka ma oczywisty wpływ na zdrowie i rozwój w następującym potem dzieciństwie. Podobnie stan zdrowia i poziom rozwoju młodzieży stanowi podstawę zdrowia w późniejszym, dorosłym życiu. Pozostałe priorytetowe obszary strategii – *żywienie, zakażenia i choroby zakaźne, urazy i przemoc, środowisko naturalne* – dotyczą wzajemnie powiązanych problemów mających wpływ na zdrowie i rozwój na wszystkich etapach życia. Odzwierciedlają one istniejące od dawna w wielu krajach europejskich oraz pojawiające się nowe zagrożenia. Ze względu na dystans dzielący nasz kraj od wielu innych państw europejskich, mierzony stanem uzębienia, zwłaszcza wskaźnikami zachorowalności na próchnicę zębów, narodowa strategia powinna objąć także *zdrowie jamy ustnej dzieci i młodzieży*.

W koncepcji budowania strategii w Polsce powinny być uwzględnione *zasady kierunkowe*, takie jak: specyfika wyzwań w sferze zdrowia dla każdego etapu rozwoju; potrzeby dzieci z rodzin najbardziej upośledzonych socjalnie; podejście międzysektorowe; włączenie przedstawicieli społeczeństwa i samej młodzieży oraz organizacji pozarządowych, sektora prywatnego i mediów; równorzędność działań prewencyjnych i naprawczych; ukierunkowanie na te siedliska, w których na poszczególnych etapach życia najczęściej dochodzi do zaburzeń zdrowia i rozwoju, a także zagrożeń bezpieczeństwa dzieci (dom i okolica, szkoła i placówka oświatowo-wychowawcza, jezdnia, miejsce spędzania czasu wolnego i uprawiania aktywności fizycznej); wykorzystanie dotychczasowych doświadczeń i zasobów krajowych i europejskich; łączne podejście do urazów niezamierzonych i przemocy.

W celu poprawy sytuacji w zakresie chorobowości i ograniczania umieralności oraz w celu zapewnienia warunków harmonijnego rozwoju młodego pokolenia potrzebne są liczne skoordynowane działania na wszystkich szczeblach zdrowotnej polityki publicznej, w tym wymienione w celu szczegółowym 1, a dotyczące poprawy opieki okołoporodowej, oraz działania przykładowo wymienione poniżej.

- Eliminacja i zmniejszenie oddziaływania czynników pochodzących ze środowiska domowego i zewnętrznego związanych z powstawaniem nieprawidłowości rozwojowych, chorób przewlekłych i niepełnosprawności u dzieci.
- Powszechna i pełna realizacja opieki profilaktycznej nad dziećmi i młodzieżą ze zwróceniem szczególnej uwagi na zdrowotną opiekę środowiskową nad dziećmi pochodzącymi ze środowisk zaniedbanych oraz nad ich rodzinami.
- Pełna realizacja programu szczepień ochronnych.
- Optymalizacja opieki medycznej nad dziećmi na podstawowym poziomie, zapewnienie odpowiedniej liczby lekarzy pediatrów i innego personelu medycznego.
- Organizacja, rozwój i odpowiednie wyposażenie w sprzęt diagnostyczno-leczniczy ośrodków zapewniających wysokospecjalistyczną opiekę pediatryczną na terenie całego kraju.
- Wczesna diagnostyka i skuteczna interwencja w przypadkach przemocy wobec dzieci.
- Skuteczna pomoc dla rodzin zastępczych, udoskonalenie procedury adopcyjnej, zapewnienie prawidłowej opieki medycznej w żłobkach i przedszkolach.
- Przywrócenie i doskonalenie ogólnokrajowego systemu nadzoru merytoryczno-organizacyjnego opieki nad zdrowiem dzieci.
- Wdrożenie systemu orzecznictwa lekarskiego dla potrzeb ucznia i szkoły, w tym dla oceny dojrzałości szkolnej, kwalifikacji do zajęć wychowania fizycznego i sportu oraz poradnictwa zawodowego.
- Rozwój systemu kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego nauczycieli, psychologów, lekarzy i pielęgniarek w zakresie edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i wczesnego wykrywania problemów zdrowotnych uczniów.
- Przywrócenie specjalizacji lekarskiej z zakresu medycyny szkolnej.
- Stworzenie zintegrowanego, trójstopniowego systemu organizacji, nadzoru i monitorowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami umożliwiającego wczesne wykrywanie zagrożeń, odchyłeń w stanie zdrowia i w rozwoju psychicznym i somatycznym, z uwzględnieniem badań przesiewowych, bilansów zdrowia, profilaktyki stomatologicznej w szkołach i w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej oraz z zapewnieniem dostępu do opieki specjalistycznej adekwatnej do potrzeb, w tym rehabilitacji i korektywy, oraz do opieki stomatologicznej.
- Upowszechnienie systemu zdrowego żywienia we wszystkich szkołach.
- Poprawa warunków technicznych i sanitarnych szkół.
- Rozwój sieci szkół promujących zdrowie.

System medycyny szkolnej może funkcjonować w oparciu o finanse samorządów terytorialnych (opieka medyczna w szkole, w powiecie i województwie, promocja zdrowia), Narodowego Funduszu Zdrowia (świadczenia zdrowotne, programy profilaktyczne, promocja zdrowia), budżetu państwa (programy polityki zdrowotnej, nadzór specjalistyczny i metodyczno-organizacyjny, inspekcja sanitarna, kształcenie, badania naukowe).

Opracowanie i wdrożenie strategii na rzecz zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży łączy się z koniecznością sprostania istotnym wyzwaniom realizacyjnym, takim jak: zapewnienie dzieciom i młodzieży równości w zdrowiu; sprecyzowanie roli sektora zdrowia i współdziałanie wielu sektorów; wzmocnienie systemu informacji niezbędnego do podejmowania decyzji. Należy przy tym podkreślić, że korzyści wynikające ze wsparcia udzielonego dzieciom

we wczesnych latach życia odczuwane są przez całe życie. W ciągu dwu pierwszych dekad życia młode pokolenie powinno mieć zapewnione optymalne możliwości służące zdrowiu i rozwojowi, bowiem badania naukowe wskazują na istnienie ścisłego związku między jakością życia we wczesnych fazach rozwoju, włącznie z okresem okołoporodowym, a stanem zdrowia w późniejszym, dorosłym życiu.

PRIORYTET III.2. Ograniczenie zachorowań i umieralności z powodu chorób układu krążenia

Diagnoza sytuacji epidemiologicznej

Choroby układu krążenia pozostają niezmiennie od ponad 50 lat najważniejszą przyczyną umieralności mieszkańców naszego kraju. Według najnowszych dostępnych danych w roku 2008 ok. 45% zgonów było spowodowanych chorobami układu krążenia (CHUK). Choroby układu krążenia należą także do wiodących przyczyn umieralności przedwczesnej (szczególnie wśród mężczyzn), chorobowości szpitalnej oraz trwałej lub okresowej niezdolności do pracy.

Ta dominująca pozycja CHUK jako najważniejszej przyczyny umieralności dotyczy większości krajów Europy, szczególnie Europy Środkowej i Wschodniej. CHUK są przyczyną ponad 4,3 mln zgonów w krajach należących do regionu europejskiego WHO i ok. 1,9 mln w krajach UE. Według analiz Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego koszt związany z leczeniem CHUK przekracza rocznie 169 mld EURO.

Eksperti WHO przewidują, że CHUK pozostaną wiodącą przyczyną umieralności ogólnej w krajach rozwiniętych gospodarczo przynajmniej do 2030 r., zaś na dwóch pierwszych pozycjach wśród przyczyn zgonów pozostaną – tak jak obecnie – choroba niedokrwienna serca (CHNS) i choroby naczyń mózgowych (CHNM).

Liczba zgonów z powodu chorób serca i naczyń w Polsce w roku 2008 wyniosła 172 943, w tym 81 528 dotyczyło mężczyzn, zaś 91 415 – kobiet. Najważniejszymi przyczynami umieralności z powodu CHUK w naszym kraju pozostają niezmiennie choroba niedokrwienna serca i choroby naczyń mózgowych. Zgony z powodu tych dwóch grup chorób stanowią prawie 50% zgonów spowodowanych CHUK wśród mężczyzn oraz ok. 44% wśród kobiet. Te grupy chorób dominują także jako przyczyny umieralności przedwczesnej (w wieku 25–64) z powodu CHUK zarówno wśród mężczyzn, jak i wśród kobiet. Wśród innych najbardziej rozpowszechnionych przyczyn umieralności z powodu CHUK w Polsce należy wymienić: miażdżycę, niewydolność serca, nadciśnienie tętnicze oraz zgony nagłe.

W Polsce od 1991 r. obserwuje się spadek liczby zgonów z powodu CHUK. Tempo spadku wskaźników umieralności z powodu chorób serca i naczyń w Polsce na przełomie XX i XXI wieku było bardzo szybkie i zjawisko to zostało dostrzeżone i opisane w piśmiennictwie fachowym zarówno przez ekspertów krajowych, jak i zagranicznych.

Z najnowszych nieopublikowanych dotąd analiz epidemiologów z Instytutu Kardiologii w Aninie wynika, że w okresie ostatnich pięciu lat zmniejszyła się w sposób znaczący liczba zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca i zawału serca (zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet), wzrosła natomiast liczba zgonów nagłych, liczba zgonów z powodu niewydolności serca oraz nadciśnienia tętniczego u mężczyzn.

Wielu ekspertów zwraca uwagę, że wobec poprawy skuteczności leczenia choroby niedokrwiennej serca (m.in. coraz powszechniej stosowane leczenie inwazyjne), wysokiej częstości nadciśnienia tętniczego oraz wskutek zjawiska starzenia się społeczeństwa wzrośnie w sposób znaczący liczba pacjentów z niewydolnością serca. Niewydolność serca będzie zapewne także coraz bardziej znaczącym powodem umieralności i niepełnosprawności, a także

ograniczenia zdolności do pracy. Niepokojącym zjawiskiem obserwowanym w naszym kraju jest wzrost liczby nagłych zgonów, szczególnie wśród mężczyzn.

Korzystne zmiany dotyczące redukcji liczby zgonów z powodu CHUK w okresie ostatnich 10–20 lat w Polsce nie powinny jednak przesłonić kilku znacznie mniej pozytywnych faktów. Imponujące tempo korzystnych zmian poziomu umieralności obserwowane w Polsce w latach 90. uległo wyraźnemu spowolnieniu w okresie ostatnich 5–10 lat. W dalszym ciągu standaryzowane wskaźniki umieralności z powodu chorób serca i naczyń w naszym kraju są około dwukrotnie wyższe niż w wielu krajach Europy Zachodniej, zaś wskaźniki umieralności przedwczesnej w Polsce są nawet 2–3-krotnie wyższe. Dotyczy to także umieralności z powodu najważniejszych przyczyn, tj. choroby niedokrwiennej serca oraz chorób naczyń mózgowych.

Wyniki najważniejszych badań epidemiologicznych przeprowadzonych w latach 1990–2005 (WOBASZ, POLMONICA, NATPOL, CINDI, POLSCREEN) wskazują na rozpowszechnienie w naszym kraju najważniejszych czynników ryzyka chorób serca i naczyń (a także innych chorób przewlekłych). Częstość hipercholesterolemii (ponad 50% dorosłych), nadciśnienia tętniczego (w granicach 30–40%), otyłości (ok. 20–25%), zespołu metabolicznego (ponad 20%) wśród dorosłych Polaków jest wysoka i w odniesieniu do niektórych ma tendencję rosnącą. Wysoki odsetek osób o niedostatecznej aktywności fizycznej (ponad 50% dorosłych Polaków), palących papierosy czy niewłaściwie odżywiających się zwraca uwagę na konieczność dalszych i bardziej skutecznych działań z zakresu promocji zdrowia; działania te powinny obejmować nie tylko osoby dorosłe, ale także dzieci i młodzież.

Niepokojącym zjawiskiem są bardzo duże dysproporcje w średniej długości życia oraz w poziomie umieralności z powodu chorób serca i naczyń w niektórych miastach, regionach kraju, a nawet w dzielnicach dużych miast, a także zjawisko pogłębiających się nierówności społecznych w poziomie stanu zdrowia. Wiedza społeczeństwa polskiego na temat czynników ryzyka i metod prewencji chorób serca i naczyń jest nadal niezadowalająca, zaś udział publicznych mediów w misji edukacyjnej, szczególnie telewizji, zbyt skromny.

Działania programowe w zakresie organizacji opieki, zapobiegania i leczenia podejmowane w latach 2003–2011

Wśród czynników, które w istotnym stopniu kształtowały sytuację zdrowotną w zakresie CHUK w Polsce w okresie ostatnich 10 lat, należy wymienić w pierwszej kolejności: poziom finansowania, a także sposób kontraktowania (co wpływa na dostępność) świadczeń w zakresie profilaktyki, leczenia i rehabilitacji chorób serca i naczyń przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz tzw. wysokospecjalistycznych świadczeń z zakresu kardiologii i kardiologii finansowanych w ramach programów specjalnych przez Ministerstwa Zdrowia oraz Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Serca i Naczyń POLKARD, wdrożony do realizacji w 2003 roku i kontynuowany w kolejnych etapach w latach 2003–2005, 2006–2008, 2009, 2010–2012, 2013–2016.

Opracowana kolejna edycja programu zdrowotnego była niezwykle cenna i przyczyniła się do istotnej poprawy dostępności świadczeń diagnostycznych, leczniczych, wdrożenia nowych metod diagnostyki i leczenia oraz zmniejszenia dysproporcji w dostępności nowoczesnych metod leczenia w zakresie kardiologii, kardiologii, a także leczenia chorób naczyniowych mózgu.

Niewątpliwym sukcesem Programu było zapewnienie dostępności ośrodków kardiologicznych prowadzących 24-godzinny dyżur, poprawa dostępności i jakości leczenia ostrych zespołów wieńcowych oraz udarów mózgu, znacząca poprawa w dziedzinie diagnostyki kar-

diologicznej (zakup nowoczesnej aparatury diagnostycznej i sprzętu), wprowadzenie rejestrów najważniejszych chorób serca i naczyń.

Jednym z zadań finansowanych w ramach Programu POLKARD jest prowadzony przez Śląskie Centrum Kardiologii w Zabrze rejestr ostrych zespołów wieńcowych (OZW). Powszechne wprowadzenie tego rejestru (początkowo w kilku województwach, a później w skali ogólnopolskiej) umożliwiło nie tylko precyzyjną ocenę epidemiologiczną, ale także możliwość oceny sposobu postępowania i jakości leczenia, rokowania itp. Dane z tego największego obecnie w Europie (obejmującego obecnie ponad 350 000 przypadków OZW) rejestru wykorzystano także do poprawy jakości leczenia OZW. Z najnowszych danych międzynarodowych wynika, że umieralność wewnątrzszpitalna z powodu OZW w naszym kraju jest obecnie niższa niż w Japonii, RFN, Wielkiej Brytanii, Szwecji czy Kanadzie, choć nakłady finansowe na leczenie w tych krajach są wielokrotnie większe niż w Polsce.

Ze środków Programu POLKARD sfinansowano także największe reprezentacyjne wielośrodkowe ogólnopolskie badanie stanu zdrowia ludności, czynników ryzyka i zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego: WOBASZ, WOBASZ Senior oraz WOBASZ II, które pozwalają na obiektywną ocenę sytuacji zdrowotnej mieszkańców nie tylko całego kraju, ale także poszczególnych województw”.

Po raz pierwszy w naszym kraju opracowano i wdrożono tak ważne i nowoczesne projekty interwencyjne w zakresie promocji zdrowia i prewencji chorób serca i naczyń, jak: Polski Projekt 400 Miast, Program POLKARD Media „Pamiętaj o Sercu” czy adresowany do dzieci i młodzieży Program SMS „Szansa dla Młodego Serca”. Program IMPACT Poland pozwolił na precyzyjne oszacowanie przyczyn korzystnej redukcji liczby zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca w latach 1991–2005 i potwierdził kapitalne znacznie działań z zakresu promocji zdrowia i prewencji dla poprawy stanu zdrowia społeczeństwa.

Nie ulega wątpliwości, że dzięki realizacji Programu POLKARD, a wcześniej w latach 1993–2001 Narodowego Programu Ochrony Serca i Naczyń (NPOS), w niektórych dziedzinach kardiologii i kardiologii w okresie ostatnich 10–15 lat dokonał się prawdziwy przełom. Polska w niektórych dziedzinach (szczególnie w zakresie diagnostyki i leczenia inwazyjnego ostrych zespołów wieńcowych) dołączyła do grona europejskich liderów. Świadczy to o możliwości realnego pozytywnego kształtowania sytuacji zdrowotnej w naszym kraju pod warunkiem zastosowania właściwych i skutecznych rozwiązań organizacyjnych i finansowych.

Z materiałów udostępnionych przez krajowego specjalistę w dziedzinie kardiologii wynika, że aktualnie w Polsce funkcjonuje 105 ośrodków z całodobowym dyżurem kardiologii inwazyjnej, przy czym ośrodki takie istnieją we wszystkich województwach, zaś odległość do każdego z nich nie przekracza 50 km. W roku 2009 w naszym kraju wykonano ponad 180 000 koronarografii, ponad 101 000 przezskórnych zabiegów udrożnienia naczyń wieńcowych (PCI), ponad 27 000 zabiegów wszczepienia rozruszników oraz 6390 ablacji. Okres oczekiwania na wysokospecjalistyczne procedury kardiologiczne z reguły nie przekraczał kilku-kilkunastu tygodni, np. w przypadku zabiegu przezskórnego udrożnienia naczyń wieńcowych 2–4 tygodni, zaś ablacji 4–12 tygodni.

Niestety aktualny zakres i poziom finansowania (w granicach ok. 30 mln zł rocznie; poprzednio ok. 60–70 mln zł rocznie) jest niewspółmierny do zagrożenia CHUK i skali potrzeb naszego kraju. Choć budżet części 46 – Zdrowie, nie jest jedynym źródłem finansowania a wydatki na leczenie chorób układu krążenia ponoszone są głównie z NFZ. Finansowanie programu w 2010 r. wyniosło 30 mln zł, w 2011 r. – 25 mln zł, w 2012 r. – 19 mln zł, a w 2013 r. już tylko 11 mln zł.

Pomimo niższego niż w latach ubiegłych finansowania Programu, w ostatniej edycji Programu realizowane było zadanie z zakresu epidemiologii (monitorowania) –Wieloośrodkowe

Ogólnopolskie Badanie Zdrowia Ludności - projekt WOBASZ II, stanowiące analityczne opracowanie, którego celem jest m.in. ocena aktualnej sytuacji w zakresie chorób układu krążenia w Polsce w poszczególnych województwach.

W roku 2004 opracowano także i wdrożono w skali całego kraju Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia finansowany przez NFZ. Ten nowoczesny Program, opracowany przez ekspertów z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, pozwala na identyfikację najważniejszych czynników ryzyka oraz ocenę globalnego ryzyka (SCORE) u osób bez rozpoznanej do tej pory CHUK przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Stwarza to możliwość wdrożenia skutecznej profilaktyki, ewentualnie dalszej diagnostyki i leczenia u osób objętych Programem. W latach 2006–2008 badano rokrocznie ok. 300 000 kobiet i mężczyzn w wieku 35–55 lat, wśród których identyfikowano ok. 16% wymagających dalszej pogłębionej diagnostyki bądź leczenia. Niestety zmiany zasięgu Programu wprowadzone po roku 2007 (ograniczenie zaproszeń wyłącznie do osób, które w danym roku ukończyły 35, 40, 45, 50, 55 lat) oraz niewystarczający, zdaniem lekarzy POZ, poziom finansowania, spowodowały, że liczba uczestników zmniejszyła się do ok. 100 000 w skali ogólnopolskiej, zaś w niektórych województwach liczba uczestników nie przekracza 1500 osób. Program ten, co wynika także ze szczegółowych analiz przeprowadzonych w 2010 r. przez wieloosrodkowy zespół ekspertów, wymaga modyfikacji i działań poprawiających jego zasięg i skuteczność. Te działania powinny być przeprowadzone wspólnie przez kierownictwo NFZ i najlepszych polskich specjalistów w dziedzinie prewencji populacyjnej i medycyny rodzinnej. Ponadto realizowano Program Wieloletni na lata 2007–2012, Polskie Sztuczne Serce oraz wprowadzono Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej na lata 2011–2020.

Rekomendacje

Dalsza poprawa sytuacji zdrowotnej w odniesieniu do chorób serca i naczyń, a w szczególności ograniczenie umieralności ogólnej i przedwczesnej z powodu CHUK jest możliwe. Wskazują na to zarówno doświadczenia naszego kraju z okresu ostatnich 10–20 lat a także krajów, które w dziedzinie profilaktyki i leczenia CHUK osiągnęły największe sukcesy (m.in. kraje Europy Zachodniej, USA, Japonia, Kanada). Należy jednak zdawać sobie sprawę z tego, że znacząca poprawa w tej dziedzinie będzie trudniejsza niż poprzednio. Wynika to zarówno z opisywanego wcześniej wielokrotnie zjawiska starzenia się populacji, wysokiej częstości rozpowszechnienia chorób serca i naczyń w Polsce, wysokiego poziomu warunkujących te choroby czynników ryzyka, jak i konieczności intensyfikacji i zwiększenia skuteczności działań we wszystkich istotnych obszarach, tj. polityki zdrowotnej państwa, promocji zdrowia, profilaktyki oraz diagnostyki, leczenia i rehabilitacji chorób serca i naczyń.

Autorzy Raportu Rządowej Rady Ludnościowej *Założenia Polityki Ludnościowej w Polsce* z 2004 r. wśród najważniejszych celów operacyjnych, koniecznych do zrealizowania celów strategicznych zmierzających do ograniczenia chorobowości i umieralności z powodu CHUK w Polsce, wymienili: rozwój pierwotnej prewencji chorób układu krążenia dzieci i dorosłych; zapewnienie powszechnego dostępu wszystkim potrzebującym do wyskospecjalistycznych procedur kardiologicznych i kardiochirurgicznych; wprowadzenie i zapewnienie dostępności nowoczesnych metod diagnostycznych i terapeutycznych w celu właściwego leczenia osób z chorobami układu krążenia; upowszechnienie stosowania i monitorowania skuteczności odpowiednich leków kardiologicznych; optymalizację funkcjonowania organizacji i nadzoru w opiece kardiologicznej. Nie ulega wątpliwości że te zdefiniowane precyzyjnie cele operacyjne nie straciły swej aktualności w chwili obecnej.

Wśród postulowanych wówczas działań, niezrealizowanych w optymalny sposób w latach 2003–2011, których kontynuacja wydaje się szczególnie ważna, należy wymienić:

1. Konieczność nadania odpowiedniej rangi działaniom prewencyjnym w zdrowotnej polityce publicznej, przeznaczenie na to odpowiednich środków finansowych, rozwijanie i upowszechnianie efektywnych działań z zakresu promocji zdrowia;
2. Kontynuację tworzenia sieci pododdziałów udarowych, wysokospecjalistycznych oddziałów leczenia udaru mózgu, dalsze doskonalenie diagnostyki i nowoczesnego leczenia udarów, zwiększenie liczby ośrodków rehabilitacji pacjentów po udarze mózgu;
3. Skrócenie czasu docierania pacjentów z ostrymi zespołami wieńcowymi oraz udarami mózgu do odpowiednich, wysoko wyspecjalizowanych ośrodków; w tym celu konieczna jest zarówno poprawa stanu wiedzy całego społeczeństwa na temat postępowania w przypadku podejrzenia OZW lub udaru mózgu jak i usprawnienie systemu transportu/ratownictwa medycznego;
4. Wzmocnienie znaczenie krajowego i regionalnego nadzoru kardiologicznego w podejmowaniu strategicznych decyzji na temat systemu akredytacji ośrodków kardiologicznych, wyposażania i organizacji nowych ośrodków czy ich przekształcania.

Wśród działań, które powinny być realizowane w pierwszej kolejności i które mogą przynieść największe efekty w perspektywie najbliższych lat, należy wymienić:

1. Opracowanie nowej edycji Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Serca i Naczyń POLKARD; w Programie tym powinny być uwzględnione nie tylko niezwykle istotne i aktualne zadania medycyny klinicznej (naprawczej), ale w znacznie większym stopniu zadania z zakresu promocji zdrowia oraz zintegrowanej profilaktyki chorób przewlekłych;
2. Weryfikację założeń, systemu organizacji, finansowania oraz monitorowania i ewaluacji Programu Profilaktyki Chorób Układu Krążenia finansowanego z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia; zadanie to powinno zostać zrealizowane wspólnie przez kierownictwo NFZ, autorów Programu oraz ekspertów w dziedzinie profilaktyki populacyjnej CHUK, przedstawicieli środowiska lekarzy rodzinnych oraz lekarzy innych specjalności; należy zdecydowanie poszerzyć zakres i wzmocnić skuteczność działań lekarzy POZ;
3. Opracowanie i wdrożenie system stałego monitorowania czynników ryzyka i zachowań zdrowotnych, podobnie jak ma to miejsce w wielu innych krajach (Finlandii, Holandii, Norwegii, USA); założenia tego systemu powinien opracować zespół ekspertów powołany przez Ministerstwo Zdrowia;
4. Ocenę zakresu i poziom finansowania świadczeń z zakresu kardiologii finansowanych ze środków publicznych (NFZ, Ministerstwo Zdrowia) i zidentyfikowanie tych obszarów diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, których dostępność i poziom finansowania (np. rehabilitacja kardiologiczna czy niektóre zabiegi kardiochirurgiczne) jest niedostateczna; a których znaczenie dla poprawy stanu zdrowia społeczeństwa jest niepodważalne;
5. Ocenę skali migracji zarobkowych lekarzy i innych specjalistów w dziedzinie kardiologii i pokrewnych oraz zidentyfikowanie potencjalnych zagrożeń wynikających z niedostatecznej liczby lekarzy i innych specjalistów związanych z diagnostyką, leczeniem, rehabilitacją oraz opieką nad chorymi z CHUK;
6. Zwiększenie zaangażowania i wykorzystanie możliwości mediów (szczególnie publicznych) w edukacji zdrowotnej oraz w przekazywaniu pozytywnych informacji na temat możliwości promocji zdrowia, leczenia chorób o znaczeniu społecznym i zapobiegania im;
7. Wzmocnienie działań na rzecz zintegrowanej profilaktyki chorób przewlekłych, które mają podobne uwarunkowania w postaci wspólnych czynników ryzyka, takich jak: palenie tytoniu, wadliwe odżywianie niedostateczna aktywność fizyczna czy nadmierna konsumpcja alkoholu; działania na rzecz integrowania różnych środowisk ekspertów zajmujących się chorobami przewlekłymi są nadal przedmiotem zainteresowania kierownictwa Ministerstwa Zdrowia, GIS oraz Biura WHO w Polsce;

8. Podjęcie badań naukowych i analiz dotyczących m.in.: systemu monitorowania stanu zdrowia; czynników ryzyka i zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego; metodyki zbierania danych o aktywności fizycznej; optymalnego modelu organizacyjnego prewencji chorób serca i naczyń (lub chorób przewlekłych NCD) z uwzględnieniem rozwiązań organizacyjnych, poziomu finansowania, metod ewaluacji; regionalnych nierówności występowania i umieralności z powodu chorób serca i naczyń oraz umieralności ogólnej; odległych wyników leczenia pacjentów poddanych leczeniu interwencyjnemu (angioplastyka PCI) z powodu ostrych zespołów wieńcowych z uwzględnieniem korzystania z ambulatoryjnej i stacjonarnej rehabilitacji kardiologicznej, stosowanego leczenia farmakologicznego; działań programowych z zakresu polityki zdrowotnej prowadzonych w krajach, które osiągnęły udokumentowane naukowo sukcesy w zakresie ograniczenia chorobowości i umieralności z powodu chorób serca i naczyń.

PRIORYTET III.3. Ograniczanie zachorowalności i umieralności z powodu chorób nowotworowych

Epidemiologiczna diagnoza sytuacji w ostatnim dziesięcioleciu i aktualnego stanu

Nowotwory złośliwe należą do najpoważniejszych zagrożeń zdrowia i życia Polaków, a także stanowią rosnący problem demograficzny i społeczno-ekonomiczny w polskim społeczeństwie. Choroby nowotworowe od wielu lat stanowią drugą przyczynę zgonów w Polsce (25% wszystkich zgonów). Prognozy na najbliższe lata pokazują, że ogólna liczba zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe w Polsce będzie systematycznie rosła, stając się w niedalekiej przyszłości zarówno u mężczyzn, jak i kobiet pierwszą przyczyną zgonów przed 65. rokiem życia (przed dominującymi obecnie zgonami na choroby układu sercowo-naczyniowego).

W 2011 r. u mężczyzn najczęściej rejestrowano nowotwory złośliwy płuca (20%), a także gruczołu krokowego (14%) i jelita grubego (12%). Mężczyźni często też chorowali na nowotwory złośliwe pęcherza moczowego (6,9%) i żołądka (5%). Wymienione nowotwory były również najczęstszą przyczyną zgonów nowotworowych u mężczyzn, przy czym zgony na nowotwory złośliwe płuca stanowiły prawie 1/5 wszystkich zgonów nowotworowych w populacji mężczyzn (20%).

U kobiet najczęściej rejestrowano w 2011 r. nowotwór złośliwy piersi (23%). Często były również zachorowania na nowotwory złośliwe jelita grubego (10%), płuca (9%), trzonu (7%) i szyjki macicy (4%) oraz jajnika (5%). Podobnie jak u mężczyzn najczęstszą przyczyną zgonów u kobiet był nowotwór złośliwy płuca (15%). Odsetek zgonów na nowotwory złośliwe piersi utrzymywał się w populacji kobiet na podobnym poziomie (13%). Niewiele rzadsze były zgony na nowotwory złośliwe jelita grubego (13%). Często przyczyną zgonów nowotworowych w populacji kobiet były także nowotwory złośliwe jajnika (6%), trzustki (5%), żołądka (4%) i szyjki macicy (4%).

Od 1965 r. ogólna liczba nowotworów złośliwych w Polsce znacząco wzrosła. Dotyczy to zarówno populacji mężczyzn, jak i kobiet. Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów w 1965 r. zarejestrowano 17 023 przypadków nowotworów złośliwych u mężczyzn i 20 621 u kobiet. W 2011 r. bezwzględna liczba pierwszorazowych zgłoszeń zachorowania na nowotwory złośliwe w populacji mężczyzn wynosiła 71 786 przypadków, a u kobiet – 72 550 przypadków. Natomiast standaryzowany współczynnik zachorowalności na nowotwory złośliwe wynosił wśród mężczyzn 251,5/100 000, a wśród kobiet 207,3/100 000. Jednocześnie w 2011 r. wystawiono w Polsce 51 552 karty zgonów z powodu nowotworów złośliwych u mężczyzn i 40 644 u kobiet, łącznie 92 196 aktów zgonu. Natomiast standaryzowany

współczynnik zgonów na nowotwory złośliwe wynosił wśród mężczyzn 173,5/100 000, a wśród kobiet 97,6/100 000.

Zmiany w zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe w ostatnim półwieczu miały jednak różny przebieg w czasie i charakteryzowały się różnymi wzorcami w grupach płci i wieku. W całej populacji mężczyzn standaryzowany współczynnik zachorowalności znacząco wzrósł między 1965 r. a 1995 r. (do poziomu 270,6 zarejestrowanych zachorowań na 100 000), a następnie zaczął spadać. Umieralność na nowotwory złośliwe u mężczyzn osiągnęła najwyższy poziom w 1995 r. (206,3 zgonów/100 000), w kilku kolejnych latach utrzymywała się powyżej 200 zgonów na 100 000, a od 2004 r. zaczęła spadać. W populacji kobiet zarówno współczynniki zachorowalności, jak i umieralności na nowotwory złośliwe rosły od początku lat 80.

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 u dzieci, na postęp w leczeniu nowotworów wieku dziecięcego.

W populacji młodych dorosłych Polaków (20–44 lata) zachorowalność na nowotwory złośliwe jest od początku lat 80. wyższa u kobiet niż u mężczyzn. U młodych kobiet od lat 90. obserwuje się niewielki wzrost zachorowalności na nowotwory złośliwe, natomiast poziom umieralności do lat 90. nie zmieniał się istotnie, zaczął 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). W populacji młodych mężczyzn zachorowalność na nowotwory złośliwe pozostaje na niezmiennym poziomie od początku lat 90. Umieralność na nowotwory złośliwe u młodych mężczyzn rosła natomiast do połowy lat 80., po czym nastąpił obserwowany do dzisiaj spadek zgonów nowotworowych w tej grupie mężczyzn. Najczęstszym nowotworem występującym u młodych mężczyzn jest rak jądra (24% zachorowań, 6% zgonów).

Największym wyzwaniem dla prewencji i leczenia nowotworów w Polsce jest wysoka zachorowalność i umieralność na nowotwory złośliwe w średnim wieku (45–64 lata). W populacji mężczyzn w średnim wieku zgony na nowotwory złośliwe są od ponad trzydziestu lat drugą, po chorobach układu krążenia, przyczyną zgonów. U kobiet w średnim wieku prawie co druga (47%) przyczyna zgonu to nowotwory złośliwe. Zarówno zachorowalność jak i umieralność na nowotwory złośliwe znacząco rosła do początku lat 90. Od tego czasu notuje się spadek zachorowań i zgonów nowotworowych w tej grupie wieku mężczyzn. Najczęstszym nowotworem złośliwym u mężczyzn w średnim wieku jest od wielu lat rak płuca (24% zachorowań, 36% zgonów). U kobiet w średnim wieku zachorowalność na nowotwory złośliwe rośnie co najmniej od 30 lat, przy czym tempo wzrostu zachorowalności na nowotwory złośliwe w tej grupie wieku kobiet wydaje się zwiększać od początku lat 90. Umieralność nowotworowa u kobiet w średnim wieku utrzymuje się od połowy lat 60. na niezmiennym poziomie. Kobiety w średnim wieku najczęściej chorują na nowotwory złośliwe piersi (28% wszystkich zachorowań), a umierają na nowotwory złośliwe płuca (19%) i piersi (17%). Zgony na raka płuca od paru lat zaczynają stanowić pierwszą przyczynę zgonów nowotworowych w tej grupie wieku kobiet.

Zachorowalność i umieralność na nowotwory złośliwe w najstarszej wiekowo populacji mężczyzn (powyżej 65. roku życia) przez wiele lat rosła. Od około dziesięciu lat obserwuje się jednak zahamowanie wzrostu zachorowalności na nowotwory złośliwe w tej grupie wieku mężczyzn, a od około pięciu lat – spadek współczynników umieralności. Najczęstszym nowotworem złośliwym u mężczyzn powyżej 65. roku życia jest rak płuca (22% zachorowań i 31% zgonów). U kobiet zachorowalność na nowotwory złośliwe ciągle rośnie, umieralność natomiast utrzymuje od ponad 40 lat na niezmiennym poziomie. Dominującymi przy-

czynami zgonów nowotworowych u kobiet w starszym wieku są nowotwory złośliwe piersi (16% zachorowań i 11% zgonów), jelita grubego (odpowiednio 14% i 14%) i płuca (8% i 12%).

Przyrost liczby zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe w Polsce w ostatnim półwieczu wynika głównie ze starzenia się ludności Polski (zwiększania się liczby ludności po 65. roku życia) oraz częstego narażenia populacji na czynniki rakotwórcze, przede wszystkim związane ze stylem życia Polaków. Rosnące szybko po wojnie zagrożenie nowotworem złośliwym płuca, związane z rozszerzającą się epidemią palenia tytoniu, stanowi modelowy przykład wpływu zachowań zdrowotnych na zmianę obrazu nowotworów złośliwych w Polsce, przede wszystkim w populacji mężczyzn. U mężczyzn nowotwór ten od połowy lat 60. stał się główną przyczyną umieralności z powodu nowotworów złośliwych. W ostatnim dwudziestoleciu obserwuje się znaczny spadek zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe płuca u młodych mężczyzn i mężczyzn w średnim wieku, spowodowany stałym spadkiem odsetka palących mężczyzn we wszystkich grupach wieku notowany od początku lat 80. Zmniejszenie liczby zachorowań na raka płuca w Polsce, przede wszystkim u mężczyzn (o ponad 1200 przypadków rocznie u mężczyzn w wieku 20–64 lat), jest największym sukcesem Polski w walce z rakiem w ostatnich dekadach.

Do przyczyn wzrostu zagrożenia chorobami nowotworowymi w Polsce można także zaliczyć nieodpowiedni tryb odżywiania (nadmierne spożywanie tłuszczów zwierzęcych, dietę ubogą w warzywa i owoce), nadmierne picie alkoholu, niską aktywność fizyczną, ekspozycję na kancerogeny miejsca pracy, a ponadto brak świadomości zagrożenia nowotworami i, co za tym idzie, niechęć społeczeństwa do wykonywania badań przesiewowych oraz do wczesnego zgłaszania się do lekarza z powodu potencjalnych objawów chorobowych. Pomimo, że świadczenia gwarantowane finansowane przez NFZ w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi są nielimitowane oraz mimo podejmowanych w ramach Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych działań edukacyjnych, niski jest w Polsce w porównaniu z innymi krajami odsetek wczesnych rozpoznań nowotworów złośliwych – zwłaszcza raka szyjki macicy, piersi, jelita grubego i gruczołu krokowego – 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. Mimo postępu skuteczności leczenia nowotworów i wprowadzenia nowych leków ciągle istnieje potrzeba doposażenia ośrodków onkologicznych w sprzęt do diagnostyki i leczenia nowotworów oraz wykrywania nowotworów w późnych stadiach rozwoju choroby.

Kierunki działań

Podstawowe cele i kierunki dalszych działań na rzecz ograniczenia epidemii chorób nowotworowych w Polsce są nakreślone w Narodowym Programie Zwalczania Chorób Nowotworowych w Polsce, powołanym do życia ustawą z dnia 1 lipca 2005 roku. Jego celem strategicznym jest zahamowanie wzrostu zachorowań i zmniejszenie umieralności na nowotwory. W programie zakłada się osiągnięcie następujących celów operacyjnych w zakresie zwalczania nowotworów w Polsce:

- osiągnięcie średnich europejskich wskaźników w zakresie wczesnego wykrywania i skuteczności leczenia nowotworów;
- stworzenie warunków do wykorzystania w praktyce onkologicznej postępu wiedzy o przyczynach i mechanizmach rozwoju nowotworów złośliwych;

- utworzenie systemu ciągłego monitorowania skuteczności zwalczania nowotworów w skali kraju i w poszczególnych regionach Polski.

W zakresie prewencji chorób nowotworowych podstawowe kierunki działań, które powinny zostać w Polsce przyjęte na najbliższe lata, zostały określone w Europejskim Kodeksie Walki z Rakiem. Wychodząc z założeń Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem, zadań ujętych w Narodowym Programie Zwalczania Chorób Nowotworowych oraz oceny aktualnej sytuacji epidemiologicznej w zakresie chorób nowotworowych, postuluje się pilne podjęcie następujących działań w zakresie walki z rakiem:

- 1) szeroki rozwój profilaktyki pierwotnej nowotworów złośliwych, w szczególności w zakresie palenia tytoniu i niewłaściwego odżywiania;
- 2) wdrożenie populacyjnych, prowadzonych przez wyspecjalizowane ośrodki, programów wczesnego wykrywania nowotworów, w szczególności raka szyjki macicy, piersi, jelita grubego oraz wybranych nowotworów u dzieci;
- 3) zwiększenie dostępności do metod wczesnego rozpoznawania oraz wdrożenie procedur zapewniających wysoką jakość diagnostyki i terapii nowotworów;
- 4) dla uzyskania poprawy wyników leczenia jest konieczne upowszechnienie optymalnych metod diagnostyki (uwzględniających stopień zaawansowania choroby) i terapii, odpowiadających obecnemu stanowi klinicznie sprawdzonej wiedzy, a także upowszechnienie metod terapii skojarzonej oraz maksymalne skrócenie czasu oczekiwania na leczenie;
- 5) modernizacja bazy specjalistycznego leczenia nowotworów, w tym uzupełnienie oraz wymiana wyeksploatowanych urządzeń do radioterapii i diagnostyki nowotworów;
- 6) upowszechnienie metod rehabilitacji po leczeniu onkologicznym oraz wdrożenie najnowszych metod leczenia objawowego i walki z bólem;
- 7) rozwój i upowszechnienie nauczania onkologii w kształceniu przed i podyplomowym lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek, położnych i przedstawicieli innych zawodów medycznych;
- 8) stworzenie systemu permanentnego szkolenia lekarzy różnych specjalności i systemu szkolenia pielęgniarek onkologicznych, cytotechników i techników radiologii;
- 9) dalszy rozwój kadr onkologicznych i badań naukowych zwłaszcza w dziedzinach rokujących szybkie zastosowanie praktyczne (epidemiologia analityczna, biologia molekularna, genetyka, immunologia);
- 10) szybkie wdrożenie do praktyki diagnostycznej i leczniczej najnowszych zdobyczy naukowych w dziedzinie onkologii i dziedzinach pokrewnych, w tym biologii molekularnej i immunologii umożliwiających przewidywanie zagrożenia chorobą nowotworową;
- 11) poprawę działania systemu zbierania danych o stopniu zaawansowania nowotworów i wdrożenie systemu monitorowania skuteczności interwencji w zwalczaniu chorób nowotworowych;
- 12) upowszechnianie wiedzy w społeczeństwie na temat profilaktyki, wczesnego rozpoznawania i leczenia nowotworów zgodnie z zasadami Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem.

Propozycje źródeł finansowania

Środki na walkę z chorobami nowotworowymi powinny pochodzić przede wszystkim ze środków publicznych. Przemawia za tym doświadczenie wszystkich krajów, które osiągnęły wymierne efekty w zakresie walki z chorobami nowotworowymi.

Wskazane jest także wsparcie przez instytucje rządowe aplikacji polskich ośrodków naukowych i medycznych, a także organizacji pozarządowych działających w zakresie zdrowia publicznego o granty międzynarodowe, w tym Komisji Europejskiej.

Uwarunkowanie realizacji celów

- Rozwój edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i profilaktyki nowotworowej powinien być harmonijnie powiązany z zapewnieniem powszechnej dostępności i wysokiej jakości opieki diagnostyczno-leczniczej i rehabilitacyjnej.
- Istnieje potrzeba podejmowania skoordynowanych działań systemowych, najlepiej w postaci długofalowego narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych. Program taki powinien być kontynuowany w kolejnych dekadach i finansowany stosownie do potrzeb zdrowotnych i społecznych. Istnieje też potrzeba dostosowania odpowiednich regulacji prawnych i struktur organizacyjnych do potrzeb realizacji programu.
- Walka z chorobami nowotworowymi powinna też uwzględniać aktualne i przyszłe wyzwania w zakresie walki z rakiem, koncentrować się na grupach wysokiego ryzyka oraz brać pod uwagę pogłębiające się nierówności społeczno-ekonomiczne i regionalne w dostępie do zdrowia i opieki zdrowotnej.
- Bardzo ważną potrzebą jest umożliwienie polskim ośrodkom i kadrom onkologicznym dostępu do nowoczesnych, systemowych rozwiązań w zakresie informacji, edukacji, diagnostyki i terapii medycznej.

PRIORYTET III.4. Poprawa stanu zdrowia psychicznego Polaków

Epidemiologiczna diagnoza sytuacji

W Polsce nie dysponujemy całościowymi danymi z populacyjnych badań przesiewowych nad zdrowiem psychicznym ludności. Siłą rzeczy ocena sytuacji epidemiologicznej musi nadal opierać się rutynowych statystykach ochrony zdrowia gromadzonych i przetwarzanych od kilkudziesięciu lat przez Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Dane te pozwalają mówić o rejestrowanym rozpowszechnieniu zaburzeń psychicznych bardziej niż o zdrowiu psychicznym Polaków.

Gromadzone dane obejmują statystyki opieki ambulatoryjnej, opieki całodobowej oraz form pośrednich: opieki środowiskowej i oddziałów dziennych. Tylko dane z opieki całodobowej i oddziałów dziennych są uzyskiwane na podstawie indywidualnych kart pacjentów. Pozostałe statystyki mają charakter zagregowany na poziomie poszczególnych placówek i województw. Dlatego też nie możemy sobie pozwolić na sumowanie danych pochodzących z poszczególnych typów opieki.

Świadczenia ambulatoryjne otrzymuje blisko półtora miliona osób, a stacjonarne – ponad 200 tysięcy. W oddziałach dziennych leczy się wielokrotnie mniej, bo 25 tys. pacjentów, a opieka środowiskowa obejmuje zaledwie ok. 6 tys. pacjentów.

Ostatnia dekada przyniosła burzliwe zmiany w rejestrowanym rozpowszechnieniu zaburzeń psychicznych. W latach 1997–2009 liczba pacjentów w opiece ambulatoryjnej uległa prawie podwojeniu. Ich liczba zwiększyła się z około 750 tys. do 1,4 mln. Tempo wzrostu wśród pacjentów leczonych po raz pierwszy było nieco słabsze; ich liczba zwiększyła się o 75% z 224 tys. do 390 tys., co sugeruje, że rosnące wskaźniki odzwierciedlają zarówno większe rozpowszechnienie rzeczywiste zaburzeń psychicznych, jak i większą dostępność świadczeń. Największą grupę rozpoznań w lecznictwie ambulatoryjnym stanowią zaburzenia: nerwicowe (24%), afektywne (18%), organiczne (14%), behawioralne, osobowości,

rozwojowe i upośledzenia umysłowe (14%) oraz zaburzenia spowodowane spożywaniem alkoholu (13%). Co siódmy pacjent cierpi na schizofrenię i zaburzenia schizotypowe i urojeniowe.

Najszybsze tempo wzrostu obserwowano wśród pacjentów używających substancji psychoaktywnych. Ich liczba wzrosła ponad cztery razy, co wiąże się z rosnącym rozpowszechnieniem narkomani i nieuniknionymi następstwami dla zdrowia psychicznego. Mimo to stanowią oni zaledwie 3% wszystkich pacjentów. Szybko przyrasta liczba leczonych z powodu zaburzeń organicznych, co można tłumaczyć między innymi starzeniem się społeczeństwa. Dwukrotnie zwiększyła się liczba pacjentów leczonych z powodu chorób afektywnych, zaburzeń behawioralnych, osobowości, rozwojowych i upośledzenia.

„Geografia” rozpowszechnienia zaburzeń rejestrowanych w opiece ambulatoryjnej jest zagadkowa. Najwyższe współczynniki notujemy w pasie województw centralnych od woj. pomorskiego, poprzez kujawsko-pomorskie, do świętokrzyskiego i małopolskiego. Najniższe współczynniki występują w woj. zachodniopomorskim i warmińsko-mazurskim, gdzie są one o 20–30% mniejsze.

Nieco inny obraz sytuacji epidemiologicznej uzyskujemy przy analizie danych z lecznictwa stacjonarnego. Przyrost liczby pacjentów w opiece całodobowej był mniejszy. Niemniej jednak w latach 1997–2009 liczba pacjentów zwiększyła się prawie o połowę. Inna też była struktura rozpoznań. Aż 37% pacjentów stanowiły osoby leczące się z powodu zaburzeń spowodowanych pić alkoholu, a wśród pacjentów mężczyzn podobnie jak wśród pacjentów pierwszorazowych – 48%. Na drugim miejscu znalazły się schizofrenia i zaburzenia schizotypowe i urojeniowe (21%) oraz zaburzenia organiczne (15%). Dwukrotnie zwiększyła się liczba leczonych z powodu zaburzeń organicznych. Blisko 60% wzrostu ogólnej liczby pacjentów w opiece całodobowej przypada jednak na zaburzenia związane z konsumpcją alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.

Mapa rozpowszechnienia wg danych z opieki całodobowej różni się zasadniczo od wcześniejszej mapy zbudowanej na podstawie danych z opieki ambulatoryjnej. Województwa, w których lecznictwo ambulatoryjne odnotowywało najwyższe rozpowszechnienie (pomorskie, kujawsko-pomorskie i małopolskie), mają stosunkowo mniej pacjentów w opiece całodobowej. Wygląda na to, że w wielu przypadkach, o tym jakie leczenie otrzyma pacjent, nie decyduje jego stan zdrowia lecz dostępność świadczeń.

Działania programowe podjęte w ostatniej dekadzie

Od roku 2006 w Instytucie Psychiatrii i Neurologii trwały prace nad utworzeniem Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, zwieńczone powodzeniem. 28 grudnia 2010 r. Rada Ministrów zdecydowała o ustanowieniu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, który będzie realizowany w latach 2011–2015. Zasadniczymi celami Programu są: promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym oraz zapewnienie osobom z takimi zaburzeniami dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz innych form wsparcia i pomocy, które umożliwią im funkcjonowanie w rodzinie i społeczeństwie, a także rozwój badań naukowych i tworzenie systemów informacji, niezbędnych do skutecznego zapobiegania zaburzeniom psychicznym.

Najistotniejszym działaniem podejmowanym w ramach realizacji Programu będzie unowocześnienie lecznictwa psychiatrycznego, opierające się na założeniach modelu środowiskowego i polegające na:

1. Przekształceniu dużych szpitali psychiatrycznych w placówki specjalistyczne (nadal poważnym problemem opieki stacjonarnej jest nadmierna koncentracja łóżek w dużych szpitalach psychiatrycznych).

2. Tworzeniu oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych (oddziały psychiatryczne przy szpitalach ogólnych pozwalają na wyrównanie dostępności terytorialnej opieki stacjonarnej oraz zmniejszają stygmatyzację osób hospitalizowanych z powodu zaburzeń psychicznych).
3. Zwiększeniu udziału pozaszpitalnych form opieki zdrowotnej w rehabilitacji psychiatrycznej (mimo że w ostatnim dziesięcioleciu liczba oddziałów dziennych wzrosła dwukrotnie, nadal nawet mieszkańcy wielu większych miast mają kłopoty z dostępem do tej formy opieki).

Przepisy bezpośrednio odnoszące się do Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego zostały wprowadzone do Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 (tekst ujednolicony, stan prawny na dzień 17 lutego 2011 r.; Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375).

Rekomendacje

Dostępne dane wskazują na lawinowo rosnący popyt na świadczenia z zakresu zdrowia psychicznego. W ciągu ostatniego dziesięciolecia liczba leczonych ambulatoryjnie zwiększyła się dwukrotnie, a leczonych stacjonarnie – o połowę. Oznacza to setki tysięcy dodatkowych pacjentów i miliardy złotych na ich leczenie i rehabilitację. O pogarszającym się stanie zdrowia psychicznego, zwłaszcza w ostatnich latach, świadczy najwyższy w historii współczynnik samobójstw, w wyniku których ginie więcej Polaków niż na skutek wypadków drogowych. Gorsza kondycja psychiczna obywateli ma negatywny wpływ na klimat społeczno-polityczny, zmniejsza produktywność i innowacyjność, ogranicza możliwości rozwojowe kraju.

Najważniejsze kierunki dalszych działań powinny obejmować: 1) promocję zdrowia psychicznego, 2) zapobieganie samobójstwom, 3) ograniczenie spożycia alkoholu, 4) określenie priorytetów w zakresie leczenia zaburzeń psychicznych, 5) zapewnienie odpowiednich kadr w lecznictwie, 6) zapewnienie przestrzegania praw człowieka w psychiatrycznej ochronie zdrowia, 7) reorganizację systemu leczenia, 8) monitoring i koordynację, 9) badania naukowe.

Promocja zdrowia psychicznego

Ochrona zdrowia, mimo iż dysponuje rosnącym potencjałem intelektualnym, fachowym i coraz większym doświadczeniem, nie jest w stanie wpłynąć decydująco na zdrowie psychiczne Polaków. Może tylko leczyć; jej wpływ na przyczyny jest ograniczony. Poprawa sytuacji wymaga przede wszystkim zdecydowanych kroków w dziedzinie promocji zdrowia. Bez przełomu w tej dziedzinie będą narastać rzesze obywateli z ciężkimi doświadczeniami psychicznymi. Musimy uwzględniać kwestie zdrowia psychicznego w programach społeczno-gospodarczego rozwoju kraju, tak jak uwzględnia się wpływ decyzji gospodarczych na ekologię. Nie możemy pozwolić sobie dłużej na podejmowanie decyzji, które szkodzą kondycji psychicznej Polaków. Należy przygotować modelowe programy promocji zdrowia psychicznego dla społeczności lokalnych, zakładów pracy, szkół i uczelni, służb mundurowych i spowodować ich wdrożenie z uwzględnieniem specyfiki wdrażających je podmiotów.

Zapobieganie samobójstwom

Należy opracować i przyjąć Narodowy Program Zapobiegania Samobójstwom. Doświadczenia innych krajów pokazują na możliwość zmniejszenia liczby samobójstw w stosunkowo krótkim horyzoncie kilku lat. Zaniechania w tej dziedzinie grożą znacznym wzrostem ich częstotliwości.

Ograniczenie spożycia alkoholu

Musimy doprowadzić do ograniczenia konsumpcji alkoholu zarówno wśród młodzieży, jak i w dorosłych pokoleniach, co – jak wynika z doświadczeń polskich i zagranicznych – pociągnie za sobą ograniczenie zdrowotnych i społecznych problemów, w tym spadek liczby uzależnionych i spadek liczby związanych z alkoholem zgonów. Liczne badania wskazują na to, że najtańszą, a zarazem najskuteczniejszą strategią jest ograniczenie dostępności fizycznej i ekonomicznej alkoholu. Aktywna polityka podatkowa może doprowadzić do spadku spożycia, przy równoczesnym wzroście dochodów budżetowych.

Priorytety w ochronie zdrowia psychicznego

W obecnej sytuacji epidemiologicznej można wyróżnić cztery grupy rozpoznań, które stanowią największe zagrożenie dla zdrowia psychicznego Polaków, generując przy tym około 75% kosztów leczenia:

- przewlekłe choroby schizofreniczne i afektywne,
- zaburzenia związane ze spożyciem alkoholu,
- choroby wynikające ze starzenia, w tym choroby organiczne,
- depresje.

Istnieje pilna potrzeba opracowania skutecznych i kosztowo efektywnych programów opieki, których celem będzie z jednej strony zapobieganie wystąpieniu tych zaburzeń a z drugiej – zapewnienie odpowiedniej jakości życia osobom na nie cierpiącym.

Zapewnienie odpowiednich kadr w lecznictwie

Psychiatria cierpi na niedostatek specjalistów: psychiatrów, pielęgniarek, psychologów. Liczba psychiatrów w stosunku do liczby ludności jest znacznie niższa w porównaniu z rozwiniętymi krajami Unii Europejskiej. Niezbędne będzie stworzenie zachęt do podejmowania pracy w psychiatrycznej ochronie zdrowia i zdobywania specjalizacji w zakresie psychiatrii.

Zapewnienie przestrzegania praw człowieka w psychiatrycznej ochronie zdrowia

Znaczny poziom instytucjonalizacji, szpitalocentryczny model opieki, niedostatki personelu zwiększają ryzyko naruszeń praw człowieka, zwłaszcza w dużych szpitalach psychiatrycznych. Najpewniejszą drogą do ograniczenia tego ryzyka jest ograniczenie roli leczenia szpitalnego oraz zwiększenie odpowiednio kwalifikowanych kadr. Należy zwiększyć znaczenie organizacji pozarządowych w monitorowaniu tej kwestii.

Reorganizacja systemu leczenia

Skuteczne i optymalne kosztowo leczenie wymaga głębokiej reorientacji systemu psychiatrycznej ochrony zdrowia. Należy skończyć ze szpitalocentrycznym modelem, w którym szpitale pochłaniają trzy czwarte kosztów, oferując opiekę dla kilkunastu procent pacjentów. Opieka psychiatryczna musi stać się opieką środowiskową zorganizowaną w centra zdrowia psychicznego dające sieć oparcia, na którą składają się opieka zdrowotna, wsparcie społeczne i wsparcie w zakresie pracy zawodowej. Opieka stacjonarna powinna być oferowana przede wszystkim przez oddziały psychiatryczne przy szpitalach ogólnych, które są bardziej dostępne, mniej stygmatyzujące, pozwalające na zapewnienie ciągłości opieki w środowisku pacjenta.

Monitoring i koordynacja

Niezbędny jest też systematyczny monitoring pozwalający na ocenę wprowadzanych zmian i ich elastyczną korektę. Konieczne będzie zwiększenie nakładów na usprawnienie systemów informatycznych oraz na badania społeczne i organizacyjne. Realizacja takiego programu wymaga powołania silnego centrum koordynacyjnego oraz zapewnienia odpowiednich nakładów finansowych.

Propozycje źródeł finansowania

Środki na poprawę kondycji psychicznej mieszkańców Polski powinny pochodzić przede wszystkim ze środków publicznych.

PRIORYTET III.5. Ograniczenie zachorowań i umieralności z powodu przewlekłych chorób niezakaźnych przez poprawę żywienia i zwiększenie aktywności fizycznej społeczeństwa

Stan obecny

Zmiany w żywieniowych uwarunkowaniach sytuacji zdrowotnej

W ostatnim dziesięcioleciu nastąpiło wygaśnięcie dynamiki tych korzystnych zmian w diecie, które uznano za ważne determinanty poprawy sytuacji zdrowotnej w pierwszej dekadzie okresu transformacji. Należały do nich w szczególności wzrost spożycia owoców oraz zmiana struktury spożycia tłuszczów wydzielonych, polegająca na wzroście udziału tłuszczów pochodzenia roślinnego.

Chociaż spożyciu **owoców i warzyw** przyznano szczególnie wysoki priorytet wśród wskaźników zdrowego żywienia, to niestety spożycie owoców *przeciętnie na mieszkańca, po istotnej poprawie w latach 90., nie uległo dalszemu zwiększeniu w następnych latach*. Zgodnie z danymi z raportu *Health at a Glance: Europe 2010* (OECD, 2010) pod względem wysokości spożycia owoców w 2007 r. Polska zajmowała ostatnie miejsce wśród 31 krajów europejskich, uwzględnionych w raporcie.

Silna dodatnia zależność między spożyciem owoców a dochodami oraz nierówności w rozkładzie dochodów pociągają za sobą nierówności w rozkładzie spożycia. Zgodnie z wynikami badań budżetów 30% łącznej konsumpcji owoców przez wszystkie gospodarstwa domowe w 2009 r. przypadało na 20% tych gospodarstw, które uzyskiwały najwyższe dochody, podczas gdy na 20% gospodarstw domowych o najniższych dochodach tylko 13%. W ciągu ostatniego dziesięciolecia brak było praktycznie poprawy w omawianym rozkładzie.

W spożyciu warzyw, w przeciwieństwie do owoców, Polska zajmuje stosunkowo wysoką pozycję (9) wśród krajów europejskich, wziętych pod uwagę w cytowanym raporcie OECD. Wysokość spożycia w ostatnim dziesięcioleciu wahała się w stosunkowo wąskich granicach (110–120 kg na mieszkańca), nie wykazując jednak tendencji wzrostowej.

Spożycie warzyw jest także uzależnione od dochodów, choć zależność ta nie jest tak silna jak w przypadku owoców. W 2009 r. na 20% gospodarstw domowych o najwyższych dochodach przypadało 25% łącznej konsumpcji warzyw przez gospodarstwa domowe ogó-

łem, a na grupę o najniższych dochodach – 16%. Nierówności w rozkładzie spożycia warzyw na tle nierówności w dochodach pogłębiają się istotnie przy uwzględnieniu droższych rodzajów warzyw, jak w szczególności pomidorów.

O niewystarczającym udziale owoców i warzyw w naszej diecie świadczą też wyniki Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia w 2009 r.¹⁴⁰. Wśród dzieci powyżej 6. miesiąca życia największa grupa (45%) spożywa owoce 1 raz dziennie, a tylko 30% – 2 razy dziennie lub częściej. Raz dziennie jada warzywa 47% dzieci, a 2 razy dziennie – 20%. W tym kontekście warto podkreślić małe znaczenie socjalnej funkcji szkół w zakresie zapewnienia żywienia, co znajduje odzwierciedlenie w małej liczbie stołówek. W roku szkolnym 2009/2010 stołówki prowadziło *tylko* 55% ogółu szkół podstawowych. Osoby dorosłe spożywają warzywa i owoce jeszcze rzadziej niż dzieci. Dotyczy to zwłaszcza mężczyzn¹⁴¹.

Od 2002 r. nie jest już kontynuowana poprzednia tendencja wzrostowa w spożyciu **tłuszczów pochodzenia roślinnego**, a jednocześnie jeszcze wcześniej ustabilizowało się spożycie masła. W rezultacie udział tłuszczów roślinnych w spożyciu tłuszczów ogółem w 2009 r. wynoszący 66% był tylko nieznacznie wyższy w stosunku do 2000 r. (62%), podczas gdy w dziesięcioleciu 1990–2000 *zwiększył* się aż o 30 pkt. proc.

W ostatnim dziesięcioleciu nie było także poprawy w stosunku kwasów tłuszczowych wielonienasyconych do nasyconych, zawartych w diecie. Wynosił on 0,46 w 2009 r., przy 0,44 w 2000 roku. W poprzednim dziesięcioleciu (1990–2000) charakteryzowany stosunek poprawił się natomiast aż o 17 pkt. proc.

Spożycie soli w krajach europejskich znacznie przekracza poziom, zalecany przez Światową Organizację Zdrowia (poniżej 5 g na osobę/dzień). W świetle tego że podwyższone ciśnienie krwi stanowi główny czynnik ryzyka zgonów w Regionie Europejskim WHO, zmniejszenie spożycia soli uznano za szczególny priorytet dla podejmowania działań w ślad za wytycznymi Grupy Wysokiego Szczebla ds. Żywienia i Aktywności Fizycznej, utworzonej przez Komisję Europejską. Spożycie soli w Polsce, obliczane na podstawie wyników badań budżetów gospodarstw domowych, przekracza 2–3-krotnie poziom zalecany, przy czym może być ono faktycznie jeszcze wyższe ze względu na to, że badania budżetów nie uwzględniają spożycia w sektorze żywienia zbiorowego (gastronomia, stołówki, szkolne, pracownicze itp).

Aktywność fizyczna

Według badań krajowych zaledwie 30% młodzieży uczestniczy w zajęciach poprawiających sprawność fizyczną w czasie wolnym od pracy, a odsetek ten zmniejsza się do 5% w wieku dojrzałym. Sprawność fizyczna młodzieży, mierzona międzynarodowymi testami, uległa pogorszeniu w ostatnim dziesięcioleciu. Stwierdzono również, że poziom aktywności fizycznej osób dorosłych w Polsce jest jednym z najniższych w Europie. Wskazują na to m.in. badania przeprowadzone w sześciu krajach europejskich w ramach programu CINDI WHO. 72,9% zbadanych osób w Polsce zakwalifikowano do prowadzących siedzący tryb życia, podczas gdy np. w Finlandii do tej grupy zaliczono jedynie co dziesiątą osobę.

Według badań UE (Eurobarometer, 2009), aż 49% Polaków odpowiedziało, że nigdy nie ćwiczy, ani nie uprawia sportu, przy średniej dla ogółu krajów członkowskich wynoszącej 39%. Z pewną regularnością (od 1 do 4 razy w tygodniu aktywność fizyczną uprawiało 19% Polaków, podczas gdy średnia dla całej Unii wynosiła 31%.

¹⁴⁰ Por. *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.* (2011).

¹⁴¹ Tamże.

Sytuacja zdrowotna warunkowana modyfikowalnymi czynnikami stylu życia, w tym żywieniem i aktywnością fizyczną

W Polsce w niepokojąco szybkim tempie zwiększa się występowanie nadwagi i otyłości. W 2000 r. na podstawie przeprowadzonych pomiarów antropometrycznych stwierdzono występowanie nadmiernej masy ciała u 56,7% dorosłych mężczyzn (otyłość u 15,7%) i u 48,6% kobiet (otyłość u 19,9%). Częstość otyłości zwiększała się wraz z wiekiem (IŻŻ, 2000). Nadmierną masę ciała stwierdzono także u 19,9% chłopców (u 4% otyłość) i u 14,5% dziewcząt (u 3,5% otyłość).

Wyniki kolejnych pomiarów antropometrycznych obejmujących ogólnopolską, reprezentatywną próbę (program WOBASZ 2003–2005) ujawniły wzrost występowania nadmiernej masy ciała wśród osób dorosłych w stosunku do poprzednich badań, a w tym istotny wzrost otyłości u mężczyzn (20,6,% *versus* 15,7%).

Szczególnie niepokojące informacje, świadczące o gwałtownym przyspieszeniu dynamiki występowania nadwagi i otyłości w naszej populacji, pochodzą z Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia w 2009 roku¹⁴². W latach 1996–2004 nadmierna masa ciała u mężczyzn zwiększyła się o 4 pkt. proc. (w tym o 2 pkt. otyłość), wśród kobiet zaś pozostała bez zmian. W 2009 r. wskaźnik nadmiernej masy ciała u mężczyzn był aż o 9 pkt. proc. wyższy w stosunku do 2004 r. (otyłość wzrosła o 4 pkt.), a u kobiet zwiększył się o 5 pkt. proc. (otyłość prawie o 3 pkt.).

Działania podejmowane w Polsce na rzecz poprawy żywienia i aktywności fizycznej i/lub zmniejszenia otyłości

Chorobom powstałym na tle wadliwego żywienia i niedostatecznej aktywności fizycznej można skutecznie zapobiegać. Wymaga to jednak podejmowania działań profilaktycznych o zasięgu ogólnokrajowym i stosownego finansowania.

W ostatnim dziesięcioleciu Polska przystąpiła do następujących inicjatyw międzynarodowych dotyczących poprawy żywienia i aktywności fizycznej:

- strategia globalna dotycząca diety, aktywności fizycznej i zdrowia (2004 r.), jedna ze specyficznych strategii w celu realizacji Europejskiej Strategii Zapobiegania i Zwalczania Chorób Niezakaźnych (2006 r.),
- Europejska Karta Walki z Otyłością (2006 r.),
- Strategia Europejska w zakresie problemów zdrowotnych związanych z odżywianiem się, nadwagą i otyłością (Komisja Europejska – 2007 r.),
- II Europejski Plan Działania dotyczący polityki w zakresie żywności i żywienia na lata 2007–2012,
- Plan Działania w zakresie Wdrażania Strategii Globalnej w celu Zapobiegania i Zwalczania Chorób Niezakaźnych 2008–2013 (2008 r.),
- Wytyczne Grupy Roboczej Wysokiego Szczebla ds. Żywienia i Aktywności Fizycznej, utworzonej przez Komisję Europejską w następstwie Strategii Europejskiej w zakresie problemów zdrowotnych związanych z odżywianiem się, nadwagą i otyłością – zobowiązanie wszystkich krajów członkowskich do ich realizacji jako najważniejszego priorytetu zdrowia publicznego.

W związku z powyższymi zobowiązaniami w 2007 r. uruchomiono Narodowy Program Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej POL-HEALTH na lata 2007–2011, finansowany przez Ministerstwo Zdrowia. Środki przeznaczone na realizację programu w latach 2007–2009 wyniosły jednak niespełna 1,2 mln zł – 0,06% ogółu nakładów z budżetu na reali-

¹⁴² Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r. (2011).

zając kilkunastu programów zdrowotnych dotyczących przewlekłych chorób niezakaźnych w tym okresie. Od 2010 r. powyższy program (już bez sformułowania: narodowy) stanowi Moduł I Narodowego Programu Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym, obejmującego jeszcze dwa następujące moduły: II – Program Prewencji i Leczenia Cukrzycy w Polsce na lata 2010–2011; III – Program Eliminacji Niedoboru Jodu w Polsce na lata 2009–2011.

Finansowanie modułu I w 2010 r. wyniosło 1,3 mln zł, a w 2011 r. – 1,2 mln zł, co pozostaje w oczywistej dysproporcji w stosunku do potrzeb i efektów, które można by uzyskać w korzystniejszej sytuacji.

W Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007–2015 zawarto cel operacyjny 3: „Poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności oraz zmniejszenie występowania otyłości”, a także cel 4: „Zwiększenie aktywności fizycznej ludności”. Brak jednak wyodrębnionego finansowania tego programu.

Główny Inspektorat Sanitarny i Polska Federacja Producentów Żywności Związek Pracodawców realizują na zasadzie partnerstwa publiczno-prywatnego od 2006 r. ogólnopolski program edukacyjny „Trzymaj Formę!”. Głównym celem programu jest edukacja w zakresie trwałego kształtowania prozdrowotnych nawyków wśród młodzieży szkolnej i ich rodzin poprzez promocję zasad aktywnego stylu życia i zbilansowanej diety, w oparciu o odpowiedzialność indywidualną i wolny wybór jednostki.

W listopadzie 2009 r. Minister Edukacji Narodowej, Minister Zdrowia i Minister Sportu i Turystyki podpisali „Porozumienie o współpracy w sprawie promocji zdrowia i profilaktyki problemów dzieci i młodzieży”.

Rekomendacje

Istnieje konieczność kontynuacji i znaczącego rozszerzenia skoordynowanych działań w zakresie zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym przez poprawę żywienia i aktywności fizycznej, zgodnie z wytycznymi HLG Komisji Europejskiej znajdujących oparcie w programie rządowym, finansowanym na miarę potrzeb, a w tym:

- 1) stworzenie spójnego programu edukacji żywieniowej, dostosowanego do potrzeb wszystkich grup społecznych i ułatwiającego m.in. świadomy wybór produktów spożywczych, sprzyjających prozdrowotnemu modelowi żywienia;
- 2) szczególny nacisk powinien być położony na edukację żywieniową kobiet w okresie rodzimym, promocję karmienia naturalnego niemowląt oraz edukację żywieniową dzieci i młodzieży;
- 3) utworzenie platformy współpracy z przemysłem spożywczym na rzecz produkcji żywności o walorach prozdrowotnych (mniej tłuszczu, cukru i soli);
- 4) utworzenie podobnej platformy współpracy z sektorem żywienia zbiorowego;
- 5) nadanie wysokiej rangi jakości zdrowotnej żywności i bezpieczeństwu żywnościowemu przez poprawę nadzoru nad importem, krajową produkcją i dystrybucją żywności oraz poprawę fizycznej i ekonomicznej dostępności żywności dla grup znajdujących się w sferze niedostatku;
- 6) ustawiczne kształcenie i podnoszenie kwalifikacji w dziedzinie żywienia i aktywności fizycznej grup zawodowych zajmujących się zdrowiem człowieka (lekarze, pielęgniarki, dietetycy);
- 7) opracowanie i wdrożenie systemu poradnictwa dietetycznego do podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz szpitali;
- 8) stworzenie wszystkim uczniom możliwości zdrowego żywienia w szkole;
- 9) stworzenie dzieciom i młodzieży możliwości uczestniczenia w pozalekcyjnych zajęciach sportowo-rekreacyjnych na terenie szkół i miejsc zamieszkania;

- 10) wdrażanie standardów żywienia w szpitalach w celu poprawy skuteczności leczenia i zmniejszenia jego kosztów;
- 11) opracowanie i wdrażanie systemu poradnictwa w zakresie poprawy aktywności ruchowej pacjentów hospitalizowanych w celu poprawy skuteczności leczenia;
- 12) oddziaływanie na rozwój bazy urządzeń sportowych i rekreacyjnych w celu zwiększenia aktywności fizycznej, ze szczególnym uwzględnieniem małych miast, miasteczek i wsi;
- 13) monitorowanie zmian w żywieniu i w stanie odżywienia (identyfikacja nadwagi, otyłości lub niedowagi) na podstawie regularnych, ogólnopolskich, reprezentatywnych badań;
- 14) poprawa systemu informacji nt. przeciętnego spożycia żywności na mieszkańca przez powrót do opracowywania i publikowania danych nt. spożycia ryb oraz tłuszczów roślinnych przez Główny Urząd Statystyczny; uwzględnienie soli w statystyce dostaw na rynek krajowy.

PRIORYTET III.6. Promocja zdrowia jako strategia rozwiązywania współczesnych problemów zdrowotnych

CEL SZCZEGÓŁOWY 1. Zmiana modelu i statusu promocji zdrowia w krajowym systemie ochrony zdrowia

Stan obecny

Styl życia, czynnik uznawany za główną determinantę zmienności w stanie zdrowia, jest kategorią społeczną, a nie medyczną. Stąd upowszechnienie prozdrowotnych stylów życia nie może być osiągnięte przez działania podporządkowane, na wzór działań klinicznych, modelowi (paradygmatowi) biomedycznemu. W ramach tego modelu obowiązuje bowiem indywidualne podejście do rozwiązywania problemów zdrowotnych. W praktyce skutkuje ono dążeniem do minimalizacji negatywnego wpływu zachowań na zdrowie, przede wszystkim za pomocą skierowanej do jednostek edukacji zdrowotnej, przy braku oddziaływania na środowiskowe determinanty tych zachowań. Z powodu rozległych wpływów społecznych, którym podporządkowane są ludzkie zachowania, próby ich zmiany (tak jak jest to zbyt często robione w wielu systemach zdrowia zdominowanych przez medycynę naprawczą, także w polskim systemie) nie mogą ograniczać się jedynie do przekonywania o słuszności zachowań zdrowotnych oraz informowania o zagrożeniach związanych z zachowaniami antyzdrowotnymi. Tego rodzaju indywidualne podejście do rozwiązywania problemów zdrowotnych milcząco zakłada bowiem nieograniczoną autonomię jednostek w sferze podejmowania decyzji o własnym zachowaniu. Jest to założenie fałszywe. Mimo że bezpośrednia decyzja o określonym zachowaniu zdrowotnym jest podejmowana przez konkretne osoby, trzeba pamiętać o tym, że rodzaj tej decyzji jest wynikiem wpływu wielu czynników, w tym przede wszystkim kulturowych, społecznych i społeczno-ekonomicznych, decydujących o zasobach umożliwiających jednostkom podejmowanie decyzji korzystnych dla zdrowia.

Innymi słowy bez podejmowania w szeroko pojętym środowisku człowieka działań międzysektorowych przyczyniających się do zwiększania dostępu do zasobów niezbędnych do przestrzegania korzystnych dla zdrowia norm zachowania, nie należy oczekiwać równomiernej, masowej poprawy stanu zdrowia we wszystkich kategoriach ludności. Z góry wiadomo, że w wyniku wynikającego z nierówności społecznych nierównego dostępu do zasobów decydujących o zdrowiu, takich jak: warunki mieszkaniowe, praca, wykształcenie, infrastruktura sportowo-rekreacyjna, edukacja zdrowotna, usługi medyczne itp. beneficjentami wszelkich pozytywnych zmian, obserwowanych w skali makrospołecznej, staną się przede wszystkim katego-

rie ludności lokujące się na górze drabiny społecznej, a więc osoby o największym dostępie do zasobów.

Do istotnego zmniejszenia różnic w dostępie do zasobów decydujących o zdrowiu, a tym samym redukcji społecznych nierówności w zdrowiu doprowadzić ma promocja zdrowia. Cel ten ma szansę być osiągnięty pod warunkiem nadania promocji zdrowia statusu strategii umożliwiającej rozwiązywanie współczesnych problemów zdrowotnych przez wielosektorowe budowanie zasobów dla zdrowia, w tym edukacyjnych i z zakresu opieki zdrowotnej. Oznacza to konieczność korzystania z założeń paradygmatu socjoekologicznego, a nie biomedycznego. Potwierdzenie niskiej efektywności promocji zdrowia, podporządkowanej założeniom modelu biomedycznego, znajdujemy także w Polsce. Od co najmniej 20 lat pod szyldem promocji zdrowia prowadzi się w kraju intensywne działania z zakresu edukacji zdrowotnej. Działaniom edukacyjnym związanym ze zdrowiem najczęściej nie towarzyszą (choć zdarzają się wyjątki) międzysektorowe działania na rzecz budowy oraz zwiększania dostępu do zasobów warunkujących upowszechnienie zachowań prozdrowotnych zalecanych w ramach edukacji. Dzieje się tak zarówno na poziomie centralnym, jak i lokalnym. Ponadto niedostatek **systemowych** rozwiązań w zakresie infrastruktury dla promocji zdrowia, w tym braki legislacyjne (niespójność i niekompletność prawa) oraz niedobory finansowe, powoduje, iż w miejsce systemowych – a więc trwałych i skoordynowanych wielosektorowych działań mających na celu upowszechnienie wiedzy, postaw, zachowań jednostek i zbiorowości oraz dokonanie wspierających zdrowie zmian w środowisku człowieka, w tym kulturowych, społecznym i społeczno-ekonomicznym – podejmowane są rozrzucone geograficznie i środowiskowo programy i projekty promocji zdrowia, które najczęściej są podporządkowane modelowi biomedycznemu.

Stąd obserwuje się, mimo osiągnięcia spektakularnych sukcesów m.in. w obniżeniu poziomu umieralności przedwcześnie na poziomie populacji ogólnej, utrzymywanie się znacznych nierówności w zdrowiu między kategoriami ludności zajmującymi wysokie i niskie pozycje w strukturze społecznej. Obserwowany w Polsce od 1991 r. spadek umieralności ogólnej nie rozkłada się równomiernie w strukturze społecznej. Różnice standaryzowanych współczynników umieralności w grupach wykształcenia są uderzające i utrzymują się w czasie. Poziom wykształcenia różnicuje także przeciętną długość trwania życia w momencie urodzenia oraz przeciętną długość trwania życia w zdrowiu w momencie urodzenia. Istnienie powyższych zależności stanowiło w przeszłości i stanowi obecnie wystarczające podstawy do nadania właściwej rangi promocji zdrowia w systemie ochrony zdrowia i **uczynienie w myśl idei promocji zdrowia z polityki zdrowotnej – politykę wielosektorową.**

Akceptowana formalnie przez kolejne rządy, w tym resorty zdrowia, promocja zdrowia nie była nigdy traktowana jako strategia i obszar działań o kluczowym znaczeniu dla polityki zdrowotnej i funkcjonowania systemu ochrony zdrowia jako takiego. Nigdy też nie była ona uznawana za strategię możliwą do wykorzystania w roli narzędzia reformy tego systemu – funkcjonowała w przeszłości i funkcjonuje nadal przede wszystkim jako jeden z działów systemu opieki zdrowotnej, w dodatku posiadający raczej marginalne znaczenie.

Od samego początku rozwoju promocji zdrowia ramy formalne dla promocji zdrowia miał stanowić Narodowy Program Zdrowia (NPZ), oficjalnie traktowany jako podstawowy dokument określający priorytety w zakresie ochrony zdrowia, a przy tym uwzględniający element współpracy międzysektorowej. Mimo że pierwsze trzy edycje NPZ z lat 1990, 1993 i 1996 przyjmowały za punkt wyjścia ideę promocji zdrowia, a zapisy wchodzące w skład tych dokumentów podkreślały jej rolę w przekształcaniu systemów społecznych w kierunku prozdrowotnym, ostatecznie nie doprowadziły do uruchomienia krajowego systemu współpracy międzysektorowej na rzecz zdrowia. Podstawowym zagrożeniem dla realizacji współ-

pracy międzysektorowej na rzecz zdrowia w ramach NPZ jest brak wystarczających podstaw prawnych dla takiego działania, zarówno w odniesieniu do wymagalności działań na rzecz zdrowia w różnych sektorach, jak i źródeł i zasad finansowania wspólnych, międzysektorowych przedsięwzięć. Dotychczasowe doświadczenie pokazuje, że brak rozwiązań legislacyjnych i finansowych prowadzi do koncentracji odpowiedzialności za promocję zdrowia w sektorze zdrowia, przede wszystkim w opiece zdrowotnej. Oznacza to w praktyce wzmocnienie roli edukacji zdrowotnej i nadawanie jej biomedycznego charakteru oraz marginalizację współpracy międzysektorowej. Ugruntowywanie się takiego stanu rzeczy daje nikłe szanse na redukcję społecznych nierówności w zdrowiu, co z punktu widzenia rozwoju kapitału ludzkiego ma bardzo istotne znaczenie.

Kierunki działań

- Zainicjowanie debaty publicznej na temat roli promocji zdrowia jako strategii międzysektorowej, w rozwiązywaniu współczesnych problemów zdrowotnych, ze szczególnym uwzględnieniem redukcji społecznych nierówności w zdrowiu.
- Przeprowadzenie krajowej kampanii edukacyjnej mającej na celu upowszechnienie w społeczeństwie wiedzy o roli, zadaniach i możliwościach stwarzanych przez promocję zdrowia w zakresie budowania indywidualnych i zbiorowych zasobów dla zdrowia oraz zapobiegania chorobom.
- Zakończenie prac nad ustawą o zdrowiu publicznym odpowiadającej potrzebom nowoczesnego zdrowia publicznego i promocji zdrowia (konieczne przejście od modelu biomedycznego do modelu socjoekologicznego). Prace nad ustawą o zdrowiu publicznym rozpoczęły się w latach 90. ubiegłego wieku i do tej pory, nie zostały zakończone.
- Spowodowanie, aby Narodowy Program Zdrowia po nowelizacji miał umocowanie ustawowe, był narzędziem wdrażania ustawy o zdrowiu publicznym oraz posiadał status dokumentu nadrzędnego w stosunku do innych programów narodowych związanych ze zdrowiem. Zwiększenie udziału środków przeznaczanych na zdrowie publiczne w puli środków przeznaczanych na zdrowie oraz zapewnienie stałego finansowania jego promocji.
- Wzmocnienie roli Głównego Inspektoratu Sanitarnego, jako instytucji realizującej zadania z zakresu promocji zdrowia w kraju.
- Zwiększenie aktywności turystycznej Polaków poprzez większy udział Polaków w turystyce, a tym samym wzrost rekreacji ruchowej wpływający pozytywnie na dobrostan psychiczny mieszkańców Polski.

CEL SZCZEGÓŁOWY 2. Rozwój infrastruktury dla promocji zdrowia (zasoby ludzkie, instytucje, legislacja, system finansowania, rozwiązania organizacyjne) oraz działań w obszarze zdrowia publicznego

Stan obecny

W Polsce w chwili obecnej trwają prace nad przygotowaniem ostatecznej wersji projektu przedmiotowej ustawy. Poziom finansowania zdrowia publicznego i jego składowej promocji zdrowia jest wysoce niewystarczający. Promocja zdrowia nie dysponuje wystarczającą infrastrukturą, nie ma stabilnych i wystarczających źródeł finansowania, od samego początku rozwoju była także pozbawiona pełnego zaplecza prawnego, szczególnie w odniesieniu do promocji zdrowia w opiece zdrowotnej. Warto zaznaczyć, że brak jest legislacyjnych

rozwiązań jednoznacznie określających miejsca i warunki zatrudniania absolwentów wydziałów o zdrowiu uniwersytetów medycznych – przyszłych kadr dla promocji zdrowia.

Mimo znacznych trudności mamy w kraju przykłady programów stanowiących załączki rozwiązań systemowych godnych naśladowania w skali ogólnokrajowej. Mowa tu przede wszystkim o pełniących rolę wzorcotwórczą, zainicjowanych przez WHO, międzynarodowych, środowiskowych programach z zakresu promocji zdrowia funkcjonujących w postaci sieci, tj. Programie Zdrowych Miast, Programie Szkół dla Zdrowia Europy (nazwa obowiązująca od roku 2007, poprzednia nazwa to: Program Szkół Promujących Zdrowie), Programie Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy oraz Programie Szpitali Promujących Zdrowie. Jak wynika z dostępnych danych programy te z racji ogromnych trudności, jakie napotykali i napotykają ich koordynatorzy, miały i mają zbyt mały zasięg oddziaływania. W praktyce wzorce normatywne leżące u podłoża tych programów przejmowane były i są przez zbyt małą liczbę instytucji i organizacji. Najliczniejszą sieć stanowi sieć Szkół dla Zdrowia Europy. Lista członków obejmująca szkoły z certyfikatami, bez certyfikatów i przedszkola w 2010 r. przekroczyła liczbę dwóch tysięcy (w kraju mamy kilkadziesiąt tysięcy szkół nauczania podstawowego i średniego). Na szczególną uwagę zasługuje podpisane w listopadzie 2009 r. nowatorskie i – co należy podkreślić – bezterminowe „Porozumienie o współpracy między Ministrem Edukacji Narodowej, Ministrem Zdrowia i Ministrem Sportu i Turystyki z dnia 23 listopada 2009 roku w sprawie promocji zdrowia i profilaktyki problemów dzieci i młodzieży”. Objęte tym porozumieniem ustalenia mają charakter systemowych rozwiązań.

W kontekście niedającego się odwrócić procesu starzenia się polskiej populacji ogromnego znaczenia nabierają działania z zakresu promocji zdrowia skierowane do osób w podeszłym wieku w wymiarze aktywizacji społecznej, w tym zawodowej i rodzinnej, dostępu do różnych form wsparcia społecznego, w tym w ramach grup samopomocy, poradnictwa psychologicznego i medycznego oraz zapewnienia bezpieczeństwa i niezależności poruszania się w miejscu zamieszkania i przestrzeni publicznej.

Kierunki działań

- Zapoczątkowanie i rozwój mechanizmów rutynowej współpracy międzysektorowej na rzecz zdrowia.
- Przegląd i aktualizacja aktów prawnych istotnych dla promocji zdrowia jako międzysektorowej strategii i obszaru działań.
- Uruchomienie powszechnej tradycji oceny wyników projektów interwencyjnych z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki w strukturze społecznej (wg wykształcenia, dochodu, pozycji społeczno-zawodowej) w celu oceny ich efektów dla poprawy stanu zdrowia populacji i redukcji społecznych nierówności w zdrowiu.
- Uruchomienie monitoringu zachowań zdrowotnych.
- Stymulowanie rozwoju interdyscyplinarnych badań nad społecznymi nierównościami w zdrowiu.
- Kontynuacja i rozwój sieciowych programów promocji zdrowia opartych na siedliskowym podejściu (*setting approach*), tj. programu Zdrowe Miasta wiążącego działania na rzecz zdrowia i ochrony środowiska w środowisku miejskim; programu Promocja Zdrowia w Miejscu Pracy promującego zdrowie w środowisku zatrudnienia oraz zdrowy styl życia poza miejscem pracy; programu Szpitali Promujących Zdrowie oraz programu Szkół dla Zdrowia Europy (dawna sieć szkół promujących zdrowie).
- Kontynuacja i rozwój programu CINDI.
- Rozwój w populacji generalnej i jej wybranych subpopulacjach kompetencji zdrowotnych obejmujących zdobywanie, rozumienie i stosowanie informacji istotnych z punktu widzenia profilaktyki pierwotnej i promocji zdrowia.

- Zwiększenie oferty dla międzysektorowych programów promocji zdrowia w ramach programów polityki zdrowotnej finansowanej przez resort zdrowia.
- Kontynuacja i rozwój działań na rzecz promocji zdrowia świadczonych przez władze samorządowe, sektor pozarządowy i społeczności lokalne.
- Rozwój różnych form poradnictwa wspierającego upowszechnianie prozdrowotnych stylów życia w populacji generalnej, w tym poradni zdrowia psychicznego.
- Opracowanie i wdrażanie programu promocji zdrowia dla osób 50+.
- Wspieranie i rozwój programów bezpieczeństwa drogowego ze szczególnym uwzględnieniem programów adresowanych do populacji 50+.
- Wzmocnienie roli Głównego Inspektoratu Sanitarnego, jako instytucji realizującej zadania z zakresu promocji zdrowia w kraju.
- Wspieranie aktywności turystycznej Polaków poprzez promocję wyjazdów turystycznych (w szczególności wyjazdów turystycznych krajowych).

CEL SZCZEGÓŁOWY 3. Rozwój infrastruktury dla promocji zdrowia (zasoby ludzkie, instytucje, legislacja, system finansowania) oraz działań w obszarze opieki zdrowotnej

Stan obecny

Brak jest zapisów ustawowych pozwalających uznać działania z zakresu promocji zdrowia za świadczenie zdrowotne oraz zapewniających możliwość spójnego podejścia do promocji zdrowia w opiece zdrowotnej. Nasilenia wymagają działania na rzecz zwiększenia wyrównywania dostępu do opieki zdrowotnej i usług wysokiej jakości.

Nie istnieją warunki do rozwoju permanentnej edukacji pacjentów i ich rodzin z myślą o redukcji negatywnych wpływów środowiskowych na ich zachowanie w procesie profilaktyki, leczenia i rehabilitacji. Stąd pojawia się konieczność wprowadzenia minimalnych interwencji do praktyki lekarskiej, rozwoju poradnictwa i mechanizmów współpracy między personelem medycznym a innymi specjalistami.

Obserwuje się także brak mechanizmów i warunków organizacyjnych zapewniających permanentną edukację z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki personelu medycznego i paramedycznego.

Kierunki działań

- Podjęcie prac nad nowelizacją ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- Podejmowanie dalszych działań na rzecz zwiększenia dostępu do świadczeń zdrowotnych i podnoszenia ich jakości. Stworzenie warunków dla rozwoju permanentnej edukacji pacjentów i ich rodzin z myślą o *redukcji negatywnych wpływów środowiskowych* na ich zachowanie w procesie profilaktyki, leczenia i rehabilitacji poprzez :
 - wprowadzenie konieczności minimalnych interwencji do praktyki lekarskiej,
 - rozwój poradnictwa,
 - rozwój mechanizmów współpracy między personelem medycznym a innymi specjalistami.
- Stworzenie warunków do permanentnej edukacji z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki personelu medycznego i paramedycznego.
- Wspieranie rozwoju badań nad modelowymi rozwiązaniami poradnictwa i edukacji pacjentów zapewniających im poziom kompetencji zdrowotnych dla pełnego odpowiedzialnego uczestnictwa w procesie terapii, profilaktyki wtórnej i rehabilitacji.

CEL IV. OKREŚLENIE ZASAD I KIERUNKÓW POLITYKI MIGRACYJNEJ POLSKI W DOBIE INTEGRACJI EUROPEJSKIEJ – Dr Alina Potrykowska

DIAGNOZA

Migracje zagraniczne, związane z procesem globalizacji gospodarki światowej, znajdują również odzwierciedlenie w Polsce. Od początku procesu transformacji skala i struktura migracji zagranicznych zmieniała się, co wiąże się m.in. z liberalizacją przepisów paszportowych, a następnie ze stopniowym otwieraniem rynków pracy poszczególnych państw członkowskich UE w rezultacie akcesji Polski do Unii Europejskiej i wstąpieniem naszego kraju do strefy Schengen. Okres negocjacji akcesyjnych i sama akcesja miały niewątpliwie wpływ na całokształt spraw związanych z procesami migracyjnymi. Ogromny wysiłek dostosowawczy wiązał się także z koniecznością podjęcia przez administrację publiczną w większym zakresie prac analitycznych i prognostycznych, pozwalających na kształtowanie się określonych kierunków polityki migracyjnej państwa.

1. Proces kształtowania się polityki migracyjnej w Polsce po akcesji do Unii Europejskiej

O politykę migracyjną państwa wystąpił w Memoriale (2002) Komitet Prognoz PAN, Polska 2000 Plus oraz Rządowa Rada Ludnościowa, która w wykonaniu uchwał I Kongresu Demograficznego przedłożyła *Raport w sprawie polityki migracyjnej państwa*, przygotowany przez międzyresortowy zespół specjalistów w 2004 r., tuż przed naszą akcesją do UE¹⁴³. Postulowano w nim, aby polityka migracyjna stanowiła część działań państwa w odniesieniu do procesów demograficznych i strategii rozwoju kraju.

Raport, będący częścią *Założeń polityki ludnościowej w Polsce*, przygotowanych przez Rządową Radę Ludnościową, określał zasady i kierunki polityki migracyjnej kraju. Na podstawie analizy współczesnych zjawisk migracyjnych, takich jak masowość i wielowymiarowe znaczenie (ekonomiczne, demograficzne, społeczne, polityczne, kulturowe), postawiono tezę, iż doktryna i polityka migracyjna muszą stać się trwałym elementem strategii rozwoju Polski.

Wspomniany raport nie tylko wskazywał najważniejsze uwarunkowania polityki migracyjnej, ale proponował metody i środki realizacji, kładąc nacisk na potrzebę podjęcia badań, gromadzenia informacji i monitorowania procesów migracyjnych przy zachowaniu podejścia interdyscyplinarnego i odpowiedzialności państwa za zapewnienie niezbędnych podstaw prawnych oraz warunków organizacyjnych i finansowych do prowadzenia takich działań.

¹⁴³ *Założenia polityki ludnościowej w Polsce, 2006*, w: Raport RRL 2004. *Sytuacja demograficzna Polski i Założenia polityki ludnościowej w Polsce*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2006. W dokumencie przedstawiono m.in. próby opracowania założeń polityki migracyjnej kraju, podejmowane przez resort spraw wewnętrznych we współpracy z innymi resortami (s.83-84). Dotyczy to m.in. kwestii doprowadzenia do debaty na forum Rady Ministrów na temat polityki migracyjnej (1997 rok), utworzenia międzyresortowej grupy i podjęcia prac nad dokumentem programowym polityki migracyjnej (także w 1997 roku), powołania przez Prezesa Rady Ministrów Międzyresortowego Zespołu do Spraw Migracji, którego głównym zadaniem było podjęcie prac nad polityką migracyjną Polski, prac podjętych przez Urząd do Spraw Repatriacji i Cudzoziemców na przełomie 2002/2003 roku zgodnie z wytycznymi Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji (we współpracy z innymi urzędami centralnymi i ministerstwami) nad założeniami polityki migracyjnej.

W istocie założenia polityki migracyjnej powinny odzwierciedlać polską rację stanu, idee humanitarne oraz rolę państwa, w tym zwłaszcza jej strategiczne przesłanki cywilizacyjne i modernizacyjne. Wynikające z doktryny zasady polityki migracyjnej muszą wyraźnie określać układ instytucjonalny, zakres odpowiedzialności poszczególnych organów i instytucji łącznie ze wskazaniem na koszty polityki i źródła jej finansowania. Opracowanie to powinno stać się inspiracją do systemowych skoordynowanych działań organizacyjnych i instytucjonalnych służących budowaniu polityki migracyjnej w Polsce.

Projekt badawczy *Polityka migracyjna jako instrument promocji zatrudnienia i ograniczania bezrobocia*, zrealizowany przez zespół naukowców z Ośrodka Badań nad Migracjami UW, problematykę migracji przedstawiał kompleksowo, przez pryzmat zachowań na rynkach pracy¹⁴⁴. Projekt ten miał na celu opracowanie rekomendacji dla polityki migracyjnej z perspektywy rynku pracy.

W latach 2008–2012 powstały strategiczne dokumenty rządowe, w których znalazło się odwołanie do polityki migracyjnej. Raport *Polska 2030. Wyzwania rozwojowe*¹⁴⁵ oraz jego kontynuacja: *Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju. Polska 2030 – Trzecia fala nowoczesności*¹⁴⁶, dotyczący strategii rozwoju Polski w dwudziestoletniej perspektywie, odnosi się również do polityki migracyjnej Polski, wskazując na dużą rolę procesów migracyjnych w rozwoju sytuacji demograficznej i społeczno-gospodarczej kraju. Postulowano m.in. *otwarcie się na politykę migracyjną w taki sposób, by na pozycjach uzupełniających, gdzie często polscy pracownicy nie są już skłonni podejmować pracy, zatrudniać imigrantów* (s. 52), by po 2020 r. Polska stała się krajem imigracji netto¹⁴⁷.

Polska krajem imigracji netto – taki cel formułuje dokument rządowy *Średniookresowa Strategia Rozwoju Kraju 2020*¹⁴⁸, w którym problematyka migracyjna została włączona do *Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego*, opisującej instrumenty służące doskonaleniu polityki dopuszczania cudzoziemców do polskiego rynku pracy i tworzeniu systemu integracji cudzoziemców.

Aspekt migracyjny pojawia się jednak bardzo często w częściach analitycznych pozostałych dokumentów tzw. „strategii sektorowych”, mianowicie w projekcie *Strategii Rozwoju Kapitału Społecznego*¹⁴⁹ migracje są traktowane jako szansa na wzmocnienie potencjału społecznego i kulturowego zarówno poprzez emigracje młodych Polaków zdobywających nowe kompetencje jak i poprzez wzbogacanie polskiej kultury dzięki napływowi imigrantów.

Na konieczność przeciwdziałania negatywnym trendom demograficznym spotęgowanym przez masową emigrację z niektórych regionów wskazuje projekt *Strategii Rozwoju Regionalnego 2010–2020* (największy udział – ponad 10% gospodarstw domowych, z których

¹⁴⁴ *Polityka migracyjna jako instrument promocji zatrudnienia i ograniczania bezrobocia* (2008).

¹⁴⁵ *Polska 2030. Wyzwania rozwojowe* (2009).

¹⁴⁶ *Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju. Polska 2030 – Trzecia fala nowoczesności* (2012), Projekt w wersji skierowanej pod obrady Komitetu Rady Ministrów, Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, Warszawa,.

¹⁴⁷ Dokument wskazuje na „przygotowanie instytucji publicznych, rynku pracy i społeczeństwa w latach 2012–2015 do wzrostu imigracji do Polski (od 2020 r.) poprzez wykorzystanie potencjału migracji poakcesyjnych imigracji powrotnych oraz stworzenie warunków wdrożenia polityki migracyjnej odpowiadającej na potrzeby rynku pracy i wspierającej proces integracji imigrantów” (s. 57). W szczególności w dokumencie podano jako projekt do realizacji: IV.3. Zaprojektowanie i wdrożenie polityki imigracyjnej ukierunkowanej na uzupełnianie niedoborów pracowników na polskim rynku pracy, z uwzględnieniem zasady pierwszeństwa w dostępie do rynku pracy dla Polaków oraz obywateli UE, EOG i Szwajcarii oraz projekt IV.16. Wprowadzenie modelu integracji cudzoziemców promującego ich samodzielność ekonomiczną i społeczną uzyskiwaną poprzez zatrudnienie lub podjęcie działalności gospodarczej (s. 11).

¹⁴⁸ Dokument przyjęty przez Radę Ministrów 25 września 2012 r. stanowi aktualizację *Strategii Rozwoju Kraju 2007–2015*.

¹⁴⁹ *Strategia Rozwoju Kapitału Społecznego* (2013) została przyjęta przez RM uchwałą nr 61 z dnia 26 marca 2013 r.

przynajmniej jedna osoba przebywa za granicą występuje w województwach: opolskim, zachodniopomorskim i podkarpackim)¹⁵⁰.

Problematykę migracji w kontekście wyzwań demograficznych uwzględniają dokumenty: *Strategia Sprawne Państwo 2020* oraz *Krajowy Plan Działań na Rzecz Zatrudnienia na lata 2012–2014*¹⁵¹ (kwestia uwzględnienia konieczności uzupełniania występujących niedoborów w podaży pracy znalazła swój wyraz przede wszystkim w zadaniu – *Tworzenie polityki migracyjnej dla potrzeb rynku pracy*), a także *Krajowy Program Reform*, opracowany w związku z realizacją strategii *Europa 2020* (działanie – *Polityka migracyjna zapewniająca napływ cudzoziemców odpowiadający potrzebom rynku pracy*).

Podobnie Raport *Młodzi 2011*¹⁵² podejmuje analizę zagadnień migracji ludzi młodych jako ważnego zjawiska demograficznego.

Najważniejszym wydarzeniem z punktu widzenia koordynacji polityk migracyjnych było powołanie w lutym 2007 r. międzyresortowego Zespołu do Spraw Migracji, organu pomocniczego Prezesa Rady Ministrów. Zespół zainicjował w 2009 r. prace nad dokumentem „Polityka migracyjna Polski – stan obecny i postulowane działania”, który po konsultacjach społecznych został ukończony w lipcu 2011 r., a 31 lipca 2012 r. został przyjęty przez Radę Ministrów.

Dokument, opracowany przez międzyresortowy Zespół do Spraw Migracji¹⁵³, o charakterze programowym, stanowi niewątpliwie postęp w realizacji koncepcji migracyjnej polityki Polski. W znacznym stopniu wypełnia postulaty zawarte w części poświęconej migracjom transgranicznym Raportu Rządowej Rady Ludnościowej z 2004 roku, choć do tego Raportu nie nawiązuje¹⁵⁴. Dokument *Polityka migracyjna Polski – stan obecny i postulowane działania* ma na celu sformułowanie kierunków działania oraz systemowych rozwiązań i wytycznych dla administracji publicznej w zakresie migracji, pozwalających na sprawne podejmowanie decyzji m.in. w zakresie legislacji, praktyki administracyjnej, monitoringu, planowania finansowego oraz koordynacji działań właściwych kompetencyjnie organów, urzędów, instytucji i resortów, a dzięki temu – zapewnienie spójności zadań realizowanych wobec cudzoziemców. Zawiera on przegląd i ocenę aktualnej sytuacji migracyjnej Polski, postulując między innymi: uproszczenie procedur i wzmocnienie struktur odpowiedzialnych za tę problematykę, określenie kategorii cudzoziemców, które z punktu widzenia interesów naszego państwa mają szczególne znaczenie, przebudowę systemu integracji cudzoziemców oraz monitorowanie zjawisk związanych z szeroko rozumianą problematyką migracji. Założeniem dokumentu jest dostosowanie polityki migracyjnej do priorytetów rynku pracy (przy utrzymaniu uzupełniającego charakteru zatrudniania imigrantów zarobkowych względem pracowników lokalnych) oraz uwzględnianie potrzeby zapewnienia konkurencyjności polskiej gospodarki. Przyjęte kierunki działania obejmują takie zagadnienia, jak: migracje legalne, przeciwdziałanie nielegalnej migracji, integracja, udzielanie cudzoziemcom ochrony międzynarodowej, emigracja, sprawne funkcjonowanie systemu prawnego i instytucjonalnego oraz monitoring procesów migracyjnych.

¹⁵⁰ *Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego 2010–2020: Regiony, miasta, obszary wiejskie* (2012), Dokument przygotowany w Ministerstwie Rozwoju Regionalnego, przyjęty przez Radę Ministrów 13 lipca 2010 r.

¹⁵¹ Dokument przyjęty przez Radę Ministrów 21 sierpnia 2012 r.

¹⁵² *Młodzi 2011* (2011).

¹⁵³ *Polityka migracyjna Polski – stan obecny i postulowane działania 2011*, Zespół do Spraw Migracji. Dokument opracowała grupa robocza ds. przygotowania Strategii Migracyjnej Polski w ramach międzyresortowego Zespołu do Spraw Migracji, a prace redakcyjne były prowadzone w Departamencie Polityki Migracyjnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. Dokument został przyjęty przez Radę Ministrów w dniu 31 lipca 2012 r. Obecnie trwają uzgodnienia międzyresortowe Planu wdrażania dla dokumentu „Polityka migracyjna Polski – stan obecny i postulowane działania” – przyjętego uchwałą nr 20 z dnia 28 maja 2014 roku przez międzyresortowy Zespół do Spraw Migracji, wynikające z Planu pracy Rady Ministrów.

¹⁵⁴ Rajkiewicz (2011a).

Głównym wyzwaniem przy prowadzeniu jednolitej polityki migracyjnej w Polsce pozostaje rozproszenie kompetencji dotyczących poszczególnych jej aspektów między różne instytucje publiczne, co jest szczególnie widoczne w przypadku kwestii związanych z emigracją.

W wielu resortach w związku z realizacją działań związanych z polityką migracyjną państwa migracje stały się przedmiotem analizy i działań. Wiodącą rolę spełnia obecnie Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (w szczególności Departament Polityki Migracyjnej odpowiedzialny m.in. za opracowywanie analiz dotyczących sytuacji migracyjnej w kraju i za granicą)¹⁵⁵ oraz Urząd do Spraw Cudzoziemców. Wśród innych ważnych podmiotów zajmujących się polityką migracyjną należy wymienić: Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej¹⁵⁶, Państwową Inspekcję Pracy, Ministerstwo Spraw Zagranicznych, Straż Graniczną, wojewodów oraz sądy administracyjne. Kwestie migracyjne znajdują się również w kompetencjach wielu innych urzędów (Ministerstwo Gospodarki, Ministerstwo Finansów, Ministerstwo Kultury i Dziedzictwa Narodowego, Ministerstwo Edukacji Narodowej, Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, Ministerstwo Zdrowia, Główny Urząd Statystyczny, Agencja Bezpieczeństwa) i in.¹⁵⁷. Istotną rolę w określaniu kierunków zmian oraz harmonizowaniu działań instytucji zaangażowanych w problematykę migracyjną pełni powołany 14 lutego 2007 r. międzyresortowy Zespół do Spraw Migracji.

Należy zwrócić uwagę, że w ostatnich latach nastąpił znaczący rozwój badań migracyjnych, ukazało się wiele publikacji analitycznych i raportów, rozwinął swoją działalność system „Eures”, powstał rządowy portal internetowy „Powroty” (obecnie komponent portalu „Zielona Linia”), zaktywizowały się służby konsularne, wzrosło zainteresowanie migracją edukacyjną.

2. Uwarunkowania polityki migracyjnej związane z przynależnością Polski do Unii Europejskiej¹⁵⁸

Polityka migracyjna Polski, w związku z członkostwem w Unii Europejskiej od 2004 r., a także przystąpieniem Polski do strefy Schengen w 2007 r. poddawana jest wpływowi prawodawstwa UE, a także w szerszym wymiarze – debacie, wspólnym projektom i działaniom, podejmowanym w ramach różnych gremiów wspólnotowych. Rozważania w tym zakresie muszą więc uwzględniać kontekst europejski: wiele rozwiązań jest determinowanych regulacjami przyjętymi na poziomie UE. W zakresie działań UE dotyczących migracji można wyróżnić dwa wymiary:

- migracje wewnętrzne, odbywające się w ramach swobodnego przepływu osób (pracowników) między państwami członkowskimi Wspólnoty,
- migracje zewnętrzne (legalne i nielegalne) z krajów trzecich.

¹⁵⁵ Zgodnie z Ustawą o działaniach administracji rządowej ministrem właściwym w zakresie koordynacji działań związanych z polityką: migracyjną państwa, ochrony granicy, kontroli ruchu granicznego i cudzoziemców, kwestii obywatelstwa oraz repatriacji jest Minister Spraw Wewnętrznych. Sprawuje on nadzór nad Szefem Urzędu do Spraw Cudzoziemców, Policją i Strażą Graniczną. Por. art. 29. ust 1. pkt 2 i ust. 4 Ustawy z dnia 4 września 1997 r. o działaniach administracji rządowej (Dz.U.2013.743 j.t. z późn. zm)..

¹⁵⁶ W Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej – Departament Rynku Pracy, w gestii którego pozostają m.in. sprawy związane z realizacją rozwiązań w obszarze rynku pracy i promocji zatrudnienia.

¹⁵⁷ Przedstawiciele Ministerstwa Sprawiedliwości, którzy aktywnie uczestniczyli w pracach naszego Podzespołu ds. Migracji, przedstawili odnośnie do procesów migracyjnych przepisy prawne i statystyki przestępczości i wykroczeń przez cudzoziemców w Polsce.

¹⁵⁸ Tekst obejmuje wybrane uwarunkowania i normy prawne UE.

W zakresie migracji odbywających się w ramach swobody przepływu osób (pracowników), traktatowe podstawy prawne znajdują się w art. 21 (45) *Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej*. Unia Europejska, której od początku prac nad budową jednolitego rynku przyświeca idea, że nieskrępowane żadnymi ograniczeniami migracje wewnętrzne są istotnym instrumentem zapewniania równowagi na unijnym rynku pracy, podejmuje środki niezbędne do wprowadzenia tej swobody w życie, tj. likwidacji praktyk czy regulacji w państwach członkowskich, które stanowią przeszkodę w swobodnym przepływie pracowników¹⁵⁹. Swoboda przepływu osób to jedno z najważniejszych praw wynikających z obywatelstwa UE.

Wśród najistotniejszych aktów prawa wtórnego UE w tym zakresie można wymienić:

- Dyrektywę 2004/38/WE PE i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie prawa obywateli Unii i członków ich rodzin do swobodnego przemieszczania się i pobytu na terytorium Państw Członkowskich¹⁶⁰;
- Rozporządzenie PE i Rady (UE) nr 492/2011 z dnia 5 kwietnia 2011 r. w sprawie swobodnego przepływu pracowników wewnątrz Unii¹⁶¹.

Sprawne funkcjonowanie swobodnego przepływu osób/pracowników wymaga jednak obudowywania regulacjami w wielu innych obszarach, z których wymienić należy przede wszystkim koordynację systemów zabezpieczenia społecznego oraz uznawanie kwalifikacji zawodowych i wykształcenia.

Swoboda przepływu pracowników staje się w czasach kryzysu ekonomicznego ważną częścią debaty publicznej w wielu państwach UE. Nieodmiennie strażnikiem swobodnego przepływu osób /pracowników pozostaje Komisja Europejska¹⁶².

Swoboda przepływu pracowników wewnątrz Wspólnoty oddziałuje w odmienny sposób na poszczególne państwa członkowskie UE. Różnice w wynagrodzeniach i jakości życia warunkują kierunki przemieszczania się obywateli w ramach Unii, w związku z czym rozwijanie mobilności wewnątrz Wspólnoty w krajach bogatszych wpływać będzie na łagodzenie negatywnych skutków związanych ze zmniejszaniem się udziału osób w wieku produkcyjnym w populacji, natomiast w krajach o niższym poziomie życia może pogłębiać problemy demograficzne. W związku z tym że negatywne trendy demograficzne dotyczą w mniejszym lub większym stopniu całej UE, to mobilność wewnątrz wspólnotowa nie może być w perspektywie najbliższych kilkudziesięciu lat jedyną odpowiedzią na prawdopodobne niedobory w zasobach siły roboczej.

Obecnie w polityce UE można dostrzec zmianę nastawienia do kwestii migracji obywateli państw trzecich. Polityka migracyjna, która wcześniej koncentrowała się na kwestiach bezpieczeństwa, zaczęła traktować migracje jako zjawisko, którym można i należy zarządzać

¹⁵⁹ Piekutowska (2011a) – Ekspertyza.

¹⁶⁰ Pełna nazwa aktu brzmi: Dyrektywa 2004/38/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie prawa obywateli Unii i członków ich rodzin do swobodnego przemieszczania się i pobytu na terytorium Państw Członkowskich, zmieniająca rozporządzenie (EWG) nr 1612/68 i uchylająca dyrektywy 64/221/EWG, 68/360/EWG, 72/194/EWG, 73/148/EWG, 75/34/EWG, 75/35/EWG, 90/364/EWG, 90/365/EWG i 93/96/EWG; („Dziennik Urzędowy UE”, L 158, 30/04/2004, polskie wydanie – Rozdział 05 tom 05, s. 46–61).

¹⁶¹ „Dziennik Urzędowy UE”, L 141, 27.05.2011, s. 1–12.

¹⁶² Por. np. Komunikat Komisji z 18 listopada 2008 r. w sprawie skutków swobodnego przepływu pracowników w kontekście rozszerzenia UE (COM(2008) 765); Komunikat Komisji z dnia 16 grudnia 2008 r. pt. „Nowe umiejętności w nowych miejscach pracy; Przewidywanie wymogów rynku pracy i potrzeb w zakresie umiejętności oraz ich wzajemne dopasowywanie” (COM(2008) 868); Komunikat Komisji z dnia 13 lipca 2010 r. pt. „Potwierdzenie zasady swobodnego przepływu pracowników: prawa oraz główne zmiany” (COM(2010) 373); Strategia *Europa 2020*, w szczególności jej przewodnie inicjatywy „Program na rzecz nowych umiejętności i zatrudnienia” oraz „Mobilna młodzież”.

– nie tylko ograniczać i kontrolować. Zmiana kierunku w postrzeganiu zjawiska migracji zarobkowej znalazła swój wyraz m.in. w *Programie Sztokholmskim* oraz strategii rozwoju UE *Europa 2020* (2010). W 2005 r. Komisja Europejska wydała ponadto *Komunikat w sprawie planu polityki w dziedzinie legalnej migracji*¹⁶³.

Unia rozwija wspólną politykę w dziedzinie imigracji (także azylu i kontroli granic zewnętrznych). W zakresie imigracji obywateli państw trzecich – ich dostępu na terytorium UE i rynku pracy państw członkowskich, UE podejmuje działania m.in. w takich dziedzinach jak: warunki wjazdu i pobytu, procedury wydawania przez państwa członkowskie krótkoterminowych wiz¹⁶⁴, określenie praw obywateli państw trzecich przebywających legalnie w państwie członkowskim, nielegalna imigracja i nielegalny pobyt czy zwalczanie handlu ludźmi, w szczególności kobietami i dziećmi¹⁶⁵.

Rozporządzeniem Nr 439/2010¹⁶⁶ z 19 maja 2010 r. Parlament Europejski i Rada Unii Europejskiej utworzyły Europejski Urząd Wsparcia w dziedzinie Azylu (z siedzibą na Malcie), której zadaniem jest koordynacja i wsparcie realizacji Wspólnego Europejskiego Systemu Azylowego. Celem wspólnego europejskiego systemu azylowego jest ustanowienie wspólnej procedury azylowej i jednolitego statusu obowiązującego w całej UE. Podejmowane są więc działania w kierunku ustanowienia jednakowych zasad, gwarantujących ochronę na wysokim poziomie i na takich samych warunkach we wszystkich państwach członkowskich, przy jednoczesnym zapewnieniu sprawiedliwego i efektywnego traktowania osób, w przypadku których nie stwierdzono konieczności udzielenia ochrony. Polska aktywnie uczestniczy w jego tworzeniu poprzez uczestnictwo w grupach roboczych UE oraz na innych forach. Na pierwszym etapie budowy WESA (1999–2005) celem było ujednoczenie ram prawnych państw członkowskich na podstawie wspólnych norm minimalnych, zapewniających sprawiedliwość, skuteczność i przejrzystość prowadzonych postępowań. Przyjęte zostały cztery podstawowe akty prawne, które stanowią podstawę wspólnego europejskiego systemu azylowego:

- **dyrektywa 2003/9/EC** ustanawiająca minimalne normy dot. przyjmowania osób ubiegających się o ochronę międzynarodową (tzw. dyrektywa recepcyjna);
- **rozporządzenie nr 343/2003** ustanawiające kryteria i mechanizmy określania Państwa Członkowskiego, które jest odpowiedzialne za rozpatrzenie wniosku o azyl złożonego w jednym z Państw Członkowskich przez obywatela kraju trzeciego (tzw. rozporządzenie Dublin II);
- **dyrektywa 2004/83/WE** w sprawie minimalnych norm dla kwalifikacji i statusu obywateli państw trzecich lub bezpaństwowców jako uchodźców lub jako osoby, które z innych względów potrzebują międzynarodowej ochrony oraz zawartości przyznawanej pomocy (tzw. dyrektywa kwalifikacyjna);

¹⁶³ COM(2005) 669.

¹⁶⁴ Gdyż *acquis Schengen* określa tryb i warunki wydawania wiz na tranzyt przez terytorium państw członkowskich lub planowane pobyty na terytorium państw członkowskich nieprzekraczające 90 dni w ciągu każdego 180-dni. Tryb udzielania wiz długoterminowych wiz krajowych regulują przepisy krajowe.

¹⁶⁵ Piekutowska (2011b) – Ekspertyza.

¹⁶⁶ Official Journal of the European Union L 132/11 z 29.05.2010 r. Przedstawiciel Polski zasiada w Zarządzie tej Agencji. W toku negocjacji nad drugim etapem budowy WESA państwa członkowskie są zobligowane do przyjęcia przekształconych wersji istniejących już instrumentów azylowych, co pozwoli na dalsze zaawansowanie procesu harmonizacji systemów azylowych. Wersja przekształcona dyrektywy kwalifikacyjnej została formalnie przyjęta w grudniu 2011 r. Aktualnie porozumienie polityczne pomiędzy Radą a Parlamentem Europejskim zostało osiągnięte w odniesieniu do treści dyrektywy recepcyjnej oraz rozporządzenia Dublin III. W dalszym ciągu prowadzone są negocjacje nad tekstem dyrektywy proceduralnej oraz rozporządzenia EURODAC (dot. ustanowienia systemu do porównywania odcisków palców w celu skutecznego stosowania rozporządzenia dublińskiego).

- **dyrektywa 2005/85/WE** w sprawie ustanowienia minimalnych norm dotyczących procedur nadawania i cofania statusu uchodźcy w Państwach Członkowskich (tzw. dyrektywa proceduralna).

W latach 2011–2013 zakończono budowę drugiego etapu Wspólnego Europejskiego Systemu Azylowego, która miała na celu stworzenie wspólnej przestrzeni azylowej w Unii Europejskiej oraz dostosowanie przepisów do obowiązujących realiów migracyjnych. Zmiany miały także na celu podniesienie standardów dotyczących procedury azylowej oraz warunków recepcji wnioskujących o ochronę międzynarodową na terytorium UE. W skład drugiego etapu wchodzi pięć aktów prawnych, które weszły w życie, natomiast do 2015 r. będzie trwał proces ich transpozycji do prawodawstwa krajowego państw członkowskich. Są to:

- **dyrektywa 2011/95/UE** w sprawie norm dotyczących kwalifikowania obywateli państw trzecich lub bezpaństwowców jako beneficjentów ochrony międzynarodowej, jednolitego statusu uchodźców lub osób kwalifikujących się do otrzymania ochrony uzupełniającej oraz zakresu udzielanej ochrony (wersja przekształcona) (tzw. dyrektywa kwalifikacyjna);
- **rozporządzenie nr 603/2013** w sprawie ustanowienia systemu Eurodac do porównywania odcisków palców w celu skutecznego stosowania rozporządzenia (UE) nr 604/2013 w sprawie ustanowienia kryteriów i mechanizmów ustalania państwa członkowskiego odpowiedzialnego za rozpatrzenie wniosku o udzielenie ochrony międzynarodowej złożonego w jednym z państw członkowskich przez obywatela państwa trzeciego lub bezpaństwowca oraz w sprawie wystąpienia o porównanie z danymi Eurodac przez organy ścigania państw członkowskich i Europol na potrzeby ochrony porządku publicznego, oraz zmieniające rozporządzenie (UE) nr 1077/2011 ustanawiające Europejską Agencję ds. Zarządzania Operacyjnego Wielkoskalowymi Systemami Informatycznymi w Przestrzeni Wolności, Bezpieczeństwa i Sprawiedliwości (wersja przekształcona) (tzw. rozporządzenie o Eurodac);
- **rozporządzenie nr 604/2013** w sprawie ustanowienia kryteriów i mechanizmów ustalania państwa członkowskiego odpowiedzialnego za rozpatrzenie wniosku o udzielenie ochrony międzynarodowej złożonego w jednym z państw członkowskich przez obywatela państwa trzeciego lub bezpaństwowca (wersja przekształcona) (tzw. rozporządzenie Dublin III);
- **dyrektywa 2013/32/UE** w sprawie wspólnych procedur udzielania i cofania ochrony międzynarodowej (wersja przekształcona) (tzw. dyrektywa proceduralna);
- **dyrektywa 2013/33/UE** w sprawie norm dotyczących przyjmowania wnioskodawców ubiegających się o ochronę międzynarodową (wersja przekształcona) (tzw. dyrektywa recepcyjna).

Polska, jako kraj członkowski, jest adresatem licznych aktów prawa wtórnego UE, wśród których można wyróżnić m.in.:

- Dyrektywę Rady 2009/50/WE z dnia 25 maja 2009 r. w sprawie warunków wjazdu i pobytu obywateli państw trzecich w celu podjęcia pracy w zawodzie wymagającym wysokich kwalifikacji¹⁶⁷; Dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/52/WE z dnia 18 czerwca 2009 r.¹⁶⁸ przewidującą minimalne normy w odniesieniu do kar i środków stosowanych wobec pracodawców zatrudniających nielegalnie przebywających obywateli krajów trzecich¹⁶⁹.

¹⁶⁷ „Dziennik Urzędowy UE”, L 155 z 18.6.2009, s. 17–29.

¹⁶⁸ „Dziennik Urzędowy UE”, L 168 z 30.6.2009, s. 24–32.

¹⁶⁹ Por. międzynarodowy program badawczy pt. *Sytuacja migrantów ekonomicznych z Polski i innych krajów A8 w państwach członkowskich Unii Europejskiej* (2008), przygotowany przez J.R. Carby-Halla (2008) dla Rzecznika Praw Obywatelskich RP. Program, który koncentrował się na praktykach wyzysku stosowanych wobec migrantów ekonomicznych z krajów A8 i na zaleceniach przeciwdziałania im, stanowi doskonale źródło wiedzy na temat sytuacji emigrantów z krajów A8 (w tym Polaków) w krajach przyjmujących UE (głównie Wielkiej Brytanii, Irlandii, Szwecji i Norwegii).

- Obywatele UE i członkowie ich rodzin korzystają na terytorium Polski ze swobody przepływu osób uregulowanej w Dyrektywie Nr 38/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie prawa obywateli Unii i członków ich rodzin do swobodnego przemieszczania się i pobytu na terytorium Państw Członkowskich, zmieniającej rozporządzenie (EWG) nr 1612/68 i uchylającej dyrektywy 64/221/EWG, 68/360/EWG, 72/194/EWG, 73/148/EWG, 75/34/EWG, 75/35/EWG, 90/364/EWG, 90/365/EWG i 93/96/EWG (Dz. Urz. L. 158 z dnia 30.04.2004r, s. 77).
- Dyrektywa ta została implementowana do polskiego porządku prawnego przez ustawę z dnia 14 lipca 2006 r. o wjeździe na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, pobycie oraz wyjeździe z tego terytorium obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej i członków ich rodzin (Dz. U. z 2006r., Nr 144, poz. 1043 z późn. zm.).
- Obowiązującą obecnie ustawą jest ustawa z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, która weszła w życie w dniu 1 maja 2014 roku¹⁷⁰.

Najistotniejszą kwestią jest wejście w życie z dniem 1 maja 2014 r. nowej ustawy o cudzoziemcach z dnia 12 grudnia 2013 r. Ustawa ta implementowała do polskiego porządku prawnego następujące akty prawa wspólnotowego:

- Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/98/UE z dnia 13 grudnia 2011 r. w sprawie procedury jednego wniosku o jedno zezwolenie dla obywateli państw trzecich na pobyt i pracę na terytorium państwa członkowskiego oraz w sprawie wspólnego zbioru praw dla pracowników z państw trzecich przebywających legalnie w państwie członkowskim (Dz.U.UE.L.2011.343.1);
- Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/95/UE z dnia 13 grudnia 2011 r. w sprawie norm dotyczących kwalifikowania obywateli państw trzecich lub bezpaństwowców jako beneficjentów ochrony międzynarodowej, jednolitego statusu uchodźców lub osób kwalifikujących się do otrzymania ochrony uzupełniającej oraz zakresu udzielanej ochrony (Dz.U.UE.L.2011.337.9);
- Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/51/UE z dnia 11 maja 2011 r. zmieniająca dyrektywę Rady 2003/109/WE w celu rozszerzenia jej zakresu na osoby objęte ochroną międzynarodową (Dz.U.UE.L.2011.132.1);
- Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/36/UE z dnia 5 kwietnia 2011 r. w sprawie zapobiegania handlowi ludźmi i zwalczania tego procederu oraz ochrony ofiar, zastępująca decyzję ramową Rady 2002/629/WSiSW (Dz.U.UE.L.2011.101.1);
- Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/52/WE z dnia 18 czerwca 2009 r. przewidująca minimalne normy w odniesieniu do kar i środków stosowanych wobec pracodawców zatrudniających nielegalnie przebywających obywateli krajów trzecich (Dz.U.UE.L.2009.168.24);
- Dyrektywa Rady 2009/50/WE z dnia 25 maja 2009 r. w sprawie warunków wjazdu i pobytu obywateli państw trzecich w celu podjęcia pracy w zawodzie wymagającym wysokich kwalifikacji (Dz.U.UE.L.2009.155.17);
- Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2008/115/WE z dnia 16 grudnia 2008 r. w sprawie wspólnych norm i procedur stosowanych przez państwa członkowskie w odniesieniu do powrotów nielegalnie przebywających obywateli państw trzecich (Dz.U.UE.L.2008.348.98);

¹⁷⁰ W dn. 30 grudnia 2013 r. w Dz. U. nr 2013 poz. 1650 opublikowano ustawę z 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach zmieniającą przepisy, w tym zastępującą pojęcie „zezwolenie na zamieszkanie na czas oznaczony” określeniem „zezwolenie na pobyt czasowy”.

- Dyrektywa Rady 2005/71/WE z dnia 12 października 2005 r. w sprawie szczególnej procedury przyjmowania obywateli państw trzecich w celu prowadzenia badań naukowych (Dz.U.U.E.L.2005.289.15);
- Dyrektywa Rady 2004/114/WE z dnia 13 grudnia 2004 r. w sprawie warunków przyjmowania obywateli państw trzecich w celu odbywania studiów, udziału w wymianie młodzieży szkolnej, szkoleniu bez wynagrodzenia lub wolontariacie (Dz.U.U.E.L.2004.375.12);
- Dyrektywa Rady 2004/81/WE z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentu pobytowego wydawanego obywatelom państw trzecich, którzy są ofiarami handlu ludźmi lub wcześniej byli przedmiotem działań ułatwiających nielegalną imigrację, którzy współpracują z właściwymi organami (Dz.U.U.E.L.2004.261.19 oraz Dz.U.U.E-sp.19-7-69);
- Dyrektywa Rady 2003/109/WE z dnia 25 listopada 2003 r. dotycząca statusu obywateli państw trzecich będących rezydentami długoterminowymi (Dz.U.U.E.L.2004.16.44 oraz Dz.U.U.E-sp.19-6-272);
- Dyrektywa Rady 2003/110/WE z dnia 25 listopada 2003 r. w sprawie pomocy w przypadkach tranzytu do celów deportacji drogą powietrzną (Dz.U.U.E.L.2003.321.26 oraz Dz.U.U.E-sp.19-6-233);
- Dyrektywa Rady 2003/86/WE z dnia 22 września 2003 r. w sprawie prawa do łączenia rodzin (Dz.U.U.E.L.2003.251.12 oraz Dz.U.U.E-sp.19-6-224);
- Dyrektywa Rady 2001/51/WE z dnia 28 czerwca 2001 r. uzupełniająca postanowienia art. 26 Konwencji wykonawczej do Układu z Schengen z dnia 14 czerwca 1985 r. (Dz.U.U.E.L.2001.187.45 oraz Dz.U.U.E-sp.19-4-160);
- Dyrektywa Rady NR 2001/40/WE z dnia 28 maja 2001 r. w sprawie wzajemnego uznawania decyzji o wydalaniu obywateli państw trzecich (Dz.U.U.E.L.2001.149.34 oraz Dz.U.U.E-sp.19-4-107).

Ponadto, w dniu 26 czerwca 2014 r. Sejm uchwalił ustawę *o zmianie ustawy o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium RP oraz niektórych innych ustaw*. Ustawa dotyczy pełnej harmonizacji przepisów prawa krajowego z przepisami UE w zakresie norm dotyczących kwalifikowania obywateli państw trzecich lub bezpaństwowców jako beneficjentów ochrony międzynarodowej, jednolitego statusu uchodźców lub osób kwalifikujących się do otrzymania ochrony uzupełniającej oraz zakresu udzielanej ochrony. Ustawa wdraża dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/95/UE z dnia 13 grudnia 2011 r. w sprawie norm dotyczących kwalifikowania obywateli państw trzecich lub bezpaństwowców jako beneficjentów ochrony międzynarodowej, jednolitego statusu uchodźców lub osób kwalifikujących się do otrzymania ochrony uzupełniającej oraz zakresu udzielanej ochrony (Dz. Urz. UE L 337 z 20.12.2011).

Regulacje obejmują w szczególności:

- okoliczności uwiarygadniające wniosek w przypadku, gdy wnioskodawca nie jest w stanie przedstawić dowodów/dokumentów,
- zakres ustaleń, jakie musi dokonać organ prowadzący postępowanie w sprawie o nadanie statusu uchodźcy,
- problematykę dostępu do procedur uznawania kwalifikacji, w tym dostępu do zawodów regulowanych,
- problematykę dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz świadczeń z opieki społecznej.

Należy podkreślić, że podejście do migracji na poziomie UE zmieniło się istotnie w ciągu ostatnich kilku lat. Zaczęto dostrzegać nie tylko zagrożenia, ale i szanse, jakie daje migracja, przede wszystkim w odniesieniu do konieczności sprostania przez UE wyzwaniom demograficznym oraz wymogom globalnej konkurencji.

Działania legislacyjne podejmowane przez UE starają się z jednej strony kształtować i ułatwiać legalną migrację, chronić prawa migrantów oraz zapewniać im właściwe warunki do społecznej integracji¹⁷¹, z drugiej zaś – ograniczać zjawisko nielegalnej imigracji¹⁷² (zapewniając jednak poszanowanie kompetencji państw członkowskich w zakresie regulowania dostępu do terytorium i do rynku pracy). Należy w związku z tym pamiętać, że na kształt polskich przepisów umożliwiających zatrudnianie cudzoziemców coraz większy wpływ ma prawo wspólnotowe.

W strategii rozwoju Unii Europejskiej *Europa 2020*, wskazano, iż należy wspierać dalekowzroczną i kompleksową politykę migracji zarobkowej, która umożliwiałaby elastyczne zaspokajanie potrzeb rynku pracy.

Zmiany w unijnym podejściu do migracji widać również w dokumencie *Global Approach to Migration and Mobility*¹⁷³, odnoszącym się do współpracy z państwami trzecimi w obszarze migracji. Składa się on z czterech filarów, do których należy m.in. wspieranie rozwoju zdolności dotyczącej azylu oraz wzmocnienie pozytywnego wpływu migracji na rozwój. *Global Approach to Migration and Mobility* nie określa założeń polityki migracyjnej UE, lecz jest podstawą współpracy z państwami trzecimi w obszarze migracji.

Niemniej jednak tak zarysowana polityka UE będzie musiała poradzić sobie z rosnącymi napięciami społecznymi wokół migracji oraz możliwością wzrostu znaczenia partii politycznych odwołujących się do postaw populistycznych i ksenofobicznych. Stąd, ważną kwestią przy projektowaniu polityki wobec imigrantów zarobkowych jest nie tylko dopasowywanie strumieni cudzoziemców do potrzeb rodzimych rynków pracy ale również aktywizacja zawodowa imigrantów, którzy przybyli do danego kraju z powodów innych niż zarobkowe (np. rodzinnych lub humanitarnych) oraz integracja ze społeczeństwem przyjmującym.

Traktowanie polityki migracyjnej jako stałego elementu strategii rozwoju i modernizacji kraju wymaga oparcia jej na rzetelnej wiedzy o charakterze i skutkach migracji, zaś szczególne znaczenie w tym zakresie ma statystyka migracyjna.

Na mocy Rozporządzenia (WE) nr 862/2007 PE i Rady z dnia 11 lipca 2007 r. w sprawie statystyk Wspólnoty z zakresu migracji i ochrony międzynarodowej¹⁷⁴ także polska statystyka stała się adresatem zmian i licznych zobowiązań.

Przed wszystkim uporządkowania wymagały rozwiązania dotyczące dostępu cudzoziemców do polskiego rynku pracy w perspektywie pojawiających się nowych wyzwań, oraz system zbierania danych statystycznych o cudzoziemcach. W tym kierunku rozpoczęto zmia-

¹⁷¹ Następujące dokumenty:

- Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/98/UE z dnia 13 grudnia 2011 r. w sprawie procedury jednego wniosku o jedno zezwolenie dla obywateli państw trzecich na pobyt i pracę na terytorium państwa członkowskiego oraz w sprawie wspólnego zbioru praw dla pracowników z państw trzecich przebywających legalnie w państwie członkowskim.
- Dyrektywa Rady nr 2009/50/WE z dnia 25 maja 2009 r. w sprawie warunków wjazdu i pobytu obywateli państw trzecich w celu podjęcia pracy w zawodzie wymagającym wysokich kwalifikacji;
- Projekt dyrektywy w sprawie warunków wjazdu i pobytu obywateli państw trzecich w ramach przeniesienia wewnątrz przedsiębiorstwa (COM (2010) 378);
- Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2014/66/UE z dnia 15 maja 2014 r. w sprawie warunków wjazdu i pobytu obywateli państw trzecich w ramach przeniesienia wewnątrz przedsiębiorstwa

¹⁷² Między innymi dyrektywa 2009/52/WE z dnia 18 czerwca 2009 r. przewidująca minimalne normy w odniesieniu do kar i środków stosowanych wobec pracodawców zatrudniających nielegalnie przebywających obywateli państw trzecich.

¹⁷³ Komunikat Komisji z 18 listopada 2011 r.

¹⁷⁴ Pełna nazwa aktu brzmi: Rozporządzenie (WE) nr 862/2007 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 11 lipca 2007 r. w sprawie statystyk Wspólnoty z zakresu migracji i ochrony międzynarodowej oraz uchylające Rozporządzenie Rady (EWG) nr 311/76 w sprawie zestawienia statystyk dotyczących pracowników cudzoziemców, „Dziennik Urzędowy UE”, L 199, 31/07/2007, s. 23–29.

ny organizacyjne oraz prace legislacyjne, czego dowodem są między innymi nowelizacje w latach 2007–2012 przepisów regulujących zasady wjazdu i pobytu cudzoziemców na terytorium RP, zagadnienia dotyczące ochrony międzynarodowej oraz zatrudniania cudzoziemców.

3. Dynamika i struktura migracji transgranicznych

Migracje są zjawiskiem uwarunkowanym różnorodnymi czynnikami, przede wszystkim są wrażliwe na zmiany sytuacji społeczno-gospodarczej kraju, polityki migracyjnej państwa, a jednocześnie są zależne od polityk innych krajów. W głównej mierze zależą od sytuacji na rynku pracy, a otwarcie wielu rynków po wstąpieniu Polski do Unii Europejskiej stworzyło nowe możliwości w tym zakresie. Na podjęcie decyzji o migracjach wpływają również czynniki związane z sytuacją rodzinną i warunkami materialnymi gospodarstwa domowego.

Migracje charakteryzują się różnorodnością form. Rozróżnia się migracje na pobyt stały (osiedleńcze) oraz na pobyt czasowy¹⁷⁵, wśród których bardzo istotne są migracje zarobkowe. Migracje czasowe mogą być krótko- i długoterminowe. Migracje długoterminowe są zwykle efektem wcześniejszych migracji cyrkulacyjnych. Każda z tych form jest określona przez inne czynniki i wymaga odrębnych analiz; każda ma również inne następstwa i występuje w różnej skali¹⁷⁶, różnią się one także pod względem struktury. Do polityki ludnościowej w Polsce migracje transgraniczne wpisują się podwójnie: jako składnik ruchu wędrownego i jako czynnik wpływający na ruch naturalny ludności.

W polskiej statystyce migracji zagranicznych na pobyt stały tradycyjnie ujmuje się dwa strumienie: emigrację i imigrację, które są związane z aktem wymeldowania lub zameldowania na pobyt stały.

Polska była i nadal jest krajem emigracji netto, ponieważ odpływ Polaków, który współcześnie obserwujemy, jest znacznie większy od napływu cudzoziemców, przyjeżdżających do naszego kraju w celach zarobkowych, edukacyjnych, czy w poszukiwaniu azylu. Te dwa procesy emigracji i imigracji odbywają się jednocześnie, stąd Polskę można określić zarówno mianem kraju „wysyłającego”, jak i „przyjmującego” migrantów.

3.1 Emigracja

W początkowym okresie członkostwa Polski w UE obserwowany był gwałtowny wzrost emigracji z Polski. Wyniki większości badań wskazują, że trend wzrostowy w najnowszej emigracji zarobkowej Polaków rozpoczął się jeszcze przed 1. maja 2004 roku. Znaczący wzrost był notowany co najmniej od początku procesu transformacji po 1989 r. i związany był z trudną sytuacją na polskim rynku pracy, szczególnie w odniesieniu do wchodzących na rynek pracy roczników wyżu demograficznego. Otwarcie rynków pracy zachęcało Polaków do podejmowania pracy za granicą. Trend ten uległ zdynamizowaniu po akcesji Polski do UE, kiedy to trzy państwa (Wielka Brytania, Irlandia i Szwecja) zrezygnowały z wprowadzenia okresu przejściowego dla obywateli ośmiu nowych państw członkowskich.

Na wzrost emigracji w ciągu ostatnich siedmiu lat złożyła się groźba bezrobocia (przy równoczesnej presji na rynek pracy licznych roczników drugiego wyżu demograficznego), a również członkostwo Polski w Unii Europejskiej (z możliwością zatrudnienia w kolejnych krajach rezygnujących z wprowadzenia restrykcji okresów przejściowych) i w konsekwencji większa stabilność oraz przejrzystość reguł funkcjonowania w społeczeństwach i na rynkach

¹⁷⁵ Emigracja Polaków wykazuje tendencję do wyjazdów czasowych lub sezonowych, co jest zgodne z trendami migracyjnymi obserwowanymi w Europie czy na świecie. Szacuje się, że około 80% czasowych emigrantów z Polski przebywa za granicą co najmniej 12 miesięcy. Osoby te zaliczane są do emigrantów długookresowych i – razem z osobami, które wyemigrowały na stałe – powinny być uwzględnione w stanach ludności poszczególnych krajów (są rezydentami krajów przyjmujących).

¹⁷⁶ Kostrzewa (2010).

pracy w krajach przyjmujących, ale – być może przede wszystkim – faza dobrej koniunktury i wiążącego się z tym silnego popytu na cudzoziemską siłę roboczą, które sprawiły, że migracje poakcesyjne wyróżniają się na tle wcześniejszych fal migracyjnych zarówno pod względem skali, jak i cech strukturalnych¹⁷⁷.

W 2007 r. liczba Polaków przebywających czasowo za granicą osiągnęła najwyższą wartość szacowaną na 2270 tys.¹⁷⁸ Nastąpiło prawie trzykrotne w porównaniu z 2002 r. zwiększenie liczby mieszkańców Polski decydujących się na pobyt za granicą (co stanowi obecnie ok. 7% ludności kraju, w tym wyraźna większość w wieku matrymonialnym i prokreacyjnym) i podjęcie tam zajęć zarobkowych (około 10% ogółu pracujących¹⁷⁹ zarabia za granicą, skąd napływa do kraju około 10 mld dolarów oszczędności rocznie). Zmienił się kierunek emigracji. Czołowe miejsce zajęła Wielka Brytania, Niemcy znalazły się na drugim miejscu (tab. 5)¹⁸⁰.

Tabela 5. Emigracja z Polski na pobyt czasowy w latach 2004–2011 (stan w końcu roku)

Kraj przebywania	NSP 2002 ^a	2004	2005	2006	2007	2008	2009 ^b	2010 ^b	NSP 2011	2011
Ogółem	Liczba emigrantów w tys. ^c									
	786	1 000	1 450	1 950	2 270	2210	2100	2000	2017	2060
Europa	461	770	1 200	1 610	1 925	1887	1765	1685	1693	1754
w tym:										
EU27 ^d	451	750	1 170	1 550	1 860	1820	1690	1607	1622	1670
w tym:										
Austria	11	15	25	34	39	40	36	29	24	25
Belgia	14	13	21	28	31	33	34	45	47	47
Cypr	.	.	.	.	4	4	3	3	3	3
Dania	.	.	.	.	17	19	20	19	18	21
Finlandia	0,3	0,4	0,7	3	4	4	3	3	2	2
Francja	21	30	44	49	55	56	60	60	62	62
Grecja	10	13	17	20	20	20	16	16	17	15
Hiszpania	14	26	37	44	80	83	84	48	45	40
Irlandia	2	15	76	120	200	180	140	133	131	120

^a Po oszacowaniu liczby emigrantów o nieustalonym kraju czasowego pobytu liczba emigrantów przebywających w krajach Europy wynosi 547 tys., w krajach UE – 535 tys.

^b Dane skorygowane na podstawie wyników NSP 2011 w stosunku do publikowanych w poprzednich latach.

^c Dane dotyczą liczby osób przebywających za granicą czasowo: dla lat 2002–2006 – powyżej 2 miesięcy, dla lat 2007–2011 – powyżej 3 miesięcy.

^d Do 2006 r. 25 krajów.

Źródło: *Informacja o rozmiarach i kierunkach emigracji z Polski w latach 2004–2011* (2012).

¹⁷⁷ *Krajobrazy migracyjne Polski* (2012).

¹⁷⁸ Osoby, które wyjechały w okresie od maja 2004 r. do końca 2011 r., w 80–90% przypadków przebywały za granicą, podejmując pracę lub jej poszukując. Najbardziej wiarygodnym źródłem na temat liczby Polaków przebywających w okresie transformacji systemowej poza granicami kraju są szacunki GUS, bazujące na danych spisowych oraz dostępnych danych krajowych i zagranicznych, które wskazują na silny wzrost skali emigracji poakcesyjnej. Por. *Informacja o rozmiarach i kierunkach emigracji z Polski w latach 2004–2011* (2012).

¹⁷⁹ Do 16,1 mln pracujących w kraju doliczyć należy ok. 1,6 mln mieszkańców Polski zatrudnionych za granicą.

¹⁸⁰ Przed akcesją Polski do UE głównym krajem docelowym emigracji z Polski były Niemcy. Zmianom w kierunkach migracji zarobkowej towarzyszyły zmiany profilu wyjeżdżających osób. Zbiorowość Polaków migrująca na Wyspy charakteryzowała się, w porównaniu do tej udającej się do Niemiec, wyższym wykształceniem, niższą średnią wiekiem oraz większą równowagą płci i regionów Polski, z których pochodzili migranci.

Tabela 5. Emigracja z Polski na pobyt czasowy w latach 2004–2011 (stan w końcu roku) (dok.)

Kraj przebywania	NSP 2002 ^a	2004	2005	2006	2007	2008	2009 ^b	2010 ^b	NSP 2011	2011
Liczba emigrantów w tys. ^c										
Niderlandy	10	23	43	55	98	108	98	92	92	95
Niemcy	294	385	430	450	490	490	465	440	437	470
Portugalia	0,3	0,5	0,6	1	1	1	1	1	1	1
Rep. Czeska	.	.	.	.	8	10	9	7	7	7
Szwecja	6	11	17	25	27	29	31	33	34	36
Wielka Brytania	24	150	340	580	690	650	595	580	601	625
Włochy	39	59	70	85	87	88	88	92	94	94
Kraje pozaunijne	10	20	30	60	65	67	75	78	71	85
w tym:										
Norwegia	.	.	.	.	36	38	45	50	43	56

^a Po oszacowaniu liczby emigrantów o nieustalonym kraju czasowego pobytu liczba emigrantów przebywających w krajach Europy wynosi 547 tys., w krajach UE – 535 tys.

^b Dane skorygowane na podstawie wyników NSP 2011 w stosunku do publikowanych w poprzednich latach.

^c Dane dotyczą liczby osób przebywających za granicą czasowo: dla lat 2002–2006 – powyżej 2 miesięcy, dla lat 2007–2011 – powyżej 3 miesięcy.

^d Do 2006 r. 25 krajów.

Źródło: Informacja o rozmiarach i kierunkach emigracji z Polski w latach 2004–2011 (2012).

Po 2007 r. liczba Polaków znajdujących się poza granicami kraju zaczęła się zmniejszać¹⁸¹. W latach 2008–2010 liczba ta kształtowała się na niższym poziomie i ulegała wahaniom. Duże znaczenie miał światowy kryzys finansowy, którego największe skutki odczuły rozwinięte kraje Europy Zachodniej. Na popularności traciły wyjazdy do Wielkiej Brytanii i Irlandii, które dominowały bezpośrednio po akcesji Polski do Unii Europejskiej. Ponadto w dobie kryzysu zmniejsza się dysproporcja między liczbą migrantów przebywających na Wyspach oraz u naszych zachodnich sąsiadów.

Pojawiła się teza o „fali powrotów”, jaka miała nastąpić wraz z rozwojem kryzysu. Wydaje się, że za powyższy spadek w większym stopniu odpowiada jednak gwałtowne zmniejszenie się liczby decyzji o wyjeździe z Polski, co zgodne jest z teoriami migracji. W ich myśl, kryzys gospodarczy w kraju przyjmującym w większym stopniu oddziałuje na zmniejszenie strumienia napływu niż na zwiększenie strumienia odpływu migrantów.

W ostatnim okresie sytuacja się zmienia. Dane szacunkowe¹⁸², wyprowadzone na bazie wyników spisu NSP 2011, nie wskazują na to by emigracja miała stracić na sile, bowiem w końcu marca 2011 r. za granicą przebywało powyżej 3 miesięcy ok 2 milionów osób, w tym ok. 1,5 miliona przez co najmniej rok, co jest liczbą dużo większą od tej odnotowanej podczas poprzedniego spisu powszechnego w 2002 roku (786,1 tys.¹⁸³ i nieznacznie wyższą

¹⁸¹ Na przykład znaczny spadek liczby Polaków przebywających w Hiszpanii, był spowodowany utratą miejsc pracy w związku z kryzysem ekonomicznym panującym w tym kraju.

¹⁸² Rejestry i systemy administracyjne niestety nie dostarczają miarodajnych danych o skali wyjazdów, dlatego ten temat został podjęty w spisie ludności (Nowak, 2012).

¹⁸³ Raport z wyników: *Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011*, Rozdział X. Migracje zagraniczne na pobyt czasowy: Emigranci z Polski przebywający czasowo za granicą, s. 101–103. Por. Nowak (2012), *Migracje zagraniczne ludności* (2013).

od zanotowanej w 2010 r.¹⁸⁴. **Oznacza to, że liczba wyjazdów do tych krajów przewyższyła liczbę powrotów, a szanse na powrót tych młodych ludzi do ojczyzny są niewielkie, tzn. są to ogromne straty potencjału ludzkiego dla Polski.**

Wyhamowanie powrotów było spowodowane prawdopodobnie faktem zmniejszenia się potencjalnego zasobu osób, które nie osiągnęły w kraju wyjazdu stabilizacji zawodowej oraz zadowalającego poziomu życia i zdecydowały się wracać do Polski. Polacy, którzy mają ustabilizowaną sytuację ekonomiczną w kraju goszczącym, zdecydowali się na pozostanie w nim. Wielu młodych w dalszym ciągu widzi szanse na poprawę swojej sytuacji życiowej za granicą i podejmuje decyzję o wyjeździe na pewien czas z kraju. Część osób wyjeżdża w celu połączenia się z członkami rodziny¹⁸⁵, którzy wyjechali kilka lat wcześniej i najczęściej nabyli prawa do pobytu, mają pracę i szerszy dostęp do świadczeń społecznych.

Ponadto, zgodnie z tezą o pojawieniu się „pętli pułapki migracji”¹⁸⁶, część Polaków, która zdecydowała się na powrót do Polski, po jakimś czasie decyduje się na ponowną emigrację. Może to być związane z utratą sieci kontaktów społecznych w Ojczyźnie czy deprecjacją kapitału ludzkiego w wyniku wykonywania pracy znacznie poniżej kwalifikacji.

Na podstawie danych pochodzących z ogólnopolskiego Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności w Ośrodku Badań nad Migracjami UW podjęto badanie porównawcze migrantów powrotnych z tymi, którzy na powrót do Polski nie zdecydowali się i pozostali za granicą¹⁸⁷. Zastosowano współczynnik selektywności dot. migracji powrotnych i emigrantów pozostających za granicą. Wyższą skłonnością do powrotów cechują się mężczyźni (w porównaniu do kobiet), osoby z wykształceniem zawodowym, a także te po 40-tym roku życia. Regiony przyciągające migrantów powrotnych to województwa: wielkopolskie, świętokrzyskie, lubelskie, łódzkie i dolnośląskie.

W najbliższym czasie może rosnąć polska emigracja zarobkowa do Niemiec¹⁸⁸. Liczba migrantów do Niemiec w 2012 r. nieznacznie wzrosła wobec niecałych 50 tys. w 2011 roku. Takiej tendencji sprzyjałyby dobra sytuacja gospodarcza na niemieckim rynku pracy i wzrost bezrobocia w Polsce. Emigracja w najbliższym okresie nie będzie się zmniejszała, natomiast jej kierunki mogą się zmieniać (Rajkiewicz, 2011b).

Wśród emigrantów nieznacznie przeważają kobiety, które stanowią około 51% mieszkańców Polski przebywających poza krajem, co może być wynikiem zwiększonej skali wyjazdów za partnerem/mężem, którzy na migrację zdecydowali się wcześniej (efekt łączenia rodzin). Udział kobiet i mężczyzn różni się w zależności od kraju przebywania,

¹⁸⁴ Dane pochodzące z Badań Aktywności Ekonomicznej Ludności wskazują na podobne tendencje w dynamice odpływu Polaków za granicę w odniesieniu do rozróżnienia na migracje krótkookresowe i długookresowe. Wyniki badania Ośrodka Badań nad Migracjami UW wskazują, iż po wstąpieniu Polski do Unii Europejskiej wysoka dynamika emigracji była pochodną przede wszystkim wzrostu skali migracji krótkookresowych, natomiast po 2007 r. systematycznie wzrasta liczba wyjazdów długookresowych (12 miesięcy i dłużej). Por. *Transformacja – Migracja – Modernizacja* (2013).

¹⁸⁵ Zdecydowana większość polskich emigrantów przebywa za granicą w związku z pracą, aczkolwiek wraz z upływem czasu zwiększa się odsetek osób – członków rodzin polskich emigrantów, pozostających na ich utrzymaniu (małżonkowie, dzieci). W prawie jednej trzeciej rodzinnych gospodarstw domowych ktoś z rodziny przebywa za granicą. Rozwija się nowa dziedzina działalności – sektor usług migracyjnych.

¹⁸⁶ Por. Iglicka (2010), s. 28–38.

¹⁸⁷ Por. Anacka (2010); Anacka, Fihel (2012). Por. także *Transformacja – Migracja – Modernizacja* (2013).

¹⁸⁸ Zgodnie z danymi niemieckiego Centralnego Rejestru Cudzoziemców, od 1 maja 2011 r. do końca 2011 r. w Niemczech zarejestrowało się 49,9 tys. Polaków. Nie sprawdziły się oczekiwania niemieckiej Federalnej Agencji Zatrudnienia (Bundesagentur für Arbeit) co do przyjazdu kilkuset tysięcy nowych imigrantów z Polski. Jak wynika z kwietniowego raportu agencji HR Work Service, opartego na danych niemieckiego Federalnego Urzędu ds. Migracji i Uchodźców, otwarcie dla Polaków niemieckiego rynku pracy w maju 2011 r. nie przelożyło się na lawinowy wzrost emigracji zarobkowej do naszego zachodniego sąsiada.

np. wśród emigrantów we Włoszech kobiety stanowią ponad 74%, a w Norwegii – niespełna 38%.

Emigranci to w większości osoby młode. Około 83% z nich jest w wieku produkcyjnym, prokreacyjnym, a prawie 65% – w wieku produkcyjnym mobilnym. Dzieci w wieku 0–14 lat stanowią ponad 11% ogółu emigrantów. Ponad 1/4 z nich urodziła się za granicą, natomiast wśród dzieci urodzonych po 2004 r. – ponad 1/3.

Najczęstszą przyczyną wyjazdu wśród osób, dla których uzyskano taką informację była praca (prawie 73%), w tym najwięcej osób wymieniło jako główny powód wyższe zarobki za granicą i trudności w znalezieniu pracy w kraju. Około 16% wskazało sprawy rodzinne, w tym najczęściej podawaną przyczyną było towarzyszenie rodzinie, a na drugim miejscu – połączenie rodziny. Przyczyny związane z edukacją wymieniło ok. 6% ogółu emigrantów (ponad 8% kobiet i 3% mężczyzn). Najliczniejsza zbiorowość polskich emigrantów przebywa w Wielkiej Brytanii (prawie 30%), Niemczech (prawie 22%), Stanach Zjednoczonych (12%), Irlandii (ok. 7%), Włoszech i Niderlandach (ok. 5%).

Wzorce migracyjne są bardzo silnie związane z sytuacją regionalną w kraju. Emigracja jest bardzo zróżnicowana pod względem regionów, z których wyjeżdżają Polacy. Zdecydowana większość emigrantów (blisko 2/3) pochodzi z miast. Najmniejszy odpływ (w stosunku do liczby mieszkańców) dotyczył województwa mazowieckiego, chociaż liczba osób, które wyjechały z tego województwa jest znaczna. Średni odpływ ludności szacowany jest na 6–7% populacji, natomiast emigracja z Opolszczyzny dotyczy prawie 17% ludności, Podkarpacia i województwa świętokrzyskiego – ponad 12%, Podlasia – 10%. Sytuacja przedstawia się jeszcze bardziej dramatycznie, gdy weźmiemy pod uwagę odpływ ludności w wieku mobilnym. Znaczne odpływy, a tym samym straty migracyjne są największe na Opolszczyźnie, gdzie ubytek populacji w wieku 18–44 lata wynosi ponad 34%, w województwie świętokrzyskim – 24%, a podkarpackim – ponad 22%¹⁸⁹. Jednak tylko opolskie spełnia kryteria, które kwalifikują je jako region migracyjny w Polsce¹⁹⁰. W tych województwach migracje są istotnym czynnikiem oddziałującym negatywnie na rozwój regionalny, co oznacza, że te odpływy następują z regionów o gorszej kondycji, o mniejszym potencjale rozwojowym. Wzmocnienie polityki na rzecz rozwoju potencjału tych regionów powinno być działaniem priorytetowym rządu.

3.1.1. Emigracja pracownicza

Wstąpienie Polski do Unii Europejskiej i otwieranie się kolejnych rynków pracy spowodowało – przy pełnej, gwarantowanej prawem wolności wyboru miejsca wykonywania pracy – masową migrację zarobkową obywateli polskich w dużej mierze o charakterze cyrkulacyjnym.

Różnice między poziomem polskich i europejskich wynagrodzeń oraz większe możliwości znalezienia zatrudnienia powodują, że na wyjazdy decydują się nie tylko osoby bezrobotne. Jeszcze kilka lat temu wyjazdy zarobkowe polskich pracowników za granicę stanowiły dość znaczącą barierę dla rozwoju polskich przedsiębiorstw, których pracodawcy borykali się z pozyskiwaniem potrzebnych im pracowników. Wyniki badań przeprowadzonych przez Narodowy Bank Polski w listopadzie 2009 r. oraz maju i listopadzie 2010 r. pokazują jednak, że

¹⁸⁹ *Przyszłość demograficzna Polski a migracje*, Fundacja Ośrodek Badań na Migracjami, Informacja prasowa, Warszawa 2012.

¹⁹⁰ Hefner (2012); por. R. Wilczyński, Wojewoda Opolski, Głos w dyskusji w Panelu III – Migracje – konieczność, szansa czy zagrożenie dla gospodarki krajów Unii Europejskiej, w: *Polska w Europie – Przyszłość demograficzna*. II Kongres Demograficzny, Sesja Inauguracyjna (2012), s. 243.

problem ten jest obecnie marginalny (odpowiednio 1,6%, 1,3% oraz 1,2% wskazań badanych przedsiębiorstw wobec 16,4% w maju 2007 r.)¹⁹¹.

Migranci pracownicy wybierają różne strategie migracji zarobkowych, wśród nich np. wyjazdy, których celem jest zebranie oszczędności na otwarcie własnej działalności gospodarczej; łączenie pobytu zarobkowego za granicą z aktywnością zawodową w Polsce, np. nauczyciele, lekarze itd. Skala migracji pracowniczych nasiliła się, gdy Wielka Brytania, Irlandia i Szwecja otworzyły swoje rynki pracy dla Polaków. Jednakże Polacy zaczęli pojawiać się również na rynkach pracy w pozostałych państwach, które decydowały się na zniesienie barier w dostępie do swoich rynków pracy w trakcie obowiązywania okresu przejściowego. W maju 2011 r. ostatecznie przestały obowiązywać rozwiązania przejściowe i Polacy mogą obecnie pracować bez zezwoleń na pracę na wszystkich rynkach państw Unii Europejskiej.

Kryzys finansowy, który rozpoczął się w 2008 r. w USA, miał wpływ nie tylko na gospodarkę wielu krajów, ale również na wielkość i kierunki migracji zagranicznych. Utrzymująca się zła sytuacja ekonomiczna na świecie przy jednocześnie relatywnie lepszej sytuacji na polskim rynku pracy, spowodowała wyhamowanie trendu wzrostowego migracji pracowniczych z Polski w latach 2008–2010.

Jednakże najnowsze tendencje zmieniają się w kierunku ponownego wzrostu emigracji Polaków od 2011 r, o czym świadczą najnowsze dane i tezy o „drugiej fali emigracji” z Polski (tab. 5).

Jedną z przyczyn ponownego wzrostu skali wyjazdów za granicę jest wzrost bezrobocia w kraju, zwłaszcza wśród młodych ludzi oraz spowolnienie gospodarki. Masowy odpływ siły roboczej nie przyczynił się krótkookresowo do poprawy sytuacji na rynku pracy. Średniookresowe oddziaływanie emigracji na poziom płac też było niewielkie, chociaż dodatnie, jakkolwiek o wiele istotniejsze mogą być jej długookresowe efekty. Natomiast istotny wpływ na kondycję gospodarczą kraju, zwłaszcza gospodarstw domowych mają przekazy pieniężne do Polski od emigrantów.

Transfery pieniężne od polskich emigrantów, ujmowane przez Narodowy Bank Polski (NBP) w statystyce bilansu płatniczego, miały w ciągu ostatniej dekady – i nadal mają – znaczący wkład w polski PKB. Wartość transferów pieniężnych do Polski rosła nieprzerwanie od 2000 do 2007 roku, przyspieszając szczególnie począwszy od 2004 r. – roku przystąpienia Polski do Unii Europejskiej. W 2007 roku, w kulminacyjnym momencie fali emigracyjnej, wyniosła 25,5 mld zł (5,3 mld euro oraz 5,1 mld euro w 2008 r), co stanowiło wówczas około 2,5% PKB – więcej niż maksymalna wielkość napływu środków strukturalnych z Unii Europejskiej (2% PKB). Od tego czasu wartość transferów pieniężnych emigrantów do Polski stopniowo spada. Według NBP, wartość tego typu transferów w 2011 r. wyniosła około 17 mld zł (4,2 mld euro), co odpowiadało 1,42% PKB Polski. W 2012 r. zanotowano niewielki dalszy spadek do ok. 4,16 mld euro. Najbardziej skurczyły się transfery z Irlandii (o 25 %) – z 462 mln euro do 345 mln euro, zaś wzrosły z Wielkiej Brytanii (z 749 mln euro w 2011 r. do 833 mln euro w 2012 r.). Najwięcej pieniędzy do kraju przesyłają Polacy pracujący w Niemczech – ok. 1,3 mld euro w 2012 r. (wzrost o 4%). Spadek w stosunku do wartości w latach 2007–2010, jest spowodowany z jednej strony powrotami z emigracji, ale także łączeniem rodzin w kraju, w którym do tej pory przebywał pracujący¹⁹². W najbliższych dwu latach wartość transferów ustabilizuje się na obecnym poziomie, czyli ok. 17 mld zł, m.in. z powodu poziomu zarobków za granicą uwarunkowanych gorszą sytuacją finan-

¹⁹¹ Gumuła, Gucwa, Opiola, Nalepa (2011); por. J. Napierała, *Migracje zagraniczne*, w: *Sytuacja demograficzna Polski, Raport 2010–2011* (RRL, 2011).

¹⁹² Cieślak-Wróblewska (2013)

sową na świecie, a także pozostawaniem za granicą na stałe coraz większej liczby Polaków¹⁹³.

Znaczenie transferów pieniężnych do Polski jako alternatywnego źródła finansowania działalności gospodarczej oraz części prywatnych inwestycji w kraju ilustrują eksperci CAS, przyrównując je z jednej strony do funduszy strukturalnych UE, z drugiej strony do bezpośrednich inwestycji zagranicznych¹⁹⁴.

Przekazy pieniężne do Polski pozostaną znaczącą siłą napędową polskiej gospodarki w kolejnych latach, dlatego też warto podjąć szereg działań w celu uproszczenia i stabilizacji przepisów, by kapitał gromadzony przez emigrantów wracał do Polski i jak najefektywniej pracował dla gospodarczego rozwoju kraju. Transfery stanowią alternatywne wobec drogich i nie zawsze dostępnych kredytów źródło finansowania działalności gospodarczej oraz części prywatnych inwestycji.

Migracje wewnątrzspółnotowe to nie tylko swobodny przepływ pracowników, ale również delegowanie pracowników funkcjonujące w ramach swobody świadczenia usług. Polscy przedsiębiorcy są liderami w stosowaniu tego rozwiązania – na około 1 mln delegowań w UE ponad 230 tys.¹⁹⁵ dotyczy polskich przedsiębiorstw – wielu Polaków pracuje na tych zasadach w Niemczech (sektor budowlany, ale też np. branża opieki nad osobami starszymi), Francji czy Holandii.

Istotnym wyzwaniem dla państwa jest ochrona praw Polaków pracujących za granicą. Coraz częściej zdarza się bowiem, że obywatele polscy poszukujący pracy za granicą stają się ofiarami nieuczciwych pośredników, pracodawców lub właścicieli nieruchomości. Szczególnie wiele nadużyć występuje w związku z pracą oferowaną przez agencje pracy tymczasowej. Na problem ten zwróciła uwagę m.in. Rada Ochrony Pracy w swoim stanowisku z października 2011 r. formułując jednocześnie szereg zaleceń dla poszczególnych instytucji, mających na celu poprawienie sytuacji Polaków podejmujących pracę w innych państwach UE.

¹⁹³ Według raportu CAS, faktyczne przekazy pieniężne emigrantów do Polski mogą być dalece wyższe od tych ujętych w statystyce NBP: o ile bowiem polski bank centralny uwzględnia w swoich wyliczeniach przekazy zarobków (*workers' remittances*), czyli transfery pochodzące od tych emigrantów, którzy pracują i przebywają poza granicami swego kraju przez ponad rok, oraz wynagrodzenia pracowników (*compensation of employees*), czyli transfery od pracowników przebywających za granicą nie dłużej niż 12 miesięcy, to nie ujmuje transferów migrantów (*migrant transfers*), czyli środków finansowych oraz dóbr materialnych fizycznie przywiezionych przez migrantów podczas podróży do domu. Często to właśnie te środki [transfery migrantów] mają największe znaczenie dla emigranckiego gospodarstwa domowego, regionu, w którym mieszka, a nawet całej gospodarki kraju wysyłającego. O ile bowiem regularne przekazy pieniężne wykorzystywane są zazwyczaj przez rodziny emigrantów na bieżące wydatki konsumpcyjne, o tyle środki przywiezione przez emigranta powracającego do kraju wydatkowane są na cele rozwojowe, jak sfinansowanie studiów czy założenie własnej firmy. Powracający znacznie chętniej niż emigrujący przejawiali skłonność do rozpoczęcia działalności gospodarczej. Por. *Transfery pieniężne emigrantów a rozwój gospodarczy Polski* (2012).

¹⁹⁴ Warto pamiętać przy tym, że prywatne transfery od emigrantów są pozbawione obciążeń administracyjnych i proceduralnych, którymi obciążone są dotacje unijne, zatem mogą być efektywniej wydatkowane, argumentują eksperci CAS. Przekazy pieniężne od emigrantów mogą także osiągać wartości porównywalne do wartości bezpośrednich inwestycji zagranicznych (BIZ), szczególnie w latach odznaczających się słabszym rozwojem gospodarczym: „spadek wielkości transferów spowodowany kryzysem gospodarczym nie był aż tak gwałtowny, jak w przypadku BIZ.” W 2010 roku, przekazy pieniężne emigrantów w wysokości 18,1 mld zł były nawet wyższe od napływu BIZ (10,2 mld zł). Z obliczeń CAS wynika, że w obecnej perspektywie finansowej UE na lata 2007–2013 realna wielkość środków dostępnych dla Polski to około 5,6 mld euro rocznie, czyli suma zbliżona do wartości przekazów pieniężnych w „najlepszych” latach. *Transfery pieniężne polskich emigrantów i ich znaczenie dla polskiej gospodarki*, 2012, Wiadomości gospodarcze.

¹⁹⁵ Liczby dotyczą wniosków o wystawienie formularzy A1 wystawianych przez krajowe instytucje zarządzające systemem zabezpieczenia społecznego (w Polsce ZUS), potwierdzających przynależność do ubezpieczenia społecznego w państwie pochodzenia delegującego przedsiębiorstwa – niekoniecznie więc oznaczają, że tyle właśnie osób zostało faktycznie delegowanych.

Współczesna emigracja nie wygaśnie z pewnością z dnia na dzień. Wręcz przeciwnie, ma szansę się rozwinąć i to nie tylko z powodu otwarcia rynków pracy przez wszystkie kraje Unii Europejskiej. Państwa, zwłaszcza te będące w fazie stagnacji demograficznej, posiadające niski przyrost naturalny, prowadzą określoną politykę nakierowaną na przyciągnięcie imigrantów. Polityka migracyjna stanowi jeden z instrumentów, mogących łagodzić niekorzystne dla rynku pracy skutki przemian demograficznych.

Jedną z odpowiedzi na wyzwania demograficzne przed jakimi stoi Polska i Europa jest odpowiednio zaprojektowana polityka migracyjna oraz wspieranie mobilności pracowników wewnątrz Wspólnoty. Należy jednak pamiętać, że nie jest to odpowiedź na wszystkie wyzwania, jakie przed krajami rozwiniętymi stawia demografia. Ponadto możliwości absorpcyjne społeczeństw w zakresie przyjmowania imigrantów są ograniczone. Z tego względu polityka migracyjna powinna być traktowana w kontekście wyzwań demograficznych jako działanie uzupełniające dla polityki aktywizacji zasobów rodzimej siły roboczej oraz polityki na rzecz zwiększania dzietności. Polityka migracyjna stanowi jeden z instrumentów, mogących łagodzić niekorzystne dla rynku pracy skutki przemian demograficznych.

3.1.2. Wpływ emigracji na rozwój demograficzny Polski

Zmiany demograficzne, jakie są obserwowane w ostatnich latach, tj. przede wszystkim niska liczba urodzeń oraz spadek liczby nowo zawartych małżeństw, mogą wskazywać, że perspektywa szybkiego wyjścia z depresji demograficznej, w jakiej znajduje się Polska już od dłuższego czasu, jest dosyć odległa. Głęboki niż demograficzny z lat 90. oraz utrzymująca się silna emigracja młodych ludzi będą powodować – już w nieodległej perspektywie – coraz większe utrudnienia w rozwoju demograficznym, na rynku pracy oraz w systemie zabezpieczenia społecznego. Przede wszystkim starzenie się społeczeństwa oraz zmniejszanie się liczby ludności Polski, będące skutkiem przemian demograficznych, w perspektywie średnio- i długookresowej będzie negatywnie oddziaływało nie tylko na rynek pracy, a także na szkolnictwo wyższe, stabilność finansową systemu zabezpieczenia społecznego oraz systemu opieki zdrowotnej¹⁹⁶.

Wyniki analiz GUS oraz EUROSTATU, pokazujące istotne zmiany w strukturze wiekowej Polaków w okresie najbliższych dziesięcioleci, potwierdzają wyzwania społeczno-ekonomiczne, przed jakimi stoi Polska. Perspektywa rozwoju demograficznego w najbliższych 20 latach nie rysuje się optymistycznie. Z prognozy demograficznej GUS¹⁹⁷ wynika, że do roku 2035 należy spodziewać się znaczącej depopulacji Polski (o ponad 2 mln osób). Zmniejszeniu liczby ludności towarzyszyć będzie spadek udziału osób w wieku pro-

¹⁹⁶ Polska należy do państw, w których przewidywane skutki starzenia się społeczeństwa będą przebiegać najszybciej (obecnie sytuacja demograficzna jest bowiem na tle UE relatywnie dobra) i najbardziej dotkliwie. Według prognozy Biura Statystycznego Komisji Europejskiej (EUROPOP 2010) Polska w 2060 r. będzie jednym z trzech państw, obok Rumunii i Łotwy, o najwyższym wskaźniku obciążenia osób w wieku aktywności zawodowej osobami w wieku poprodukcyjnym. Wskaźnik ten dla Polski wyniesie 64,8%, przy średniej UE-27 wynoszącej 52,5%. Ponadto Polska doświadczy największego wzrostu pomiędzy wartością tego wskaźnika w 2010 i 2060 roku, tj. o 45,8 punktu procentowego.

¹⁹⁷ Niekorzystną sytuację Polski potęguje wysoki poziom emigracji oraz niski poziom napływu cudzoziemców (te dwa fakty są też najważniejszymi wyzwaniami stojącymi przed polityką migracyjną w kontekście wyzwań). *Prognoza ludności na lata 2008–2035* (2009).

dukcyjnym przy jednoczesnym wzroście udziału ludności powyżej 60 roku życia.¹⁹⁸ Obok zmian ilościowych niska liczba urodzeń przy wydłużaniu się przeciętnego trwania życia prowadzi do dysproporcji w strukturze ludności według wieku. Wyraźnie zmniejsza się udział dzieci i młodzieży, a przybywa osób starszych, potrzebujących intensywnej opieki, co prowadzi do rosnących wskaźników obciążenia ekonomicznego osób pracujących ludźmi starszymi.¹⁹⁹

Należy podkreślić, że dzietność polskich kobiet kształtuje się na najniższym poziomie wśród krajów UE i jednym z najniższych w krajach europejskich. W Polsce wskaźnik ten wynosi tylko 1,3, podczas gdy średnia dla wszystkich krajów Unii wynosi 1,48 na kobietę.

W tej sytuacji znaczący negatywny wpływ na sytuację demograficzną Polski mają i będą miały również migracje zagraniczne, w szczególności silna emigracja. Z powodu utrzymującego się ujemnego salda migracji na pobyt stały zmniejsza się liczba ludności Polski oraz zmienia się struktura ludności według płci i wieku. Emigrują głównie kobiety i osoby w wieku 20–34 lata (ponad 47% ogółu emigrantów), a więc osoby młode, które swoje plany prokreacyjne zrealizują za granicą.

Najnowsze raporty wskazują, że część młodej generacji polskiej emigracji zarobkowej podejmuje decyzje o dłuższym związaniu się z krajem emigracji. Świadczą o tym np. dane dotyczące liczby decyzji o posiadaniu dzieci podejmowanych przez kobiety urodzone w Polsce²⁰⁰ (W Wielkiej Brytanii od 2004 r. matki z Polski urodziły 77 tys. dzieci). *Matki pochodzące z Polski rodzą obecnie najwięcej dzieci spośród wszystkich matek pochodzących spoza Wielkiej Brytanii, więcej nawet niż matki pochodzące z Indii, Pakistanu czy Bangladeszu. W roku 2010 z matek o polskich korzeniach urodziło się 19 762 dzieci – podczas gdy jeszcze na początku 2001 roku – tylko 896*²⁰¹. Szacuje się, że zbliżoną liczbą ocenić można wielkość zawartych małżeństw binacjonalnych w skali europejskiej.

Niezależnie od krótkookresowych skutków migracji w świetle ich wpływu na rynek pracy w Polsce, masowa emigracja Polaków po 1. maja 2004 r. może mieć poważne skutki w dłuższej perspektywie, bowiem przyczynia się do zmiany międzyregionalnej dystrybucji ludności w Polsce oraz prowadzi do zmian w strukturze demograficznej w regionach najmocniej narażonych na odpływ za granicę. Migracje zagraniczne są głównym czynnikiem oddziałującym na kształt procesów społecznych w regionach migracyjnych, które charakteryzują się długą tradycją odpływu migracyjnego, a skala wyjazdów jest w nich znacząca. Prowadzi to do permanentnej depopulacji takich obszarów, co powoduje określone skutki społeczne, demograficzne, ekonomiczne, a także kulturowe. Migracje, przybierając trwały charakter, wywołują narastające dysfunkcje w sferze demograficznej i ekonomicznej regionu. Województwo opolskie, zarówno pod względem skali zjawiska, jak i oddziaływania na potencjał regio-

¹⁹⁸ Problemy demograficzne dotyczą nie tylko Polski lecz całej UE, choć poszczególne państwa różnią się pod względem tempa zmian. W ciągu najbliższych kilkudziesięciu lat, współczynnik obciążenia demograficznego w Unii Europejskiej podwoi się. Obecnie na 100 Europejczyków w wieku produkcyjnym przypada 25 osób powyżej 65. roku życia. Zgodnie z prognozami, do 2050 r. na 100 osób w wieku produkcyjnym przypadać będzie 50 osób w wieku 65+. Zgodnie z prognozami EUROSTATU liczba ludności Polski w 2050 r. zmniejszy się do 33 275 tys., a współczynnik obciążenia demograficznego z 18,9% w 2009 r. wzrośnie do 55,7% w 2050 roku. Por. *Labour Migration and its Development Potential in the Age of Mobility*, 15–16 October 2009, Malmö, Sweden, Round table theme 1: Labour immigration, s. 8.

¹⁹⁹ Z. Kostrzewa, D. Szaltys, *Wpływ emigracji na rozwój demograficzny Polski*, w: *Migracje zagraniczne a polityka migracyjna* (2009), s. 55–71.

²⁰⁰ Iglicka (2010), s. 28–38; Iglicka (2011).

²⁰¹ Coleman (2012).

nalny jest jednym z najważniejszych regionów tego typu w Polsce, a być może i w Europie²⁰². Samorząd i władze woj. opolskiego wystąpiły do rządu z inicjatywą ustanowienia specjalnej strefy demograficznej, której nadrzędnym celem jest przeciwdziałanie procesom wyludnienia. Inicjatywa samorządowa zostanie wsparta polityką państwa aby poprawić sytuację demograficzną województwa²⁰³.

3.1.3. Wpływ emigracji na rodziny

Otwarcie granic poszczególnych państw UE na pracowników z Polski spowodowało gwałtowne narastanie problemu rozłąki rodziny. Problem ten istniał od dawna, generalnie w dwóch modelach rozłąki, które można nazwać modelem pulsacyjnym i modelem rozłąki bezwzględnej. Migracja niekorzystnie wpływa na stabilność i funkcjonowanie rodziny. Niezależnie od rodzaju modelu – obydwie destrukcyjnie wpływają na przeobrażenia życia rodzinnego zarówno pod względem strukturalnym, jak i funkcjonalnym. Wyjazd obojga lub jednego z rodziców za granicę ze względów ekonomicznych wpływa destruktywnie na funkcjonowanie rodziny. Również wyjazd rodziców z dziećmi powoduje ogromne zmiany wymagające pewnych działań wspierających w zakresie wzmacniania i podtrzymywania więzi rodzinnych²⁰⁴.

Jednym z następstw jest zjawisko tzw. „eurosieroctwa”²⁰⁵. Niezależne źródła podają, że zjawisko to ogranicza się do 1–2% populacji uczniów²⁰⁶. Jednakże należy zdecydowanie podkreślić, że nie każde dziecko, którego rodzice lub rodzic wyjechali do pracy za granicą, jest narażone na tego rodzaju skutki. Problem sierot migracyjnych (tzw. problem „eurosieroctwa”) – dzieci, których jedno czy nawet oboje rodziców wyjechało do pracy w krajach Unii Europejskiej – nie jest nowy. Od dawna dotyczy on np. mieszkańców Opolszczyzny, gdzie do pracy na Zachód wyjeżdżali posiadacze podwójnego obywatelstwa. Teraz jednak, po otwarciu wielu europejskich rynków pracy i masowej emigracji zarobkowej, zjawisko to przybrało niepokojące rozmiary. Wyniki badania MEN dotyczącego rozmiarów i skutków problemu

²⁰² „Nasilone migracje zagraniczne wpływają na istotne następstwa natury politycznej w regionie migracyjnym, np. zmiany w strukturze etnicznej, opcjach narodowych, w zachowaniach wyborczych (frekwencja, preferencje), wyborach inwestycyjnych itd. Można je połączyć z konsekwencjami w sferze społecznej (m.in. obniżona aktywność mieszkańców, niższy poziom przedsiębiorczości, niższy poziom bezrobocia) i gospodarczej (zmniejszenie potencjału popytowego, niższy dostęp do wyspecjalizowanych zasobów pracy)” – Hefner (2012), s. 84–85.

²⁰³ Na Opolszczyźnie migracje w okresie transformacji doprowadziły do istotnych zaburzeń struktury demograficznej, przyczyniły się do zmniejszenia skali aktywności ekonomicznej, ale i dały podstawy do jednego z najważniejszych strumieni dochodów – transferów pieniężnych z zagranicy, decydujących o poziomie zamożności mieszkańców tego regionu. Por. J. Sebesta, Marszałek Województwa Opolskiego, *Głos w dyskusji w Panelu II. Doświadczenia krajów Unii Europejskiej w kształtowaniu polityki ludnościowej*, w: *Polska w Europie – Przyszłość demograficzna*. II Kongres Demograficzny, Sesja Inauguracyjna (2012), s. 213–214.

²⁰⁴ Balicki, Dębski, Pawlus (2009), s. 72–90 oraz Fidelus (2008).

²⁰⁵ Przez to pojęcie należy rozumieć sytuację, w której emigracja zarobkowa rodziców/rodzica powoduje zaburzenie takich funkcji rodziny, jak zapewnienie ciągłości procesu socjalizacji, wsparcia emocjonalnego dziecka i transmisji kulturowej. Zjawisko to stanowi bezpośrednią przyczynę występowania wielu problemów związanych z edukacją i wychowaniem dzieci i młodzieży pozostawionych bez należytej opieki. Termin „eurosieroctwo” jest w ocenie Ministerstwa Edukacji Narodowej pojęciem niefortunnym i stygmatyzującym, piętnującym dziecko, które znajduje się w trudnej sytuacji ze względu na brak lub niedostateczną opiekę rodzicielską w związku z ich pracą za granicą. Niestety, ze względu na swą nośność medialną, pojęcie to szybko stało się popularne. Por. Walczak (2008), s. 5.

²⁰⁶ Wskaźniki te potwierdzają informacje przesłane przez kuratoria oświaty, które w ramach swoich zadań analizowały rozmiary omawianego zjawiska oraz sposoby wspierania dzieci, których dotknęło zjawisko sieroctwa migracyjnego. Raport *Eurosieroctwo 2008* (Fundacja „Prawo Europejskie”) podaje, iż w 110 tys. polskich rodzin dzieci wychowują się bez co najmniej jednego z rodziców, który wyemigrował na Zachód.

sieroctwa migracyjnego, (przeprowadzonego w 2010 r. w 22644 placówkach oświatowych) i sporządzony na tej podstawie Raport²⁰⁷ zwracają uwagę na takie zagrożenia, z punktu widzenia dobra dziecka, jak: obniżenie poczucia bezpieczeństwa, osamotnienie, poczucie odręcenia, trudności w kształtowaniu tożsamości, zaburzenia w rozwoju samokontroli tak emocjonalnej, jak i intelektualnej i decyzyjnej, trudności w kształtowaniu systemu wartości i realizacji zadań związanych z nauką szkolną. Brak poczucia bezpieczeństwa, osamotnienie, poczucie odrzucenia, odręcenia, a także bardzo często trudności porozumiewania się z osobami sprawującymi opiekę zastępczą skutkują, szczególnie u dzieci i młodzieży ze szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych utratą sensu życia, próbami samobójczymi, ucieczkami z domu, a także innymi przejawami nieprzystosowania społecznego jak agresja, kłamstwa a nawet zachowaniami naruszającymi prawo.

Dodatkowym problemem są negatywne skutki odczuwane przez rodziny migrantów zarobkowych, np. rozdzielenia rodzin z powodów mieszkaniowych i in. Zjawisko rozdzielania rodzin występuje w kontekście prawa migrującego pracownika do połączenia z członkami rodziny oraz/lub beneficjentami²⁰⁸.

Poznanie mechanizmów działania rozłąki na więź rodzinną umożliwia podjęcie pewnych działań prorodzinnych łagodzących negatywne skutki tego wpływu. Z punktu widzenia polityki prorodzinnej należy wzmocnić działania mające na celu zwiększenie opieki nad polską migracją zarobkową w kraju i za granicą. Wielowymiarowość skutków migracji zagranicznych na rodziny emigrantów i imigrantów zarówno w kraju docelowym jak macierzystym jest niezwykle istotna, zaś zarówno szanse jak zagrożenia dla rodziny powinny być uwzględnione w formułowaniu polityki rodzinnej i migracyjnej państwa.

3.1.4. Polonia i skupiska Polaków poza granicami kraju

Czynnikiem znaczącym zarówno dla procesów migracyjnych w Polsce jak i dla samej polityki migracyjnej jest istnienie blisko 20-milionowej Polonii i skupisk Polaków poza granicami kraju. Oszacowanie liczebności Polaków w świecie jest bardzo utrudnione nie tylko z powodu braku kompletnych i uporządkowanych zasad metodologicznych, lecz także braku jednolitych informacji statystycznych²⁰⁹. Według danych szacunkowych, poza granicami Polski mieszka na stałe od 17 mln do 20 mln Polaków oraz osób deklarujących polskie pochodzenie (najwięcej w USA – ok. 10 mln, w Niemczech – 1,5 mln, w Brazylii i Francji – 1 mln²¹⁰).

Polska diaspora jest silnie zróżnicowana, ponad połowę całego zasobu migracyjnego stanowią osoby pochodzenia polskiego reprezentujące drugie i kolejne pokolenia migrantów. Są to potomkowie Polaków z „historycznych” fal migracyjnych z lat powojennych i okresu

²⁰⁷ W co piątej badanej placówce są dzieci, których obydwoje lub samotnie wychowujący rodzic wyjechali za granicę do pracy, a w co trzeciej są dzieci, których jeden z rodziców wyjechał do pracy za granicę. Jednakże sprawdzenie w ilu placówkach problem dzieci, których rodzice wyjechali za granicę do pracy, według wiedzy nauczycieli nie występuje w ogóle, modyfikuje powyższy obraz. Osoby wypełniające ankietę z 16 802 szkół/placówek podały, że taki problem u nich nie występuje – stanowi to 74,20% badanych placówek. Można przyjąć, że problem ten dotyczy jedynie 25,80% szkół i placówek, co oznacza, że w tych placówkach mogą być dzieci, których jeden lub obydwoje rodziców wyjechało lub samotnie wychowujący rodzic wyjechał. Jednocześnie może to wskazywać na tzw. punktowe występowanie zjawiska. Ostrowska (2010).

²⁰⁸ Potrykowska (2009), s. 17–46.; Raport J.R Carby-Halla (2008) *Ocena przepisów przejściowych* pokazuje, że nie uwzględniają one fundamentalnego prawa do łączenia rodzin zawartego w dyrektywie unijnej z 2004 r. w sprawie prawa obywateli Unii Europejskiej i członków ich rodzin do swobodnego przemieszczania się i pobytu (s. 168–169). Por. Balicki, Dębski, Pawlus (2009), s. 72–90.

²⁰⁹ RRL (2006), s. 78.

²¹⁰ <http://www.poland.gov.pl/polacy,zagranica,48.html>

stanu wojennego. *Raport o sytuacji Polonii i Polaków za granicą MSZ z 2012 r.* w sposób kompleksowy przedstawia polską diasporę w końcu pierwszej dekady XXI wieku. Skomplikowane dzieje Polski, a zwłaszcza dramatyczny splot wydarzeń, jakie miały miejsce w ubiegłym stuleciu, sprawiły, że miliony naszych Rodaków znalazły się – często wbrew swej woli – poza obecnymi granicami kraju. Dzisiaj coraz mniej jest ludzi, którzy do życia poza Polską zostali zmuszeni dramatycznymi wydarzeniami w kraju. Niemniej jednak należy pamiętać o licznych obywatelach Polski, którzy z różnych powodów wyemigrowali w latach wcześniejszych i zdążyli już na trwałe zapuścić korzenie w nowym kraju, a także o rzeszy osób nie posiadających polskiego obywatelstwa, często już urodzonych poza granicami Polski, a także nie znających lub słabo znających język polski, lecz w mniejszym lub większym stopniu utożsamiających się z Polską

Od 4 czerwca 1989, gdy Polska stała się wolnym demokratycznym krajem, Senat RP sprawował opiekę, kształtował i realizował politykę państwa wobec Polonii przez 22 lata. Dzięki wsparciu Senatu powstały trwałe więzi między krajem a diasporą. Ważnym wyzwaniem dla wolnego państwa polskiego było roztoczenie opieki nad Polakami, którzy nigdy nie opuścili Polski, a na skutek nowego podziału świata, po II wojnie światowej znaleźli się poza granicami Ojczyzny, na terytorium byłego ZSRR. Dało to asumpt do organizowania się Polaków na Wschodzie, a także wzmocniło ich pozycję w krajach zamieszkiwania i wpłynęło na odradzanie się polskości i poczucie tożsamości narodowej, o czym świadczy choćby rzesza osób ubiegających się o przyznanie Karty Polaka²¹¹.

W 2009 r. Ministerstwo Spraw Zagranicznych przejęło kompetencje koordynacyjne w kształtowaniu polityki polonijnej państwa, włączając ją do priorytetów polskiej polityki zagranicznej. Priorytetowym kierunkiem polityki polonijnej pozostaje obszar państw powstałych po rozpadzie ZSRR²¹², ale także utrzymywanie ścisłej współpracy z Polonią na Zachodzie, m.in. UE, ze względu na nową emigrację zarobkową.

Mając na względzie koncepcję upodmiotowienia Polonii i Polaków za granicą, w nowej polityce wobec polskiej diaspory uznaje się rodaków za granicą nie jako obiekt działań polskiej polityki zagranicznej, ale jako jej istotny podmiot, wspierający z zewnątrz urzeczywistnianie wszystkiego, co ważne dla Polski. Polonia i Polacy za granicą, jako aktywni członkowie społeczności krajów zamieszkania mogą zrobić wiele dla wzmocnienia pozycji i wizerunku starej ojczyzny.

Celem strategicznym polityki polonijnej jest pozyskiwanie skutecznego poparcia dla polskiej racji stanu oraz korzystanie z potencjału Polonii i Polaków za granicą do promocji Polski i wzmocnienia jej pozytywnego wizerunku w Europie i świecie. Zasadna jest nie tylko potrzeba odwołania się do potencjału tradycyjnych organizacji polonijnych, które były i pozostają niezawodnym sojusznikiem Polski, lecz również do znacznie liczniejszej Polonii nie zrzeszonej, często nie znającej już języka polskiego, która zakorzeniła się w otaczającej ją społeczno-

²¹¹ Opieka nad naszą diasporą zmieniała charakter – zaczęła się od pomocy charytatywnej dla Polaków na Wschodzie, a ostatnio koncentrowała się na wyzwoleniu aktywności naszych rodaków, na wspieraniu edukacji, szkoleniach, by w krajach zamieszkania tworzyli elity, robili kariery, a jednocześnie czuli się związani z Polską. Od 2004 r. Senat dużą wagę przywiązywał do wspierania młodej emigracji i tych osób o polskich korzeniach urodzonych za granicą. Por. *Senat na rzecz Polonii 2011–2012* (2012).

²¹² *Rządowy Program Współpracy z Polonią i Polakami za Granicą* (2011), s. 6, określa zmianę formuły aktywności Rządu wobec Polaków na Wschodzie: „Działania, które bezwzględnie muszą być prowadzone w ścisłej współpracy z pozostałymi podmiotami krajowymi działającymi w sferze współpracy z Polonią i Polakami za granicą – muszą doprowadzić do odejścia od formuły skłaniającej bądź niekiedy wymuszającej bierną absorpcję pomocy z Polski zamiast generowania aktywności obywatelskiej i nowych form prowadzenia działalności społecznej przez Polaków na Wschodzie”.

ści²¹³. Istotne jest również położenie większego nacisku na realizację konstytucyjnego obowiązku wspierania Polaków przebywających poza granicami kraju w zachowaniu więzi z dziedzictwem narodowym i kulturalnym ojczyzny.

Plan współpracy z Polonią i Polakami za granicą na 2014 r. (2013) MSZ ma wskazywać potrzeby Polski i sposoby ich jak najskuteczniejszego zaspokajania we współpracy z rodakami za granicą, przy zaangażowaniu środków wypracowanych przez polskich podatników. Nie odnosi się on natomiast do autonomicznie wytyczanych przez Polonię i Polaków celów działań, ani pożytkowania funduszy, którymi sami dysponują.

W okresie poakcesyjnym zmienił się charakter i struktura migracji z Polski. W ślad za tym powinna pójść krytyczna refleksja nad pojęciem diaspory (Polonii). Przemyślenia – przededefiniowania wymaga w szczególności model wsparcia obywateli polskich przebywających za granicą. Powinien on uwzględniać specyfikę danego kraju oraz samych migracji (m.in. ich czasowy charakter). Ważnym zagadnieniem jest określenie na ile wzorce najnowszej emigracji Polaków różnią się, a na ile są podobne do wzorców migracyjnych znanych z wcześniejszych fal migracyjnych. Czy wciąż mamy do czynienia z tradycyjnymi diasporami czy też raczej na naszych oczach tworzą się zupełnie nowe zjawiska – a diasporę wzbogacają klastry migracyjne²¹⁴.

Konieczne wydaje się także lepsze rozpoznanie polskiej diaspory i ocena jej możliwości/potencjału dla rozwoju Polski (współpraca biznesowa, sieci kontaktów). Ocena ta powinna się odnosić zarówno do osób od dawna zamieszkujących za granicą, jak i przedstawicieli najnowszych fal migracyjnych²¹⁵.

Kapitał ludzki, który będzie miał najistotniejszy wpływ na sytuację w Polsce stanowią poakcesyjni emigranci, głównie ludzie młodzi. Wszystkie te osoby w naszym przekonaniu powinny być traktowane jako ważny składnik potencjału ludnościowego Polski.

Polscy pracownicy migrujący nie mają jeszcze statusu „Polonii”, czyli zasiedziały środowisk polonijnych, a ich pobyt w poszczególnych krajach UE regulują odpowiednie przepisy odnoszące się do wszystkich obywateli państw członkowskich. Niemniej jednak w ramach współpracy z polską diasporą i ochrony instytucjonalnej polskich pracowników migrujących MSZ podejmuje wiele działań mających na celu zapewnienie Polonii i Polakom za granicą prawa i możliwości kultywowania polskości w państwach ich zamieszkania, rozwijania kontaktów z krajem oraz korzystania z praw mniejszości narodowych, jeśli za taką są oni w danym kraju uznawani²¹⁶.

Polscy pracownicy migrujący natrafiają w krajach pobytu na wiele przeszkód administracyjnych, takich jak chociażby trudności w realizacji dyrektywy Rady 77/486/EWG z dnia 25 lipca 1977 r. w sprawie kształcenia dzieci pracowników migrujących (art. 3. – państwa

²¹³ „Wsparcie ze strony rodaków zza granicy spowoduje, że wspólne działania będą skuteczniejsze, z korzyścią zarówno dla Polski, polskiego podatnika, jak i dla Polonii oraz Polaków za granicą. To nowe podejście do współpracy z Polonią i Polakami za granicą, czyniące ich pełnoprawnym podmiotem korzystnego współdziałania, przyczyni się do skuteczniejszej promocji Polski. *Plan współpracy z Polonią i Polakami za granicą na 2013 r.* (2012). W dokumencie tym MSZ wyróżnia pięć obszarów tematycznych, na których mają koncentrować się działania realizujących go podmiotów: a) Edukacja Polonii i Polaków za granicą, w tym kształcenie młodzieży polonijnej w Polsce; b) Mobilizacja do aktywności we wszelkich dziedzinach życia w państwach zamieszkania dla promocji Polski i polskości.; c) Wspieranie środowisk polskich; prawa mniejszości polskich, Polonii i Polaków za granicą; d) Zaangażowanie Polonii i Polaków za granicą we współpracę gospodarczą państw zamieszkania naszych rodaków z Polską; e) Wspieranie powrotów Polaków do Ojczyzny.

²¹⁴ Por. Szczygielski (2011) – Ekspertyza.

²¹⁵ Lesińska, Kaczmarczyk, Stefańska (2012).

²¹⁶ W dużym stopniu działania w tym zakresie są realizowane przez Departament Współpracy z Polonią MSZ, który jest odpowiedzialny m.in. za realizację zadań związanych z koordynowaniem działań urzędów administracji w zakresie współpracy z Polonią i Polakami za granicą. Przykładem jest znaczące wsparcie finansowe przez MSZ wielu wspólnych projektów oświatowych, zwłaszcza na naukę języka polskiego i przedmiotów ojczystych oraz w dziedzinie promocji polskiej kultury, sztuki i historii.

członkowskie, zgodnie z ich sytuacją krajową i systemem prawnym oraz we współpracy z państwami pochodzenia, podejmują odpowiednie środki w celu wspierania, w koordynacji z regularnym kształceniem, nauczania języka ojczystego oraz kultury kraju pochodzenia dla dzieci) czy uznawaniem dyplomów i kwalifikacji zawodowych – obowiązującą nadal i uważaną za podstawowy instrument działań wspólnotowych w obszarze edukacji²¹⁷.

Ważną inicjatywą, służącą do ich rozwiązywania, jest m.in. powołana przez Ministerstwo Edukacji Narodowej w 2010 r. Rada Oświaty Polonijnej (ROP) jako organ doradczy MEN. W skład Rady wchodzi przedstawiciele szkolnictwa polonijnego z całego świata, a także eksperci od spraw edukacji. Głównym jej zadaniem jest rozpatrywanie problemów związanych z kształceniem polskich dzieci poza granicami kraju i opiniowanie propozycji zmian prawnych w systemie polskiej oświaty polonijnej.

Powołanie Rady umożliwia bliższą współpracę resortu edukacji ze środowiskami szkół polonijnych i przedstawicielami organizacji wspierających nauczanie języka polskiego i w języku polskim za granicą. Zapewnienie osobom polskiego pochodzenia i Polakom za granicą możliwości nauki języka polskiego oraz szeroko rozumianej wiedzy o Polsce to nie tylko utrwalanie tożsamości i tradycji kulturowej, ale także tworzenie szansy intelektualnego i społecznego rozwoju. Język jest zarówno nośnikiem polskiej tradycji i kultury, jak i narzędziem otwierającym dostęp do jej zasobów intelektualnych.

Poszerzanie wiedzy o Polsce współczesnej i jej osiągnięciach w sferze naukowej, gospodarczej, kulturalnej oraz innych dziedzinach życia zachęca Polonię i Polaków za granicą do intensywniejszego i bardziej świadomego uczestnictwa w sprawach polskich. To z kolei, obok zaspokojenia potrzeb wynikających z przywiązania do Ojczyzny, może istotnie zwiększyć szanse na dalszą edukację, w tym na najlepszych polskich uczelniach, a tym samym zwiększyć konkurencyjność lepiej wyedukowanej młodzieży w ubieganiu się o ich lepszą pozycję zawodową zarówno w Polsce, jak również w kraju zamieszkania²¹⁸.

Potrzebna jest również społeczna integracja Polonii i Polaków za granicą oraz ich polityczna mobilizacja: włączenie w miejscowe społeczności na poziomie politycznym (wybory lokalne, udział w partiach politycznych), kulturowym, językowym i pracowniczym w państwach pobytu²¹⁹. Oferta współpracy ze strony polskich władz musi respektować fakt politycznego zróżnicowania poglądów reprezentowanych w środowiskach polonijnych i powinna dotyczyć spraw polskich pozostających poza kwestią sympatii politycznych²²⁰.

3.1.5. Naturalizacja i repatriacja

Naturalizacja

Najważniejsze zmiany legislacyjne, które zaszły w polskim ustawodawstwie dotyczącym nabywania obywatelstwa polskiego czyli naturalizacji, wystąpiły w ostatnim okresie.

²¹⁷ Dyrektywa przyznaje wszystkim dzieciom w wieku objętym obowiązkiem szkolnym, które pozostają na utrzymaniu pracownika będącego obywatelem innego państwa członkowskiego i zamieszkującemu na stałe na terytorium tego państwa, prawo do bezpłatnego, dostosowanego do ich specyficznych potrzeb kształcenia, w szczególności obejmującego nauczanie języka oficjalnego państwa przyjmującego, prowadzonego przez odpowiednio przygotowanych do tego zadania nauczycieli. Zobowiązuje również państwa członkowskie do promowania we współpracy z krajami ojczystymi i w koordynacji z normalnym kształceniem – nauki języka ojczystego oraz kultury kraju pochodzenia dla dzieci nią objętych.

²¹⁸ *Plan współpracy z Polonią i Polakami za granicą na 2013 r.* (2012), s. 4.

²¹⁹ Dotyczy to w pierwszym rzędzie środowisk pracowników migrujących, którzy są najnowszą falą migracyjną o niepewnym jeszcze statusie na obczyźnie. Działania w tej sferze powinny także objąć starsze fale polskich emigrantów oraz Polonii na całym świecie wraz z Polakami na Wschodzie. Por. *Rządowy Program Współpracy z Polonią i Polakami za Granicą* (2011), s. 6.

²²⁰ *Plan współpracy z Polonią i Polakami za granicą na 2013 r.* (2012), s. 6.

W ciągu ostatnich sześciu lat obywatelstwo polskie otrzymywało corocznie średnio ponad 2,2 tys. cudzoziemców, przy tendencji rosnącej. z roku na rok. Dalszy wzrost mogą przynieść zmiany, które ostatecznie zostały przyjęte w dniu 18 stycznia 2012 r. (zaczęły obowiązywać od połowy sierpnia 2012 r.), kiedy to Trybunał Konstytucyjny zatwierdził zgodność z *Konstytucją* nowej ustawy z dnia 2 kwietnia 2009 r. o obywatelstwie polskim (Dz. U. z 2012 r. poz. 161). Nowa ustawa przewiduje cztery sposoby nabycia obywatelstwa polskiego: z mocy prawa, przez nadanie, przez uznanie oraz przez przywrócenie. Uwagę zwracają przede wszystkim dwie duże zmiany: znaczne zmodyfikowanie istniejącej już instytucji uznania za obywatela polskiego oraz wprowadzenie nowej – przywrócenia obywatelstwa polskiego. Najważniejsza zmiana to odstąpienie od uzależniania nabycia obywatelstwa polskiego od utraty dotychczas posiadanego obywatelstwa obcego. Podwójne obywatelstwo, niweluje zasada wyłączności obywatelstwa polskiego (art. 3 ustawy), która oznacza, że osoba może posiadać równocześnie obywatelstwo polskie i innego państwa, ale nawet wówczas ma w Rzeczypospolitej Polskiej takie same prawa i obowiązki jak osoba posiadająca wyłącznie obywatelstwo polskie, tj. nie może wobec władz polskich powoływać się ze skutkiem prawnym na posiadanie równocześnie obywatelstwa obcego lub na wynikające z niego prawa i obowiązki.

Ustawa przewiduje ponadto m.in. możliwość przywrócenia obywatelstwa polskiego utraconego w przeszłości. Jest to zupełnie nowa kategoria w polskim prawie. Do tej pory osoby, które utraciły polskie obywatelstwo, musiały się o nie ubiegać jak każdy inny cudzoziemiec (czyli przede wszystkim w trybie nadania przez Prezydenta RP, przez urodzenie, gdy przynajmniej jeden z rodziców posiadał obywatelstwo polskie, oraz przez związek małżeński z obywatelem polskim). Z możliwości przywrócenia obywatelstwa mogą korzystać osoby, które utraciły obywatelstwo przed dniem 1. stycznia 1999 roku. Jest to data graniczna, ponieważ właśnie tego dnia, na podstawie przyjętej w 1997 r. nowej Konstytucji, weszły w życie przepisy zmieniające zasady nadania i pozbawiania obywatelstwa. Od tego momentu nadawanie obywatelstwa polskiego zaliczono do prerogatyw Prezydenta RP, który stał się jedynym podmiotem uprawnionym do decydowania o utracie obywatelstwa polskiego²²¹.

W dniu 1 maja 2014 roku weszła w życie ustawa z dnia 12 grudnia 2013 r. o *cudzoziemcach*, która dla posiadaczy Karty Polaka jak i cudzoziemców polskiego pochodzenia wprowadziła możliwość ubiegania się o zezwolenie na pobyt stały, bez konieczności wcześniejszego, legalnego zamieszkiwania na terytorium Polski.

Repatriacja

Sytuacja osób starających się o możliwość uzyskania obywatelstwa polskiego w drodze repatriacji nie zmieniła się w ostatnich latach, gdyż nadal obowiązuje ustawa z dnia 9 listopada 2000 r. o repatriacji (Dz. U. z 2004 r. Nr 53, poz. 532, z późn. zm.).

Ustawa o repatriacji miała umożliwić powrót do Polski zesłańców i ich potomków z miejsc zsyłek i deportacji, ustawa o obywatelstwie polskim – powrót do obywatelstwa polskiego osobom, które w okresie powojennym je utraciły, a ustawa o Karcie Polaka – wzmocnić więzy pomiędzy Ojczyzną i Polakami, którzy pozostali na Kresach. Ustawa była noweli-

²²¹ W 2012 r. Nabycie obywatelstwa polskiego ze względu na tryb uzyskały 3844 osoby, w tym: Nadanie przez Prezydenta RP – 2229 osób (58%); Przywrócenie obywatelstwa polskiego – 379 osób (10%); Uznanie za obywatela polskiego – 1236 osób (32%). *Naturalizacja*, MSW, Warszawa 2013 (maszynopis).

zowana kilkakrotnie; najważniejsze zmiany, wprowadzone w 2003 r., dotyczyły statusu małżonków repatriantów i aktywizacji zawodowej²²².

Ustawa o repatriacji nakłada ciężar finansowania akcji repatriacyjnej na budżet państwa – co roku w budżecie jest wyodrębniana rezerwa celowa „Pomoc dla repatriantów”, z której finansowane są zarówno bezpośrednie zasiłki na zagospodarowanie się, jak i dotacje dla gmin zapraszających repatriantów oraz dla pracodawców. Zgodnie z art. 21 ustawy z dnia 9 listopada 2000 r. O repatriacji, gminie, która zapewni lokal mieszkalny repatriantowi i członkom najbliższej rodziny repatrianta, udziela się dotacji z budżetu państwa. Dotacja może być przyznana do wysokości kwoty stanowiącej równowartość iloczynu 45 m² powierzchni użytkowej lokalu mieszkalnego i wysokości wskaźnika przeliczeniowego kosztu odtworzenia 1 m² na terenie danego powiatu. Gminy mogą otrzymać dotację z tytułu zgłoszenia do bazy „Rodak” zaproszenia dla nie wskazanej imiennie rodziny repatriantów. Środki te gminy w całości mogą przeznaczyć na realizację własnych zadań. Zgodnie z m.in. art. 23 ust. 4 ustawy z dnia 9 listopada 2000 r. łączna kwota zwrotu kosztów poniesionych przez pracodawcę na aktywizację zawodową we wszystkich formach, o których mowa w ust. 1 pkt 2 (tj. na utworzenie stanowiska pracy, przeszkolenie repatrianta, wynagrodzenie, nagrody i składki na ubezpieczenia społeczne) nie może przekroczyć dwunastokrotnego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w kwartale poprzedzającym dzień zawarcia pierwszej z umów pomiędzy starostą a pracodawcą w sprawie zwrotu części ww. kosztów.

Ponadto, zgodnie z art. 23a ww. ustawy, zwrot części kosztów poniesionych przez repatrianta na podnoszenie kwalifikacji zawodowych następuje na podstawie umowy zawartej między starostą, a repatriantem (ust. 1), a wysokość kwoty zwracanej na podstawie tej umowy stanowi połowę kosztów związanych z podnoszeniem kwalifikacji zawodowych, nie więcej jednak niż równowartość dwukrotnego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w kwartale poprzedzającym dzień zawarcia ww. umowy (ust. 3). Zgodnie z art. 37 ww. ustawy o repatriacji, środki finansowe na realizację zadań określonych w ustawie, finansowanych z budżetu państwa, pochodzą z rezerwy celowej budżetu państwa „Pomoc dla repatriantów”. Na ten cel corocznie w ustawie budżetowej planowana jest rezerwa celowa w poz. 13 „Pomoc dla repatriantów”.

Do końca 2013 r. w ramach repatriacji osiedliło się w Polsce 7597 osób, w tym osoby uznane za repatrianta oraz zainteresowanych repatriacją jest 2650 osób, które oczekują na wskazanie im miejsca do osiedlenia się²²³. Są to przeważnie Polacy z Kazachstanu i Uzbekistanu oraz nieliczni z Federacji Rosyjskiej, Gruzji i Kirgistanu. Prowadzona w ramach systemu „Repatriant” baza „Rodak” pozwala na kojarzenie osób (rodzin), które otrzymały już promesy wiz repatriacyjnych i zaproszeń, którymi dysponuje MSW. Od momentu wejścia w życie przepisów gwarantujących gminom dotacje z budżetu państwa, wpłynęło 278 ofert gmin oraz 40 ofert od organów prowadzących domy opieki społecznej.

Aktualnie obowiązujące przepisy uzależniają tempo repatriacji od stopnia zaangażowania się jednostek samorządu gminnego. Gmina, która zapewni niewskazanej imiennie rodzinie warunki do osiedlenia się, otrzymuje dotację z budżetu państwa. W celu zdynamizowania akcji repatriacyjnej konieczna jest zmiana sposobu udzielania pomocy finansowej gminom zapewniającym lokale mieszkalne dla repatriantów i ich rodzin w taki sposób, aby każda gmina, która zapewni lokal mieszkalny repatriantowi i członkom jego najbliższej rodziny,

²²² W grudniu 2010 r. odbyło się pierwsze czytanie obywatelskiego projektu ustawy o powrocie do Polski osób pochodzenia polskiego deportowanych i zesłanych przez władze Związku Socjalistycznych Republik Radzieckich, jednak nie została ona jeszcze uchwalona. Ustawa ta ma zastąpić obecnie obowiązujące przepisy i ma określać: zasady nabycia obywatelstwa polskiego w drodze repatriacji, prawa repatrianta, a także tryb udzielania pomocy repatriantom i członkom ich rodzin. Projekt zawiera również program pomocy dla przedsiębiorstw związanych z aktywizacją zawodową i pomocą w integracji repatriantów.

²²³ *Informacja o przebiegu repatriacji w roku 2011*, Departament Obywatelstwa i Repatriacji MSW, Warszawa 2012 (maszynopis).

otrzymywała z budżetu państwa dotację, na podstawie porozumienia zawartego z właściwym wojewodą. Jest to zgodne z postulatami zgłaszanymi przez gminy angażujące się w proces repatriacji. Aktualnie w bazie RODAK zarejestrowanych jest 1700 rodzin (łącznie 2650 osób), które oczekują na wskazanie im warunków do osiedlenia się. Osoby te oprócz lokalu mieszkalnego winny posiadać zagwarantowane w Polsce stałe źródło utrzymania. Ten stosunkowo wysoki poziom zabezpieczenia socjalnego – pewność zatrudnienia (przynajmniej dla jednej osoby z rodziny) i stałe umowy najmu lokali komunalnych – przy niskim poziomie kwalifikacji jak i nieznajomości języka polskiego przez repatriantów - stanowi stosunkowo wysokie ryzyko dla gmin. Stąd zasadnym jest objęcie repatriantów programem adaptacyjnym, realizowanym w miejscu osiedlenia, na który powinno składać się wsparcie w: nauce języka polskiego, zmianie lub podniesieniu kwalifikacji zawodowych oraz w uzasadnionych przypadkach przyznanie zasiłku. Taka forma pomocy – finansowana z budżetu państwa - motywowałaby repatriantów do nauki języka polskiego oraz podnoszenia kwalifikacji zawodowych niezbędnych do zapewnienia źródeł utrzymania, a z drugiej strony stanowiłaby dodatkową zachętę dla samorządów do zaangażowania się w akcję repatriacyjną.

Wprowadzenie w ramach procedury repatriacyjnej postępowania w sprawie stwierdzenia polskiego pochodzenia pozwoliło zweryfikować dane dot. osób polskiego pochodzenia zainteresowanych osiedleniem się w Polsce w ramach repatriacji (zgodnie z wynikami spisu powszechnego przeprowadzonego w Kazachstanie w 1999 r. mieszkało w tym państwie 47 tys. osób polskiej narodowości). Pewna stabilizacja gospodarcza i polityczna w Kazachstanie, jak i informacje o trudnościach adaptacyjnych, na jakie napotykają repatrianci po przyjeździe do Polski, skutkują mniejszym, niż zakładano, zainteresowaniem repatriacją²²⁴.

W toku prac parlamentarnych znajduje się obywatelski projekt ustawy o powrocie do Rzeczypospolitej Polskiej osób pochodzenia polskiego deportowanych i zesłanych przez władze Związku Socjalistycznych Republik Radzieckich, skierowany do łaski marszałkowskiej 15 września 2010 r. Projekt ustawy dotyczy zrealizowania akcji repatriacyjnej osób polskiego pochodzenia, które same, bądź ich wstępni byli zesłani lub deportowani przez władze ZSRR w ramach stalinowskich represji, które wyraziły wolę powrotu do Macierzy. Prace nad projektem przedłużają się ze względu na jego liczne mankamenty, przede wszystkim, rozszerzenie grupy beneficjentów na osoby mieszkające obecnie w różnych częściach świata przy braku kryteriów, którymi mieliby się kierować konsulowie dla uznania spełnienia przez wnioskodawcę przesłanki zsyłki lub deportacji oraz niemożliwe do określenia skutki wprowadzenia projektu w życie, w tym obowiązek zapewnienia repatriantom lokalu mieszkalnego przez okres co najmniej pierwszych 24 miesięcy pobytu na terytorium RP przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych (informacja o tym projekcie zawarta jest w odnośniku 214 na str. 184).

3.2. Imigracja

Imigracja zwłaszcza definitywna czy długookresowa zaczyna być postrzegana jako jeden z ważnych czynników rozwoju.

²²⁴ Wpływ na stosunkowo niewielkie zainteresowanie repatriacją ma niewątpliwie również tempo przekazywania za pośrednictwem konsulów zaproszeń gmin. W świadomości Polaków w Kazachstanie obietnica przyjazdu do Polski, jaką jest promesa wizy, jeśli w ogóle zostanie zrealizowana, to w trudnej do określenia przyszłości. Należy mieć również na uwadze fakt, iż w latach poprzednich, w pierwszej kolejności decydowały się na przyjazd do Polski osoby najbardziej przedsiębiorcze, zwykle z wyższym wykształceniem. Takich osób jest coraz mniej. Jak wynika z raportów konsularnych, nie należy w obecnej sytuacji oczekiwać wzrostu liczby osób wnioskujących o wydanie wize repatriacyjnej (ok. 200 wniosków rocznie). Według badań średnie oczekiwanie na wizę repatriacyjną wynosi ponad 5 lat (Hut, 2012).

Zgodnie z prognozą GUS w perspektywie roku 2030 wielkość populacji Polski zmniejszy się o około 1,3 mln osób, w sytuacji w której zastępowalność pokoleń była w 2008 r. o 40% niższa od niezbędnej. Należy więc oczekiwać dalszych niekorzystnych zmian w strukturze wiekowej ludności oraz niedoborów na rynku pracy. Z powyższą prognozą wiąże się problem stabilności systemu zabezpieczeń społecznych, dodatkowo pogłębiany przez zjawisko masowej migracji zarobkowej Polaków za granicę, w szczególności osób aktywnych zawodowo. Wobec tych niekorzystnych trendów niezbędne będzie szybkie reagowanie na zmieniające się zapotrzebowanie na cudzoziemskich pracowników. W obecnej dekadzie procesy imigracyjne zyskają na znaczeniu, zaś imigracja przyczyni się do złagodzenia niedoborów siły roboczej i sytuacji na krajowym rynku pracy oraz będzie pozytywnie wpływać na procesy demograficzne.

Cele, w jakich cudzoziemcy przybywają do Polski, są zróżnicowane. Z punktu widzenia wyzwań demograficznych najistotniejszym zasobem są imigranci zarobkowi, ważną grupę stanowią również studenci. Inne kategorie cudzoziemców, ze względu na skalę czy charakter, mają mniejsze znaczenie. Taką kategorią są np. cudzoziemcy, którzy wymagają ochrony międzynarodowej. Jest to stosunkowo nieliczna kategoria, przyjmowana przez Polskę ze względów humanitarnych, na warunkach określonych w prawie międzynarodowym.

Nowelizacja przepisów wpłynęła na wzrost zalegalizowanych pobyków i wykonywanie pracy w Polsce. Nadal jest jednak znaczna populacja (zwłaszcza Ukrainek)²²⁵ przebywająca w Polsce bez ważnego prawa pobytu²²⁶.

Po akcesji nie spełniły się nadzieje na wzrost atrakcyjności Polski jako kraju imigracji na stałe, co wpływałoby na liczbę ludności oraz zmniejszałoby skutki emigracji. W pierwszych latach członkostwa w Unii Europejskiej przebywało w Polsce ok. 38 tys. cudzoziemców (0,1%). Zmiana sytuacji nastąpiła w okresie 2008–2009, gdy znacznie wzrosła liczba wydawanych zezwoleń na pobyt stały. Według danych Urzędu do Spraw Cudzoziemców w dniu 31 grudnia 2011 r. ok. 100 tys. cudzoziemców posiadało ważne karty pobytu, w tym najwięcej kart pobytu wydano obywatelom Ukrainy (29%). Kolejnymi największymi grupami cudzoziemców posiadającymi ważne karty pobytu, byli obywatele Federacji Rosyjskiej (12%), Białorusi (9%) oraz Wietnamu (9%). Najczęściej podstawą wydania cudzoziemcom karty pobytu była zgoda na osiedlenie się lub zamieszkanie na czas oznaczony²²⁷.

W 2011 r. odsetek cudzoziemskiej siły roboczej na rynku pracy był najniższy wśród krajów OECD i wynosił 0,3%, przy średniej dla państw OECD wynoszącej ok. 12%²²⁸. Wynika to m.in. z relatywnie małej atrakcyjności Polski jako kraju przyjmującego imigrantów i braku dużego zapotrzebowania na pracę cudzoziemców ze strony rynku pracy.

Spis ludności NSP 2011 wykazał wstępnie, że w Polsce przebywa czasowo 56,3 tys. stałych mieszkańców z innych krajów, w tym 40,1 tys. przebywa powyżej 3 miesięcy. Ponad

²²⁵ A. Grzymała-Kazłowska, *Od osiedlenia do zadomowienia? Proces integracji imigrantów z Ukrainy i z Wietnamu w Polsce*, w: *Ziemia obiecana czy przystanek w drodze?* (2010).

²²⁶ Warto również odnotować, że w grudniu 2007 r. Polska przystąpiła do strefy Schengen, a następnie rozpoczęła negocjacje umowy o tzw. małym ruchu granicznym z Ukrainą, która wprowadziła nową jakość we wzajemnym ruchu osobowym. W dn. 27 lipca 2013 r. weszła także w życie *Umowa między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Rządem Federacji Rosyjskiej o zasadach małego ruchu granicznego (dla Obwodu Kaliningradzkiego)*.

²²⁷ Duszczyk (2012).

²²⁸ OECD (2011), s. 443.

29 tys. to imigranci znajdujący się w Polsce co najmniej 12 miesięcy, przy czym liczba tych, którzy zamierzają tu przebywać przez okres roku lub dłużej, jest większa (36,1 tys.)²²⁹.

Pomimo niedoszacowania skali imigracji do Polski, na podstawie zebranych danych można podjąć próbę scharakteryzowania tej zbiorowości pod względem demograficznym, kraju pochodzenia oraz regionu przebywania w Polsce.

Głównymi przyczynami przybywania imigrantów w Polsce są praca lub sprawy rodzinne. Wśród imigrantów prawie 78% to cudzoziemcy. Pozostali to Polacy, którzy wcześniej opuścili nasz kraj i obecnie przebywają w Polsce jako stali mieszkańcy innych krajów. Zdecydowaną przewagę Polaków obserwuje się wśród imigrantów przybyłych z krajów, będących – tradycyjnie lub w ostatnich latach – głównymi krajami emigracji, czyli z Niemiec (10%), Wielkiej Brytanii(5%), Stanów Zjednoczonych, Włoch, Francji lub Irlandii. Jednakże najwięcej cudzoziemców pochodzi z Ukrainy (17%), Białorusi, Niemiec, Federacji Rosyjskiej, Chin, Bułgarii i Wietnamu.

Imigranci są stosunkowo młodą subpopulacją, połowa z nich nie przekroczyła 28. roku życia, a osoby w wieku produkcyjnym mobilnym (18–44 lata) stanowią ok. 70% ogółu. Prawie co piąty imigrant jest w wieku 20–24 lata. Wśród imigrantów przebywających w Polsce powyżej trzech miesięcy w 2011 r. przeważają kobiety, które stanowią prawie 54% ogółu.

Rozmieszczenie cudzoziemców na terenie kraju nie jest równomierne. Zdecydowana większość imigrantów (prawie 82%) przebywa w miastach. Ponad połowa koncentruje się w największych aglomeracjach miejskich i dużych miastach na terenie czterech województw (mazowieckiego, dolnośląskiego, małopolskiego i śląskiego). Najwięcej, bo ponad 1/4 imigrantów przebywa na terenie woj. mazowieckiego (przede wszystkim w Warszawie); znaczny odsetek, ale zdecydowanie mniejszy – w woj. dolnośląskim i małopolskim (po około 9%), śląskim i łódzkim – po około 8%, a w pomorskim, wielkopolskim i lubuskim – prawie 6%. Analiza regionalnego rozmieszczenia cudzoziemców pokazuje, że istotnym czynnikiem mającym wpływ na miejsce zatrudniania cudzoziemców jest poziom wynagrodzeń. Występuje bardzo wyraźna korelacja: im wyższe średnie wynagrodzenia w województwie, tym większy popyt na pracowników z zagranicy. Oznacza to, że imigranci kierują się bezpośrednio tam, gdzie nie tylko istnieją miejsca pracy, ale również najwyższe wynagrodzenia, co zwiększa ich zysk netto z imigracji.

3.2.1. Imigracja pracownicza

Imigracja pracowników jest zjawiskiem korzystnym zarówno z perspektywy państwa przyjmującego, dla którego napływ siły roboczej stanowi uzupełnienie niedoborów występujących na lokalnych rynkach pracy, jak i wysyłającego, gdzie również poprawia się sytuacja na rynku pracy, między innymi dzięki tak zwanemu transferowi bezrobocia czy przekazom pieniężnym otrzymywanym przez członków gospodarstw domowych pozostałych w kraju.

²²⁹ Raport z wyników: *Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011 (Raport z wyników, 2012)*, Rozdział X. Migracje zagraniczne na pobyt czasowy: Imigranci przebywający w Polsce czasowo, s. 99–101. Mimo iż w 2011 r. spisano więcej imigrantów niż w poprzednim spisie (według spisu w 2002 r. w Polsce przebywało czasowo powyżej 2 miesięcy 34,1 tys. imigrantów), to ocenia się, że wielkości uzyskane w obu spisach są zaniżone. Badaniem reprezentacyjnym trudno objąć imigrantów zwłaszcza tych, którzy mają nieuregulowany status przebywania w Polsce, a rejestry i systemy administracyjne dostarczają jedynie danych o osobach zarejestrowanych. Imigranci przybyli z zagranicy przebywający w Polsce czasowo nie są włączani do stanów ludności faktycznie zamieszkałej, prezentowanych w tym raporcie, natomiast część z nich – przebywający 12 miesięcy lub dłużej – wchodzi w skład ludności rezydującej. W celu wyznaczenia właściwego stanu ludności rezydującej w Polsce będzie konieczne doszacowanie rozmiarów imigracji czasowych.

W Polsce jednocześnie z masowym odpływem rodzimych pracowników odbywa się niewielki napływ pracowników cudzoziemskich. Polscy pracodawcy już teraz w niektórych branżach i regionach muszą rekrutować pracowników z rynków pracy poza Polską, by brak rąk do pracy nie stanowił przeszkody w rozwoju ich przedsiębiorstw. Polskie przedsiębiorstwa korzystają z możliwości zatrudnienia cudzoziemców przede wszystkim w sektorach nieatrakcyjnych dla polskich pracowników (np. rolnictwo, budownictwo) lub fachowców w określonych zawodach.

W ostatnich latach co prawda ogólne zapotrzebowanie polskiej gospodarki na siłę roboczą zmniejszyło się w związku ze spowolnieniem gospodarczym wywołanym światowym kryzysem, ale nie wpłynęło to ujemnie na skalę zatrudniania cudzoziemców w Polsce, co znajduje potwierdzenie w obserwowanym wzroście liczby pracowników cudzoziemskich na polskim rynku pracy. Zjawisko to najprawdopodobniej będzie się nasilać w przyszłości.

Obecnie legalnie mogą pracować w Polsce cudzoziemcy, którzy łącznie spełniają dwa warunki: po pierwsze legalnie przebywają w Polsce na podstawie kart pobytu lub właściwych wiz, a po drugie posiadają zezwolenie na pracę lub możliwość wykonywania pracy bez konieczności uzyskania zezwolenia na pracę.

Podstawowymi zasadami, jakie przyjęto przy tworzeniu obecnie obowiązujących przepisów regulujących zatrudnianie cudzoziemców w Polsce²³⁰, są:

- prymat potrzeb rynku pracy,
- komplementarność (a nie substytucyjność) względem podaży rodzimej siły roboczej.

W związku z tym, aby cudzoziemiec mógł podjąć pracę w Polsce, pracodawca, co do zasady, musi wystąpić do wojewody o zezwolenie na pracę dla tego cudzoziemca. Również co do zasady (z wyjątkiem pracowników delegowanych i pełniących funkcję w zarządzie osób prawnych), jest przeprowadzana tzw. procedura testu rynku pracy. Polega ona na sprawdzeniu przez starostę, czy na stanowisko, na które dany pracodawca chce zatrudnić cudzoziemca, nie ma obywatela Polski (lub UE/EOG/Szwajcarii). Od wyżej opisanych zasad przewidziane są jednak liczne wyjątki. Zezwolenia na pracę w Polsce nie muszą posiadać m.in. obywatele państw UE/EOG i Szwajcarii, członkowie ich rodzin, cudzoziemcy, którym udzielono ochrony na terytorium RP, posiadający Kartę Polaka, nauczyciele języków obcych, absolwenci polskich szkół ponadgimnazjalnych i stacjonarnych studiów wyższych czy studenci studiów dziennych. Do ważnej z punktu widzenia skali wykorzystania kategorii zwolnionych z konieczności posiadania zezwolenia na pracę należą również obywatele Białorusi, Gruzji, Mołdawii, Federacji Rosyjskiej, Ukrainy i Armenii wykonujący pracę przez okres do 6 miesięcy w ciągu kolejnych 12 miesięcy, pod warunkiem posiadania oświadczenia o zamiarze powierzenia wykonywania pracy, zarejestrowanego przez pracodawcę w powiatowym urzędzie pracy.

Zdaniem większości specjalistów obecny system dopuszczania cudzoziemców do polskiego rynku pracy odpowiada na aktualne potrzeby rynku pracy. Charakteryzuje się też wystarczającą elastycznością. Obok wydawanych przez wojewodę w trybie decyzji administracyjnej zezwoleń na pracę funkcjonuje także wspomniana wyżej uproszczona procedura dopuszczania cudzoziemców do polskiego rynku pracy. To drugie rozwiązanie pozwala elastycznie reagować na potrzeby zgłaszane na rynku pracy, zwłaszcza w segmentach charakte-

²³⁰ Kwestie te są uregulowane przede wszystkim w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2008 r. Nr 69, poz. 415) oraz w aktach wykonawczych do niej: (1) Rozporządzenie z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie przypadków, w których powierzenie wykonywania pracy cudzoziemcowi na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej jest dopuszczalne bez konieczności uzyskania zezwolenia na pracę (Dz. U. Nr 155, poz. 919.); (2) Rozporządzenie z dnia 29 stycznia 2009 r. w sprawie określenia przypadków, w których zezwolenie na pracę cudzoziemca jest wydawane bez względu na szczegółowe warunki wydawania zezwoleń na pracę cudzoziemców (Dz. U. Nr 16, poz. 85 z późn. zm.); (3) Rozporządzenie z dnia 29 stycznia 2009 r. w sprawie wydawania zezwolenia na pracę cudzoziemca (Dz. U. Nr 16, poz. 84).

ryzujących się sezonowością prac (głównie rolnictwo i budownictwo) oraz przy pracach domowych i opiekuńczych. Utrzymywanie geograficznych preferencji w zakresie dopuszczania cudzoziemców do polskiego rynku pracy jest korzystne również ze względu na wysoką mobilność, dużą łatwość w integracji, bliskość kulturową oraz istniejące od lat sieci migracyjne między Polską i jej wschodnimi sąsiadami. Takie rozwiązanie sprzyja też upowszechnianiu się tzw. migracji cyrkulacyjnych²³¹. Funkcjonowanie przepisów umożliwiających powierzenie pracy cudzoziemcom wymaga ciągłego monitorowania pod kątem zmieniających się potrzeb rynku pracy, eliminowania ewentualnych nadużyć oraz poprawienia mechanizmów umożliwiających ewaluację zjawiska rejestrowania ww. oświadczeń²³². Należy też podkreślić, że tworzące się dzięki temu rozwiązaniu sieci migracyjne mogą okazać się ważnym atutem Polski, gdy w przyszłości powstanie konieczność rywalizowania o pracowników na globalnym rynku pracy.

Wzrost zainteresowania imigrantów przyjazdem do Polski oraz zwiększenie zainteresowania pracodawców zatrudnianiem cudzoziemskiej siły roboczej jest widoczne w statystykach dotyczących danych pobytowych oraz zezwoleń na pracę i oświadczeń podmiotów o zamiarze powierzenia wykonywania pracy cudzoziemcowi.

W 2013 r. wydano ponad 39 078 zezwoleń na pracę, tj. o 66 mniej niż w 2012 r. Podobnie jak w latach poprzednich najwięcej zezwoleń wydano obywatelom Ukrainy – aż 20,4 tys. Na kolejnych miejscach znalazły się: Chiny, Wietnam, Białoruś, Indie i Turcja. Ponad połowa wszystkich zezwoleń na pracę została wydana przez wojewodę mazowieckiego. Mazowsze, a przede wszystkim Warszawa, jest magnesem dla wielu cudzoziemców, jakkolwiek zaznacza się wyraźne zróżnicowanie terytorialne w liczbie wydawanych zezwoleń na pracę ze względu na obywatelstwo. Można ten fakt wiązać, po pierwsze, z wpływem bliskości geograficznej regionów „wysyłających”, gdyż przykładowo Białorusini koncentrują się (oprócz Mazowsza) także na Podlasiu i Lubelszczyźnie. Ponadto często migracje obywateli danego kraju są wynikiem przepływu kapitału zagranicznego. Jest to wyraźnie widoczne w przypadku województwa dolnośląskiego, gdzie inwestują Koreańczycy, co skutkuje tym, że według z 2011 r. ponad 46% zezwoleń dla tej grupy cudzoziemców wydał właśnie tamtejszy wojewoda. W województwie warmińsko-mazurskim powyższe zjawisko koncentracji cudzoziemców z jednego kraju spowodowane jest funkcjonowaniem jednego, dużego podmiotu mającego siedzibę na tym terenie, gdzie jest zatrudnionych 287 obywateli Korei Płn. (zezwolenia wydane tej grupie stanowią z kolei 40% ogółu zezwoleń wydanych przez tego wojewodę). Często napływ pracowników jest też związany z funkcjonowaniem agencji zatrudnienia, aktywnie rekrutujących pracowników z poszczególnych państw dla polskich pracodawców, którzy chcą obniżyć koszty produkcji. Cudzoziemscy pracownicy, żądając niższych wynagrodzeń, są bardziej konkurencyjni w stosunku do polskich pracowników²³³.

Kolejny czynnik determinujący koncentrację niektórych grup narodowościowych w poszczególnych województwach można próbować wiązać z funkcjonowaniem istniejących sieci migranckich – dobrym tego przykładem jest grupa Wietnamczyków, którzy skupiają się głównie na Mazowszu (80% ogółu zezwoleń tej grupie wydał wojewoda mazowiecki).

Kraj pochodzenia determinuje ulokowanie cudzoziemca na polskim rynku pracy. I tak Wietnamczycy głównie zajmują się handlem, z kolei 87% zezwoleń wydanych na pracę w gospodarstwach domowych znalazło się w rękach Ukraińców, a na budowach możemy

²³¹ Por. *Polityka Migracyjna Polski – stan obecny i postulowane działania* (2011), międzyresortowy Zespół do Spraw Migracji (wersja z 31.07.2012), s. 34.

²³² Tamże.

²³³ W powyższym świetle nie dziwi koncentracja Chińczyków w województwie pomorskim, gdzie byli sprowadzani do prac w stoczni, czy obywatele Nepalu w województwach kujawsko-pomorskim, wielkopolskim czy lubuskim, gdzie byli rekrutowani do pracy w zakładach mięsnych czy firmach produkujących meble.

spotkać głównie obywateli Ukrainy, Chin i Białorusi. Ponadto Białorusini znajdują zatrudnienie również w polskich firmach zajmujących się usługami transportowymi. W 2013 roku 92% ogółu wydanych zezwoleń na pracę stanowiły zezwolenia typu A, czyli te wydawane cudzoziemcom, którzy chcą wykonywać pracę na podstawie umowy z polskim pracodawcą mającym siedzibę w Polsce²³⁴.

W 2013 r. zarejestrowano ponad 235 tys. oświadczeń podmiotów o zamiarze powierzenia wykonywania pracy cudzoziemcowi, czyli o ok. 8 tys. mniej niż w 2012 r. i 25 tys. mniej niż w 2011 r., ale o ponad 55 tys. więcej niż w 2010 r. Najczęściej są to obywatele Ukrainy (92% w 2013 r.). Liczba cudzoziemców, którzy faktycznie podejmują pracę w związku z zarejestrowanym oświadczeniem, jest niższa niż liczba zarejestrowanych oświadczeń, co wynika m.in. z faktu odmowy wydania wizy cudzoziemcowi przez konsula, rezygnacji cudzoziemca z zamiaru podjęcia pracy w Polsce czy rejestracji kilku oświadczeń dla jednego cudzoziemca²³⁵.

W roku 2013, podobnie jak to miało miejsce w latach ubiegłych, z możliwości zatrudniania cudzoziemców na podstawie oświadczenia najczęściej chcieli skorzystać pracodawcy sektora rolnego (50% zarejestrowanych oświadczeń), budowlanego (12,6%), przetwórstwa przemysłowego (7,5%) oraz w usługach domowych (2,5%), choć zauważyć należy spadek w porównaniu do lat ubiegłych znaczenia budownictwa i wzrost znaczenia takich sektorów jak handel czy gastronomia. Zapotrzebowanie na pracowników w dwóch pierwszych sektorach jest związane z pewną sezonowością w popycie na pracowników, natomiast wykorzystywanie tej opcji przez pracodawców z sektora usług domowych może świadczyć o braku innych możliwości w zaspokojeniu zapotrzebowania na pracowników do tych prac.

Mimo że system oświadczeń sprawdza się w praktyce i jest efektywnym narzędziem dopuszczającym cudzoziemców do polskiego rynku pracy, to zarówno organy kontrolujące legalność pobytu i pracy obywateli innych państw, jak i organizacje pozarządowe, do których zgłaszali się poszkodowani cudzoziemcy, przedstawiły potrzebę uszczelnienia tego systemu²³⁶.

Jako odpowiedź na procesy zachodzące na polskim rynku pracy Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, zgodnie z Krajowym Planem Działań na rzecz Zatrudnienia na lata 2009–2011, realizowało (od 2009 r.) zadanie *Opracowanie i wdrożenie nowego systemu dopuszczenia cudzoziemców do polskiego rynku pracy*. Wśród najistotniejszych zmian, które miały miejsce w ostatnich latach, należy wymienić nowelizację ustawy o promocji zatrudnienia

²³⁴ Obecnie obywatele sześciu państw (Białorusi, Ukrainy, Rosji, Mołdawii, Gruzji oraz Armenii) mogą podejmować w Polsce zatrudnienie przez 6 miesięcy w ciągu kolejnych 12 miesięcy bez zezwolenia, gdy posiadają wizę z prawem do pracy, wydaną im na podstawie przedstawionego oświadczenia pracodawcy o zamiarze powierzenia im wykonywania pracy w Polsce.

²³⁵ Zgodnie z danymi Ministerstwa Spraw Zagranicznych liczba wiz wydanych obywatelom państw, którzy mogą podejmować w Polsce pracę w uproszczonej procedurze, wynosiła w 2011 r. 166 259. Należy jednak pamiętać, że we wskazanej liczbie oświadczeń zarejestrowanych przez powiatowe urzędy pracy 30 079 dotyczyło oświadczeń dla osób, które już posiadają wizę lub zezwolenie na zamieszkanie. W 2013 r. konsulowie wydali 137.487 wiz w celu wykonywania pracy, w okresie nieprzekraczającym 6 miesięcy w ciągu kolejnych 12 miesięcy, na podstawie oświadczenia o zamiarze powierzenia wykonywania pracy zarejestrowanego w powiatowym urzędzie pracy.

²³⁶ W roku 2010 kontrolerzy Państwowej Inspekcji Pracy ujawnili 196 przypadków podjęcia pracy na rzecz innego podmiotu niż ten, który wystawił i zarejestrował oświadczenie, oraz 181 przypadków braku rejestracji oświadczenia we właściwym urzędzie pracy. Wprowadzone zmiany w przepisach, które weszły w życie w lipcu 2011 r., są odpowiedzią Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej na te wspomniane niepokojące sygnały nadużyć w wykorzystywaniu oświadczeń przez cudzoziemców oraz pracodawców. Wprowadzają one konieczność umieszczenia w oświadczeniu przez pracodawców dodatkowych informacji takich jak: nazwa zawodu, miejsce, data rozpoczęcia i okres wykonywania pracy, wysokość proponowanego wynagrodzenia, a także rodzaj umowy na podstawie, której praca będzie wykonywana. Ponadto, powierzający pracę zobowiązany jest do złożenia oświadczenia, iż zapoznał się z przepisami dotyczącymi zatrudniania cudzoziemców oraz braku możliwości zaspokojenia swoich potrzeb kadrowych w oparciu o lokalny rynek pracy.

nia i instytucjach rynku pracy z początku 2009 r., kiedy to system dopuszczenia cudzoziemców do polskiego rynku pracy w znacznej mierze uproszczono i zliberalizowano. Główne zmiany dotyczyły zniesienia dwustopniowej procedury ubiegania się o zezwolenie na pracę, dzięki czemu nie ma już obowiązku uzyskiwania przyrzeczeń, zreformowania mechanizmu tzw. testu potrzeb rynkowych, zmniejszenia opłat za złożenie wniosku o wydanie zezwolenia oraz uproszczenia procedury zmiany miejsca wykonywania pracy lub stanowiska przez cudzoziemca. Zreformowano także mechanizm sporządzania wojewódzkich kryteriów wydawania zezwoleń na pracę cudzoziemców, co pozwala na lepsze dostosowanie prowadzonej polityki do lokalnych uwarunkowań, w szczególności poprzez sporządzanie regionalnych list zawodów deficytowych. Wydłużono także okres, na jaki są wydawane zezwolenia.

Wydaje się, że obecny system dopuszczania cudzoziemców do polskiego rynku pracy odpowiada aktualnym potrzebom rynku pracy i dobrze równoważy kwestie związane z ochroną polskiego rynku pracy oraz zapotrzebowanie pracodawców na odpowiednią siłę roboczą.

Należy jednak pamiętać, że w ciągu najbliższych dziesięcioleci polski rynek pracy zostanie skonfrontowany z poważnymi wyzwaniami demograficznymi, m.in. starzeniem się społeczeństwa, spadkiem odsetka osób w wieku aktywności zawodowej, a co za tym idzie – wystąpieniem niezaspokojonego popytu na pracę w niektórych sektorach gospodarki²³⁷. Stąd już teraz jest konieczne monitorowanie sytuacji demograficznej oraz potrzeb rynku pracy²³⁸, identyfikacja obszarów szczególnie narażonych na wystąpienie niedoborów, gromadzenie danych statystycznych, opracowywanie odpowiednich wskaźników i prognoz oraz współpraca między różnymi jednostkami zaangażowanymi w problematykę społeczną w celu dostosowywania przepisów do zmieniającej się sytuacji.

Doświadczenia innych państw, które zmierzyły się z demograficznymi wyzwaniami w swoich politykach rynku pracy wskazują, że niezaspokojony popyt na pracę nie występuje równomiernie, lecz różni się w zależności od sektora gospodarki, charakteru pracy czy wymogów stawianych potencjalnym pracownikom. Szczególnie duże niedobory zasobów siły roboczej występują w sektorach, w których praca staje się mniej atrakcyjna dla rodzimych mieszkańców, nie wymaga wysokich kwalifikacji oraz jej koszty stanowią znaczną część wszystkich kosztów ponoszonych przez przedsiębiorców (przede wszystkim rolnictwo, budownictwo, prace domowe czy usługi w sektorze turystycznym). Ponadto, niezaspokojony popyt na pracę dotyka również sektorów nowoczesnej gospodarki wymagającej wysoko wykwalifikowanej kadry.

Wyzwania demograficzne znalazły odzwierciedlenie m.in. w strategii rozwoju UE „Europa 2020”, w której podkreślono, że należy wspierać dalekowzroczną i kompleksową politykę migracji zarobkowej, która umożliwiłaby elastyczne zaspokajanie potrzeb rynku pracy. Realizacja strategii na gruncie polskim została zagwarantowana przez przyjęty przez Radę Ministrów w dniu 26 kwietnia 2011 r. **Krajowy Program Reform na rzecz realizacji strategii „Europa 2020”** i corocznie aktualizowana. Jego celem jest budowa trwałych podstaw wzrostu gospodarczego, przy łączeniu celów unijnych z priorytetami krajowymi.

Polityka imigracyjna dostosowana do potrzeb rynku pracy nie jest jednak odpowiedzią na wszystkie wyzwania, jakie przed krajami rozwiniętymi stawia demografia. Wśród kwestii poruszanych w tej problematyce nie wolno zapominać o aktywizacji zasobów rodzimej siły

²³⁷ Według prognozy makroekonomicznej pt. „Przeprowadzenie badań na temat systemów imigracji różnych grup migranckich oraz dopuszczenia ich do polskiego rynku pracy, np. osób wysoko wykwalifikowanych, zagranicznych studentów polskich uczelni, studentów szkół zagranicznych odbywających praktykę/staż w Polsce, pracowników delegowanych przez firmy zagraniczne, pracowników tymczasowych z państw sąsiadujących” (umowa CRZL WPM/1.11/1/08) w 2020 r. rozmiary imigracji do Polski będą, w zależności od przyjętego scenariusza, o 30–80% (o ok. 50% w wariancie średnim) większe niż w 2008 r.

²³⁸ Tamże, s. 32.

roboczej oraz polityce na rzecz zwiększania dzietności. Stworzenie takiej polityki powinno m.in. odpowiadać na wyzwania demograficzne, z jakimi w nadchodzących latach zmierzy się polski rynek pracy.

3.2.2. Integracja społeczna cudzoziemców

W związku z tym iż w Polsce przebywa ciągle relatywnie niewielka liczba imigrantów (różne dane wskazują zazwyczaj na odsetek wyraźnie poniżej 0,5% całej populacji) oraz z faktem, że dominującym modelem jest imigracja czasowa, brak jest powszechnej świadomości konieczności prowadzenia aktywnej i uniwersalnej polityki integracyjnej (w chwili obecnej na wsparcie państwa w tym zakresie liczyć mogą przede wszystkim cudzoziemcy objęci prawem o ochronie międzynarodowej). Tymczasem doświadczenia wielu państw wskazują, że przemyślaną i całościową politykę integracyjną warto rozpocząć nawet wtedy, gdy populacja imigrantów nie przekracza 1% wszystkich mieszkańców kraju. Związki polityki integracyjnej z migracjami są oczywiste. Integracja jest bowiem wynikiem procesów imigracyjnych i faktu osiedlania się w Polsce coraz większej liczby cudzoziemców. Niemniej jednak warto zaznaczyć jej pełną autonomię oraz interdyscyplinarny, przekrojowy charakter. Procesy integracyjne są bowiem mocno powiązane z problematyką rynku pracy, pomocy społecznej, edukacji, zdrowia, a także ze społeczną akceptacją cudzoziemców (związaną z wielokulturowością, odmiennym systemem wartości, tolerancją religijną etc).

Rozszerzenie polityki integracyjnej na inne kategorie cudzoziemców niż uchodźcy i osoby objęte ochroną uzupełniającą jest znaczącym wyzwaniem, które będzie realizowane w najbliższych latach. Wymaga ono skoordynowanego podejścia i działań wielu instytucji oraz organizacji społecznych.

Z punktu widzenia związków z polityką imigracyjną należy podkreślić znaczenie integracji jako ważnego procesu, który:

- korzystnie wpływa na społeczny odbiór imigrantów w sytuacji, w której jest skuteczna; prowadzone w wielu krajach badania wykazują, że stosunek społeczności lokalnych do imigrantów jest uzależniony od stopnia integracji cudzoziemców w miejscu zamieszkania;
- ułatwia imigrantom funkcjonowanie w społeczeństwie, pozwalając na samorealizację oraz aktywny udział w życiu środowisk lokalnych;
- ma istotny wpływ na skalę imigracji i ocenę atrakcyjności państwa przyjmującego jako miejsca, w którym warto się osiedlić;
- ma znaczenie ze względu na ponoszone przez państwo przyjmujące i cudzoziemca ewentualne koszty w początkowym okresie pobytu cudzoziemca;
- jest ważnym instrumentem zarządzania migracjami, wpływającym między innymi na politykę regionalną państwa.

W ostatnim czasie świadomość wagi polityki integracyjnej wyraźnie wzrosła²³⁹. W dokumencie *Polityka Migracyjna Polski: stan obecny i postulowane działania* (2012) do najważniejszych rekomendacji zalicza się: przyjęcie kompleksowych rozwiązań w stosunku do cudzoziemców pozostających poza systemem ochrony międzynarodowej, usprawnienie działań integracyjnych dla cudzoziemców pozostających w tym systemie, przyjęcie zasady określania polityki integracyjnej na poziomie centralnym przy założeniu prowadzenia działań na poziomie lokalnym, zwiększenie zakresu współpracy z organizacjami migrantów czy przybliżanie polskiemu społeczeństwu problematyki imigracyjnej²⁴⁰.

²³⁹ Duszczyk (2012).

²⁴⁰ W MPiPS rozpoczęto już prace nad operacjonalizacją naszkicowanych w *Polityce Migracyjnej...* kierunków działań.

Pewną rolę w ożywieniu działań nakierowanych na integrację społeczną cudzoziemców odegrał w Polsce utworzony w 2007 r. *Europejski Fundusz na rzecz Integracji Obywateli Państw Trzecich*²⁴¹. Instytucją odpowiedzialną za wdrażanie Funduszu jest MPiPS, który delegował do zarządzania Władzę Wdrażającą Programy Europejskie. Jak wskazuje niedawny raport poświęcony działalności organizacji finansowanych ze środków Funduszu, który, inaczej niż w większości państw tzw. starej UE, nie uzupełnia polityki integracyjnej prowadzonej przez państwo lecz w praktyce ją zastępuje²⁴². Uzależnienie organizacji pozarządowych od środków tylko z tego źródła wskazuje się jako przyczynę słabości i niestabilności tych organizacji.

3.23. Ochrona międzynarodowa

W drugiej połowie 2011 r. Polska przeprowadziła pracom Rady Unii Europejskiej co oznaczało także przewodnictwo w grupach roboczych Rady zajmujących się problematyką ochrony cudzoziemców.

Podstawowym aktem prawnym regulującym kwestie ochrony cudzoziemców na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej jest ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. (z późn. zm.²⁴³) o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Zgodnie z art. 3 ust. 1 ustawy cudzoziemcowi można udzielić ochrony na terytorium Polski poprzez:

1. Nadanie statusu uchodźcy,
2. Udzielenie ochrony uzupełniającej,
3. Udzielenie azylu,
4. Udzielenie zgody na pobyt tolerowany
5. Udzielenie ochrony czasowej.

Rodzaje ochrony są więc zróżnicowane i zależą od sytuacji cudzoziemca, w tym okoliczności powodujących jego emigrację.

Warto wspomnieć, że w polskim systemie ochrony funkcjonuje tzw. „jednolita procedura azylowa” co oznacza, że w przypadku stwierdzenia braku przesłanek do nadania cudzoziemcowi statusu uchodźcy automatycznie bada się występowanie przesłanek uzasadniających udzielenie ochrony uzupełniającej, a w przypadku braku i tych przesłanek – możliwość uzyskania zgody na pobyt tolerowany.

W 2012 r. 10.753 osoby złożyły wnioski o nadanie im statusu uchodźcy w Polsce. Wśród wnioskodawców przeważali mężczyźni (o nieco ponad 1.000 mężczyzn więcej niż kobiet). 4 osoby złożyły wnioski o udzielenie im azylu. W tym samym roku 87 osobom nadano status uchodźcy, 140 osób skorzystało z ochrony uzupełniającej, 292 osobom udzielono zgody na pobyt tolerowany. Wobec 1960 osób wydano decyzje negatywne (1.546 osób odwołało się od nich do Rady do Spraw Uchodźców) a sprawy 8.641 osób umorzono. W sprawach udzielenia azylu wydano trzy negatywne decyzje a jedną sprawę umorzono.

Rada do Spraw Uchodźców 19-u cudzoziemcom nadała status uchodźcy, 24 udzieliła ochrony uzupełniającej, wobec 27 osób wydano zgodę na pobyt tolerowany, w 899 przypadkach utrzymała w mocy decyzje podjęte przez organ I instancji (Szefa Urzędu do Spraw Cudzoziemców) a 112 spraw umorzono względnie pozostawiono bez rozpoznania. Wnioski

²⁴¹ Decyzja 2007/435/WE z dnia 25 czerwca 2007 r.

²⁴² *Praktyki integracji: doświadczenia i perspektywy* (2012), s. 7.

²⁴³ Tekst jednolity: Dz. U. 2012 r. poz. 680.

o ochronę składali najczęściej obywatele następujących państw: Federacji Rosyjskiej (6.084 osoby), Gruzji (3.234), Armenii (413), Białorusi (69) i Ukrainy (72).

W 2013 r. (dane za 2013 r. – do 9 grudnia²⁴⁴) 14.981 cudzoziemców złożyło wnioski o nadanie im w Polsce statusu uchodźcy. Podział wnioskodawców według płci był niemal równy (7.275 kobiet i 7.706 mężczyzn). Wśród cudzoziemców składających wnioski najliczniejsze grupy stanowili obywatele następujących państw: Federacji Rosyjskiej (12.659 osób), Gruzji (1.212), Syrii (248), Armenii (205) i Kazachstanu (91).

Szef Urzędu do Spraw Cudzoziemców nadał status uchodźcy 200 osobom, udzielił ochrony uzupełniającej 131 osobom a 392 osoby uzyskały zgodę na pobyt tolerowany. 2.139 osób otrzymało decyzje negatywne. Umorzono lub pozostawiono bez rozpoznania sprawy 16.078 cudzoziemców.

Rok 2013 był rekordowym pod względem liczby cudzoziemców zwracających się o ochronę międzynarodową w Polsce.

Rada do Spraw Uchodźców nadała status uchodźcy 5 cudzoziemcom, udzieliła ochrony uzupełniającej 23 cudzoziemcom, 22 wydała zgodę na pobyt tolerowany, utrzymała negatywne decyzje Szefa Urzędu w sprawach 898 cudzoziemców a w sprawach dalszych 173 – umorzyła postępowanie lub pozostawiła sprawy bez rozpoznania.

Utrzymująca się wysoka liczba umorzeń lub spraw pozostawianych bez rozpoznania świadczy o tranzytowym charakterze migracji niedobrowolnych. Swoistym potwierdzeniem takiego właśnie stanu są postępowania tzw. „dublińskie”²⁴⁵. W ramach tych postępowań cudzoziemcy zwracani są do tych krajów członkowskich UE, w których pierwszy raz zwrócili się o ochronę (zwykle są to kraje graniczne obszaru unijnego).

W 2012 r. w oparciu o przepisy ww. rozporządzenia skierowano do Polski z innych państw 4.724 wnioski, z których większość opartych było o identyfikację odcisków palców w systemie Eurodac. Najwięcej wniosków skierowała do Polski Francja – 1 521, Niemcy – 946, Austria – 568 i Szwecja – 407. Pozytywnie rozpatrzono 4.434 wnioski (około 94%). Do Polski przekazano 1246 cudzoziemców²⁴⁶.

2013 rok był rekordowym nie tylko z uwagi na liczbę cudzoziemców zwracających się o ochronę, ale i rekordowa (dwukrotnie większa niż w 2012 r.) była również liczba wniosków skierowanych do Polski przez inne państwa w ramach Rozporządzenia Dublińskiego – około 10 tys.

1 stycznia 2012 r. weszła w życie ustawa z dnia 28 lipca 2011 r. o zalegalizowaniu pobytu niektórych cudzoziemców na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz o zmianie ustawy o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i ustawy

²⁴⁴ Pełne ostateczne podsumowanie roku możliwe będzie w terminie późniejszym. Opóźnienie jest rezultatem prac prowadzonych nad usprawnieniem i unowocześnieniem systemu ewidencji i wykazu cudzoziemców „Pobyt”.

²⁴⁵ Prowadzone w oparciu o przepisy rozporządzenia Rady (WE) nr 343/2003 z dnia 18 lutego 2003 r. ustanawiającego kryteria i mechanizmy określania Państwa Członkowskiego, które jest odpowiedzialne za rozpatrzenie wniosku o azyl złożonego w jednym z Państw Członkowskich przez obywatela kraju trzeciego (Dz. Urz. WE, Nr L 50 z dnia lutego 2003 r.)

²⁴⁶ Informacja Szefa Urzędu do Spraw Cudzoziemców o stosowaniu w roku 2012 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2003 r. nr 128, poz. 1176 z późn. zm.) w zakresie realizacji zobowiązań Rzeczypospolitej Polskiej wynikających z Konwencji Genewskiej dotyczącej statusu uchodźców oraz Protokołu Nowojorskiego dotyczącego statusu uchodźcy, s. 23 – materiały Urzędu do Spraw Cudzoziemców

o cudzoziemcach²⁴⁷. Ustawa, między innymi, wprowadziła do polskiego porządku prawnego nowe dwie instytucje – przesiedlenie oraz relokację.²⁴⁸

W 2012 r. Polska, obok Litwy, Słowacji, Węgier, Bułgarii, Rumunii i Portugalii wzięła udział w projekcie EUREMA II dotyczącym relokacji beneficjentów ochrony międzynarodowej z Malty do innych państw członkowskich UE. Uczestniczenie w akcjach przesiedleniowych rozszerzyło możliwości aktywnego niesienia pomocy grupom wymagającym ochrony a znajdującym się poza terytorium Unii Europejskiej.

3.3. Migracje edukacyjne

W ostatnich trzech dekadach odnotowano na świecie prawie czterokrotny wzrost liczby studentów studiujących za granicą. Do tego wzrostu przyczyniło się kilka czynników, między innymi zmniejszenie kosztów transportu, internacjonalizacja rynków pracy dla pracowników wysoko wykwalifikowanych, determinująca z kolei chęć zdobywania międzynarodowego doświadczenia w ramach odbywania studiów. Ponadto w Unii Europejskiej szczególnie nacisk kładzie się na promocję społecznych i politycznych więzi między krajami oraz wspieranie międzynarodowej wymiany w sferze nauki oraz kultury.²⁴⁹

Strategia Lizbońska zobowiązuje państwa członkowskie do wspierania mobilności uczniów/studentów i nauczycieli²⁵⁰ między krajami. Cel ten wspomagają specjalnie utworzone programy, np. Socrates, Erasmus, Leonardo da Vinci. W przypadku Polski widać wyraźny wzrost zainteresowania opcją odbycia semestru studiów za granicą, gdyż zwiększa się liczba studentów, którzy korzystają z tej możliwości. Jednak tylko 1,3% studentów z Polski studiuje za granicą, podczas gdy w Norwegii co trzeci. Zajmujemy pod tym względem jedno z ostatnich miejsc. Warto rozważyć zwiększenie wyjazdów Polaków w celu odbywania studiów za granicą. W ramach programu Erasmus Polscy studenci najczęściej wyjeżdżają na studia do Niemiec (19,2%) czy Wielkiej Brytanii (5,7%), Francji i Stanów Zjednoczonych. Obecnie dostęp do oferty studiów za granicą jest coraz szerszy (więcej uczelni oferuje program zajęć w języku angielskim), co powoduje, że w porównaniu z początkiem funkcjonowania programu wśród polskich studentów wzrasta zainteresowanie krajami Europy Południowej – Hiszpanii (wzrost z 4,4% do 11,8%), Portugalii (z 1,5% do 4,8%) i Włoch (z 5% do 8,1%). Z kolei polskie uczelnie największym zainteresowaniem cieszą się wśród studentów z Hiszpanii, Turcji, Niemiec i Francji²⁵¹.

²⁴⁷ Dz. U. z 2011 r. Nr 191 poz. 1133

²⁴⁸ Przesiedlenie oznacza przeniesienie z kraju trzeciego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej cudzoziemca uznanego za uchodźcę przez Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych do Spraw Uchodźców, w celu nadania tej osobie statusu uchodźcy lub udzielenia ochrony uzupełniającej na terytorium naszego kraju. Relokacja jest to przemieszczenie beneficjenta ochrony międzynarodowej z państwa członkowskiego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Wprowadzenie relokacji było wyrazem solidarności wobec państw członkowskich UE, doświadczających szczególnie intensywnych napływów cudzoziemców wymagających ochrony międzynarodowej. W ramach projektu przyjęto niewielką grupę 6 cudzoziemców z krajów Rogu Afryki. Przebywając jeszcze na Malcie przeszli oni sesję orientacji kulturowej przeprowadzoną przez Międzynarodową Organizację do Spraw Migracji.

²⁴⁹ Dodatkowo wzrost liczby osób studiujących poza swoim krajem urodzenia jest też wypadkową zwiększenia się liczby ogółem studiujących. Według danych OECD i UNESCO w 2009 roku ponad 3,9 mln studentów kształciło się za granicą. Najwyższy odsetek studentów zagranicznych odnotowały takie kraje, jak: Australia, Wielka Brytania, Austria, Szwajcaria czy Nowa Zelandia. (*Education at a Glance 2011 – OECD Indicators*).

²⁵⁰ Z punktu widzenia polityki migracyjnej ważną grupą cudzoziemców są studenci, absolwenci polskich uczelni, naukowcy oraz cudzoziemcy podejmujący naukę lub szkolenia zawodowe.

²⁵¹ „Biuletyn Migracyjny”, nr 26 (<https://sites.google.com/site/biuletynmigracyjny/archiwumpdf//BiuletynMigracyjny26.pdf> – dostęp 16 września 2011 r.).

Wzrost migracji edukacyjnych jest również obserwowany na polskich uczelniach, gdzie z roku na rok studiuje coraz więcej cudzoziemców (nie tylko w ramach programu Erasmus). Znajduje to odzwierciedlenie w statystykach liczby cudzoziemskich studentów w Polsce – jeszcze w 2009 r. studiowało w naszym kraju 17 tys. cudzoziemców, a w 2010 r. już ponad 21 tys., czyli prawie trzykrotnie więcej w porównaniu z poprzednią dekadą. Udział obcokrajowców studiujących w Polsce nie przekracza jednak 1%, co plasuje nasz kraj na jednym z ostatnich miejsc w Unii Europejskiej. Dane statystyczne potwierdzają tezę, iż Polska nie wykorzystuje swojego potencjału w tym zakresie i odnosi z tego tytułu istotne straty.

Polska jest krajem o relatywnie dobrze rozwiniętej sieci szkół wyższych, które oferują atrakcyjne dla cudzoziemców kierunki studiów²⁵². Według danych Biura Uznawalności Wykształcenia i Wymiany Międzynarodowej MNiSW, w roku akademickim 2011/2012 w polskich uczelniach publicznych kształciło się 24,3 tys. cudzoziemców wobec 21,5 cudzoziemców – studentów w roku 2010/2011. Z tej liczby 6,2 tys., czyli ok. 25% z 24,3 tys. kształciło się na kierunkach medycznych. Najliczniejsza grupa to studenci z Europy, w tym obywatele Ukrainy – 6321, Białorusi – 2937 i Norwegii²⁵³.

Przemiany demograficzne w Polsce, gwałtowne zmniejszenie się liczebności młodych ludzi w wieku 18–24 lata do roku 2020, o około 1,5 mln osób (czyli o ok. 36%)²⁵⁴ wymuszają będą konieczność większego otwarcia się szkół wyższych na studentów cudzoziemskich oraz zwiększenie atrakcyjności szkolnictwa wyższego dla cudzoziemców, popularyzację za granicą polskich uczelni, wspieranie napływu studentów z państw Partnerstwa Wschodniego, aktywną rekrutację uwzględniającą oprócz skutecznych procedur naboru również jego kontrolę w celu uniknięcia potencjalnego zagrożenia nielegalną imigracją²⁵⁵.

Kwestia wzrostu liczby studentów cudzoziemskich w Polsce została dostrzeżona w ramach działań reformujących polskie szkolnictwo wyższe. Zaproponowane działania zasługują na poparcie, ale można dostrzec problemy we wdrażaniu ich w życie. Konieczna wydaje się tutaj większa determinacja Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego w promowaniu Polski jako atrakcyjnego miejsca do studiowania w Polsce w myśl hasła „wysoki poziom wykształcenia w ramach Unii Europejskiej przy relatywnie niższych kosztach”. Ponadto wskazane byłoby większe zaangażowanie administracji rządowej we wspieraniu uczelni przygotowujących ofertę studiów dla cudzoziemców oraz prowadzących działania promocyjne za granicą.

²⁵² Obecnie funkcjonuje w Polsce 470 uczelni, z czego 132 to uczelnie publiczne (w 1992 r. było 124 szkół wyższych, z czego 106 to uczelnie publiczne). Liczba studentów wzrosła z 403 tys. w roku akademickim 1990/91 do 1,93 mln w roku akademickim 2007/2008 (<http://www.nauka.gov.pl/szkolnictwo-wyzsze/dane-statystyczne-o-szkolnictwie-wyzszym/> – dostęp sierpień 2012 r.).

²⁵³ *Education at a glance – OECD Indicators* (2011). Por. GUS, *Szkoły wyższe i ich finanse w 2011 r.* (2012).

²⁵⁴ *Prognoza ludności na lata 2008–2035* (2009). Przy założeniu, że współczynnik skolaryzacji osób w wieku 18–24 lata utrzyma się na poziomie powyżej 50% (jedna z wyższych wartości w UE) będzie to oznaczać znaczny spadek liczby studentów w najbliższych latach (z ok. 2,1 mln w 2005 r. do ok. 1,3 mln w 2030 r. – wg raportu OECD to największy spadek wśród państw należących do tej organizacji, wywołany zmianami demograficznym. Por. *Higher Education to 2030* (2008), Volume 1. Demography, OECD; *Demograficzne Tsunami* (2011).

²⁵⁵ Zwiększająca się liczba studentów kształcących się w Polsce oznacza pozyskiwanie wysoko wykwalifikowanych imigrantów, o dużym znaczeniu dla gospodarki państwa, niemniej jednak obserwacje Straży Granicznej oraz Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego świadczą, iż liczba przyjętych studentów zagranicznych w pierwszym roku jest nieproporcjonalnie wyższa w porównaniu z liczbą cudzoziemców kształcących się na kolejnych latach studiów. Może to oznaczać, że z dużym prawdopodobieństwem ścieżka migracji edukacyjnych do Polski jest wykorzystywana jako strategia legalnego wjazdu na teren Unii Europejskiej. Aby zminimalizować ryzyko wykorzystywania tej opcji migracyjnej grupa robocza złożona z przedstawicieli ABW, SG, Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz Ministerstwa Spraw Zagranicznych zaproponowała m.in. wprowadzenie licencji dla szkół wyższych umożliwiających rekrutację i nauczanie cudzoziemców czy obowiązku informowania Straży Granicznej i MNiSW o niestawieniu się przez studenta na uczelni.

Potrzebę taką dostrzegają również same uczelnie często podejmując działania promocyjne poza granicami kraju, a także Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, które rozpoczęło w 2012 r. akcję promocyjną *Ready, Study, Go! Poland*²⁵⁶. „Wzrost liczby studentów zagranicznych w Polsce jako potencjalna korzyść lub wyzwanie powinno być rozpatrywane z różnych perspektyw. Wzrost ten będzie korzystny dla polskich uczelni, które będą mogły czerpać dodatkowe dochody z przyjmowania studentów cudzoziemskich, co łagodzić będzie ubytek studentów polskich gotowych płacić za edukację (ubytek ten z przyczyn demograficznych już w tej chwili dotyka polski system szkolnictwa wyższego i w kolejnych latach nadal będzie się pogłębiał). Zwiększanie się liczby studentów cudzoziemskich byłoby również korzystne z punktu widzenia niwelowania negatywnych skutków zmniejszania się liczby mieszkańców Polski, o ile absolwenci zdecydowaliby się pozostawać w naszym kraju. Jednocześnie wzrost ich liczby, szczególnie w kontekście ewentualnej konkurencji na rynku pracy ze studentami polskimi, może być w określonych sytuacjach niekorzystny. Dla władz lokalnych kwestia ta może być z jednej strony problemem wynikającym z konieczności zapewniania bezpieczeństwa studentom cudzoziemskim oraz podejmowania kampanii informacyjnych ukierunkowanych na społeczności lokalne, z drugiej jednak bardzo dobrą promocją regionu.” (Duszczyk, Żołędowski, 2010).

Bilans pozytywnych i negatywnych skutków tego zjawiska przemawia za prowadzeniem działań mających na celu wzrost liczby studentów zagranicznych w Polsce. Wydaje się jednak, że polskim szkołom wyższym bardzo trudno będzie konkurować na światowym rynku edukacyjnym²⁵⁷. Zmniejszenie się zasobu krajowych kandydatów na studia, związane z niżem demograficznym, zmusza jednak polskie uczelnie do większych starań o potencjalnych studentów spoza Polski. Dlatego jakiegokolwiek inwestycje państwowe powinny w pierwszej kolejności wesprzeć działania dążące do poprawy jakości polskich uczelni, a problem braku studentów powinien leżeć w gestii osób zarządzających szkołami wyższymi.

Promocja studiów w Polsce oraz prowadzenie aktywnych akcji rekrutacyjnych powinny przynieść oczekiwane rezultaty²⁵⁸.

4. Wnioski

Skala wyzwań, przed jakimi stoi Polska, wymusza prowadzenie przemyślanych działań zarówno w dziedzinie migracji, jak i polityki prorodzinnej oraz zwiększania poziomu aktywności zasobów siły roboczej. Wysoki poziom bezrobocia strukturalnego w Polsce dodatkowo utrudnia podejmowanie działań na rzecz łagodzenia negatywnych skutków starzenia się społeczeństwa. Brak podjęcia odpowiednich działań przez Polskę, może jednak być poważną barierą w podnoszeniu standardu życia obywateli oraz w konkurowaniu z innymi gospodarkami.

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

²⁵⁶ <http://www.nauka.gov.pl/szkolnictwo-wyzsze/ready-study-go-poland/>

²⁵⁷ Polska z uwagi na małą atrakcyjność społeczną, ekonomiczną i kulturową ma małe możliwości w konkurowaniu o studentów z państwami anglojęzycznymi i niemieckojęzycznymi, dlatego też zjawisko migracji edukacyjnych ma niewielkie szanse przerosnąć się w masowe zjawisko społeczne. Por. Żołędowski (2010) we współpracy z M. Duszczykiem, J. Godlewską, E. Jaroszewską i J. Łukaszewską.

²⁵⁸ Dobrym przykładem są tu uczelnie medyczne, które nie wykazują większych problemów z pozyskiwaniem cudzoziemskich studentów. Por. Żołędowski (2010).

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

Jeszcze szybciej niż na rynku pracy może wystąpić niedobór chętnych do podejmowania studiów, gdyż od 2002 r. stale zmniejsza się liczebność populacji 19-latków w Polsce. Szacuje się, że do 2020 r. liczba osób w grupie wiekowej 18–24 lata może zmniejszyć się o około 1,5 mln osób (czyli o ok. 36%). Wśród prawdopodobnych konsekwencji wymienić trzeba likwidację części szkół wyższych (przede wszystkim niepublicznych, zwłaszcza poza wielkimi ośrodkami akademickimi²⁵⁹) oraz obniżenie się rozwojowego potencjału naszego kraju. Od kilku lat narasta świadomość „demograficznego zagrożenia” dla systemu polskiego szkolnictwa wyższego, a jako jedno z najważniejszych rozwiązań wskazuje się na większe otwarcie na studentów cudzoziemskich i koordynowaną przez państwo politykę w tym zakresie.

Nie jest wciąż jasne, czy kolejne fale emigracji będą następować w przyszłości czy też mamy do czynienia z „ostatnią emigracją”²⁶⁰. Może się okazać, że Polska, przyspieszając procesy modernizacyjne, stopniowo zacznie stawać się krajem emigracyjno-imigracyjnym, a następnie imigracyjnym. Pierwsze, bardzo jeszcze nieśmiałe symptomy są widoczne w rosnącym napływie cudzoziemców do Polski.

Widoczne zmiany nastąpiły w sferze polityki publicznej państwa prowadzonej w obszarze migracji. Postulowana przez Rządową Radę Ludnościową konieczność stworzenia sformalizowanej polityki migracyjnej jest odbiciem zmian, które zaszły w ostatnich latach w podejściu państwa do problematyki migracji. Postulat ten doczekał się realizacji w postaci przyjętego przez Radę Ministrów 31 lipca 2012 r. dokumentu programowego *Polityka migracyjna Polski – stan obecny i postulowane działania*. Dokument ilustruje widoczną koncentrację państwa na problemach związanych z imigracją do Polski (kwestia ochrony zewnętrznych granic UE i strefy Schengen, realizacja przepisów prawa międzynarodowego związanych z udzielaniem ochrony międzynarodowej, przeciwdziałanie nielegalnym imigracjom czy wreszcie legalne imigracje do Polski w celu np. podjęcia pracy lub nauki), przy relatywnie niedużym nasileniu zjawisk imigracyjnych obecnie. We wszystkich tych obszarach wiele spraw udało się już osiągnąć, na co niewątpliwym wpływ miała akcesja Polski do UE. Akcesja spowodowała przyspieszenie działań administracji w tych obszarach oraz przyczyniła się do powstania znaczącej grupy ekspertów migracyjnych zarówno w administracji, samorządach, organizacjach pozarządowych, jak i na uniwersytetach.

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

Zagadnieniu temu nadaliśmy rangę priorytetu w niniejszym tekście *Rekomendacji Rządowej Rady Ludnościowej w zakresie polityki ludnościowej*. Należy uwzględnić m.in. możliwość pogłębiania się i tak niekorzystnych trendów demograficznych, ryzyko społecznej

²⁵⁹ Demograficzne Tsunami (2011).

²⁶⁰ Grabowska-Lusińska, Okólski (2009), s. 24–33.

i gospodarczej marginalizacji niektórych regionów, utratę kapitału ludzkiego czy też rozpad więzi międzyludzkich na poziomie rodzin i lokalnych społeczności. Należy prowadzić w tym obszarze politykę bardziej zdecydowaną, która nie pozwoliłaby zmarnować potencjału ludzkiego ogromnej rzeszy młodych Polaków, która zdecydowała się w ostatnich latach na wyjazd z kraju, a także pamiętała o wszystkich osobach mających polskie korzenie, niezależnie od posiadanego obywatelstwa.

Podzespół ds. migracji w wyniku przeprowadzonych dyskusji zaproponował uznanie spraw migracyjnych za ważny składnik *Rekomendacji Rządowej Rady Ludnościowej w zakresie polityki ludnościowej w Polsce*, a w jego obrębie przyjęcie pięciu następujących priorytetów w obszarach:

- podejścia do starej i nowej diaspory,
- procesów emigracji zarobkowej,
- kompleksowego ujmowania procesów imigracyjnych,
- edukacji,
- podniesienie stanu wiedzy o współczesnych procesach migracyjnych.

PRIORYTET IV.1. Utrzymywanie więzi z Polakami przebywającymi za granicą, traktowanie ich jako składnika polskiego potencjału ludnościowego

Cele do osiągnięcia:

1. Wspieranie Polaków przebywających za granicą.
2. Wspieranie edukacji i zrzeszeń Polaków przebywających za granicą
3. Zapewnienie opieki konsularnej, ciągłości informacji o kraju.
4. Promocja Polski na arenie międzynarodowej.
5. Włączenie Polaków przebywających za granicą do promocji krajowej produkcji i turystyki.

1. Wspieranie Polaków przebywających za granicą

Migracja zarobkowa i konieczność zapewnienia wszystkim osobom należącym do tej grupy dostępu do polskiej oświaty, kultury, a także do standardowej opieki konsularnej to jeden z ważnych problemów, które pojawiły się po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej. Setki tysięcy Polaków pracujących i mieszkających wraz ze swoimi rodzinami w państwach UE i przemieszczających się w ramach struktur wspólnotowych wywołały poważne skutki administracyjne, społeczne, a nawet polityczne zarówno dla krajów przyjmujących, jak i dla Polski.

Z punktu widzenia wyzwań demograficznych zasobem migracyjnym, który będzie miał najistotniejszy wpływ na sytuację demograficzną w Polsce są właśnie poakcesyjni emigranci. Oddziaływanie najnowszej fali emigracji na strukturę demograficzną Polski zależy od tego, czy i ilu migrantów zdecyduje się na powrót do ojczyzny. Inne zasoby emigracyjne będą miały mniejsze znaczenie dla sytuacji demograficznej ze względu na charakter tych zjawisk. Niemniej jednak należy pamiętać o licznych obywatelach Polski, którzy z różnych powodów wyemigrowali w latach wcześniejszych i w mniejszym lub większym stopniu utożsamiają się z Polską. Wszystkie te osoby powinny w naszym przekonaniu również być traktowane jako ważny składnik potencjału ludnościowego Polski.

Jednym z priorytetów polskiej polityki zagranicznej jest „Polska jako kraj wspierający swoją diasporę, silny jej dynamizmem”. W toku wykonywania tego zadania Ministerstwo

Spraw Zagranicznych podjęło wiele przedsięwzięć służących wprowadzeniu wzorcowego modelu współpracy z Polonią i Polakami na świecie, a mianowicie opracowało dwa *Raporty o sytuacji Polonii i Polaków za granicą 2009 (2009) i 2012 (2012)* jako kompendium wiedzy na temat historii i współczesnej kondycji polskiej diaspory w wybranych krajach świata oraz *Atlas polskiej obecności za granicą (2014)*, który posłuży jako efektywne narzędzie współpracy z Polonią i Polakami za granicą. Powstał Projekt *Rządowego Programu Współpracy z Polonią i Polakami za Granicą (2011)*.

Kierunki działań:

- „Działaniem priorytetowym Rządu jest wzmacnianie potencjału intelektualnego Polonii za granicą poprzez promocję języka i kultury polskiej, aktywizację środowisk polonijnych we wszystkich sferach działań RP na arenie międzynarodowej, a także poprzez kształcenie osób polskiego pochodzenia w polskich szkołach wyższych (szczególnie z państw powstałych wskutek rozpadu ZSRR oraz innych państw” (Projekt *Rządowego Programu Współpracy z Polonią i Polakami za Granicą (2011)*, s. 6).
- „Skorzystanie z potencjału osób pochodzenia polskiego nie znających języka polskiego. Stanowią one co najmniej 70% ogółu polskiej diaspory w świecie, a w znaczącej części – dzięki dobrej integracji ze społeczeństwami państw, w których mieszkają oraz często dzięki osiągniętym sukcesom i wysokiej pozycji – ich wsparcie w dziedzinie promocji Polski za granicą może być bardzo skutecznym uzupełnieniem działań podejmowanych w kraju. Ich propolskie zaangażowanie w promowanie polskiej kultury, gospodarki, budowanie dobrego wizerunku Polski ma bowiem dodatkowy walor wiarygodności” (Projekt *Rządowego Programu Współpracy z Polonią i Polakami za Granicą (2011)*, s. 5).
- Stworzenie nowych narzędzi komunikacji z Polonią i Polakami za granicą oraz z podmiotami krajowymi włączanymi we współpracę.

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

Kierunki działań:

- Wzmacnianie kontaktów z organizacjami polonijnymi oraz działania w ramach polskiej polityki zagranicznej na rzecz poprawy sytuacji i wizerunku Polaków mieszkających za granicą, w tym przeciwdziałania możliwościom stosowania praktyk dyskryminacyjnych w stosunku do Polaków przebywających w krajach emigracji.
- Opracowanie programu działania na rzecz pomocy emigrantom ekonomicznym (przy współpracy międzyresortowej – przeciwko handlowi ludźmi, zwalczania bezdomności itd.).
- Analizowanie i reagowanie na nowe zjawiska dotyczące fali emigrantów (bezdomność, bezrobocie, problemy zdrowotne i społeczne, wzrost przestępczości). Urzędy konsularne włączyły w profil swojej działalności polskie kompetentne instytucje jak PIP, ZUS czy NFZ²⁶¹. MSZ współpracuje z Głównym Inspektorem Pracy w celu nawiązania za pośrednictwem urzędów konsularnych bezpośredniej kooperacji z lokalnymi instytucjami dal-

²⁶¹ W celu zapewnienia efektywniejszej prewencji i przeciwdziałania naruszaniu praw pracowniczych przez zagranicznych pracodawców względem polskiej emigracji zarobkowej otwarte zostały Biura Łącznikowe GIP w Hadze, Paryżu, Brukseli oraz Bratysławie.

szych państw członkowskich UE/EOG zajmującymi się prawem pracy, jego przestrzeganiem oraz nadzorem nad jego realizacją²⁶².

W odpowiedzi na zjawisko masowej migracji zarobkowej, Ministerstwo Spraw Zagranicznych opracowało program „Blżej pracy, bliżej Polski”, ogłoszony w 2007 roku. Program zawierał szczegółowy plan działań zakładających zapewnienie znacznie zwiększonej liczbie klientów łatwiejszego dostępu i sprawniejszej obsługi w polskich urzędach konsularnych, a także podstawowej informacji na temat warunków pracy i życia w państwach o podwyższonej liczbie polskiej diaspory a także kompetentnych instytucji miejscowych działających i niosących pomoc na owym gruncie.

2. Wspieranie edukacji i zrzeszeń Polaków przebywających za granicą

Utrzymanie szkolnictwa polskiego za granicą

Ministerstwo Edukacji Narodowej jest organem prowadzącym dla 67 szkół i szkolnych punktów konsultacyjnych przy ambasadach, urzędach konsularnych i przedstawicielstwach wojskowych RP dla dzieci obywateli polskich czasowo przebywających za granicą. MEN w pełni finansuje działalność tych szkół.

Sposoby wspomagania wśród Polonii i Polaków zamieszkałych za granicą oraz dzieci pracowników migrujących nauczania języka polskiego, historii, geografii, kultury polskiej oraz innych przedmiotów nauczanych w języku polskim w szkołach funkcjonujących w systemach oświaty innych państw lub nauczanych w innych formach przez organizacje społeczne określone zostały w rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 września 2009 r. w sprawie *warunków i sposobu wspomagania nauczania języka polskiego, historii, geografii, kultury polskiej i innych przedmiotów nauczanych w języku polskim wśród Polonii i Polaków zamieszkałych za granicą oraz dzieci pracowników migrujących*” (Dz. U. z 2009 r. Nr 164, poz.1306).

Ponadto ustawa o systemie oświaty nakłada na szkoły obowiązek zapewnienia uczniom nie znającym języka polskiego dodatkowych, bezpłatnych lekcji z tego języka, a także z przedmiotów nauczania, tak, aby umożliwić uczniowi w czasie nie dłuższym niż 12 miesięcy wyrównanie różnic programowych²⁶³.

W celu utrzymywania polskiego potencjału edukacyjnego dla rodaków za granicą istotne jest również by ludzie dorośli mogli korzystać z edukacji związanej z krajem poprzez kształcenie permanentne, mieli możliwość odbywania studiów w Polsce.

Osoby legitymujące się ważną Kartą Polaka są uprawnione do podejmowania i odbywania kształcenia w Polsce w dwóch różnych trybach. Wybór pozostaje do decyzji zainteresowanego:

²⁶² Realizując postanowienia „Planu działania na rzecz ochrony praw polskich pracowników na rynkach pracy państw członkowskich UE oraz państw należących do EFTA”, w dn. 16 maja 2013 r. MSZ zorganizowało spotkanie z udziałem przedstawicieli zainteresowanych departamentów resortu, kierowników Wydziałów Konsularnych Ambasad w Hadze i Londynie, MPiPS, MSW i PIP. Podczas narady nawiązano roboczą współpracę między MSZ i MSW oraz zainicjowano robocze kontakty z Główną Inspekcją Pracy, których celem będzie przeprowadzenie (pilotażowo w Niderlandach) w środowisku polskim za granicą akcji informacyjnej z zakresu spraw należących do kompetencji PIP z udziałem przedstawicieli niderlandzkiego odpowiednika Inspekcji Pracy.

²⁶³ Art. 94a ust. 4 ustawy z dnia 7 września 1991 r. *o systemie oświaty*, zgodnie z którym osoby niebędące obywatelami polskimi, podlegające obowiązkowi szkolnemu lub obowiązkowi nauki, które nie znają języka polskiego albo znają go na poziomie niewystarczającym do korzystania z nauki, mają prawo do dodatkowej, bezpłatnej nauki języka polskiego. Dodatkową naukę języka polskiego dla tych osób organizuje organ prowadzący szkołę.

- na zasadach obowiązujących obywateli polskich, z czym wiąże się prawo do bezpłatnego kształcenia (na koszt budżetu państwa) oraz do ubiegania o wszystkie rodzaje świadczeń pomocy materialnej (stypendium socjalne, stypendium specjalne dla osób niepełnosprawnych, stypendium rektora dla najlepszych studentów, stypendium ministra za wybitne osiągnięcia, zapomogi) przewidziane dla studentów i doktorantów z polskim obywatelstwem,
- w trybie oraz na warunkach innych niż dotyczące obywateli RP, przy czym podejmując i odbywając studia na warunkach innych niż dotyczące obywateli polskich studiuje za odpłatnością i bez dostępu do świadczeń pomocy materialnej. Osoby, które uzyskały stypendium Rządu RP w ramach limitów określonych w umowach międzynarodowych lub na podstawie decyzji ministra właściwego ds. szkolnictwa wyższego, studiuje bezpłatnie oraz otrzymują miesięczne stypendium na pokrycie kosztów utrzymania.

Dodatkowo realizowany jest program stypendialny MNiSW dla cudzoziemców pochodzenia polskiego. Stypendia na studiach I, II i III stopnia oraz jednolitych studiach magisterskich oraz rocznych stażach naukowych przewidziane są dla cudzoziemców polskiego pochodzenia/posiadaczy Karty Polaka, którzy uzyskali świadectwo maturalne nie wcześniej niż w ostatnich trzech latach (dotyczy kandydatów na studia I stopnia), obywateli następujących państw: Białorusi, Bułgarii, Czech, Estonii, Gruzji, Kazachstanu, Litwy, Łotwy, Mołdawii, Rosji, Rumunii, Słowacji, Ukrainy, Uzbekistanu, Turkmenistanu i Węgier. Mogą oni podejmować kształcenie na wszystkich oferowanych w Polsce kierunkach w języku polskim. Stypendyści mają zapewnione bezpłatne kształcenie (finansowanie dla uczelni z dotacji podstawowej na działalność dydaktyczną) oraz stypendium Rządu RP.

Ponadto Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego co roku funduje około 250 stypendiów dla osób pochodzenia polskiego, studiujących w krajach swojego zamieszkania.

Kierunki działań:

- Prowadzenie szkół i szkolnych punktów konsultacyjnych dla dzieci obywateli polskich czasowo przebywających za granicą.
- Zwiększenie dostępności nauczania języka polskiego oraz historii dla dzieci i młodzieży przebywających za granicą.
- Wspieranie oświaty polonijnej (także dla dorosłych) organizowanej przez podmioty społecznie działające.
- Wspieranie nauczania języka polskiego w ramach obcych systemów oświaty.
- Nadanie znacząco większego znaczenia w działalności instytucji i organizacji krajowych projektom ukierunkowanym na kolejne pokolenia osób urodzonych poza Polską i nie znających języka polskiego. Działanie takie w dłuższej perspektywie powinno wpłynąć na zwiększenie efektywności oddziaływania Polski w świecie w sferach politycznej, kulturalnej, informacyjnej i wizerunkowej.
- Wsparcie merytoryczne właściwych instytucji (MEN, MNiSW, MKiDN, MSiT, MSZ) przy realizacji projektów edukacyjnych realizowanych przez organizacje społeczne Polaków za granicą.

Każdy z ww. resortów lub jego jednostki podległe realizuje zadania na rzecz Polonii i Polaków za granicą. Szczegółowy opis tych zadań jest zawarty w Rządowym Programie Współpracy z Polonią i Polakami za Granicą. Ministerstwo Edukacji Narodowej wspiera zrzeszenia Polaków przebywających za granicą np. poprzez organizację doskonalenia zawodowego nauczycieli polonijnych. Ponadto jednostka podległa MEN – Ośrodek Rozwoju Polskiej Edukacji za Granicą (ORPEG) kieruje corocznie na zaproszenie organizacji polonijnych kilkudziesięciu nauczycieli do prowadzenia nauczania w języku polskim, a także do animo-

wania działalności kulturalnej. Ośrodek wyposaża także szkoły polonijne w podręczniki i pomoce dydaktyczne.

Wspieranie zrzeszeń Polaków przebywających za granicą

W wielu krajach istnieją organizacje polonijne, które zajmują się głównie podtrzymaniem tożsamości narodowej i kontaktu przedstawicieli Polonii z polską kulturą i językiem. Jak pokazują badania nad polskimi organizacjami działającymi w Niemczech prowadzone przez Instytut Zachodni, większość stowarzyszeń skupia się właśnie na propagowaniu polskiej kultury i nauczaniu języka. Działalność ta jest wspierana na dużą skalę – często za pośrednictwem organizacji pozarządowych – przez polskie instytucje rządowe (w tym przede wszystkim przez MSZ i jego placówki). Stosunkowo niewiele jest natomiast organizacji instrumentalnych – nastawionych na realizację interesów polskich migrantów w postaci prowadzenia działalności rzeczniczej, czy doradztwa. W ramach wspierania działań w sferze opieki konsularnej uruchamiane są punkty doradztwa prawnego i informacji, w których usługi świadczone są bezpłatnie (np. Amsterdam, Londyn, Rzym). Te bezpośrednie kontakty umożliwiają monitorowanie problematyki i ułatwiają podejmowanie interwencji w przypadkach naruszania praw pracowniczych obywateli polskich. Sprawia to, że po pierwsze tradycyjne organizacje będą tracić swoich klientów oraz członków coraz mniej zainteresowanych działaniami ekspresyjnymi²⁶⁴. Nowe formy organizacyjne mogą się wykształcić dopiero w sytuacji gdy uzyskająby wsparcie zarówno ze strony Polski jak i kraju przyjmującego. Obecnie organizacjom często brakuje, choćby koncepcyjnego, wsparcia w tych działaniach ze strony polskich instytucji. Również – jak pokazuje przykład Niemiec – nie wszystkie kraje przyjmujące są zainteresowane we wspieraniu działalności tego typu.

Kierunki działań:

- Zadaniem Państwa Polskiego jest wspieranie tych tradycyjnych i niezwykle zasłużonych dla Polski organizacji w próbach odnalezienia się w nowej rzeczywistości oraz w tych wszystkich ich działaniach, które zawsze dobrze służyły wizerunkowi Polski poprzez promocję tradycji i kultury.
- Włączenie w sferę działań niezrzeszonych osób polskiego pochodzenia i środowisk wykorzystujących nowoczesne formy integracji (stowarzyszenia zawodowe, grupy zainteresowań, grupy integrujące się bez wyraźnych struktur, środowiska skupione wokół portali internetowych) itp.

3. Zapewnienie opieki konsularnej, ciągłości informacji o kraju

Opieka konsularna nad obywatelami polskimi przebywającymi za granicą jest jednym z głównych priorytetów polskiej służby konsularnej a wynika m.in. z zapisu art. 36 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej oraz Ustawy o funkcjach konsulów RP. W ocenie Departamentu Konsularnego MSZ, sprawującego bieżący nadzór nad urzędami konsularnymi, służby konsularne, przykładają dużą wagę do wszelkich problemów związanych z niniejszym zagadnieniem.

²⁶⁴ Paradoksalnie dodatkowym utrudnieniem dla zwartości i motywacji do działania stały się dobrodziejstwa postępu technicznego, zwłaszcza w dziedzinie łączności. Organizacje polonijne przestały pełnić rolę jedynych ośrodków, w których osoby polskiego pochodzenia mogły zaspokoić swoją potrzebę bycia w środowisku polskim, udziału w wymianie informacji o Polsce niedostępnych w mediach państw zamieszkiwania.

Podstawy prawne

Zgodnie z art. 36 *Konstytucji RP*, podczas pobytu za granicą obywatel polski ma prawo do opieki ze strony Rzeczypospolitej Polskiej²⁶⁵. Należy również pamiętać, iż zgodnie z Art. 23 Traktatu o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej, każdy obywatel UE ma prawo korzystać na terytorium państwa trzeciego, gdzie nie ma swojego przedstawicielstwa dyplomatycznego, z ochrony dyplomatycznej i konsularnej innego państwa członkowskiego na takich samych warunkach jak obywatele tego państwa.

Takie ujęcie zobowiązania Państwa wobec obywatela w sposób oczywisty nadaje zagadnieniu odpowiednio wysoką rangę, a w obliczu dynamicznie zmieniającej się rzeczywistości stanowi dla polskiej służby konsularnej wyzwanie szczególnego rodzaju.

Działania w zakresie opieki konsularnej i działalności konsulatów

Charakter opieki konsularnej świadczonej przez polską służbę konsularną uległ w ostatnich latach głębokim przeobrażeniom. U podstaw zmian legły następujące czynniki: wzrost wyjazdów zagranicznych obywateli, globalny zasięg podróży zagranicznych, zjawiska towarzyszące emigrantom zarobkowym w krajach UE.

Środki, jakie DWP przeznacza na działalność polonijną polskich placówek dyplomatyczno-konsularnych za granicą, umożliwiają realizację wyznaczonych zadań,²⁶⁶ takich jak: aktywizacja młodego pokolenia osób polskiego pochodzenia, docieranie do środowisk polonijnych nie zrzeszonych w organizacjach polonijnych, a także utrzymywanie kontaktów i wspieranie działalności tradycyjnych organizacji polonijnych.

Kierunki działań:

Poza świadczeniem bezpośredniej i rutynowej opieki do podstawowych zadań służby konsularnej w tej dziedzinie wpisano na stałe:

- działania informacyjne (kampanie informacyjne prowadzone w kraju i poza granicami kraju).
- współpracę z instytucjami i organizacjami państw przyjmujących istotnymi dla spraw dot. obywateli polskich (współpraca ze związkami zawodowymi, współpraca z władzami lokalnymi, organizacjami NGO, organizacjami polonijnymi itp.).
- wspieranie (w tym finansowe) inicjatyw społecznych, służących pomocą obywatelom poza granicami kraju (wspieranie organizowania samopomocy w gronie społeczności polskiej,

²⁶⁵ „Konsul zapewnia pomoc obywatelom polskim w realizacji praw przysługujących im zgodnie z prawem państwa przyjmującego oraz prawem i zwyczajami międzynarodowymi „, art. 11 Ustawy z dnia 13 lutego 1984 r. o funkcjach konsulów RP. Funkcje konsularne polegają na: „ochronie w państwie przyjmującym interesów państwa wysyłającego oraz jego obywateli, zarówno osób fizycznych, jak i prawnych, w granicach dozwolonych przez prawo międzynarodowe” Art. 5 Konwencji Wiedeńskiej o stosunkach konsularnych sporządzonej w Wiedniu 24.04.1963 r. Funkcje misji dyplomatycznej obejmują między innymi: „ochronę w państwie przyjmującym interesów państwa wysyłającego i jego obywateli, w granicach ustalonych przez prawo międzynarodowe” Art. 3 Konwencji Wiedeńskiej o stosunkach dyplomatycznych sporządzonej w Wiedniu 18.04.1961 r.

²⁶⁶ Od 2011 roku środki będące w dyspozycji MSZ (Departament Współpracy z Polonią) są dzielone na cztery fundusze polonijne: szkolnictwo polskie za granicą; kultura i sztuka oraz pozostała działalność; kolonie i obozy dla młodzieży polonijnej w kraju; opieka nad miejscami pamięci narodowej; plus dotacja przeznaczona na wsparcie TV Polonia. O przyznaniu środków z poszczególnych funduszy placówki ubiegają się w drodze konkursu projektów. Są to projekty autorskie placówek bądź realizowane we współpracy ze środowiskami polonijnymi.

współpraca z polskimi grupami zawodowymi niosącymi pomoc pozostałym imigrantom – lekarze, prawnicy, tłumacze, psychologowie itp.).

- poszerzanie współpracy z partnerami z UE i z państw trzecich w zakresie postępowania kryzysowego z udziałem obywateli polskich.
- nawiązywanie oraz utrzymywanie bliskich, roboczych kontaktów przez urzędy konsularne ze stosownymi jednostkami, odpowiednikami inspekcji pracy czy służby zdrowia.

Wychodząc naprzeciw potrzebom wszystkie urzędy konsularne w krajach docelowej emigracji zarobkowej prowadzą zakrojoną na szeroką skalę działalność informacyjną na temat miejscowych warunków życia i pracy²⁶⁷. Niektóre z urzędów zorganizowały cieszące się bardzo dużym uznaniem punkty doradztwa prawnego.

Zaangażowanie z podmiotami zagranicznymi w rozwiązywanie problemów nowej emigracji

Jednym z istotnych zadań wykonywanych przez urzędy konsularne jest pomoc osobom bezdomnym mającym kłopoty adaptacyjne. W rozwiązywaniu problemów bezdomnych Polaków urzędy konsularne współpracują z instytucjami miejscowymi, jak również z organizacjami pozarządowymi, w tym polonijnymi. Problem ten występuje w największym natężeniu w Wielkiej Brytanii, Francji, Włoszech, Holandii oraz w Niemczech²⁶⁸. Pomoc udzielana przez owe stowarzyszenia Polakom będącym w trudnej sytuacji życiowej, uzależnionym i bezdomnym, koncentruje się na wsparciu w uregulowaniu ich sytuacji prawnej, rodzinnej i bytowej, poszukiwaniu specjalistycznych placówek pomocy oraz organizowanie powrotu do kraju. W zakresie rzeczonyj współpracy przekazywane są wspomnianym organizacjom środki pieniężne na dofinansowanie ich bieżącej działalności.

Kierunki działań:

- Inspirowanie bezpośrednich kontaktów pomiędzy instytucjami polskimi, a instytucjami kraju urzędowania²⁶⁹. W ramach prowadzonej kampanii informacyjnej część urzędów we współpracy z miejscowymi władzami, odpowiednimi organizacjami czy związkami zawodowymi, wydaje i rozprowadza broszury lub poradniki charakteryzujące miejscowe warunki

²⁶⁷ Z punktu widzenia potrzeb emigracji zarobkowej przekazywane przez urzędy informacje można podzielić na następujące grupy: (1) dotyczące wszelkiego rodzaju dokumentów wydawanych przez lokalne urzędy; (2) dotyczące służby zdrowia i zabezpieczenia socjalnego; (3) dotyczące miejscowych placówek oświatowych; (4) dotyczące wszelkich kwestii prawnych, sądowniczych, odszkodowawczych; (5) dotyczących panujących zwyczajów, zakazów oraz obowiązków w kraju przyjmującym.

²⁶⁸ Urzędy konsularne w tych krajach współpracują z miejscowymi organizacjami sektora pozarządowego zajmującymi się opieką socjalną i działalnością charytatywną, w szczególności prowadzeniem bezpłatnych noclegowni i jadłodajni a także udzielają im w razie potrzeb wsparcia finansowego na statutowe działania.

²⁶⁹ MSZ wszechstronnie wspiera organizacje polskie i polonijne, w szczególności realizujące zadania o charakterze kulturalnym i edukacyjnym (pomoc organizacyjna, merytoryczna, pomoc w uzyskaniu lokali, itp. MSZ prowadzi działania na rzecz integracji środowisk polskich i polonijnych w krajach zamieszkania oraz włączenia młodszej generacji Polonii w nurt życia polonijnego. Ustawicznie doskonaląc formuły współpracy z tymi organizacjami, resort zainicjował powoływanie Polonijnych Rad Konsultacyjnych przy przedstawicielstwach dyplomatyczno-konsularnych. Do chwili obecnej rozpoczęły pracę 22 rady (10 przy ambasadach, 12 przy konsulatach), których członkami są nie tylko przedstawiciele Polonii, ale także eksperci zajmujący się tą tematyką.

ki życia i pracy²⁷⁰. Działania informacyjne wobec migrantów podejmuje również szereg instytucji miejscowych²⁷¹.

4. Promocja Polski na arenie międzynarodowej

Organizacja procesu promowania Polski odbywa się na wielu płaszczyznach i przy wykorzystaniu bardzo wielu instrumentów. Ważne są wszystkie poziomy promocji – lokalna, regionalna, centralna²⁷².

Zasadniczą rolę w promocji odgrywają za granicą osoby i środowiska pozytywnie nastawione do Polski, przede wszystkim struktury zorganizowane oraz jednostki zajmujące ważne pozycje społeczne (politycy, dziennikarze, ludzie kultury i sztuki, biznesmeni). Ze względu na oczywisty fakt, że Polacy za granicą to najbardziej naturalni partnerzy władz polskich w inicjowaniu i przeprowadzaniu projektów ważnych dla wizerunku i pozycji międzynarodowej kraju. Zadaniem strony krajowej jest skoordynowanie aktywności struktur polonijnych, w szczególności izb gospodarczych tak, aby współdziałały przy realizacji interesów polskiej polityki zagranicznej w wymiarze gospodarczym.

Kierunki działań:

- Priorytetem odpowiednich instytucji krajowych powinna być współpraca ze środowiskami polonijnymi w realizacji wszystkich ważnych projektów dla promocji kraju w świecie. Środki przeznaczane na te cele pozostają ograniczone, niezbędna jest więc merytoryczna selekcja projektów tak, aby realizowane były tylko te – faktyczne kluczowe dla wizerunku i interesów Polski i Polonii.

5. Włączenie Polaków przebywających za granicą do promocji krajowej produkcji i turystyki

Wraz z przystąpieniem Polski do NATO i UE rozpoczął się okres wzrostu międzynarodowego zainteresowania Polską, który nasilił się ostatnio w związku z pozytywnymi wynikami

²⁷⁰ We współpracy urzędu z brytyjską federacją związków zawodowych *TUC* – wydano poradnik na temat praw pracowniczych „Praca w Zjednoczonym Królestwie – Twoje Prawa”, który zawiera informacje o regulacjach miejscowego prawa pracy, gwarancjach przysługujących osobom podejmującym pracę na Wyspach oraz sposobach egzekwowania swych praw. Powstają w dalszym ciągu nowe polskojęzyczne materiały drukowane czy strony internetowe przy urzędach gminnych, komendach policji w poszczególnych hrabstwach lub w instytucjach zajmujących się problematyką społeczną oraz zatrudnienia. Przy współudziale Wydziału Konsularnego Ambasady RP w Rzymie polskojęzyczny dwutygodnik „Nasz Świat” zamieszcza na swoich łamach cykliczne informacje praktyczne z dziedziny włoskiego prawa pracy oraz ubezpieczeń społecznych.

²⁷¹ Wśród nich *Gangmaster's Licensing Authority* wydając broszury i informatory oraz organizując w sezonie letnim radiowe kampanie informacyjne skierowane do Polaków.

²⁷² Podstawowymi instrumentami realizacji zadań promocyjnych MSZ są: polityka informacyjna, organizowanie wizyt studyjnych dla przedstawicieli zagranicznych środowisk opiniotwórczych, w tym również dziennikarzy, publicystów i naukowców, które mają trudne do przecenienia znaczenie dla kształtowania właściwego wizerunku Polski i pozytywnych opinii na jej temat; organizacja bądź współorganizacja wydarzeń przyczyniających się do budowy pozytywnego wizerunku Polski (seminaria, konferencje, kursy akademickie, wystawy, koncerty, konkursy wiedzy o Polsce, zagraniczne wykłady i prezentacje polskich ekspertów z różnych dziedzin); włączanie się z polskimi elementami w zagraniczne imprezy kulturalne i naukowe (festiwale, cykliczne wydarzenia, targi, etc.); promocja literatury polskiej poprzez udział w targach książki i pomoc we wprowadzaniu na rynek wydawniczy przekładów ważnych dzieł; przyznawanie dyplomów Ministra SZ za wybitne zasługi dla promocji Polski za granicą oraz nagród Ministra SZ dla najpopularniejszego w świecie polskiego sportowca; wspieranie kursów języka polskiego dla obcokrajowców, konkursy dla organizacji pozarządowych, a także negocjowanie kolejnych dwustronnych umów o współpracy kulturalnej i naukowej wraz z ich programami wykonawczymi oraz dalsze rozwijanie promocji Polski w Internecie (przede wszystkim portalu www.poland.gov.pl).

naszej gospodarki podczas ogólnoświatowego kryzysu. Pomimo tych pozytywnych tendencji wizerunek Polski nadal jest w wielu miejscach świata i wielu środowiskach opiniotwórczych nieobiektywny, zazwyczaj gorszy od rzeczywistości, oparty na negatywnych stereotypach z przeszłości, a polskie produkty muszą często konkurować ceną.

Największym problemem polskiego systemu promocji gospodarki jest brak spójności i koordynacji.

Stałym i niezmiernie ważnym czynnikiem osiągania korzystnych efektów współpracy jest promocja Polski wykorzystująca możliwości jej współpracy ekonomiczno-handlowej z wykorzystaniem olbrzymiego potencjału środowisk polonijnych za granicą. Potencjał promocyjny Polaków i Polonii, a zwłaszcza zajmujących się biznesem i nauką, tylko w znikomym stopniu jest wykorzystywany do promocji polskiej gospodarki i kultury, a także działań na rzecz poprawy wizerunku Polski i Polaków w świecie (m.in. z uwagi na jego rozproszenie). Należy wykorzystać potencjał (pozycję społeczną i ekonomiczną) tych środowisk na rzecz wspierania rozwoju eksportu i inwestycji polskich za granicą oraz napływu bezpośrednich inwestycji zagranicznych.

Kierunki działań:

- Skuteczna i skoordynowana promocja kraju oraz polskiej gospodarki jest niezbędna dla tworzenia odpowiedniego i dobrego klimatu dla polskich eksporterów i inwestorów.
- Polsce potrzebny jest dobrze zorganizowany i efektywny system kreowania właściwego wizerunku oraz system promocji gospodarczej, obejmujący promowanie naszego kraju jako właściwego miejsca dla nowych inwestycji, promocję Polski jako „brandu” oraz promocję polskiego eksportu. Na rynkach światowych istnieje potrzeba pojawienia się rozpoznawalnych polskich marek, których obecność pozwoliłaby na plasowanie wyrobów i usług „na wyższych półkach”, a zarazem wzmacniałaby pozytywne postrzeganie naszego kraju. W te procesy powinni być włączeni Polacy mieszkający za granicą i ich organizacje.
- Istnieje konieczność sięgania – tak przez władze polskie jak i zaangażowane w promocję organizacje i środowiska polonijne – do nowoczesnych instrumentów marketingu i oddziaływania. Z jednej strony są to środki techniki, komunikowania się i przekazu, z drugiej natomiast korzystanie z profesjonalnych usług miejscowych specjalistów.

PRIORYTET IV.2. Przestrzenna i zawodowa orientacja dotycząca obszarów i struktury wyjazdów zarobkowych, z uwzględnieniem sytuacji na lokalnych rynkach pracy

Cele do osiągnięcia

1. Monitorowanie procesów związanych z emigracją zarobkową Polaków.
2. Rozpowszechnianie informacji z zakresu emigracji zarobkowych.
3. Wspieranie migrantów powrotnych.
4. Rozwijanie współpracy między instytucjami zaangażowanymi w problematykę emigracji.

Kierunki działań:

Uzyskanie wszechstronnej informacji w zakresie:

- nadzór nad agencjami pośrednictwa pracy,
- powołanie instytucji odpowiedzialnej za koordynację problematyki emigracyjnej oraz monitorowanie procesów emigracyjnych,
- ułatwienie transferów i prawa w powrotach.

Finansowanie mogą wspierać banki zajmujące się transferem, przyjmowaniem lokat czy udzielaniem kredytów.

1. Monitorowanie procesów związanych z emigracją zarobkową Polaków

Obserwacja procesów migracyjnych jest niezbędna w celu kreowania świadomej polityki państwa w tym zakresie. Należy jednak pamiętać, że migracje, zwłaszcza zarobkowe, są procesem bardzo trudnym do zbadania, w związku z czym określenie ich skali i struktury ma najczęściej charakter szacunkowy. Monitorowanie strumieni oraz zasobów migracyjnych w warunkach swobodnego przepływu pracowników, co wiąże się ze znoszeniem barier administracyjnych w zakresie dostępu do rynku pracy w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej, jest dodatkowo utrudnione.

W celu jak najlepszego zdiagnozowania procesów związanych z emigracją zarobkową Polaków oraz interweniowania w sytuacjach kryzysowych niezbędne jest gromadzenie, analiza oraz ocena informacji i materiałów pochodzących z różnorodnych źródeł. Bardzo ważne jest spojrzenie na emigrację zarobkową zarówno z poziomu makroekonomicznego jak i rynków lokalnych, a nawet pojedynczych gospodarstw domowych.

Kierunki działań:

- Gromadzenie materiałów i informacji dotyczących m.in.: skali, struktury oraz warunków zatrudnienia migrantów;
- monitorowanie, analiza i ocena strumieni i zasobów migracyjnych w krajach docelowych polskiej emigracji;
- przegląd procesów społecznych związanych z emigracją;
- monitorowanie działalności agencji pośrednictwa pracy;
- podejmowanie działań interwencyjnych w sytuacjach kryzysowych.

2. Rozpowszechnianie informacji z zakresu emigracji zarobkowych

Wyjazdy zarobkowe wiążą się często z różnego rodzaju zagrożeniami i problemami praktycznymi. Do ważnych zadań państwa powinno należeć monitorowanie tych zagrożeń oraz docieranie do osób zamierzających pracować za granicą z informacją na temat potencjalnych źródeł problemów i sposobów radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych, a także możliwości wsparcia jakie można otrzymać od instytucji publicznych, m.in. w placówkach konsularnych.

W odniesieniu do migracji zarobkowych wewnątrz Unii Europejskiej prawo unijne nakłada na państwa członkowskie pewne obowiązki w zakresie zbierania i udostępniania takich informacji, które mogą być przydatne przy podejmowaniu zatrudnienia w in-

nym państwie. W ramach współpracy publicznych służb zatrudnienia państw członkowskich przekazywane są informacje nt. warunków życia i pracy oraz ofert pracy w innym państwie EOG.

Kierunki działań:

- informowanie obywateli Polski na temat warunków pracy i pobytu w docelowych krajach emigracji Polaków (m.in. za pośrednictwem sieci EURES);
- udostępnianie informacji na temat potencjalnych zagrożeń, jakie mogą napotkać obywatele Polski podejmujący pracę w danym państwie przyjmującym;
- opracowywanie przydatnych dla migrantów materiałów zawierających m.in.: dane teledre-sowe ważnych instytucji i organizacji pozarządowych w państwach docelowych emigracji, informacje na temat sposobów postępowania w sytuacjach kryzysowych, praktyczne porady mające na celu przestrzeganie przed nieuczciwymi pośrednikami / pracodawcami itp.

Niezależnie od powyższych działań istnieje potrzeba opracowania systemu monitoringu, zarówno skali przepływów pracowniczych, jak i sytuacji osób przebywających za granicą, a także sytuacji ich rodzin mieszkających w kraju. Pozwoli to na lepsze ukierunkowanie polityki wobec zjawiska emigracji zarobkowej Polaków, która jest silnie zależna od zmieniających się uwarunkowań wewnętrznych i zewnętrznych.

3. Wspieranie migrantów powrotnych

Migracje powrotne, podobnie jak emigracja, mają bardzo różne przesłanki. Część migrantów zarobkowych wraca po zrealizowaniu celów emigracyjnych, np. po odłożeniu określonej kwoty pieniężnej. Duży wpływ na strumienie migracyjne ma sytuacja gospodarcza kraju goszczącego. W warunkach osłabienia koniunktury zapotrzebowanie na pracę imigrantów jest mniejsze, pogarszają się również nastroje społeczne w stosunku do osób przyjeżdżających do pracy z zagranicy.

Polska jako demokratyczne państwo oraz członek UE, w której obowiązują zasady swobodnego przepływu osób, nie posiada prawnych, ani administracyjnych instrumentów, mogących ograniczać bądź stymulować wyjazd Polaków do pracy za granicę, ponieważ najistotniejszym czynnikiem mającym wpływ na podjęcie decyzji o ewentualnym powrocie jest sytuacja gospodarcza Polski oraz poziom życia obywateli na tle państw emigracji.

Decyzja o emigracji lub powrocie do kraju jest indywidualną decyzją danej osoby lub gospodarstwa domowego, podejmowaną na podstawie indywidualnego, subiektywnego rachunku kosztów i korzyści. Państwo polskie poprzez udostępnianie przydatnych, rzetelnych, kompleksowych informacji, wspiera osoby planujące powrót z emigracji²⁷³.

Bez względu na przyczyny decyzji o powrocie, istnieje jednak wiele ważnych kwestii dotyczących m.in. pracy, podatków, systemu zabezpieczenia społecznego, opieki zdrowotnej, kontynuacji nauki przez dzieci czy przeprowadzki, z którymi musi się zmierzyć osoba powracająca z emigracji. Bardzo istotne są także kwestie psychologiczne, ponieważ wiele osób może mieć trudności w odnalezieniu się na rynku pracy oraz wśród społeczności lokalnej po powrocie do kraju.

Kierunki działań:

- Rozpowszechnianie informacji przydatnych dla osób planujących powrót do Polski.
- Prowadzenie polityki informacyjnej o możliwościach aktywności ekonomicznej w Polsce.

²⁷³ W 2011 r. dla kilku krajów z obszaru UE odnotowano wzrost liczby Polaków, co oznacza, że liczba wyjazdów do tych krajów przewyższyła liczbę powrotów (GUS, 2011).

- Współpraca z właściwymi instytucjami w zakresie tworzenia warunków ułatwiających migrantom powrót do kraju.
- Wspieranie adaptacji dzieci migrantów powrotnych do polskiego systemu szkolnictwa
- Wspieranie przebywających w kraju rodzin emigrantów (m.in. problem sierot migracyjnych – tzw. Eurosieroctwa)

4. Rozwijanie współpracy pomiędzy instytucjami zaangażowanymi w problematykę emigracji

Obecnie nie istnieje jeden podmiot instytucjonalny, który odpowiadałby za wszystkie kwestie związane z emigracją Polaków. Nie ma także wiodącego resortu w tym zakresie (choć całość polityki migracyjnej państwa jest koordynowana przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych).

W tej sytuacji sugeruje się, że zasadnym byłoby rozważenie utworzenia samodzielnej instytucji właściwej do spraw emigracji (na wzór międzywojennego Syndykatu Emigracyjnego²⁷⁴), której zadaniem byłoby m.in. monitorowanie skali i struktury emigracji, prowadzenie działań informacyjnych dla Polaków, którzy planują wyjechać, przebywają na emigracji lub planują powrót do kraju, zapobieganie dyskryminacji obywateli Polski za granicą, współpraca z organizacjami polonijnymi, przeciwdziałanie nadużyciom ze strony agencji pośrednictwa i pracy tymczasowej czy wspieranie rodzin emigrantów pozostających w kraju.

Wskazanie podmiotu odpowiedzialnego za koordynowanie problematyki emigracyjnej mogłoby w znacznym stopniu zwiększyć efektywność w tym obszarze. Jest to też wariant tańszy i bardziej uzasadniony ze względu na zasadę proporcjonalności, niż tworzenie odrębnej instytucji, która zajmowałaby się problematyką emigracyjną. Wskazanie podmiotu wiodącego musi być poprzedzone pogłębioną debatą, m.in. w ramach międzyresortowego Zespołu do Spraw Migracji.

Właściwe skoordynowanie działań, unikanie powielania i nakładania się kompetencji, uwzględnienie różnych perspektyw, w tym głosu samorządu terytorialnego oraz organizacji pozarządowych działających na rzecz Polaków przebywających i pracujących za granicą powinny określać kierunek niezbędnych zmian w wymiarze instytucjonalnym.

Niezależnie od powyższych działań istnieje potrzeba opracowania systemu monitoringu, zarówno skali przepływów pracowniczych, jak i sytuacji osób przebywających za granicą, sytuacji ich rodzin mieszkających w kraju. Pozwoli to na lepsze ukierunkowanie polityki wobec zjawiska emigracji zarobkowej Polaków, która jest silnie zależna od zmieniających się uwarunkowań wewnętrznych i zewnętrznych.

Kierunki działań:

- Wskazanie podmiotu wiodącego w zakresie problematyki emigracji;
- Współpraca resortów zaangażowanych w tematykę emigracji Polaków;
- Współpraca z samorządem terytorialnym i organizacjami pozarządowymi w ramach działań na rzecz Polaków – migrantów zarobkowych przebywających za granicą.

²⁷⁴ Syndykat Emigracyjny – utworzony w 1930 r. w formie spółki z o.o. z ok. 60% udziałem Skarbu Państwa (pozostałe akcje miały koncesjonowane w Polsce linie okrętowe, których udział w tym przedsięwzięciu był przymusowy). Por.: Kicinger (2005), s. 33. „Posiadał sieć liczącą 500 osób i 20 oddziałów regionalnych rozmieszczonych w miastach stanowiących zamiejscowe ogniska ruchu emigracyjnego. Za granicą posiadał oddziały w Rio de Janeiro i Saõ Paulo i przedstawicielstwa w Buenos Aires i Paryżu.” *Rocznik Polityczny i Gospodarczy*, 1939, s.1145.

PRIORYTET IV.3. Polityka imigracyjna

Wdrożenie postulatów dotyczących imigracji w sferze oddziaływania na rynku pracy i w aspekcie wyzwań demograficznych zawartych w opracowaniu międzyresortowego Zespołu ds. Migracji *Polityka migracyjna Polski – stan obecny i postulowane działania, 2012*

Niekorzystne zmiany demograficzne w Polsce w perspektywie roku 2030 będą rodzić określone konsekwencje m.in. w postaci niedostatku podaży siły roboczej czy napięć w systemie ubezpieczeń społecznych. Jednym z potencjalnych instrumentów ograniczania negatywnych konsekwencji zmian demograficznych jest świadomie prowadzona polityka imigracyjna²⁷⁵.

Polska polityka imigracyjna posługuje się wieloma instrumentami, których zadaniem jest regulowanie napływu cudzoziemców. Instrumenty odnoszące się do imigracji zarobkowej mają zarówno zapewniać ochronę polskiego rynku pracy, jak też pozwalać na uzupełnienie pojawiających się na nim niedoborów²⁷⁶. Ponadto istnieją instrumenty związane z prawem pobytu, który jest konieczny ze względu na określony status cudzoziemca przyjeżdżającego do Polski, zaś podejmowanie pracy jest tylko jedną z przyczyn wydawania cudzoziemcom prawa pobytu.

Za podstawową zasadę polityki imigracyjnej należy uznać komplementarność zatrudnienia cudzoziemców na polskim rynku pracy. Realizacja polityki imigracyjnej z jednej strony nie powinna wpływać na bezpieczeństwo utrzymywania zatrudnienia przez obywateli polskich, z drugiej zaś powinna umożliwiać szybkie zatrudnienie cudzoziemców na tych stanowiskach pracy, na które nie udaje się pozyskać pracowników krajowych. Niezbędna jest więc szczegółowa wiedza na temat potrzeb rynku pracy, która pozwoli lepiej ukierunkować priorytety dotyczące imigracji zarobkowej²⁷⁷.

Cele do osiągnięcia

1. Uprzywilejowanie określonych grup cudzoziemców w zakresie pobytu, pracy i nauki na terytorium Polski.
2. Działania skierowane do cudzoziemców polskiego pochodzenia.
3. Polityka imigracyjna dostosowana do priorytetów rynku pracy i konkurencyjności polskiej gospodarki.
4. Zwiększenie skuteczności działań w zakresie przeciwdziałania nielegalnej migracji
5. Stworzenie spójnej polityki integracji społecznej w Polsce różnych kategorii cudzoziemców.

²⁷⁵ Por. *Przyszłość demograficzna Polski a migracje* (2012).

²⁷⁶ Na podstawie badań M. Duszczyk (2012) ustalił, że „celem polskiej polityki imigracyjnej dostosowanej do potrzeb rynku pracy powinno być uzupełnienie pojawiających się niedoborów siły roboczej – zarówno w krótkiej, średniej jak i długiej perspektywie czasowej. Powinna ona umożliwiać szybkie reagowanie na zmieniające się zapotrzebowanie na cudzoziemskich pracowników, ale równocześnie zapobiegać napływowi obcokrajowców, którzy stanowiliby alternatywę dla zatrudnienia Polaków oraz osób korzystających z prawa do swobodnego przepływu pracowników”. (Duszczyk, 2012, s. 307).

²⁷⁷ Punktem wyjścia jest przyjęcie doktrynalnego postulatu – co wiąże się z doktryną migracji – uznania Polski za kraj otwarty dla imigrantów „Polska nie tylko dla Polaków”, ale każdy, kto chce w Polsce zamieszkać i tu żyć, pracować, powinien korzystać z przyjaznego tu klimatu społecznego. Przynajmniej z takiego klimatu, jakiego oczekujemy w stosunku do naszych rodaków w innych krajach. Mówi się też o preferencjach dla osób, które są pochodzenia polskiego, mieszkają za granicą oraz chcą przyjechać do Polski i zamieszkać w niej oraz uproszczeniu procedur migracyjnych. To wizja prowadzenia spójnej polityki imigracyjnej, obejmującej rozmaite dziedziny naszego życia, łącznie z procesami integracji cudzoziemców mieszkających w Polsce. Por. Rajkiewicz (2011b).

1. Uprzywilejowanie określonych grup cudzoziemców w zakresie pobytu, pracy i nauki na terytorium Polski ²⁷⁸

System admisyj i legalizacji pobytu cudzoziemców w Polsce, poza rozwiązaniami o charakterze ogólnym, powinien przewidywać preferencyjne rozwiązania prawne w zakresie pobytu i pracy na terytorium RP dla wybranych grup cudzoziemców, do których należą:

- osoby pochodzenia polskiego²⁷⁹,
- studenci, naukowcy, absolwenci polskich uczelni,
- cudzoziemcy prowadzący działalność gospodarczą, w szczególności kreującą nowe miejsca pracy,
- imigranci zarobkowi o potrzebnych kwalifikacjach,
- obywatele państw członkowskich UE, członkowie ich rodzin, inni cudzoziemcy korzystający z zasady swobodnego przepływu osób²⁸⁰,
- członkowie rodzin obywateli polskich oraz cudzoziemcy osiadli w Polsce,
- małoletni, w szczególności małoletni bez opieki,
- cudzoziemcy wykazujący zainteresowanie procesem integracji w Polsce i podejmujący działania w tym kierunku (np. nauka języka polskiego, aktywność społeczna etc.),
- osoby objęte ochroną na terytorium RP,
- przypadki humanitarne, medyczne, ofiary handlu ludźmi,
- inne kategorie, które mogą być wyodrębnione na podstawie porozumień międzynarodowych, partnerstwa na rzecz mobilności, itp.

2. Działania skierowane do cudzoziemców polskiego pochodzenia

Szczególne działania powinny być skierowane do cudzoziemców polskiego pochodzenia, ponieważ jest to grupa mająca wyjątkowe znaczenie dla polityki państwa i jego interesów, również z uwagi na uwarunkowania historyczne Polski.

Kierunki działań:

Do zadań w tym obszarze należy:

- uregulowanie problematyki stwierdzania polskiego pochodzenia oraz uprawnień przysługujących osobom polskiego pochodzenia,
- poszerzenie kręgu osób mogących ubiegać się o uzyskanie stwierdzenia polskiego pochodzenia,
- wejście w życie ustawy o Karcie Polaka wprowadziło ożywienie w środowiskach polskich na Białorusi i Ukrainie oraz wzrost zainteresowania nauką języka polskiego.

Powyższe kwestie zostały uregulowane ustawą z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach.

²⁷⁸ *Polityka Migracyjna – Stan obecny i postulowane działania* (2011), wersja 31.07.2012 r.

²⁷⁹ Tzn. osoby, których pochodzenie polskie zostało stwierdzone na podstawie przepisów ustawowych.

²⁸⁰ Potrzeba uprzywilejowanego traktowania cudzoziemców – obywateli państw członkowskich i ich rodzin wynika z postanowień Traktatu o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej (art. 21) oraz dyrektywy 2004/38/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie prawa obywateli Unii i członków ich rodzin do swobodnego przemieszczania się i pobytu na terytorium Państw Członkowskich. Status ww. osób wymaga zrównania ich z obywatelami państwa przyjmującego w zakresie dostępu do rynku pracy, szkolnictwa, opieki społecznej itp., co oznacza, że nie mają do nich zastosowania klasyczne instrumenty polityki migracyjnej. Z tego powodu cudzoziemcy należący do tej grupy nie będą bezpośrednimi adresatami działań rekomendowanych w ramach polityki migracyjnej.

Repatriacja nie stała się jednym z priorytetów politycznych, można powiedzieć, że stanowi marginalny wątek polityki migracyjnej. Prowadzenie akcji repatriacyjnej wymaga sięgnięcia po instrumenty z dziedziny polityki społecznej, co w przypadku wzrostu liczby osób przybywających do Polski będzie generowało znaczne wydatki z budżetu na ten cel. Postulat zwiększenia zakresu świadczeń dla repatriantów najdobitniej wyrażają zapisy obywatelskiego projektu ustawy o powrocie do Rzeczypospolitej Polskiej osób pochodzenia polskiego deportowanych i zesłanych przez władze Związku Socjalistycznych Republik Radzieckich.

Kierunki działań:

Sytuacja w stosunku do końca lat 90. uległa zmianie. Należy zwrócić uwagę na:

- efekty akcji repatriacyjnej należy uznać za niezadowalające, przede wszystkim z uwagi na długi czas oczekiwania na wizę repatriacyjną przez osoby, które nie dysponują warunkami do osiedlenia się,
- zmiana przepisów dotyczących repatriacji w kierunku pozwalającym na skrócenie okresu oczekiwania na przyjazd repatriantów do Polski.

Należy na nowo zastanowić się nad kompleksowym uregulowaniem statusu cudzoziemców polskiego pochodzenia dla tych osób, które zrealizują zamiar osiedlenia się w Polsce.

3. Polityka imigracyjna dostosowana do priorytetów rynku pracy i konkurencyjności polskiej gospodarki

Polityka imigracyjna powinna być dostosowana do priorytetów rynku pracy, a z drugiej strony uwzględniać potrzebę zapewnienia konkurencyjności polskiej gospodarki.

Kierunki działań:

- Utworzenie aktywnego systemu pozyskiwania pracowników cudzoziemskich (m. in. na podstawie bilateralnych umów międzynarodowych). Pożądane jest podpisywanie umów migracyjnych z tzw. „krajami trzecimi” dot. imigracji zarobkowej do Polski.
- Wprowadzenie mechanizmów systematycznego monitoringu popytu i podaży na rynku pracy, co pozwoli na elastyczne reagowanie na zapotrzebowanie na pracowników o określonych kwalifikacjach.
- Wprowadzenie uzupełniającego charakteru zatrudniania imigrantów zarobkowych, względem pracowników lokalnych (reglamentacja w zakresie zatrudniania cudzoziemców przy jednoczesnym stosowaniu systemu zwolnień podmiotowych i przedmiotowych).
- Otwarcie dostępu do rynku pracy dla cudzoziemców legalnie przebywających w Polsce.
- Stosowanie ułatwień w dostępie do rynku pracy dla absolwentów polskich uczelni, pracowników wysoko wykwalifikowanych oraz cudzoziemców o pożądanym kwalifikacjach zawodowych.
- Stosowanie ułatwień dla inwestorów.
- Promowanie migracji cyrkulacyjnych, w tym w celu wykonywania pracy sezonowej,
- Rozwijanie mechanizmu uproszczonego podejmowania pracy w Polsce (system oświadczeń).
- Uproszczenia przepisów dotyczących możliwości podejmowania pracy w Polsce przez cudzoziemców.

4. Zwiększenie skuteczności działań w zakresie przeciwdziałania nielegalnej migracji

Przeciwdziałanie nielegalnej migracji jest nie tylko jednym z priorytetów Unii Europejskiej, lecz także istotnym elementem kompleksowego podejścia do zagadnienia zarządzania migracjami na poziomie krajowym. Ustalenia dotyczące zwalczania tego zjawiska wskazują na potrzebę utrzymania oraz skutecznego egzekwowania obecnych przepisów z zakresu możliwości przeciwdziałania nadużyciom w postępowaniach związanych z legalizacją pobytu.

Kierunki działań:

- Skuteczne wykorzystywanie instrumentów polityki wizowej do przeciwdziałania nielegalnej imigracji (ocena ryzyka imigracyjnego, konsultacje i wymiana informacji z instytucjami krajowymi oraz służbami konsularnymi innych państw, w szczególności strefy Schengen).
- Zmiana przepisów dotyczących kontroli prowadzonej w trakcie postępowań administracyjnych z zakresu legalizacji pobytu cudzoziemców w kierunku zapewniającym właściwym służbom możliwość rzeczywistej oceny stanu faktycznego^{281,282}.
- Ograniczanie kanałów nielegalnej imigracji (pozorni studenci, fikcyjne małżeństwa, cudzoziemcy wykorzystujący uproszczony system zatrudnienia wyłącznie w celu uzyskania prawa wjazdu do strefy Schengen), poprzez wzmocnienie współpracy i wymiany informacji pomiędzy instytucjami krajowymi, a także skuteczniejsze wykrywanie i karanie podmiotów ułatwiających nielegalną imigrację.
- Upowszechnianie informacji w krajach pochodzenia o możliwościach migracji legalnej przy jednoczesnym wskazaniu skutków naruszenia przepisów prawa imigracyjnego.
- Skracanie czasu wykonania decyzji o wydaleniu, w szczególności w przypadku małoletnich osadzonych w ośrodkach strzeżonych oraz stworzenie małoletnim możliwie najkorzystniejszych warunków, przede wszystkim w zakresie dostępu do edukacji i ochrony zdrowia.
- Zawieranie kolejnych umów o readmisji i usprawnianie ich realizacji.
- Promowanie dobrowolnych powrotów imigrantów przebywających nielegalnie.

Ponadto należy rozważyć wprowadzenie mechanizmu pozwalającego w indywidualnych przypadkach na zalegalizowanie pobytu cudzoziemcom przebywającym nielegalnie. Wskazane jest także wprowadzenie przepisów umożliwiających cudzoziemcom przebywającym w Polsce nielegalnie wyjazd z Polski bez ponoszenia negatywnych konsekwencji związanych z nielegalnym pobytem na terytorium RP (odstąpienie od wpisu danych do wykazu cudzoziemców, których pobyt na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej jest niepożądany lub

²⁸¹ W 2013 r. kontynuowano prace nad projektem nowej ustawy o cudzoziemcach, którą Sejm RP przyjął w dniu 12 grudnia 2013 r., a z dniem 1 maja 2014 r. ww. ustawa weszła w życie. Ustawa reguluje większość zagadnień związanych z pobytem obywateli państw trzecich na terytorium RP, np. zmiany dotyczące jednego zezwolenia dla cudzoziemca na pobyt i pracę. Po wejściu w życie ww. ustawy, w Sejmie RP odbyło się seminarium, podczas którego przeprowadzono dyskusję panelową poświęconą związkom pomiędzy polityką migracyjną i sytuacją demograficzną naszego państwa.

²⁸² Senacki projekt ustawy o zmianie ustawy o Straży Granicznej, który wpłynął do łaski marszałkowskiej 8 marca 2013 r. Projekt dotyczy rozszerzenia właściwości rzeczowej Straży Granicznej poprzez przyznanie jej kompetencji do wykrywania, rozpoznawania, zapobiegania i ścigania przestępstw handlu ludźmi, oddania innej osoby w stan niewolnictwa, uprawiania handlu niewolnikami, a także utrzymywania osoby w stanie niewolnictwa. Wprowadzenie zmian proponowanych w senackim projekcie służy zapewnieniu prowadzenia całego postępowania przez jeden organ, a także realizacji celu, jakim jest wprowadzenie skutecznych instrumentów w walce z handlem ludźmi.

krótsze obowiązywanie wpisu, przy jednoczesnym odnotowaniu w systemie faktu nielegalnego pobytu oraz dobrowolnego wyjazdu z Polski).

W przypadku wystąpienia okoliczności uzasadniających podjęcie decyzji o legalizacji pobytu w trybie abolicji, podstawową przesłankę powinien stanowić fakt, iż dany cudzoziemiec nie stanowi zagrożenia dla obronności i bezpieczeństwa państwa oraz porządku publicznego, a jego pobyt nie będzie wiązał się z nadmiernymi obciążeniami dla budżetu państwa. Dodatkowym elementem rozpatrywanym w trakcie postępowania o zalegalizowanie pobytu w tym trybie powinno być zbadanie stopnia zintegrowania wnioskodawcy ze społeczeństwem polskim.

Abolicja umożliwia zalegalizowanie pobytu (bądź wyjazd z kraju), natomiast nie może doprowadzić do bezkarności osób, które popełniły przestępstwo lub wykroczenie o charakterze innym niż imigracyjny (nielegalny pobyt, nielegalna praca). Z punktu widzenia badania skuteczności proponowanych działań w zakresie legalizacji pobytu imigrantów przebywających nielegalnie konieczne jest opracowanie przez organy państwowe regularnych analiz dotyczących skutków abolicji²⁸³.

5. Stworzenie spójnej polityki integracji społecznej w Polsce różnych kategorii cudzoziemców

Stopniowy wzrost liczby imigrantów w Polsce powoduje konieczność określenia polityki integracji cudzoziemców oraz ich roli w polskim społeczeństwie. Polityka integracyjna może pomóc w budowie spójnych, zwartych i tolerancyjnych społeczeństw, w których populacja imigrantów harmonijnie koegzystuje z ludnością miejscową. Poza utrzymaniem dotychczasowego systemu integracji w przypadku grup wymagających szczególnej troski.

Kierunki działań:

- Przyjęcie kompleksowych rozwiązań w odniesieniu do integracji cudzoziemców pozostających poza systemem ochrony międzynarodowej, również z uwzględnieniem możliwości uzyskania obywatelstwa polskiego.
- Przyjęcie zasady określania polityki integracyjnej na poziomie centralnym, przy założeniu prowadzenia działań integracyjnych na szczeblu lokalnym.
- Zwiększenie zakresu współpracy ze środowiskami imigrantów w procesie integracji cudzoziemców.
- Popularyzowanie działań przybliżających społeczeństwu polskiemu problematykę imigrantów, w tym kwestie dotyczące osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy, jak również osób, które już otrzymały w Polsce jedną z form ochrony, tj. status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zgodę na pobyt tolerowany.

²⁸³ W okresie od 1 stycznia do 2 lipca 2012 r. cudzoziemcy, którzy przebywali w Polsce nielegalnie, mieli możliwość zalegalizowania pobytu. We wskazanym okresie można było składać wnioski o wydanie zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony w związku z akcją regularyzacyjną (tzw. abolicją). Podstawowym wymogiem udzielenia zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony był nieprzerwany pobyt cudzoziemca w Polsce co najmniej od 20 grudnia 2007 roku. O zalegalizowanie pobytu w ramach tzw. abolicji mogli wystąpić także cudzoziemcy, którym przed 1 stycznia 2010 r. wydano ostateczną decyzję o odmowie nadania statusu uchodźcy i orzeczeniu o ich wydaleniu. Wymogiem uzyskania przez takich cudzoziemców zezwolenia był ich nieprzerwany pobyt w Polsce co najmniej od 1 stycznia 2010 roku. Złożono 9521 wniosków. Do końca 2012 r. wydano w I instancji 4 405 decyzji pozytywnych. Najwięcej decyzji pozytywnych otrzymali obywatele Ukrainy, Wietnamu i Armenii.

- Prowadzenie działań na rzecz wzmacniania wiedzy o zjawisku integracji oraz ustanowienie monitoringu działań podejmowanych w ramach integracji.

Niezależnie od powyższych rekomendacji, należy podkreślić, że kluczową kwestią dla właściwego przebiegu integracji jest znajomość języka polskiego. Udział w programach integracyjnych powinien mieć charakter dobrowolny, ale należy wprowadzić system bodźców, zachęcających do udziału w takich programach. Przy finansowaniu działań integracyjnych należy korzystać z przewidzianych na ten cel instrumentów finansowych, w szczególności z Europejskiego Funduszu na rzecz Integracji Obywateli Państw Trzecich, a także działalności organizacji pozarządowych.

PRIORYTET IV.4. Wspieranie współczesnych migracji edukacyjnych

Cele do osiągnięcia

1. Pobudzenie kontaktów międzynarodowych placówek edukacyjnych.
2. Wspieranie migracji edukacyjnych.
3. Utrzymanie szkolnictwa polskiego za granicą i zapewnienie edukacji obcokrajowcom w Polsce.

1. Współpraca międzynarodowa w ramach systemów edukacyjnych

Program „Uczenie się przez całe życie” (programy sektorowe: Comenius, Leonardo da Vinci, Grundtvig, Erasmus oraz Wizyty Studyjne) to program Unii Europejskiej w dziedzinie edukacji i doskonalenia zawodowego przewidziany na lata 2007–2013, który wspiera rozwój różnych form uczenia się przez całe życie poprzez współpracę między systemami edukacji i szkoleń w krajach uczestniczących. Program ma się przyczynić do podnoszenia jakości i zwiększenia atrakcyjności szkolnictwa i kształcenia zawodowego w Europie. Istotnym elementem programu jest możliwość wyjazdów, które umożliwiają beneficjentom poznanie kształcenia za granicą, poznanie innych systemów kształcenia oraz wymianę dobrych praktyk²⁸⁴.

Program „Uczenia się przez całe życie” oraz program „Młodzież w działaniu” zostaną zastąpione programem „Erasmus plus”, który będzie realizowany w latach 2014–2020.

Rząd RP i właściwe resorty, stwarzają możliwości do podejmowania i realizacji międzynarodowej współpracy w obszarze edukacji, nauki, współpracy i wymiany młodzieży określone w umowach dwustronnych, wielostronnych, m.in. Grupy Wyszehradzkiej, Trójkąta Weimarskiego, listów intencyjnych czy deklaracji współpracy. Udział dzieci i młodzieży

²⁸⁴ Przykładowo: Wizyty Studyjne polegają na organizacji krótkich wyjazdów (3–5 dni), w trakcie których są organizowane spotkania w małych grupkach specjalistów z różnych krajów europejskich pracujących w podobnych obszarach kształcenia. Z kolei w ramach programu sektorowego Comenius odbywa się akcja „Wyjazdy indywidualne uczniów”, w ramach których uczniowie szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych spędzają od 3 do 10 miesięcy w szkole przyjmującej i rodzinie goszczącej za granicą. Akcja Asystentura Comeniusa promuje wyjazdy na praktykę pedagogiczno-zawodową trwającą od 13 do 45 tygodni podczas roku szkolnego. Osobami uprawnionymi do ubiegania się o wyjazd na Asystenturę Comeniusa są studenci kierunków nauczycielskich, mający za sobą co najmniej 2 lata studiów oraz absolwenci kierunków nauczycielskich, którzy nigdy wcześniej nie uczyli w szkole. W ramach programu sektorowego Leonardo da Vinci beneficjenci mają możliwość skorzystania z projektów mobilnościowych, których celem jest wspieranie międzynarodowej mobilności osób w trakcie szkolenia zawodowego oraz osób odpowiedzialnych za prowadzenie takich szkoleń.

w międzynarodowych edukacyjnych programach i projektach pozwala na rozwijanie kluczowych kompetencji, w tym językowych, kulturowych i obywatelskich, które ułatwiają i wspierają procesy migracji. Rząd RP zachęca do podejmowania kontaktów międzynarodowych, inicjuje i organizuje przedsięwzięcia w zakresie współpracy i wymiany uczniów oraz współpracy i doskonalenia nauczycieli, a także wspiera finansowo i merytorycznie podmioty uczestniczące w realizacji międzynarodowych projektów.

Ważnym elementem współpracy międzynarodowej są obszary przygraniczne, w których korzystne jest współdziałanie administracji zespolonej, władz samorządowych i podmiotów oświatowych.

Kierunki działań:

- Zachęcanie do realizacji międzynarodowych porozumień i projektów edukacyjnych z krajami ościennymi i innymi zainteresowanymi wymianą międzynarodową uczniów i nauczycieli.
- Uczestnictwo w wizytach studyjnych na temat edukacji.
- Upowszechnianie informacji o możliwościach podejmowania międzynarodowej współpracy w obszarze edukacji, nauki, współpracy młodzieży i współpracy i doskonalenia nauczycieli w ramach umów międzynarodowych oraz programów edukacyjnych Unii Europejskiej.

Podmiot odpowiedzialny:

Ministerstwo Edukacji, Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Ministerstwo Kultury i Dziedzictwa Narodowego, Ministerstwo Spraw Zagranicznych.

2. Wspieranie migracji edukacyjnych

Migracje edukacyjne

Podejmowanie nauki przez cudzoziemców w systemie edukacyjnym i szkolnictwie wyższym staje się jednym z priorytetów wielu państw zainteresowanych prowadzeniem aktywnej polityki imigracyjnej²⁸⁵. Z jednej strony pozwalają one na uzyskiwanie dochodów przez szkoły oraz uczelnie, z drugiej natomiast stanowią kanał imigracji wysoko kwalifikowanych cudzoziemców, którzy mogą uzupełniać niedobory na rynku pracy danego państwa przyjmującego²⁸⁶. W ramach działań podejmowanych przez administrację rządową w zakresie polityki migracyjnej warto zwrócić uwagę na zaliczenie studentów cudzoziemskich do grupy uprzywilejowanych obcokrajowców jaka została wskazana w dokumencie „Polityka migracyjna Polski – stan obecny i postulowane działania”, przygotowany przez międzyresortowy Zespół do Spraw Migracji, przyjęty przez Radę Ministrów w dniu 31 lipca 2012. Istotne ułatwienia administracyjne znajdują się również w założeniach do nowelizacji ustawy o cudzoziemcach.

²⁸⁵ Zob. Żołędowski (2010), s. 14–43.

²⁸⁶ W ostatnim czasie m.in. takie państwa jak Wielka Brytania, Austria czy Niemcy wprowadziły do swojej polityki imigracyjnej instrument polegający na przyznawaniu cudzoziemskim absolwentom szkół zawodowych oraz szkół wyższych mających siedzibę na ich terytorium prawa do pobytu oraz zatrudnienia. Ponadto otrzymują oni prawo do poszukiwania zatrudnienia przez określony czas, tak więc w stosunku do nich nie jest stosowany test rynku pracy. Powodem takiego podejścia jest przekonanie, że absolwenci tacy nie stanowią zagrożenia dla zwiększenia bezrobocia wśród pracowników krajowych oraz, co niezmiernie ważne, jedynie sporadycznie sprawiają problemy integracyjne.

Jednocześnie należy zwrócić uwagę na konieczność zniesienia pozostających ograniczeń biurokratycznych, głównie dotyczących przyznawania prawa do pobytu, dotyczących cudzoziemskich absolwentów polskich wyższych uczelni zarówno na poziomie studiów pierwszego, jak i drugiego stopnia. Absolwenci tacy powinni zostać uznani za osoby wysoko kwalifikowane, co powinno oznaczać automatycznie (o ile złożą takie oświadczenie) przyznawanie prawa do pobytu na określony czas (nie krócej jednak niż na jeden rok) z prawem do nieograniczonego poszukiwania i podejmowania zatrudnienia²⁸⁷. Po roku zatrudnienia powinni oni również uzyskiwać prawa wynikające z procedury łączenia rodzin. Należałoby rozważyć również przyznanie takiego prawa absolwentom najlepszych uczelni na świecie, co pozwoliłoby w praktyce sprawdzić na ile Polska może być atrakcyjnym miejscem dla imigracji wysoko kwalifikowanych pracowników.

Migracjom edukacyjnym powinno się przyznać najwyższy priorytet w ramach polityki migracyjnej i doprowadzić do przyznania oddzielnego budżetu na promocję studiowania w Polsce oraz pozostawania w Polsce po zakończeniu okresu nauki. Państwo powinno natomiast starać się ułatwić drogę wjazdu potencjalnym studentom i legalizację ich pobytu przez uproszczenie formalności związanych z uzyskiwaniem dokumentów pobytowych przez tę grupę, przy jednoczesnym podjęciu działań zapobiegających wykorzystywaniu tych procedur wyłącznie w celu zalegalizowania pobytu.

Obecnie zidentyfikowanym problemem w migracjach edukacyjnych jest zjawisko powrotów absolwentów szkół wyższych do kraju pochodzenia po ukończeniu edukacji w Polsce²⁸⁸. Warto byłoby rozważyć wprowadzenie możliwości podejmowania zatrudnienia przez studentów podczas roku akademickiego, ale także i poza nim, co mogłoby wpłynąć na zwiększenie odsetka osób pozostających po ukończeniu studiów w Polsce.

Kierunki działań:

W celu wzmocnienia obecności cudzoziemców kształcących się i prowadzących badania naukowe w Polsce należy:

- upowszechniać informacje na temat możliwości studiowania w Polsce.
- stworzyć kompleksowy system rekrutacji cudzoziemców – kandydatów na studia w Polsce, obejmujący zarówno procedury związane z naborem kandydatów, jak i udzielaniem im wiz (realizacja: MNiSW we współpracy z MSZ).
- uprościć formalności związane z uzyskiwaniem dokumentów pobytowych przez studentów i pracowników naukowych, przy jednoczesnym podjęciu działań zapobiegających wykorzystywaniu ww. procedur wyłącznie w celu zalegalizowania pobytu (np. monitorowanie przez uczelnie procesu odbywania studiów przez cudzoziemców w Polsce).
- rozwijać system stypendialny, zachęcający do studiowania w Polsce na kierunkach istotnych z uwagi na znaczenie realizowanych przez uczelnie badań naukowych lub z punktu widzenia rynku pracy.
- zachęcać i stwarzać warunki do osiedlania się absolwentów cudzoziemskich w Polsce.

3. Utrzymanie szkolnictwa polskiego za granicą i zapewnienie edukacji obcokrajowcom w Polsce

Wejście Polski do Unii Europejskiej i otwarcie rynków pracy spowodowało wzrost zainteresowania problematyką edukacji polskiej młodzieży w systemie szkolnictwa polskiego

²⁸⁷ Postulat ułatwień w uzyskaniu prawa do pobytu cudzoziemcom – absolwentom polskich uczelni został zrealizowany nową ustawą o cudzoziemcach.

²⁸⁸ Żołędowski i inni (2010).

i unijnego. W szczególności dotyczy to takich krajów Europy Zachodniej, jak: Niemcy, Irlandia, Wielka Brytania, Hiszpania, Holandia, Włochy, Austria, Francja, Belgia, Szwecja, Dania, Islandia i Norwegia. Oświata polonijna stanowi bardzo istotne ogniwo łączące kraj pochodzenia z krajem przebywania Polaków i niejednokrotnie jedyną możliwość zaakcentowania swojej odrębności w odmiennym świecie etnicznym i kulturowym.

Środowiska polonijne i polskie za granicą oczekują zwiększonego zaangażowania władz polskich w rozwiązywanie problemów polskiej oświaty za granicą, modeli kształcenia młodzieży, systemu dokształcania nauczycieli, opracowania i dystrybucji pomocy dydaktycznych, działań promujących język polski i kulturę narodową, utworzenia sprawnego systemu informacji oświatowej i bazy danych.

Kwestie dotyczące edukacyjnej integracji dzieci migrantów znalazły odzwierciedlenie w przyjętej 25 lipca 1977 r. przez Radę Wspólnot Europejskich *Dyrektywie 77/486/EWG w sprawie kształcenia dzieci pracowników migrujących*.

Polskie placówki dyplomatyczno-konsularne aktywnie włączyły się we wspieranie działań i dążeń polskich społeczności o adekwatną pomoc administracji lokalnych na rzecz wprowadzenia nauki języka polskiego i kultury narodowej do wybranych szkół w miejscach o dużej koncentracji Polaków, w oparciu o zobowiązania państw członkowskich wynikające z Dyrektywy Rady. Część dzieci i młodzieży polskiej mieszkających w Wielkiej Brytanii i Irlandii oraz w innych krajach UE uczy się języka polskiego jako przedmiotu dodatkowego w ramach zajęć fakultatywnych prowadzonych przez szkoły publiczne, do których uczęszczają (nierzadko kraj pobytu pokrywa wszystkie koszty związane z prowadzeniem takich zajęć) – w ramach realizacji zapisów tej Dyrektywy. Nauczanie takie odbywa się również – na różną skalę – w innych krajach UE (np. Niemcy, Austria, Włochy, Szwecja, Finlandia, Dania), w których rodzice wyrażą zainteresowanie taką formą nauki języka polskiego i zgłoszą swój postulat do lokalnych władz. Barię trudną do pokonania w realizacji tej idei bywa wymóg określonej, minimalnej liczby dzieci do stworzenia odpowiedniej grupy uczniów (6–10 dzieci). Obecnie modele oświaty polonijnej i polskiej za granicą są bardzo zróżnicowane: od finansowania w różnym zakresie przez państwo osiedlenia nauczania w języku polskim – od przedszkola po maturę – do szkół prywatnych, w większości sobotnio-niedzielnych, oraz szkół utrzymywanych przez polskie parafie i organizacje. W każdym przypadku proces nauczania jest w jakiś sposób kontrolowany przez organizacje rządowe lub samorządowe. Wiąże się to także z subwencjami przyznawanymi z podatków obywateli państwa przyjmującego. Do roku 2008 (początek światowej dekonjunktury gospodarczej) władze lokalne w poszczególnych krajach starały się rozwiązywać problem konstruktywnie, dofinansowując lub ponosząc całościowe koszty wynajmu sal lekcyjnych, honorariów nauczycielskich czy zakupu podręczników. Lekcje języka ojczystego odbywały się często w szkołach publicznych. Z uwagi na pogłębiający się w poszczególnych krajach europejskich kryzys ekonomiczny, którego konsekwencją jest ograniczanie środków na działalność publiczną i edukacyjną, pojawiają się coraz większe trudności (nie tylko finansowe) w zaspokajaniu potrzeb oświatowych dzieci z polskich środowisk migracyjnych gwarantowanych przez ww. Dyrektywę.

Kierunki działań:

- Prowadzenie szkół i szkolnych punktów konsultacyjnych dla dzieci obywateli polskich czasowo przebywających za granicą.
- Wspieranie oświaty polonijnej organizowanej przez podmioty społecznie działające.
- Wspieranie nauczania języka polskiego w ramach obcych systemów oświaty.

PRIORYTET IV. 5. Podniesienie stanu wiedzy o współczesnych procesach migracyjnych

Migracje w ich różnych wymiarach wymagają zaplanowanego i usystematyzowanego systemu obserwacji (zbierania danych i informacji oraz ich analizy), który pozwoli nie tylko na diagnozę i kontrolę tego zjawiska, lecz także na kreowanie świadomej polityki w tym obszarze, pozwalającej między innymi na identyfikację nowych wyzwań i potrzeb.

We wszystkich badaniach nad migracjami autorzy zwracają uwagę na konieczność prowadzenia skutecznego monitoringu ruchów migracyjnych. Problemem, z jakim boryka się obecnie polski system statystyki publicznej, którego głównym źródłem informacji o obserwowanych zjawiskach migracyjnych z Polski są rejestry lub badania spisowe, jest brak możliwości dostarczenia wiarygodnej informacji o masowym odpływie, który często ma charakter tymczasowy i przez to pozostaje nierejestrowany. Chociaż obowiązująca obecnie ustawa²⁸⁹ obliuguje obywateli zameldowanych na pobyt stały lub czasowy o powiadomieniu właściwego organu o planowanym wyjeździe, który ma trwać ponad 6 miesięcy, to jak pokazują wyniki badania przeprowadzonego na Opolszczyźnie przepis ten należy do martwych, gdyż ubytek ludności zamieszkałej za granicą w stosunku do faktycznie zarejestrowanej sięgał tam nawet ponad 50%²⁹⁰.

W myśl nowej ustawy z dnia 7 grudnia 2012 r. o zmianie ustawy z 24 września 2010 r. o ewidencji ludności (Dz. U. 2010 nr 217 poz. 1427) od dnia 1 stycznia 2016 r. obowiązek meldunkowy zostanie całkowicie zniesiony, co oznacza, że nie będą już gromadzone dane dotyczące zdarzeń związanych z faktyczną zmianą miejsca zamieszkania, w tym również informacji o wyjazdach za granicę polskich obywateli. Jest to zatem bardzo dobry moment by zastanowić się nad przyszłością systemu polskiej statystyki publicznej, która powinna móc dostarczać informacji dotyczących procesów migracji.

Obecnie brakuje wiarygodnej informacji o wielkości nierejestrowanej emigracji stałej (tak zwanej emigracji zawieszonyj), co ma istotny wpływ na obliczane wskaźniki demograficzne. Faktyczna liczba ludności jest niejednokrotnie istotnie mniejsza od rejestrowanej stąd wszystkie wielkości per capita obliczane są przy uwzględnieniu populacji oficjalnie większej (o niewymeldowanych emigrantach stałych). Ponadto osoby tworzące grupę emigrantów zawieszonych są dwukrotnie liczone w statystyce międzynarodowej. Występowanie problemu nierejestrowanej migracji stałej i zarobkowej powoduje, że zaniżane są wskaźniki zatrudnienia oraz udział bezrobotnych wśród ludności w wieku produkcyjnym, a zawyżane stopy bezrobocia liczone w stosunku do liczby ludności aktywnej zawodowo. Statystyka migracji jest zatem niezbędna nie tylko do prowadzenia polityki migracyjnej oraz wspólnotowej polityki rynku pracy. Jest również potrzebna do zapewnienia poprawnych szacunków i prognoz ludności, które są z kolei konieczne dla zapewnienia rozwoju Polski i monitorowania polityki społeczno-gospodarczej naszego kraju.

Specyfika migracji wymaga stosowania bardzo precyzyjnych zasad gromadzenia informacji oraz stosowania jednolitych definicji, z uwagi na specyficzne uwarunkowania tego zjawiska. W sytuacjach, w których dane zawarte w rejestrach państwowych nie zawsze odzwierciedlają faktyczną skalę zjawiska, ważnym, a czasami jedynym źródłem informacji o migracjach pozostają dane szacunkowe. Mają one kluczowe znaczenie w przypadku badania zasobów migracyjnych, które nie są statystycznie mierzalne. Dane szacunkowe GUS są obecnie wiarygodnym źródłem informacji o skali migracji, lecz niewystarczającym.

²⁸⁹ Ustawa z dnia 7 grudnia 2012 r. o zmianie ustawy z dnia 10 kwietnia 1974 r. o ewidencji ludności i dowodach osobistych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2012 r. poz.1407).

²⁹⁰ R. Jończy, *Migracja zagraniczna z Polski – wybrane problemy terminologiczne i metodyczne. Doświadczenia z badań prowadzonych na obszarze Śląska*, prezentacja na konferencji w Jachrance, 25 marca 2011 r.

Innym problemem jest wykorzystywanie zawartych w rejestrze PESEL danych cudzoziemców zameldowanych na pobyt stały, w celu uzyskania informacji dotyczących cudzoziemców przebywających na terytorium Polski²⁹¹.

Badacze z Ośrodka Badań nad Migracjami przy współudziale pracowników Głównego Urzędu Statystycznego realizowali projekt „Mobilność i migracje w dobie transformacji – wyzwania metodologiczne”, którego celem było krytyczne spojrzenie na obecne metody zbierania danych statystycznych dotyczących migracji, ale także przetestowanie niekonwencjonalnych metod pozyskiwania danych na temat mobilności²⁹². Owocem przeprowadzonych prac badawczych są metody, których wdrożenie do programu badań statystyki publicznej umożliwiłoby realizację przez Główny Urząd Statystyczny regularnych badań dostarczających informacji o procesie emigracji i imigracji z/do Polski, co mogłoby znacznie zwiększyć jakość otrzymywanych statystyk i tym samym poprawić narzędzia oceny sytuacji na polskim rynku pracy.

Zasoby wiedzy dotyczącej procesów migracyjnych są w Polsce dość znaczne, ale charakterystyczne jest rozproszenie badań migracyjnych. Oprócz Ośrodka Badań nad Migracjami UW w Warszawie, który dziś pełni rolę dominującą, znacznie rozwinięte są badania w Opolu, Krakowie i Poznaniu (spośród 16 ośrodków badających procesy migracyjne w Polsce). Wiodąca rola OBM wynika przede wszystkim z kontaktów międzynarodowych, pozycji międzynarodowej i aktywności wybitnych badaczy oraz z możliwości publikacji badań naukowych. Dużą rolę odgrywa tu „Biuletyn Migracyjny”, który informuje systematycznie o procesach migracyjnych. Ośrodek Badań nad Migracjami UW predestynuje do roli koordynatora ogólnej działalności badawczej w kraju – wymiany wyników badań, współpracy, wspólnego prowadzenia badań.

Niezależnie od powyższych działań istnieje potrzeba opracowania systemu monitoringu zarówno skali przepływów pracowniczych, jak i sytuacji osób przebywających za granicą, a także sytuacji ich rodzin mieszkających w kraju. Pozwoli to na lepsze ukierunkowanie polityki wobec zjawiska emigracji zarobkowej Polaków, która jest silnie zależna od zmieniających się uwarunkowań wewnętrznych i zewnętrznych.

Kierunki działań:

Uzyskanie niezbędnej, pogłębionej wiedzy dotyczącej migrantów²⁹³ wywołuje konieczność określenia priorytetów przyszłego systemu monitoringu, do których należy zaliczyć:

²⁹¹ Skuteczną metodę monitoringu stanowi działalność kontrolna w zakresie legalności pobytu, zatrudnienia, edukacji oraz integracji cudzoziemców. Wydaje się jednak, że właściwe organy upoważnione do kontroli, w szerszym niż dotychczas zakresie powinny korzystać ze swoich uprawnień oraz dzielić się z zainteresowanymi podmiotami wynikami ujawnionych nieprawidłowości. Warto także zauważyć, że o ile kontrole legalności pobytu są prowadzone w stosunkowo szerokim zakresie, o tyle problemy związane z realizacją praw cudzoziemców rzadko stają się przedmiotem postępowań i badań (*Polityka migracyjna...*, 2011).

²⁹² *Raport z realizacji projektu badawczego. Mobilność i migracje w dobie transformacji – wyzwania metodologiczne* (2011).

²⁹³ Nie w pełni rozpoznane są obszary wyjazdów z Polski, obszary alokacji większych zbiorowisk w przestrzeni europejskiej (i poza), a także projekcje możliwych, kolejnych decyzji migracyjnych (patrz wyniki spisu 2011 w zakresie migracji). Nowa sytuacja wymaga nowej, uważnej diagnozy i nowej strategii w zakresie polityki ludnościowej odnoszącej się do migracji zagranicznych. Celem strategicznym w zakresie nowej diagnozy jest ustalenie skali, przyczyn i trwałości emigracji przy jednoczesnej ocenie charakterystyki obecnych i potencjalnych zachowań migrantów znajdujących się poza granicami Polski w głównych krajach (obszarach) i ich lokalizacji (układ przestrzenny). Celem strategicznym w nowych projekcjach migracji jest sformułowanie – adekwatnych do rozmiarów, przyczyn i charakterystyki – efektywnych działań realizujących cele polityki ludnościowej państwa (nowa strategia). Por. Rajkiewicz (2011b).

- Bieżącą obserwacją ruchów migracyjnych (emigrantów i imigrantów), identyfikującą sposoby i formy mobilności, kierunki przemieszczeń ludności i analizę przestrzenną migracji, przede wszystkim w dezgregacji według podstawowych cech (płci i wieku) oraz podstawowe dane społeczno-demograficzne o osobach migrujących.
- Priorytety w zakresie monitoringu sytuacji migracyjnej cudzoziemców wymagają także współdziałania (w ramach właściwości i kompetencji) z organizacjami pozarządowymi działającymi na rzecz cudzoziemców, ośrodkami naukowo-badawczymi, przedstawicielami pracodawców i pracobiorców oraz samorządem gospodarczym. Wiedza i doświadczenia tych podmiotów powinny inspirować i uzupełniać działania administracji publicznej w tym obszarze²⁹⁴.
- Administracja rządowa powinna w większym niż dotychczas zakresie prowadzić działalność analityczno-badawczą, która ma kluczowe znaczenie z punktu widzenia kreowania polityki w stosunku do cudzoziemców. Dotyczy to nie tylko możliwości tworzenia komórek analitycznych w instytucjach zajmujących się tą problematyką, ale także wypracowania bardziej skutecznych mechanizmów, pozwalających na zlecenie badań lub opracowań jednostkom naukowym specjalizującym się w problematyce migracji.
- Ważnym aspektem mającym wpływ na wiedzę o sytuacji cudzoziemców w Polsce jest współpraca z organizacjami pozarządowymi, które ze względu na swoją działalność ukierunkowaną na różne grupy migrantów, posiadają unikalną wiedzę i przydatne z punktu widzenia administracji publicznej doświadczenia.
- Wymiana informacji dotyczących szlaków migrantów, przepisów prawnych odnoszących się do cudzoziemców, sieci migracyjnych, tendencji na rynkach pracy oraz możliwości świadczenia pracy za granicą, pozwala na lepsze zrozumienie uwarunkowań krajowych oraz na podejmowanie decyzji uwzględniających wymiar zewnętrzny.

Uwagi końcowe: Polityka migracyjna jako element polityki ludnościowej

Akcesja Polski do Unii Europejskiej w 2004 r. wymusiła pewne uporządkowanie działań w zakresie polityki ludnościowej, ale nie nabrała całościowego charakteru. W konsekwencji utrwalających się trendów zarówno emigracyjnych jak i imigracyjnych, nakładających się w wyniku wejścia Polski do Unii Europejskiej, sformułowanie klarownych zasad polityki migracyjnej staje się coraz trudniejsze.

²⁹⁴ Skuteczny monitoring polityki migracyjnej wymaga zintegrowania oraz przebudowy istniejących w Polsce rejestrów państwowych. Nowy system powinien opierać się na współpracy i inter-operacyjności systemów informatycznych zarządzających rejestrami i ewidencjami zarówno na poziomie centralnym, jak i gminnym. Rekomendowane jest zintegrowanie z rejestrem, prowadzonym przez Szefa Urzędu do Spraw Cudzoziemców, istniejących w Polsce innych rejestrów, w których są gromadzone dane dotyczące postępowań administracyjnych wobec cudzoziemców. Pierwszym krokiem w tym celu powinno stać się wzajemne powiązanie systemu POBYT i systemu PESEL oraz ich integracja z systemami Narodowego Funduszu Zdrowia, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz bazy danych Ministerstwa Finansów dotyczących podatników, które stanowią niezwykle cenne źródło informacji o przemieszczeniach ludności. Nowa ustawa o cudzoziemcach nie przewiduje rozwiązań w tym zakresie. Niemniej jednak podstawę do komunikacji rejestru PESEL z rejestrem danych o nabyciu i utracie obywatelstwa polskiego, stanowiącym elementem systemu POBYT stanowi ustawa o ewidencji ludności oraz *rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 23 lutego 2012 roku w sprawie trybu i terminów przekazywania danych pomiędzy rejestrem PESEL a rejestrami centralnymi*. Przy unifikacji, np. podstawowego zakresu danych o osobie w rejestrach, można w stosunkowo łatwy sposób generować wartościowe z punktu widzenia analizy i monitoringu statystyki, bez potrzeby dokonywania kosztownych inwestycji w nowe systemy. W celu generowania kompleksowych statystyk konieczne jest gromadzenie danych w oparciu o jednolity identyfikator przypisany konkretnej osobie (np. stosowanie we wszystkich systemach konsekwentnie numeru PESEL). Por. *Polityka migracyjna...* (2012).

O potrzebie kompleksowej polityki migracyjnej Polski dyskutowali uczestnicy Panelu III „Migracje – konieczność, szansa czy zagrożenie dla gospodarki krajów Unii Europejskiej” pod przewodnictwem prof. dr hab. M. Okólskiego podczas Sesji inauguracyjnej II Kongresu Demograficznego²⁹⁵. Niewątpliwie debata potwierdza słuszość sformułowania *Rekomendacji Rządowej Rady Ludnościowej w zakresie polityki ludnościowej Polski*, zwłaszcza w kontekście polityki imigracyjnej.

Polityka taka wymaga przyjęcia nowego spojrzenia na imigrantów jako na grupy, które będą się stopniowo organizować, a następnie jako diaspory będą przyciągać swoich rodaków. W ostatniej dekadzie, a szczególnie od czasu akcesji do UE wytworzyły się cztery grupy, które mogą potencjalnie zasilić strukturę demograficzną naszego kraju: powracający Polacy bądź osoby pochodzenia polskiego, obywatele krajów unijnych, przedstawiciele diaspor oraz wschodni sąsiedzi. Polityka imigracyjna powinna zawierać aspekt osiedlenia, a docelowo dla części osób – naturalizacji²⁹⁶.

W związku z pytaniem, czy polska gospodarka potrzebuje imigrantów, pracodawcy widzą nierównowagę w zapotrzebowaniu na imigrantów i w ich podaży na rynku pracy. Należałoby zatem tak zdefiniować zasady polityki imigracyjnej, aby uwzględniała ona tę charakterystykę polskiego rynku pracy, nadmiary i niedobory kapitału ludzkiego. Wydaje się, że należy spróbować wpływać zarówno instrumentami czysto rynkowymi, jak i regulacjami na zwiększenie strukturalnego dopasowania podaży do popytu na rynku pracy²⁹⁷.

W Polsce występuje nierównomierny napływ cudzoziemców na rynku pracy w różnych regionach. Z drugiej strony regiony są także dotknięte przez ogromny odpływ ludzi młodych, co wywołuje napięcia i wyzwania dla polityki państwa w zakresie zrównoważonego rozwoju²⁹⁸.

„Na problematykę migracyjną mamy patrzeć wielowymiarowo, nie można zrozumieć tych procesów bez analizy uwarunkowań ekonomicznych, społecznych, kulturowych i nie można tego zrobić, jeśli nie zastosuje się perspektywy makro, patrząc na cały kraj, perspektywy pośredniej regionalnej, ale także perspektywy mikro związanej z indywidualnymi strategiami życiowymi, bo to przecież w końcu ludzie dokonują tych wyborów związanych z migracjami”²⁹⁹.

Należy kontynuować i pogłębiać, także na poziomie politycznym dyskusję na temat celów i narzędzi polityki migracyjnej. Dyskusja w powyższym zakresie była prowadzona między innymi podczas prac nad dokumentem „Polityka migracyjna Polski – stan obecny i postulowane działania” oraz Planem wdrażania dla ww. dokumentu, a także podczas procesu uchwalania nowej ustawy o cudzoziemcach. Bez tego skala problemów, przed którymi już dzisiaj stoimy, i przed którymi staniemy w przyszłości, będzie znacznie większa i zdecydowanie bardziej kosztowna.

Jakkolwiek nie uważa się, że imigracja może stanowić remedium na zjawisko starzenia się społeczeństwa, udział imigrantów na rynku pracy może stanowić czynnik łagodzący negatywne skutki zmniejszonej proporcji osób zawodowo czynnych w stosunku do osób, które zakończyły karierę zawodową, oraz zapewnić dopływ nowych kadr dla gospodarki.

²⁹⁵ W panelu wzięli udział: prof. dr hab. Marek Okólski (moderator), minister dr Michał Boni, dr Piotr Kaźmierkiewicz, dr Małgorzata Starczewska-Krzysztozek, prof. dr hab. Dariusz Stola, Dyrektor Magdalena Sweklej. Panel III: *Migracje – konieczność, szansa czy zagrożenie dla gospodarki krajów Unii Europejskiej*, w: *Polska w Europie – Przyszłość demograficzna* (2012), II Kongres Demograficzny, Sesja Inauguracyjna, Z. Strzelecki, A. Potrykowska (red.), tom I, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa.

²⁹⁶ Kaźmierkiewicz (2012).

²⁹⁷ Starczewska-Krzysztozek (2012).

²⁹⁸ Sweklej (2012).

²⁹⁹ Boni (2012).

Warto jednak zauważyć, że badania prowadzone wśród imigrantów w krajach, w których ich obecność jest znacząca, wskazują na zjawisko dostosowywania się do ogółu populacji zachowań prokreacyjnych cudzoziemców już w drugim pokoleniu. Ponadto, uwzględniając prognozowaną skalę spadku ludności, nie jest możliwe (ze względów organizacyjnych, finansowych i społecznych) przyjęcie w perspektywie 20 lat takiej liczby imigrantów, która byłaby znacząca dla bilansu demograficznego Polski.

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

Kluczową kwestią dla poprawy sytuacji w tym zakresie jest więc wzrost poziomu dzietności ludności w Polsce (obniżenie kosztów utrzymania dzieci, lepsze warunki do łączenia funkcji zawodowych i rodzinnych) oraz maksymalne wykorzystanie dostępnych zasobów pracy (reformy emerytalne, ułatwienia łączenia studiów z pracą oraz wykorzystanie potencjału ludzi w wieku emerytalnym). Nie są to zadania dla polityki migracyjnej, ale systematyczna realizacja powyższych kierunków będzie miała na nią znaczący wpływ.

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

BIBLIOGRAFIA

- Anacka M. (2010), *Poakcesyjni migranci powrotni w Badaniu Aktywności Ekonomicznej Ludności*, OBM UW, Warszawa.
- Anacka M., Fihel A. (2012), *Return migration to Poland in the post-accession period*, w: *Migration and Labour Markets in Troubled Times*, J. Leschke, B. Galgoczi, A. Watt (red.), Survey, Ashgate, London.
- Balicki J., Dębski M., Pawlus M. (2009), *Wpływ migracji na trwałość związków rodzinnych (wybrane zagadnienia)*, w: *Migracje zagraniczne a polityka migracyjna*, J. Szymborski, A. Potrykowska (red.), „Biuletyn RPO – Materiały”, nr 66.
- Balicki J., Chamarczuk M. red. (2013), *Wokół problematyki migracyjnej. Kultura przyjęcia*, II Kongres Demograficzny, tom VII, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2013.
- Bień B. (2008), *Opieka zdrowotna nad ludźmi w starszym wieku. Stan i potrzeby w perspektywie starzenia się ludności Polski*, „Biuletyn RRL” nr 53, Warszawa.
- Carby-Hal J.R. (2008), *Sytuacja migrantów ekonomicznych z Polski i innych krajów A8 w państwach członkowskich Unii Europejskiej*, Program badawczy przygotowany dla Rzecznika Praw Obywatelskich Rzeczypospolitej Polskiej, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa.
- Coleman D. (2012), *Wielka Brytania – państwo (prawie) bez polityki ludnościowej*, w: *Polska w Europie – Przyszłość demograficzna*, Z. Strzelecki, A. Potrykowska (red.), II Kongres Demograficzny, Sesja Inauguracyjna, tom I, RRL, Warszawa.
- Czapiński J., Panek T. (2011), *Wykluczenie społeczne*, „Contemporary Economics”, Vol. 5, Issue 3.
- Czapiński J., Sulek A., Szumlicz T. (2011), *Indywidualna jakość życia*, w: *Diagnoza Społeczna 2011. Warunki i jakość życia Polaków – Raport*, „Contemporary Economics”, Vol. 5, Issue 3, s. 160–270.
- Czarnecka J. (2008), *Singiel i singielka o życiu w pojedynkę*, „Kultura i Społeczeństwo”, nr 3.
- Demograficzne Tsunami* (2011), Raport Instytutu Sokratesa na temat wpływu zmian demograficznych na szkolnictwo wyższe do 2020 roku, Warszawa.
- Diagnoza społeczna 2011. Warunki i jakość życia Polaków. Raport* (2012), MPiPS, Warszawa.
- Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju. Polska 2030 – Trzecia fala nowoczesności* (2012), Projekt w wersji skierowanej pod obrady Komitetu Rady Ministrów, Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, Warszawa.
- Duszczyk M. (2012), *Polska polityka imigracyjna a rynek pracy*, IPS, UW, Warszawa.
- Duszczyk M., Żołędowski C. (2010), *Studenci zagraniczni w Polsce – powody przyjazdu, ocena pobytu i plany na przyszłość*, „Biuletyn Migracyjny”, nr 26.
- Dyczewski L. (2007), *Małżeństwo i rodzina upragnionymi wartościami młodego pokolenia*, w: *Małżeństwo i rodzina w nowoczesnym społeczeństwie*, L. Dyczewski (red.), Wyd. KUL, Lublin.
- Dzieci w Polsce w 2008 roku. Charakterystyka demograficzna* (2009), GUS, Departament Badań Demograficznych, Warszawa, listopad.
- Dzieci korzystające ze świadczeń pomocy społecznej w Polsce w 2011 r.* (2013), GUS, Warszawa.
- Education at a Glance 2011* (2011), OECD Indicators, OECD Publishing.
- Edukacja dla modernizacji i rozwoju* (2008), J. Fazlagić (red.), III Kongres Obywatelski, Wyd. IBnGR, Gdańsk.
- Emerytura i renty w 2011 r.* (2013), GUS, Warszawa.

- Esping-Andersen G. (2010), *Spoleczne podstawy gospodarki postindustrialnej*, Wydawnictwo WSP TWP, Warszawa.
- Eurobarometer (2009), *Public Opinion in the European Union*, Volume 1, Report, Fielwork October-November 2009, Brussels.
- Europa 2020. Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu* (2010), Komunikat Komisji, COM (2010) 2020 wersja ostateczna, Bruksela, 3.3.2010
(<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:2020:FIN:PL:PDF>).
- Grabowska -Lusińska I., Okólski M. (2009), *Emigracja ostatnia?*, Warszawa.
- Gumuła W., Gucwa A., Opiola Z., Nalepa W. (2011), *Rynek pracy w Polsce. Wynagrodzenia, produktywność pracy i migracje w listopadzie 2010 r. – na tle panelowych badań opinii pracodawców i bezrobotnych w latach 2006–2010*, „Materiały i Studia”, Zeszyt nr 255, NBP, Warszawa.
- Hefner K. (2012), *Migracje a rozwój regionu. Znaczenie procesów migracyjnych dla rozwoju regionów w Polsce*, w: *Spoleczeństwo Śląska Opolskiego 1945–2011–2035 – aspekty społeczne, demograficzne i rynku pracy*, R. Rauziński, T. Sołdra-Gwizdź (red.), RRL, PIN–Instytut Śląski w Opolu, Opole-Warszawa.
- Higher Education to 2030* (2008), Volume 1. Demography, OECD.
- Hut P. (2012), *Doświadczenia życiowe przesiedleńców z Białorusi, Ukrainy i Federacji Rosyjskiej w Polsce*, „Polityka Wschodnia”, nr 1.
- Iglicka K. (2010), *Powroty Polaków po 2004 roku: w pętli pułapki migracji*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- Iglicka K. (2011), *Migracje długookresowe i osiedleńcze z Polski po 2004 roku – przykład Wielkiej Brytanii. Wyzwania dla statystyki i demografii państwa*, „Raporty i Analizy” 5/2011, Centrum Stosunków Międzynarodowych.
- Informacja o rozmiarach i kierunkach emigracji z Polski w latach 2004–2011* (2012), GUS, Warszawa.
- Jóźwiak J., Kotowska I.E. (2010), *Przewidywane zmiany liczby i struktury wieku ludności w Polsce do 2035 r. i ich skutki ekonomiczne*, w: *Problemy demograficzne Polski i ich skutki ekonomiczne*, Raport z pierwszego posiedzenia Narodowej Rady Rozwoju, Kancelaria Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, Warszawa.
- Kicinger A. (2005), *Polityka emigracyjna II Rzeczypospolitej*, „CEFMR Working Paper”, nr 4.
- Kobiety i mężczyźni o podziale obowiązków domowych* (2006), Komunikat CBOS BS/183/2006, Warszawa, grudzień.
- Kontrowersje wokół różnych zjawisk dotyczących życia małżeńskiego i rodzinnego* (2008), Komunikat z badań, CBOS, BS/54/2008, Warszawa.
- Kostrzewa Z. (2010), *Założenia prognozy ludności - migracje*, w: *Ochrona dzieci a przyszłość demograficzna Polski*, „Biuletyn RPO-Materiały”, nr 68, Warszawa, luty.
- Kostrzewa Z., Szaltys D. (2009), *Wpływ emigracji na rozwój demograficzny Polski*, w: *Migracje zagraniczne a polityka migracyjna*, J. Szymborski, A. Potrykowska (red.), „Biuletyn RPO-Materiały”, nr 66.
- Kotowska I.E., Matysiak A., Styrc M. i in. (2010), *Second European Quality of Life Survey Family Life and Work*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
- Krajobrazy migracyjne Polski* (2012), P. Kaczmarczyk, M. Lesińska (red.), OBM UW, Warszawa.

- Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego 2010–2020: Regiony, miasta, obszary wiejskie* (2010), Dokument przygotowany w Ministerstwie Rozwoju Regionalnego, przyjęty przez Radę Ministrów 13 lipca 2010 r.
- Kryńska E. (2010), *Wpływ zmian demograficznych na rynek pracy – aspekty gospodarcze*, „Biuletyn” nr 55, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa.
- Kurowska A. (2009), *Czy osoby starsze są grupą szczególnie zagrożoną biedą w Polsce*, Forum Obywatelskiego Rozwoju, Warszawa.
- Lesińska M., Kaczmarczyk P., Stefańska R. (2012), *Polacy przebywający czasowo w Królestwie Niderlandów – stan wiedzy, wyzwania i możliwe działania publiczne*, OBM Fundacja, Warszawa, grudzień 2012.
- Lohmann H., Frauke H.P., Rostgaard T., Spiess K. (2009), *Towards a Framework for Assessing Family Policies in the EU*, „OECD Social, Employment and Migration Working Papers” 88, OECD Publishing.
- Messu M. (2010), *Rodzina i społeczeństwo: jaka solidarność?*, w: *Uwarunkowania polityki rodzinnej we Francji w ujęciu historycznym, prawnym, politycznym*, M. Chauviere, M. Sasse, B. Bouquet, R. Allard, B. Ribes (red.), Warszawa.
- Migracje zagraniczne ludności. Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011*, (2013), GUS, Warszawa.
- Migracje zagraniczne a polityka rodzinna* (2009), J. Szymborski, A. Potrykowska (red.), „Biuletyn RPO-Materiały”, nr 66, Rzecznik Praw Obywatelskich, Warszawa, czerwiec.
- Młodzi 2011* (2011), Raport opracowany przez zespół ekspertów pod kierunkiem Ministra M. Boniego, Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, Warszawa.
- Młodzież a substancje psychoaktywne* (2009), Komunikat z badań CBOS, Warszawa, styczeń.
- Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia* (2004), J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), Łódź.
- Nie ma jak rodzina* (2008), Komunikat z badań CBOS, BS/40/2008, Warszawa, marzec.
- Nowak L. (2012), *Wnioski z NSP 2011 dla polityki społeczno-gospodarczej*, w: *Sytuacja demograficzna Polski, Raport 2011–2012*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa.
- O sytuacji ludzi w starszym wieku* (2012), J. Hrynkiewicz (red.), II Kongres Demograficzny, t. III, RRL, Warszawa.
- Ochrona dzieci a przyszłość demograficzna Polski* (2010), J. Szymborski (red.), Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa.
- OECD (2010), *Health at a Glance: Europe 2010*, OECD Publishing (http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2010-e).
- OECD (2011), *International Migration Outlook*, OECD Publishing.
- Orestein M.A. (2008), *Privatizing Pensions: The Transnational Campaign for Social Security Reform*, Princeton University Press, Princeton (wyd. polskie: *Prywatyzacja emerytur. Transnarodowa kampania na rzecz reformy zabezpieczenia społecznego*, PTE, Warszawa 2013).
- Ostrowska K. (2010), *Raport o sytuacji dzieci, których rodzice w celach zarobkowych wyjechali za granicę i rozmiarach tego zjawiska*, MEN, UW, Warszawa.
- Otwarte Fundusze Emerytalne w systemie zabezpieczenia społecznego 1999–2010* (2010), G. Ancyparowicz (red.), Główny Urząd Statystyczny, Warszawa.
- Perspektywa uczenia się przez całe życie* (2011), MEN, 18 marca.
- Pfau-Effinger B., Och R., Eichler M. (2010), *Ekonomizacja polityki długoterminowej i struktura opieki nad osobami starszymi*, w: *Niemiecka polityka społeczna: ekonomizacja i przekraczanie barier*, A. Evers, R.G. Heinze (red.), Warszawa.

- Plan współpracy z Polonią i Polakami za granicą na 2014 r.* (2013), Ministerstwo Spraw Zagranicznych, DWP, Warszawa.
- Plan współpracy z Polonią i Polakami za granicą na 2013 r.* (2012), Ministerstwo Spraw Zagranicznych, DWP, Warszawa.
- Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 r.* (2010), GUS, Warszawa.
- Polityka migracyjna jako instrument promocji zatrudnienia i ograniczania bezrobocia* (2008), P. Kaczmarczyk, M. Okólski (red.), OBM, Uniwersytet Warszawski, Warszawa.
- Polityka Migracyjna Polski – stan obecny i postulowane działania* (2011), międzyresortowy Zespół do Spraw Migracji (wersja 31.07.2012).
- Polityka państwa wobec rodziny oraz dyskryminacja w miejscu pracy kobiet w ciąży i matek małych dzieci* (2006), Komunikat z badań CBOS, BS/38/2006, Warszawa, marzec.
- Polityka prorodzinna państwa* (1999), Dokument przyjęty przez Radę Ministrów 3 listopada 1999 r., „PRZEGLĄD RZĄDOWY” listopad-grudzień 1999, nr 11-12 (101), Warszawa.
- Polska 2030. Wyzwania rozwojowe* (2009), Raport opracowany przez ekspertów pod kierunkiem Ministra M. Boniego w 2008 r., Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, Warszawa.
- Polska w Europie – Przyszłość demograficzna. II Kongres Demograficzny, Sesja Inauguracyjna*, (2012), Z. Strzelecki, A. Potrykowska (red.), tom I, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa.
- Postawy prokreacyjne oraz preferowany i realizowany model rodziny* (2006), Komunikat z badań CBOS, BS/52/2006, Warszawa.
- Postawy prokreacyjne Polaków* (2010), Komunikat z badań CBOS, BS/4/2010, Warszawa.
- Potrzeby prokreacyjne oraz preferowany i realizowany model rodziny* (2012), Komunikat z badań CBOS, BS/61/2012, Warszawa, maj.
- Praktyki integracji: doświadczenia i perspektywy* (2012), M. Bieniecki, M. Pawlak (red.), Warszawa.
- Prognoza ludności Polski na lata 2008–2035* (2009), GUS, Warszawa.
- Przyszłość demograficzna Polski a migracje* (2012), Fundacja Ośrodek Badań nad Migracjami, Warszawa.
- Raław M. (2011), *Spoleczności lokalne wobec osób starszych*, ISP, Warszawa
- Rajkiewicz A. (2011a), *Opinia Rządowej Rady Ludnościowej o dokumencie Polityka migracyjna Polski – stan obecny i postulowane działania*, RRL, Warszawa.
- Rajkiewicz A. (2011b), *O zaletach i wadach dokumentu „Polityka migracyjna Polski – stan obecny i postulowane działania”*, „Biuletyn Migracyjny”, OBM UW, Warszawa.
- Raport o sytuacji Polonii i Polaków za granicą 2009* (2009), MSZ, Warszawa.
- Raport o sytuacji Polonii i Polaków za granicą 2012* (2012), MSZ, Warszawa.
- Raport z realizacji projektu badawczego. Mobilność i migracje w dobie transformacji – wyzwania metodologiczne* (2011), P. Kaczmarczyk (red.) Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- Raport z wyników* (2012). *Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011*, GUS, Warszawa.
- Rocznik Demograficzny 2011* (2011), GUS, Warszawa.
- Rocznik Demograficzny 2013* (2013), GUS, Warszawa.
- Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2012* (2012), GUS, Warszawa.
- Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2013* (2013), GUS, Warszawa.
- RRL (2006), *Sytuacja demograficzna Polski i założenia polityki ludnościowej w Polsce*. Raport 2004, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa.

- RRL (2009), *Sytuacja Demograficzna Polski, Raport 2008–2009*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa.
- RRL (2010), *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2009–2010*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa.
- RRL (2011), *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2010–2011*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa.
- RRL (2012), *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2011–2012*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa.
- RRL (2013), *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2012–2013*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa.
- Rządowy Program Współpracy z Polonią i Polakami za Granicą* (2011), Projekt, MSZ, Warszawa.
- Sajkowska M., Szymczak J. (2009), *Dzieci-ofiary przemocy. Skala i charakter zjawiska. Potrzeba interwencji*, „Polityka Społeczna”, nr 9.
- Senat na rzecz Polonii 2011–2012* (2012), Kancelaria Senatu RP, Warszawa.
- Spoleczeństwo Śląska Opolskiego 1945–2011–2035 – aspekty społeczne, demograficzne i rynku pracy* (2012), R. Rauziński, T. Soldra-Gwiżdż (red.), II Kongres Demograficzny, Polska w Europie – Przyszłość Demograficzna, tom VI, Opole–Warszawa.
- Stan zdrowia ludności Polski w 2009 roku* (2011), GUS, Warszawa.
- Strategia Rozwoju Kapitału Społecznego* (2012), Projekt z 1 czerwca 2012 r., Ministerstwo Kultury i Dziedzictwa Narodowego, Warszawa.
- System emerytalny – problemy na przyszłość* (2011), ZUS, Warszawa.
- Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania* (2012), B. Wojtyniak, P. Goryński, B. Moskalewicz (red.), Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny, Warszawa.
- Sytuacja zdrowotna mieszkańców Polski* (2008), B. Wojtyniak, B. Goryński (red.), PZH, Warszawa.
- Szafraniec K. (2011), *Jacy są młodzi Polacy? W poszukiwaniu portretu Polaków*, IBnGR, Gdańsk.
- Szkoły wyższe i ich finanse w 2011 r.* (2012), GUS, Warszawa.
- Transformacja – Migracja – Modernizacja* (2013), 20 lat OBM UW, Warszawa.
- Transfery pieniężne emigrantów a rozwój gospodarczy Polski* (2012), Raport Centrum im. Adama Smitha (CAS), Warszawa.
- Trwanie życia w 2013 r.* (2014), GUS, Warszawa.
- Ubezpieczenia społeczne w Polsce. 10 lat reformowania.* (2011), praca zbiorowa, J. Hrynkiwicz (red.), Instytut Stosowanych Nauk Społecznych, Warszawa.
- Ubóstwo w Polsce w 2009 r.* (2009a), GUS, Warszawa.
- Ubóstwo w Polsce w 2009 r.* (2009b), <http://stat.gov.pl> (dostęp w dniu 15 marca 2011 r.).
- Ubóstwo w Polsce w świetle badań GUS* (2013), GUS, Warszawa.
- Walczak B. (2008), *Migracje poakcesyjne z perspektywy ucznia*, Pedagogium Wyższa Szkoła Pedagogiki Resocjalizacyjnej, Warszawa.
- Weryfikacja prognozy Wsparcia Dochodowego Rodzin* (2008), IPiSS, Warszawa.
- Zaniewska H., Thiel M. (2004), *Mieszkanie jutra osób starszych – nadzieja, czy zagrożenie?*, w: *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia*, J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), Łódź.

Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 r. (2011), „Studia i Analizy Statystyczne”, GUS, US w Krakowie.

Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 roku (2012), GUS, Warszawa.

Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 roku (2014), GUS, Warszawa.

Ziemia obiecana czy przystanek w drodze? (2010), K. Iglicka (red.), RPO, Warszawa.

Żołędowski C. (2010), (współpraca: M. Duszczyk, J. Godlewska, E. Jaroszevska, J. Łukaszewska), *Studenci zagraniczni w Polsce. Motywy przyjazdu, ocena pobytu, plany na przyszłość*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.

Źródła internetowe

Demograficzna przyszłość Europy, Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 21 lutego 2008 r. w sprawie demograficznej przyszłości Europy (2007/2156(INI), http://eurlaw.eu/PL/Demograficzna-przyszlosc-Europy-Rezolucja-Parlamentu-Europejskiego-dnia-21_495726.d (dostęp w dniu 4.01.2012 r.).

EDF Position Paper on Future EU Strategy for Youth, November 2009, http://www.pfon.org/images/dodatki/200911_edf_youthpolicy.doc (dostęp w dniu 4.01.2012 r.).

Godzenie pracy z życiem rodzinnym w kontekście zmian demograficznych – projekt konkluzji Rady, Rada Unii Europejskiej, Bruksela 26 maja 2011 r., 10324/11, <http://register.consilium.europa.eu/pdf/pl/11/st10/st.10324.pl11.pdf> (dostęp w dniu 4.01.2012 r.).

Komunikat Komisji „*EUROPA 2020. Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu*”, http://ec.europa.eu/eu_2020/pdf/1_PL_ACT_part1_v1.pdf (dostęp w dniu 4.01.2012 r.).

Niedyskryminacja ze względu na płeć i solidarność między pokoleniami, Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 3 lutego 2009 r. w sprawie niedyskryminacji ze względu na płeć i solidarności między pokoleniami (20008/2118(INI)) Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej C 67 E/32, http://static.e-prawnik.pl/isap/iizue/2010/iizue2010_3_067_E31.pdf (dostęp w dniu 4.01.2012 r.).

Materiały wykorzystane do Celu I

Ekspertyzy

Kołaczek B. (2010), *Pomoc dzieciom pozbawionym środowiska rodzinnego*, IPiSS, maszynopis powielony, 32 s.

Zahorska M. (2010), *Polityka edukacyjna. Wyrównywanie szans. Elementy socjalne w systemie edukacyjnym. Inwestycje w kapitał ludzki*, Instytut Spraw Publicznych, maszynopis powielony, 15 s.

Zrałek M. (2010), *Polityka mieszkaniowa – kierunki działań, podmioty realizacji tej polityki, ich rola i kompetencje*, Uniwersytet Śląski, Wydział Nauk Społecznych, Katowice, 35 s.

Opracowania statystyczne

Aktywność ekonomiczna ludności Polski. III kwartał 2001, GUS, Warszawa.

Aktywność ekonomiczna ludności Polski. III kwartał 2005, GUS, Warszawa.

Aktywność ekonomiczna ludności Polski. III kwartał 2008, GUS, Warszawa.

- Aktywność ekonomiczna ludności Polski. I kwartał 2011*, GUS, Warszawa.
- Budżety gospodarstw domowych w 2006 r.*, GUS, Warszawa 2007.
- Budżety gospodarstw domowych w 2007 r.*, GUS, Warszawa 2008.
- Budżety gospodarstw domowych w 2008 r.*, GUS, Warszawa 2009.
- Budżety gospodarstw domowych w 2009 r.*, GUS, Warszawa 2010.
- Budżety gospodarstw domowych w 2010 r.*, GUS, Warszawa 2011.
- Rocznik Demograficzny 2008*, GUS, Warszawa.
- Rocznik Demograficzny 2010*, GUS, Warszawa.
- Rocznik Statystyczny (2010)*, GUS, Warszawa.
- Rocznik Statystyczny (2011)*, GUS, Warszawa.
- Rocznik Statystyczny (2012)*, GUS, Warszawa.
- Stan zdrowia ludności Polski w 2009 roku*, GUS, Warszawa czerwiec 2011.
- Struktura wynagrodzeń według zawodów w grudniu 2008 r.*, GUS, Warszawa 2009.
- Prognoza ludności na lata 2008–2035*, GUS, Warszawa 2009.
- Sytuacja gospodarstw domowych w 2007 r. świetle wyników badań budżetów gospodarstw domowych*, GUS, Notatka informacyjna GUS, 28 maja 2008 r.
- Szkoły wyższe i ich finanse w 2011 r.*, GUS, Warszawa 2012.
- Ubóstwo w Polsce w 2009 r.*, GUS, Warszawa 2010.
- Ubóstwo w Polsce w 2009 r.*, <http://stat.gov.pl> (dostęp w dniu 15.03.2011 r.)
- Wskaźniki zagrożenia ubóstwem w roku 2010 – dane szacunkowe GUS.

Materiały wykorzystane do Celu II

Ekspertyzy:

- Ancyparowicz G. (2011), *Kapitałowe emerytury i renty a ryzyko ubóstwa w Polsce*.
- Bień B. (2011), *Opieka geriatryczna w perspektywie starzenia się ludności Polski*.
- Gałązka-Petz B. (2011), *Uwagi o dochodach ze świadczeń emerytalno-rentowych*.
- Halicka M. (2011), *Uczestnictwo ludzi starszych w życiu społecznym*.
- Hryniewicz J. (2011), *Los starca zależy od kontekstu społecznego*.
- Krakowska E., Bojanowska E. (2011), *Ludzie starsi w rodzinie i społeczeństwie*.
- Nita M. (2011), *Ubezpieczenie pielęgnacyjne w Republice Federalnej Niemiec. Idea i realizacja*.
- Pancewicz M. (2011), *Program aktywizacji pracowników i osób bezrobotnych po 50. roku życia. Rozwiązania niemieckie*.
- Raław M. (2011), *Opiekunowie nieformalni. Krótkookresowa funkcjonalność nieopłaconej pracy*.
- Trafiałek E. (2010), *Warunki integracji i ryzyka dyskryminacji ludzi starszych w rodzinie i środowisku lokalnym*.
- Wilmowska-Pietruszyńska A. (2010), *Niepelnosprawność i niezdolność do samodzielnej egzystencji*.
- Zrałek M. (2011), *Zaspokojenie potrzeb mieszkaniowych osób starszych. Dylematy i kierunki zmian*.

Materiały udostępnione przez:

Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej.

Ministerstwo Obrony Narodowej.

Opublikowane materiały Biura Rzecznika Praw Obywatelskich.

Materiały wykorzystane do Celu III

Ekspertyzy

Biliński P., Wojtyła A. (2011), *Zdrowie prokreacyjne w świetle badania zachowań ryzykownych u kobiet w ciąży.*

Chazan B. (2010), *Poprawa stanu zdrowia matek oraz dzieci przed urodzeniem i noworodków.*

Drygas W. (2011), *Ograniczenie chorobowości i umieralności z powodu chorób układu krążenia jako priorytetowy cel polityki zdrowotnej i ludnościowej.*

Jarosz M., Sekuła W. (2011), *Poprawa żywienia i zwiększenie aktywności fizycznej jako determinanty poprawy zdrowia.*

Moskalewicz J., Boguszewska L. (2011), *Poprawa stanu zdrowia psychicznego Polaków. Diagnoza i rekomendacje.*

Słońska Z. (2011), *Promocja zdrowia jako strategia rozwiązywania współczesnych.*

Charzyńska-Guła M. (2011), *Szkolna edukacja zdrowotna jako priorytet zdrowia publicznego.*

Szyborski J. (2011a), *Zdrowie publiczne w projektach programowych polityki ludnościowej.*

Szyborski J. (2011b), *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce. Zarys diagnozy i kierunków poprawy.*

Zatoński W., Przewoźniak K. (2011), *Ograniczanie zachorowalności i umieralności z powodu chorób nowotworowych.*

Materiały wykorzystane do Celu IV

Ekspertyzy

Duszczyk M. (2010), *Migracje edukacyjne w Polsce z punktu widzenia polityki imigracyjnej.*

Piekutowska A. (2011a), *Polityka migracyjna Polski w kontekście europejskim.*

Piekutowska A. (2011b), *Współpraca w zakresie migracji z krajami trzecimi – idea Partnerstwa na rzecz mobilności.*

Potrykowska A. (2011), *Określenie kierunków i zasad polityki migracyjnej Polski w dobie integracji europejskiej. Wersja końcowa.*

Rajkiewicz A. (2010), *Określenie kierunków i zasad polityki migracyjnej Polski w dobie integracji europejskiej. Wersja początkowa.*

Szczygielski K. (2011), *Kompleksowy program diasporowo-klastrowy.*

ANEKS TABELARYCZNY – REKOMENDACJE RZĄDOWEJ RADY LUDNOŚCIOWEJ W ZAKRESIE POLITYKI LUDNOŚCIOWEJ POLSKI

TABELA I

CEL I.

TWORZENIE WARUNKÓW SPRZYJAJĄCYCH POWSTAWANIU RODZIN, PRZEDE WSZYSTKIM POPRZEZ ZAWIERANIE MAŁŻEŃSTW I REALIZACJĘ PLANÓW PROKREACYJNYCH

**PRIORYTET I.1. Poprawa warunków powstawania i funkcjonowania rodzin oraz problemy rozrodczości
(działania na rzecz powstawania, rozwoju i funkcjonowania rodzin)**

Cele szczegółowe	Kierunki działań	Działania szczegółowe	Podmioty odpowiedzialne	Źródła finansowania
POPRAWA WARUNKÓW POWSTAWANIA I FUNKCJONOWANIA RODZIN ORAZ PROBLEMY ROZRODCZOŚCI	<p>1. Umacnianie wartości rodziny i dziecka w świadomości społeczeństwa; zwłaszcza wśród młodego pokolenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Przygotowanie młodego pokolenia do życia w rodzinie; – Rozwój edukacji „pro-rodzinnej”; – Promowanie pozytywnego wizerunku małżeństwa, rodziny i dziecka (dzietności); – Podkreślanie roli (znaczenia) rodziny i dzieci w społeczeństwie w różnych obszarach życia (znaczenie dla społeczeństwa, znaczenie dla jednostek); – Wzmocnienie w systemie wartości pozycji rodziców wychowujących dzieci, pracujących i niepracujących zawodowo. 	<p>1. Wzmocnienie poziomu nauczania przedmiotu przygotowującego młode pokolenie do małżeństwa i życia w rodzinie:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) realizacja podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego (na poszczególnych etapach edukacji) w zakresie nauczania dotyczącego opieki nad matką i dzieckiem oraz funkcji rodziny w życiu człowieka; b) realizacja programów nauczania pod kątem aktualnych zmian społeczno-kulturowych wpływających na problemy życia małżeńskiego i rodzinnego. <p>2. Promowanie w mediach i programach edukacyjnych pozytywnych przykładów funkcjonowania różnych typów i modeli rodzin (w tym rodzin wielodzietnych i wielopokoleniowych).</p> <p>3. Wspieranie i nagłaśnianie inicjatyw lokalnych (środowiskowych) związanych z podkreśleniem znaczenia rodziny dla jednostki i społeczeństwa lokalnego, z podkreśleniem znaczenia więzi rodzinnych, w tym międzygeneracyjnych.</p> <p>4. Rozwój poradnictwa rodzinnego; rozwój instytucji i popularyzacja idei mediacji w sprawach rodzinnych (rozwodowych).</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Kancelaria Prezesa RM – Kancelaria Prezydenta RP – Ministerstwo Edukacji Narodowej – Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej – Ministerstwo Sprawiedliwości i sądy rodzinne – organizacje pozarządowe – samorzady lokalne – szkoły – media 	<ul style="list-style-type: none"> – budżet państwa – budżety samorządów lokalnych – środki finansowe przyznawane w ramach programów pomocowych UE – pracodawcy

Cele szczegółowe	Kierunki działań	Działania szczegółowe	Podmioty odpowiedzialne	Źródła finansowania
	<p>2. Promowanie równouprawnienia płci i równości społecznej:</p> <p>– Dążenie do zapewnienie warunków swobodnego wyboru podziału ról kobiet i mężczyzn w rodzinie.</p>	<p>1. Ograniczanie stereotypów dotyczących podziału ról w rodzinie poprzez promowanie w mediach partnerskiego modelu rodziny.</p> <p>2. Wzmocnienie pozycji kobiet i mężczyzn wychowujących dzieci i/lub obciążonych opieką nad niesamodzielnymi członkami rodziny jako pracowników poprzez szkolenia i akcje promujące równościowe (anty-dyskryminacyjne) zasady prawa oraz wzmocnienie prawnej ochrony pracujących rodziców poprzez poprawę w zakresie przestrzegania prawa.</p> <p>3. Wzmocnienie pozycji (prestżu w społeczeństwie; zwłaszcza wśród młodego pokolenia) rodziców niepracujących zawodowo poprzez działania medialne podkreślające wartość nieopłacanej pracy w gospodarstwie domowym i rodzinnej opieki nad niesamodzielnymi członkami rodziny.</p>	<p>– Kancelaria Prezesa RM</p> <p>– Kancelaria Prezydenta RP</p> <p>– Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej</p> <p>– Ministerstwo Edukacji Narodowej</p> <p>– Ministerstwo Sprawiedliwości</p> <p>– Pełnomocnik Rządu ds. Równego Traktowania</p> <p>– samorządy lokalne</p> <p>– organizacje pozarządowe</p> <p>– media</p> <p>– szkoły</p>	<p>– budżet państwa</p> <p>– budżety samorządów lokalnych</p> <p>– środki finansowe przyznawane w ramach programów pomocowych UE</p> <p>– pracodawcy</p>
	<p>3. Tworzenie warunków sprzyjających samodzielności ekonomicznej młodego pokolenia i uzyskaniu samodzielności ekonomicznej rodzin:</p> <p>– w sferze edukacji;</p> <p>– w sferze zatrudnienia;</p> <p>– w sferze promocji przedsiębiorczości.</p>	<p>1. Rozwój doradztwa zawodowego od poziomu gimnazjalnego pod kątem adekwatności kierunków kształcenia do potrzeb rynku pracy; promocja kształcenia w kierunkach technicznych, zgodnie ze zmieniającymi się wymaganiami rozwoju gospodarki opartej na wiedzy.</p> <p>2. Rozwój systemu wsparcia dla młodzieży zdolnej (stypendia naukowe, staże zawodowe, opieka naukowa); zwiększenie dostępu do edukacji na wszystkich szczeblach zgodnie z zasadą wyrównywania szans.</p> <p>3. Ulgi podatkowe dla pracodawców inwestujących w kształcenie i szkolenia młodych pracowników, pozwalających im dostosować się do wymagań pracodawców.</p> <p>4. Ulgi podatkowe dla pracodawców-fundatorów stypendiów dla pracowników kontynuujących naukę, zdobywających nowe kwalifikacje oraz szkolących się; popularyzacja i nagradzanie takich działań przez instytucje publiczne (samorządy lokalne) i izby przemysłowo-handlowe, zrzeszenia pracodawców.</p>	<p>– Ministerstwo Edukacji Narodowej</p> <p>– Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego</p> <p>– Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej</p> <p>– Ministerstwo Finansów</p> <p>– Powiatowe Urzędy Pracy</p> <p>– OHP</p> <p>– szkoły</p> <p>– PARP</p> <p>– organizacje pozarządowe</p> <p>– samorządy lokalne</p> <p>– pracodawcy</p> <p>– szkoły</p> <p>– media</p>	<p>– budżet państwa</p> <p>– budżety samorządów lokalnych</p> <p>– środki finansowe przyznawane w ramach programów pomocowych UE</p> <p>– pracodawcy</p>

Cele szczegółowe	Kierunki działań	Działania szczegółowe	Podmioty odpowiedzialne	Źródła finansowania
		<p>5. Popularyzacja zasad zarządzania zasobami ludzkimi wzmacniających szanse zatrudnienia i utrzymania się na rynku pracy młodych pracowników (m.in. zarządzania różnorodnością, zatrudnienia przyjaznego rodzinie, równowagi praca-życie) – szkolenia, promowanie liderów takich działań wśród pracodawców.</p> <p>6. Kontynuacja prac nad ułatwieniami organizacyjnymi dotyczącym zakładania własnej firmy (monitorowanie mechanizmów „jednego okienka”).</p> <p>7. Rozwój na poziomie lokalnym sieci instytucji poradnictwa organizacyjno-prawnego; rozwój szkoleń i finansowego wsparcia dla zainteresowanych założeniem własnej firmy.</p> <p>8. Podniesienie jakości nauki podstaw przedsiębiorczości w szkołach średnich i wyższych; weryfikacja zakresu programowego przedmiotu, poziomu nauczania, przygotowania merytorycznego nauczycieli tego przedmiotu – cykliczna aktualizacja treści i form nauczania.</p>		
	<p>4. Ułatwienia w zakresie uzyskania samodzielnego mieszkania i dostosowania warunków mieszkaniowych do faz rozwoju rodziny.</p>	<p>1. Badanie warunków i potrzeb mieszkaniowych oraz możliwości finansowych rodzin w tym zakresie na poziomie lokalnym.</p> <p>2. Rozwijanie na szczeblu lokalnym różnych form budownictwa mieszkaniowego, uwzględniających zróżnicowane możliwości finansowe rodzin.</p> <p>3. Rozwój systemu wsparcia finansowego „na pierwsze mieszkanie” (utrzymanie preferencyjnych kredytów, ulgi podatkowe dla budujących własne mieszkania/adaptujących budynki lub lokale na własne cele mieszkaniowe).</p> <p>4. Prowadzenie na poziomie lokalnym (miasta, gminy, powiatu) bazy lokali do zamiany (zarówno lokali komunalnych, socjalnych, jak i spółdzielczych i własnościowych).</p>	<p>– Ministerstwo Infrastruktury i Rozwoju</p> <p>– Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej</p> <p>– samorzady lokalne</p>	<p>– budżet państwa</p> <p>– budżety samorządów lokalnych</p> <p>– środki finansowe przyznawane w ramach programów pomocowych UE</p> <p>– pracodawcy</p>

Cele szczegółowe	Kierunki działań	Działania szczegółowe	Podmioty odpowiedzialne	Źródła finansowania
		<p>5. Stabilizacja ogólnych zasad nabywania na własność mieszkań przez najemców; ujednoczenie przepisów prawnych w tym zakresie.</p> <p>6. Weryfikacja i monitorowanie zasad systemu hamowania dekapitalizacji zasobów mieszkaniowych.</p>		
	5. Ułatwienia w zakresie godzenia ról zawodowych z opieką nad nie-samodzielnymi członkami rodziny.	<p>1. Monitorowanie wydłużania urlopów macierzyńskich, ojcowskich i rodzicielskich pod kątem skuteczności w ułatwianiu decyzji o posiadaniu dzieci, wpływu wydłużenia urlopów na sytuację zawodową kobiet – matek/mężczyzn – ojców oraz nad konsekwencjami ekonomicznymi.</p> <p>2. Kontynuacja programu wydłużania urlopów macierzyńskich, ojcowskich i rodzicielskich.</p> <p>3. Zróżnicowanie długości urlopu od liczby dzieci pod opieką.</p> <p>4. Weryfikacja zasad korzystania z urlopów wychowawczych (dostępności i wartości świadczenia pieniężnego przysługującego korzystającym z urlopu) (podwyższenie wieku dziecka) i zasad korzystania ze świadczenia za okres urlopu).</p> <p>5. Monitorowanie rozwoju różnych form pozarodzicielskiej opieki nad małym dzieckiem („ustawa żłobkowa”).</p> <p>6. Możliwości odpisu podatkowego kosztów opieki nad dziećmi w żłobkach i przedszkolach/ dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu opłat dla rodzin o dochodach na poziomie uprawniającym do świadczeń rodzinnych).</p> <p>7. Rozwój zatrudnienia przyjaznego rodzinie; popularyzacja idei, promocja dobrych praktyk przez instytucje publiczne, nagradzanie pracodawców.</p> <p>8. Promowanie możliwości tworzenia międzyzakładowych przedszkoli.</p> <p>9. Uelastycznienie organizacji pracy żłobków i przedszkoli.</p> <p>10. Ujednoczenie zakresu uprawnień rodzicielskich w odniesieniu do wszystkich grup pracujących zawodowo (w tym: służby mundurowe i samozatrudnieni.)</p>	<p>– Kancelaria Prezesa RM</p> <p>– Kancelaria Prezydenta RP</p> <p>– Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej oraz Ministerstwo Edukacji Narodowej</p> <p>– Ministerstwo Sprawiedliwości</p> <p>– Pełnomocnik Rządu ds. Równego Traktowania</p> <p>– samorządy lokalne</p> <p>– organizacje pozarządowe</p> <p>– media</p> <p>– szkoły</p>	<p>– budżet państwa</p> <p>– budżety samorządów lokalnych</p> <p>– środki finansowe przyznawane w ramach programów pomocowych UE</p> <p>– pracodawcy</p>

**PRIORYTET I. 2. Tworzenie warunków sprzyjających rozwojowi młodego pokolenia w rodzinie jako czynnik poprawy jakości kapitału ludzkiego.
Wspieranie rodzin w ponoszeniu kosztów utrzymania i wychowania dzieci**

Cele szczegółowe	Kierunki działań	Działania szczegółowe	Podmioty odpowiedzialne	Źródła finansowania
POPRAWA WARUNKÓW ROZWOJU MŁODEGO POKOLENIA W RODZINIE JAKO CZYNNIK POPRAWY JAKOŚCI KAPITAŁU LUDZKIEGO	<p>1. Wspieranie rodziny w ponoszeniu kosztów utrzymania i wychowania dzieci:</p> <p>1.1. Wzmocnienie znaczenia dochodów z pracy jako głównej podstawy egzystencji rodzin;</p> <p>1.2. Wzmocnienie dochodowego znaczenia świadczeń rodzinnych;</p> <p>1.3. Wzmocnienie w systemie świadczeń rodzinnych preferencji dla niektórych typów rodzin;</p>	<p>1. Systematyczne podnoszenie płacy minimalnej jako punkt odniesienia systemów wynagrodzeń.</p> <p>2. Opracowanie koncepcji płacy godziwej (rodzinnej).</p> <p>1. Utrzymanie zasady cyklicznej weryfikacji progu wsparcia dochodowego rodzin „metodą koszykową”.</p> <p>2. Cykliczna weryfikacja wysokości świadczeń rodzinnych w relacji do koszyka dóbr i usług na zaspokojenie potrzeb dzieci; ustalenia wysokości dodatków do zasiłku rodzinnego w relacji do kosztów ponoszonych na dany cel.</p> <p>1. Przywrócenie preferencji dla rodzin wielodzietnych w instrumentach polityki rodzinnej (dłuższy urlop wychowawczy, długość zwolnień opiekuńczych zależna od liczby dzieci).</p> <p>2. Poprawa ściągalności należności na rzecz funduszu alimentacyjnego.</p> <p>3. Weryfikacja świadczeń dla rodzin niepełnych w kontekście faktycznego statusu rodziny.</p>	<p>– Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej</p> <p>– parlamentarne komisje ds. rodziny</p> <p>– partnerzy społeczni (dialog społeczny)</p> <p>– GUS</p> <p>– samorządy lokalne</p> <p>– placówki naukowo-badawcze</p>	<p>– budżet państwa</p> <p>– budżety samorządów lokalnych</p> <p>– środki finansowe przyznawane w ramach programów pomocowych UE</p>

Cele szczegółowe	Kierunki działań	Działania szczegółowe	Podmioty odpowiedzialne	Źródła finansowania
	<p>1.4. Rozwój przezorności rodzin w celu zabezpieczenia dzieci.</p> <p>1.5 Wycena kosztów utrzymania i wychowania dzieci z uwzględnieniem kosztów „pracy domowej” + kosztów alternatywnych (w przypadku rezygnacji z pracy zawodowej).</p> <p>2. Rozwój usług społecznych dla dzieci i młodzieży sprzyjających rozwojowi młodej generacji.</p> <p>2.1.1 Rozwój usług przedszkolnych.</p>	<p>1. Fundusze oszczędnościowe dla dzieci na zasadach preferencyjnych (wspomagane dotacją ze środków publicznych, kwoty „odkładane” – wolne od podatków).</p> <p>1. Określenie bezpośrednich i pośrednich kosztów rodzicielstwa i rozłożenie proporcji między udziałem rodzin i społeczeństwa w kosztach wychowania młodego pokolenia.</p> <p>2. Wykorzystanie jako podstawy określania wysokości świadczeń, rekompensaty za wyłączną pracę na rzecz rodziny.</p> <p>1. Kontynuacja działań na rzecz upowszechnienia wychowania przedszkolnego dla dzieci w wieku 3–5 lat; bezpłatna edukacja przedszkolna dla 5-latków.</p> <p>2. Poszerzenie zakresu edukacji przedszkolnej: rozwój sieci placówek wychowania przedszkolnego i innej formy; wzrost liczby przedszkoli, rozmieszczenie, poprawa wyposażenia, jakości kadry.</p> <p>3. Wsparcie rodziców w rozwiązywaniu problemów wychowawczych i dydaktycznych oraz rozwijaniu ich umiejętności wychowawczych w celu wspomagania rozwoju dzieci i młodzieży.</p> <p>4. Poprawa dostępności infrastruktury: – nowe inwestycje w oparciu o środki przyznawane preferencyjnie; zachęty dla inwestorów (w tym – przedsiębiorców); – wykorzystanie istniejącego potencjału (np. szkół przewidzianych do likwidacji).</p> <p>5. Poprawa dostępności do usług: – obowiązkowa zasada zróżnicowania wysokości opłat (zależnie od dochodu, liczby dzieci korzystających) lub wprowadzenie dodatku do zasiłku rodzinnego, ew. możliwość odliczania kosztów opieki od podatku; – w perspektywie prawo do przedszkola jako podmiotowe prawo dziecka (usługa bezpłatna)</p>	<p>– Ministerstwo Finansów</p> <p>– Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej</p> <p>– samorządy lokalne</p> <p>– placówki naukowo-badawcze</p> <p>– organizacje pozarządowe</p> <p>– Ministerstwo Edukacji Narodowej</p> <p>– Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej</p> <p>– samorządy lokalne</p> <p>– organizacje pozarządowe</p> <p>– szkoły, przedszkola</p>	<p>– budżet państwa</p> <p>– budżety samorządów lokalnych</p> <p>– budżet państwa</p> <p>– budżety samorządów lokalnych</p> <p>– środki finansowe przyznawane w ramach programów pomocowych UE</p>

Cele szczegółowe	Kierunki działań	Działania szczegółowe	Podmioty odpowiedzialne	Źródła finansowania
	2.1.2. Podnoszenie jakości usług edukacyjnych (w systemie szkolnym).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Podnoszenie poziomu nauczania; większy nacisk na umiejętności związane z teleinformacją, języki obce. 2. Zwiększenie dostępności dzieci i młodzieży do zajęć z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej, w szczególności napotykających na trudności w nauce oraz podnoszenie jakości udzielanej pomocy. 3. Rozwój opieki pozalekcyjnej. 4. Rozwój zajęć pozalekcyjnych; realizacja koncepcji szkoły otwartej dla lokalnego środowiska, w różnych formach działalności. 5. Kontynuacja działań na rzecz zwiększenia szans edukacyjnych dzieci i młodzieży. 6. Wzmocnienie skuteczności działań w sytuacjach trudnych: odpowiednie kształcenie nauczycieli; rozwój współpracy specjalistów (psychologów, pedagogów lekarzy). 	<ul style="list-style-type: none"> – Ministerstwo Edukacji Narodowej – Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej – samorzady lokalne – placówki kulturalno-edukacyjne – poradnie psychologiczno-pedagogiczne – organizacje pozarządowe kluby sportowe 	<ul style="list-style-type: none"> – budżet państwa – budżety samorządów lokalnych – środki finansowe przyznawane w ramach programów pomocowych UE
	2.1.3. Wzmocnienie socjalnej funkcji szkoły.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zapewnienie opieki świetlicowej uczniom szkoły podstawowej i gimnazjum, którzy pozostają w szkole dłużej ze względu na czas pracy rodziców, organizację dojazdu do szkoły, a także ze względu na inne okoliczności wymagające opieki w szkole. 2. Rozwój infrastruktury sportowej i placów zabaw. 3. Rozwój systemu żywienia dzieci na terenie szkoły dla wszystkich uczniów. 4. Opracowanie i wprowadzenie systemu rozpoznania i monitorowania trudnych sytuacji uczniów i ich rodzin. 5. Poprawa stanu bezpieczeństwa w szkołach. 	<ul style="list-style-type: none"> – Ministerstwo Edukacji Narodowej – Ministerstwo Zdrowia – Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej – samorzady lokalne – podmioty prowadzące działalność leczniczą – szkoły, przedszkola – media 	<ul style="list-style-type: none"> – budżet państwa – budżety samorządów lokalnych – środki finansowe przyznawane w ramach programów pomocowych UE

Cele szczegółowe	Kierunki działań	Działania szczegółowe	Podmioty odpowiedzialne	Źródła finansowania
	<p>2.2. Rozwój usług na rzecz poprawy zdrowia dzieci i młodzieży.</p> <p>2.3. Dostęp do usług społecznych dla dzieci i młodzieży na zasadzie wyrównywania szans.</p> <p>2.4. Współpraca placówek (kadry) wyspecjalizowanych z rodzinami.</p>	<p>1. Poprawa jakości usług pielęgniarskich (poprawa wskaźnika liczby pielęgniarek na liczbę uczniów).</p> <p>2. Rozszerzenie profilaktyki próchnicy zębów na wszystkie grupy wiekowe dzieci i młodzieży.</p> <p>3. Edukacja żywieniowa uczniów i rodziców; promowanie prozdrowotnego trybu życia; promocja aktywnych form wypoczynku dla dzieci i rodziców.</p> <p>4. Zapewnienie w pełni powszechnych szczepień.</p> <p>5. System wczesnego wykrywania zagrożeń zdrowotnych i rozwojowych, dostępność poradnictwa.</p> <p>6. Zapewnienie stałego wzrostu środków budżetowych przeznaczanych na realizację programów zdrowotnych, na poszerzenie dostępności i podnoszenie jakości usług, w miarę możliwości finansowych budżetu państwa.</p> <p>1. Upowszechnienie edukacji przedszkolnej: tworzenie placówek na obszarach wiejskich i w małych ośrodkach miejskich, wspieranie istniejących przedszkoli, wydłużanie godzin pracy, zatrudnienie dodatkowego personelu itp.</p> <p>2. Rozwój infrastruktury społecznej na terenach defaworyzowanych.</p> <p>3. Stworzenie systemu zwiększającego dostępność dla dzieci i ich rodziców (promocja, upowszechnianie świadomości korzyści z korzystania, odpowiedni system opłat vs. zasada bezpłatności).</p> <p>4. Zwiększenie dostępu dzieci i młodzieży do szkolnictwa szczebla średniego i wyższego (stypendia, bony na podręczniki, wyżywienie, transport).</p> <p>5. Tworzenie specjalnych programów rozwojowych sprofilowanych zgodnie z sytuacjami i potrzebami występującymi na danym terenie.</p> <p>1. Zwiększenie aktywnego uczestnictwa rodziców w przedsięwzięciach placówek specjalistycznych, do których uczęszczają ich dzieci.</p> <p>2. Rozwój poradnictwa rodzinnego i pedagogiczno-psychologicznego.</p>	<p>– Ministerstwo Zdrowia – Ministerstwo Edukacji Narodowej – Narodowy Fundusz Zdrowia – Państwowa Inspekcja Sanitarna</p> <p>– Ministerstwo Zdrowia– – Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej – samorzady lokalne – podmioty prowadzące działalność leczniczą – placówki edukacyjne i kulturalno-oświatowe oraz sportowe – media – poradnie psychologiczno-pedagogiczne</p>	<p>– budżet państwa – budżety samorządów lokalnych – Narodowy Fundusz Zdrowia – środki finansowe przyznawane w ramach programów pomocowych UE – budżet państwa – budżety samorządów lokalnych – środki finansowe przyznawane w ramach programów pomocowych UE</p>

PRIORYTET I. 3. Zapobieganie wykluczeniu i marginalizacji. Integracja społeczna. Pomoc rodzinom w trudnych sytuacjach: ubogim, wielodzietnym, niepełnym, z osobą niepełnosprawną, dotkniętym dysfunkcją lub patologią

Cele szczegółowe	Kierunki działań	Działania szczegółowe	Podmioty odpowiedzialne	Źródło finansowania
<p>POMOC RODZINOM W TRUDNYCH SYTUACJACH</p> <p>Rodziny ubogie</p>	<p>1. Ograniczanie ubóstwa i zapobieganie marginalizacji:</p> <p>1.1. Aktywizacja i reaktywizacja zawodowa;</p> <p>1.2. Dostęp do usług opieki nad dzieckiem;</p> <p>1.3. Poradnictwo rodzinne, psychologiczne;</p>	<p>1. Kontrakt pracy z rodzicami i ich stała współpraca z urzędem pracy.</p> <p>2. Uprzywilejowanie w uzyskaniu zatrudnienia, pracy społecznie użytecznej czy publicznej za wynagrodzeniem oraz w otrzymywaniu skierowań na szkolenia, w okresie których przysługują zasiłki szkoleniowe i które pozwalają na łatwiejsze uzyskanie pracy.</p> <p>1. Zwiększanie ekonomicznej i organizacyjnej dostępności do usług społecznych, w tym zwłaszcza usług opieki nad dzieckiem, usług edukacyjnych dla dzieci i młodzieży oraz usług opiekuńczych dla ludzi starych i niepełnosprawnych – można wprowadzić bony na zakup usług, zależnie od sytuacji dochodowej rodziny.</p> <p>2. Zadbanie o wysoką jakość usług dla rodzin z dziećmi oraz dla osób starszych niedołączonych i osób niepełnosprawnych, zwłaszcza ze znacznym i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności.</p> <p>1. Dalszy rozwój infrastruktury społecznej, w tym edukacji przedszkolnej i świetlic szkolnych, przede wszystkim w małych miastach i na wsi, tak by zwiększyć możliwości startu w edukacji szkolnej dzieciom ze środowisk biednych.</p> <p>2. Zwiększenie dostępu dzieci i młodzieży ze wsi i z małych miast do zajęć pozalekcyjnych, rozwijających umiejętności, talenty, ale i organizujących czas wolny.</p>	<p>– Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej</p> <p>– Powiatowe Urzędy Pracy</p> <p>– pracodawcy</p> <p>– zakłady doskonalenia zawodowego</p> <p>– ośrodki szkoleniowe</p> <p>– pracodawcy</p> <p>– związki zawodowe</p> <p>– Ministerstwo Finansów</p> <p>– Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej</p> <p>– Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej</p> <p>– Ministerstwo Edukacji Narodowej</p> <p>– samorządy lokalne</p> <p>– organizacje pozarządowe</p> <p>– poradnie psychologiczno-pedagogiczne</p> <p>– poradnie terapeutyczne</p> <p>– podmioty prowadzące działalność leczniczą</p> <p>– Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej</p> <p>– Ministerstwo Edukacji Narodowej</p> <p>– samorządy lokalne</p> <p>– podmioty prowadzące działalność leczniczą</p> <p>– organizacje pozarządowe</p>	<p>– budżet państwa</p> <p>– budżety samorządów lokalnych</p> <p>– środki finansowe przyznawane w ramach programów pomocowych UE</p>

Cele szczegółowe	Kierunki działań	Działania szczegółowe	Podmioty odpowiedzialne	Źródło finansowania
	<p>1.4 Możliwość poprawy warunków mieszkaniowych;</p> <p>1.5. Tworzenie warunków na rzecz rozwoju dzieci i młodzieży na zasadzie równości szans.</p>	<p>1. Rozwój społecznego budownictwa czynszowego, które stanowi zadanie samorządu terytorialnego, realizowanego przez towarzystwa budownictwa społecznego i spółdzielnie mieszkaniowe.</p> <p>2. Właściwe zagospodarowanie dotychczasowej bazy lokalowej.</p> <p>1. Dalszy rozwój infrastruktury społecznej, w tym edukacji przedszkolnej i świetlic szkolnych, przede wszystkim w małych miastach i na wsi, tak by wyrównać szanse edukacyjne dzieci ze środowisk biednych.</p> <p>2. Zwiększenie dostępu dzieci i młodzieży ze wsi i z małych miast do zajęć pozalekcyjnych, rozwijających umiejętności, talenty, ale i organizujących czas wolny.</p> <p>3. Utrzymywanie rozwiązań przewidzianych w programach rządowych wspierających młodzież ubogą ze środowisk wiejskich, popegeerowskich i małomiasteczkowych w formie stypendiów, zakupu wyposażenia do szkoły (podręczników).</p>	<p>Ministerstwo Infrastruktury i Rozwoju</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej – Ministerstwo Edukacji Narodowej – samorządy lokalne – podmioty prowadzące działalność leczniczą – poradnie psychologiczno-pedagogiczne – poradnie terapeutyczne – organizacje pozarządowe – samorządy lokalne – organizacje pozarządowe – Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej – Ministerstwo Edukacji Narodowej – placówki edukacyjne – ośrodki kultury, świetlice, – kluby sportowe – organizacje pozarządowe 	
Rodziny wielodzietne	<p>1. Ograniczanie ubóstwa zapobieganie marginalizacji rodzin wielodzietnych jako warunek zapewnienia rozwoju młodego pokolenia:</p> <p>1.1. Integracja zawodowa poprzez aktywność zawodową i pobudzanie własnej aktywności rodziców;</p>	<p>1. Działania w tym zakresie powinny koncentrować się na tworzeniu warunków sprzyjających zwiększeniu szans pozostania i powrotu na rynek pracy poprzez:</p> <p>1.1. Rozwijanie systemu szkoleń i różnych form kształcenia stwarzających szanse rodzicom wielodzietnym na podniesienie kwalifikacji zawodowych;</p> <p>1.2. Rozwijanie systemu szkoleń zawodowych dla osób pragnących powrócić lub wejść po raz pierwszy na rynek pracy po okresie dezaktywizacji spowodowanej pełnieniem obowiązków opiekuńczych wobec dzieci;</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej – Ministerstwo Edukacji Narodowej – <i>samorządy lokalne</i> – placówki edukacyjne, ośrodki szkoleniowe – ośrodki kultury, świetlice, – kluby sportowe, – organizacje pozarządowe 	<ul style="list-style-type: none"> – budżet państwa – budżety samorządów lokalnych – środki finansowe przyznawane w ramach programów pomocowych UE

Cele szczegółowe	Kierunki działań	Działania szczegółowe	Podmioty odpowiedzialne	Źródło finansowania
	<p>1.2. Integracja społeczna powinna dotyczyć wszystkich członków rodziny, a więc zarówno rodziców jak i dzieci, poprzez zwiększenie dostępu do usług społecznych.</p>	<p>1.3. Wzmocnienie roli kontraktu socjalnego w działaniach służb pomocy społecznej na rzecz rodzin wielodzietnych objętych długotrwałym wsparciem tych instytucji;</p> <p>1.4. Subsydiowanie przez samorząd i państwo pracy społecznie użytecznej dla rodziców mających na utrzymaniu większą liczbę dzieci;</p> <p>1.5. Pobudzanie przez władze samorządowe samoorganizacji rodziców rodzin wielodzietnych w formie podejmowania inicjatywy tworzenia i prowadzenia spółdzielni socjalnych.</p> <p>1. Rozwojowi usług społecznych, w tym sieci placówek opieki nad małymi dziećmi (żłobki, przedszkola, świetlice środowiskowe) powinno towarzyszyć dostosowanie zasad odpłatności za te usługi do możliwości finansowych ubogich rodzin wielodzietnych oraz funkcjonowanie organizacyjnych (dostęp przestrzenny i czasowy) oparte na zasadach umożliwiających korzystanie przez dzieci osób pracujących zawodowo lub uczestniczących w szkoleniach przygotowujących do powrotu na rynek pracy.</p> <p>2. Zapewnienie uczniom dostępu do bezpłatnych podręczników oraz materiałów edukacyjnych i ćwiczeniowych</p> <p>3. Uczestnictwo rodzin wielodzietnych w rozwoju różnych form samopomocy, w tym poprzez udział w działaniach istniejących organizacji pozarządowych oraz tworzenie nowych własnych w celu rozwiązywania wspólnych problemów.</p> <p>4. Zwiększenie dostępu dzieci z tych rodzin do opieki przedszkolnej, zwiększać nakłady publiczne na stypendia socjalne dla dzieci i młodzieży uczących się pochodzących z ubogich rodzin wielodzietnych, wzmacniać socjalną funkcję dodatków do zasiłków rodzinnych wspomagających uczące się dzieci.</p> <p>5. Spopularyzowanie inicjatyw samorządowych polegających na tworzeniu lokalnych preferencji dla rodzin wielodzietnych (Karta Dużej Rodziny), upowszechnić ogólnopolską Kartę Dużej Rodziny.</p>	<p>– lokalne ośrodki pracy z rodziną (ops, pspr)</p> <p>– społeczności lokalne</p> <p>– Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej</p> <p>– Ministerstwo Edukacji Narodowej</p> <p>– samorządy lokalne</p> <p>– placówki edukacyjne, ośrodki szkoleniowe</p> <p>– ośrodki kultury, świetlice,</p> <p>– kluby sportowe,</p> <p>– organizacje pozarządowe</p> <p>– lokalne ośrodki pracy z rodziną (ops, pspr)</p> <p>– społeczności lokalne</p>	<p>– budżet państwa</p> <p>– budżety samorządów lokalnych</p> <p>– środki finansowe przyznawane w ramach programów pomocowych UE</p> <p>– społeczności lokalne</p>

Cele szczegółowe	Kierunki działań	Działania szczegółowe	Podmioty odpowiedzialne	Źródło finansowania
Rodziny niepełne	1. Zapewnienie warunków dla prawidłowego realizowania funkcji ekonomicznej, opiekuńczej, wychowawczej i emocjonalnej rodziny niepełnej z dziećmi na utrzymaniu.	1. Pomoc w realizacji funkcji opiekuńczo-wychowawczej, poprzez zapewnienie rodzicowi pracującemu uprzywilejowanego dostępu do usług opieki nad małymi dziećmi, zróżnicowanie dostępnych form i zakresu opieki w celu ułatwienia godzenia obowiązków zawodowych i rodzinnych. Dużą rolę może tu odegrać nowa Ustawa o opiece nad dzieckiem do lat trzech, różnicująca formy tej opieki zależnie od preferencji rodziny i jej możliwości finansowych. 2. Samoorganizacja i samopomoc, zwłaszcza w formie organizacji pozarządowych. 3. Pomoc psychologiczna i poradnictwo zdrowotne (ciąża i urodzenia pozamajążeńskie).	– Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej – Ministerstwo Edukacji Narodowej – samorządy lokalne – placówki edukacyjne, ośrodki szkoleniowe	– budżet państwa – budżety samorządów lokalnych – środki finansowe przyznawane w ramach programów pomocowych UE
Rodziny z osobą niepełnosprawną	1. Pomoc psychologiczna, poradnictwo i edukacja dla rodziców. 2. Dostęp do usług opiekuńczych i rehabilitacyjnych – (dostępność ekonomiczna, organizacyjna i terytorialna).	Zwiększenie dostępności do poradnictwa psychologiczno-pedagogicznego, w tym w zakresie pomocy w rozwiązywaniu problemów wychowawczych i dydaktycznych oraz rozwijaniu ich umiejętności wychowawczych w celu wspomagania rozwoju dzieci i młodzieży z niepełnosprawnościami. 1. Wzrost podaży odpowiednich miejsc (liczby i jakości usług) w zakresie infrastruktury socjalnej (domy pomocy społecznej), lepszego łatwiejszego dostępu do specjalistycznego wsparcia oraz usług opiekuńczych, w szczególności na terenach wiejskich, obszarach peryferyjnych i zaniedbanych dzielnic miejskich. 2. Niezbędne działania skierowane na przemyślane projektowanie usług opieki zdrowotnej (w tym usług rehabilitacyjnych) tak by odpowiadały one potrzebom osób niepełnosprawnych.	– ośrodki kultury, świetlice, – kluby sportowe, – organizacje pozarządowe – lokalne ośrodki pracy z rodziną (ops, pspr) – społeczności lokalne – Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej – Ministerstwo Edukacji Narodowej – samorządy lokalne – placówki edukacyjne, ośrodki szkoleniowe – ośrodki kultury, świetlice, – kluby sportowe, – organizacje pozarządowe – zrzeszenia pracodawców – lokalne ośrodki pracy z rodziną (ops, pspr) – społeczności lokalne	– budżet państwa – budżety samorządów lokalnych – środki finansowe przyznawane w ramach programów pomocowych UE – środki pracodawców

Cele szczegółowe	Kierunki działań	Działania szczegółowe	Podmioty odpowiedzialne	Źródło finansowania
	3. Zapobieganie ubóstwu. 4. Zwiększanie możliwości godzenia pracy z obowiązkami rodzinnymi. 5. Zwiększanie dostępu niepełnosprawnych dzieci do szkolnictwa ogólnodostępnego.	1. Lepsza koordynacja i większa koncentracja świadczeń rodzinnych, z pomocy społecznej, z funduszu zdrowia, urzędu gmin i powiatu w odniesieniu do rodzin z niepełnosprawnym dzieckiem/dziećmi czy osobą dorosłą. 2. Systematyczna waloryzacja świadczeń z tytułu niepełnosprawności. 1. Działania zmierzające do umożliwienia dokonania przez matkę lub ojca dziecka niepełnosprawnego wyboru między rezygnacją z pracy i pobieraniem świadczeń pielęgnacyjnych. 1. Szkolnictwo podstawowe i gimnazjalne w ramach realizacji obowiązku szkolnego powinno stawać się coraz bardziej integracyjne. Przy czym nie powinno likwidować się na obecnym etapie szkół specjalnych. 2. Upowszechnianie informacji dotyczących kształcenia w przedszkolach i szkołach ogólnodostępnych dzieci niepełnosprawnych oraz informacji o możliwościach wsparcia dziecka niepełnosprawnego w systemie edukacji. 3. Rozwijanie umiejętności nauczycieli i specjalistów zatrudnionych w przedszkolach, szkołach i placówkach systemu oświaty w zakresie pracy z uczniem niepełnosprawnym oraz zapewniania współpracy z rodzicami w rozwiązywaniu problemów dydaktyczno-wychowawczych.		
Rodziny dotknięte dysfunkcją lub patologią	1. Zapobieganie patologii w rodzinie i w środowisku uczniowskim oraz w miejscu zamieszkania.	1. Organizacja czasu wolnego dzieci i młodzieży nie tylko przez dalszy rozwój instytucjonalnych form typu świetlice szkolne i środowiskowe, ale i zaangażowanie ze strony rodziców/opiekunów. 2. Upowszechnianie różnych form organizacji czasu poprzez media, by uczulić rodziców na problem i podpowiedzieć im konkretne rozwiązania. 3. Realizacja „Programu Świetlica-Dzieci-Praca na rzecz wspierania dziecka i rodziny w gminie w latach 2011–2015”, mającego na celu wsparcie dzieci i młodzieży z rodzin dysfunkcyjnych. 4. Większa troska rodziców o kontakty rówieśnicze swoich dzieci. 5. Kontrole zachowań uczniów w szkole przez wychowawców i nauczycieli oraz współpracę w tym zakresie z policją.	– Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej – Ministerstwo Edukacji Narodowej – Ministerstwo Sprawiedliwości – sądy rodzinne – mediatorzy – policja – samorządy lokalne – poradnie psychologiczno-pedagogiczne – szkoły, placówki kulturalne i sportowe – organizacje pozarządowe – społeczności lokalne	– budżet państwa – budżety samorządów lokalnych – środki finansowe przyznawane w ramach programów pomocowych UE

Cele szczegółowe	Kierunki działań	Działania szczegółowe	Podmioty odpowiedzialne	Źródło finansowania
	Pomoc dzieciom pozabawionym środowiska rodzinnego.	<p>6. Zwiększanie dostępności do instytucji pomocy ofiarom przemocy, dotkniętym narkomanią i innymi uzależnieniami, do instytucji takich jak: samorządowe i pozarządowe punkty, ośrodki interwencji kryzysowej, ośrodki wsparcia, domy dla matek z dziećmi i kobiet w ciąży i specjalistyczne ośrodki wsparcia dla ofiar przemocy rodzinie.</p> <p>7. Kontrola realizacji „Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie”, wprowadzenie zakazu bicia dzieci (karania fizycznego, rozszerzenie form pomocy ofiarom przemocy) w Ustawie o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie.</p> <p>8. Pełniejsza realizacja zapisów znowelizowanego w 2008 r. Kodeksu Rodzinnego i Opiekuńczego, a dotyczących ochrony dziecka przed złym traktowaniem ze strony rodziców i opiekunów.</p> <p>9. Rozwój systemu profilaktyki przeciwalkoholowej, przeciw narkomanii i przemocy na poziomie gmin (opracowywanie gminnych programów, tworzenie interdyscyplinarnych zespołów).</p> <p>10. Zwiększanie dostępu sprawców przemocy do programów korekcyjno-edukacyjnych.</p> <p>11. Kampanie na rzecz wzbudzenia ogólnej wrażliwości i troski społeczeństwa na zjawisko krzywdzenia dzieci poprzez systematyczne ciągłe nagłaśnianie tego zagrożenia i promocję dobrych praktyk i przykładów odpowiednich działań zapobiegawczych w mediach.</p> <p>1. Rozbudowanie lokalnego środowiskaowego zaplecza pomocy rodzinom w wychowaniu dzieci; stworzenie lokalnej oferty pomocy dzieciom i rodzinie poprzez rozwój usług opiekuńczych.</p> <p>2. Doskonalenie rozwiązań w zakresie stanowienia opieki zastępczej nad dzieckiem.</p> <p>3. Inwestowanie w tworzenie małych placówek opiekuńczo-wychowawczych i stworzenie lepszych rozwiązań w zakresie organizacji opieki medycznej nad wychowankami tych placówek.</p> <p>4. Wzbogacenie programów usamodzielniania się młodzieży – wychowanków tych placówek.</p>	– media	

TABELA II

Cel II.

TWORZENIE WARUNKÓW SPRZYJAJĄCYCH INTEGRACJI W STARZEJĄCYM SIĘ SPOŁECZEŃSTWIE – ZMNIEJSZENIE SKALI ZAGROŻENIA WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM LUDZI STARSZYCH, NIESAMODZIELNYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Priorytety	Działania szczegółowe	Podmioty odpowiedzialne	Źródła finansowania
II.1. Przeciwdziałanie ubóstwu, gwarancja dochodu(ów) rozporządzalnego na poziomie zapewniającym samodzielność finansową gospodarstwom domowym, warunki mieszkaniowe dostosowane do potrzeb, pomoc w utrzymaniu mieszkania ze środków publicznych, dostępność mieszkań chronionych.	<p>1. Weryfikacja zasad określania wysokości świadczeń z systemu zabezpieczenia społecznego pozwalająca na samodzielność ekonomiczną gospodarstwom domowym ludzi starych (zapewnienie dochodu minimalnego zgodnego ze standardami UE = 60% przeciętnego dochodu rozporządzalnego w Polsce).</p> <p>2. Stworzenie możliwości uzyskania, dostosowania i utrzymania mieszkania odpowiadającego potrzebom i kondycji osób starych i niepełnosprawnych (zamiana, dostosowanie, mieszkania chronione) oraz pomocy (dopłat) koniecznych do utrzymania mieszkania.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – administracja rządowa, – administracja samorządowa, 	<ul style="list-style-type: none"> – środki: – ubezpieczenia społecznego, – samorządów lokalnych, – gospodarstw domowych osób, na rzecz których realizowane są świadczenia, osób zobowiązanych do alimentacji osób niesamodzielnych
II.2. Dostęp osób starszych i niepełnosprawnych do usług ochrony zdrowia.	<p>Ocena dostępności do profilaktyki, diagnostyki i leczenia oraz rehabilitacji finansowanych ze środków publicznych.</p> <p>Rejestracja przebiegu procesu profilaktyki, diagnostyki, leczenia i rehabilitacji osób starych, niepełnosprawnych, niesamodzielnych.</p> <p>Udostępnienie koniecznych usług ochrony zdrowia osobom starym, niepełnosprawnym i niesamodzielnym w odpowiednich warunkach i realnym czasie oczekiwania na usługę.</p> <p>Zapewnienie powszechnej dostępności usług niezbędnych dla osób w zaawansowanym wieku (profilaktyka i leczenie geriatryczne).</p> <p>Powszechna kontrola jakości usług ochrony zdrowia; koordynacja leczenia w systemie opłacanym ze środków publicznych i systemie opłacanym przez pacjentów (w sektorze prywatnym).</p> <p>Systematyczne monitorowanie i ocena dostępności i jakości usług ochrony zdrowia dla osób starych, niepełnosprawnych i niesamodzielnych.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – instytucje administracji państwowej, – samorządy lokalne, – NFZ, – media publiczne, – NGO. 	<ul style="list-style-type: none"> – samorządy lokalne, – potencjalni użytkownicy, – środki NGO.

Priorytety	Działania szczegółowe	Podmioty odpowiedzialne	Źródła finansowania
II.3. Dostęp osób niesamodzielnymi (niezdolnych do samodzielnej egzystencji) do usług opieki, w tym usług opieki długoterminowej.	<p>Przyjęcie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym (projekt ustawy opracowany przez Zespół powołany przez prof. Z. Religę).</p> <p>Stworzenie systemu opieki nad osobami niesamodzielnymi w rodzinie, środowisku, placówkach opieki dostosowanych do stopnia i rodzaju niesamodzielnności.</p> <p>Przygotowanie fachowych kadr medycznych i społecznych oraz opiekunów wspomagających rodziny w opiece nad osobami niesamodzielnymi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – administracja rządowa (w zakresie przygotowania rozwiązań systemowych), – NFZ i administracja samorządowa (w zakresie wdrożenia rozwiązań systemowych), – NGO (w zakresie wspomagania systemu opieki realizowanego w rodzinie i instytucjach opieki), – szkoły wyższe 	<ul style="list-style-type: none"> – środki powszechnego ubezpieczenia społecznego, – środki budżetu państwa, – budżety samorządów, – środki potencjalnych użytkowników usług opieki.
II.4. Uczestnictwo ludzi starszych i niepełnosprawnych w różnych dziedzinach życia społecznego (w sferze publicznej).	<p>Rozwijanie różnych form edukacji, rozwój systemu kształcenia i szkolenia dla osób starszych i niepełnosprawnych.</p> <p>Promowanie uczestnictwa w życiu zawodowym (w tym tworzenie zachęt do przedłużania zatrudnienia).</p> <p>Promowanie uczestnictwa w życiu do działalności w charakterze wolontariusza.</p> <p>Promowanie rozwoju i kształtowania zainteresowań, zajęć o charakterze hobbystycznym.</p> <p>Promowanie uczestnictwa w organach przedstawicielskich samorządów, partii politycznych, związków i stowarzyszeń.</p> <p>Rozwijanie form aktywności ruchowej, działalności turystycznej, rekreacyjnej, kulturalnej.</p> <p>Upowszechnianie „dobrych praktyk” dotyczących zwiększania aktywności ludzi starszych i niepełnosprawnych.</p> <p>Przygotowanie kadry pracowników socjalnych wyspecjalizowanych w pracy z osobami starszymi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – samorzady lokalne, – NGOs, – związki wyznaniowe, – instytucje kulturalne, edukacyjne, – instytucje ochrony zdrowia, rynku pracy, pomocy społecznej, – media publiczne, – zakłady pracy i związki zawodowe, – szkoły wyższe. 	<ul style="list-style-type: none"> – samorząd lokalny, – potencjalni uczestnicy, – zakłady pracy, – organizacje pozarządowe.

Priorytety	Działania szczegółowe	Podmioty odpowiedzialne	Źródła finansowania
<p>II.5. Eliminacja dyskryminacji, przemocy oraz zapewnienie bezpieczeństwa osobom starym, niepełnosprawnym i niesamodzielnym.</p>	<p>Eliminowanie form wykluczenia i dyskryminacji upowszechnianych w mediach; aktywne reagowanie na powszechne posługiwanie się negatywnymi stereotypami w mediach i życiu publicznym.</p> <p>Walka ze stereotypami osób starych, jako czynnikiem „obciążenia” społeczeństwa i rodziny („wskaźnik obciążenia ludźmi starymi”).</p> <p>Eliminowanie z języka używanego publicznie wyrażen i form dyskryminujących osoby stare, niepełnosprawne, niesamodzielne.</p> <p>Walka z upowszechnionym w polskim społeczeństwie poglądem, że osoby stare „zasługują” jedynie na najniższe świadczenia i niski standard zaspokojenia potrzeb, są obciążeniem dla rodziny i społeczeństwa.</p> <p>Kampanie społeczne na rzecz przywrócenia ludziom starym należnej im godności i szacunku.</p> <p>Zapewnienie bezpieczeństwa osobom starym w przestrzeni publicznej i miejscu zamieszkania.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – administracja rządowa – KRRiTV, media – samorządy lokalne – programy edukacyjne na rzecz ochrony przez przemocą i wykluczeniem, – kościoły i związki wyznaniowe; pomoc w organizowaniu opieki, ułatwianie osobom starszym i niepełnosprawnym uczestnictwa w praktykach religijnych. 	<ul style="list-style-type: none"> – samorząd lokalny, – potencjalni uczestnicy, – zakłady pracy, – organizacje pozarządowe.

TABELA III

CEL III.
POPRAWA STANU ZDROWIA LUDNOŚCI I OGRANICZANIE UMIERALNOŚCI

Priorytety	Kierunki działań	Działania szczegółowe	Podmioty odpowiedzialne	Źródła finansowania
III.1. POPRAWA OPIEKI NAD MATKĄ I DZIECKIEM	1. Poprawa stanu zdrowia kobiet przed ciążą, matek podczas ciąży, porodu i położu oraz dzieci przed urodzeniem i noworodków.	<p>Opracowanie i wdrożenie spójnego, ogólnopolskiego, międzysektorowego programu uwzględniającego zróżnicowane warunki i potrzeby lokalne, obejmujący działania w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia prokreacyjnego, leczenia chorób i restytucji zdrowia (zmniejszenia częstości przypadków niepłodności małżeńskiej, powikłań przebiegu ciąży i porodu, zgonów i ciężkich zachorowań kobiet w związku z ciążą, porodem i położeniem, poronień samoistnych, wad rozwojowych, porodów przedwczesnych, martwych urodzeń oraz zgonów noworodków i niemowląt).</p> <p>Działania na rzecz profilaktyki pierwotnej zaburzeń zdrowia prokreacyjnego.</p> <p>Edukacja społeczeństwa: kształtowanie wśród dziewcząt i chłopców prozdrowotnych postaw, odpowiedzialności za własne zdrowie, prawidłowego stylu życia i przeciwdziałanie zachowaniom niesprzyjającym zdrowiu prokreacyjnemu: przedwczesnej inicjacji seksualnej, uzależnieniom i chorobom przenoszonym drogą płciową.</p> <p>Upowszechnianie wśród rodzin zachowań sprzyjających zdrowiu i realizacji planów prokreacyjnych.</p> <p>Przygotowanie i upowszechnienie programu prewencji niepłodności.</p> <p>Upowszechnienie poradnictwa przedciążowego w celu zmniejszenia częstości poronień, wad rozwojowych u potomstwa i innych niepowodzeń położniczych.</p> <p>Prewencja wcześniactwa oraz małej urodzeniowej masy ciała.</p> <p>Poprawa dostępności, skuteczności i jakości zintegrowanej okołoporodowej opieki medycznej profilaktyczno-leczniczej i rehabilitacyjnej</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Narodowy Fundusz Zdrowia – Państwowa Inspekcja Sanitarna – Ministerstwo Zdrowia (zdrowotne programy profilaktyczne) – Unia Europejska – jednostki samorządu terytorialnego 	<ul style="list-style-type: none"> – budżety resortów – środki z funduszy unijnych – budżety jednostek samorządu terytorialnego

Priorytety	Kierunki działań	Działania szczegółowe	Podmioty odpowiedzialne	Źródła finansowania
		<p>Upowszechnienie inicjatywy „Szpital Przyjazny Dziecku” poprzez włączenie wszystkich szpitali do realizacji programu promocji karmienia piersią.</p> <p>Zmniejszenie zagrożeń dla zdrowia prokreacyjnego kobiet (w tym zaburzeń płodności, powikłań następnych ciąż i porodów) i zdrowia dzieci, poprzez ograniczanie częstości wykonywania cięć cesarskich.</p> <p>Przygotowanie i wdrożenie modelu „porodu domowego” w szpitalu.</p> <p>Edukacja i wsparcie rodziców po porodzie w celu ułatwienia im radzenia sobie w trudnościach dotyczących zdrowia matki, dziecka i funkcjonowania powiększonej rodziny.</p> <p>Zapewnienie równego dostępu do świadczeń medycznych, badań przesiewowych, szkół rodzenia, dostosowanej do potrzeb systemowej pomocy medycznej i socjalnej rodzinom wielodzietnym oraz pochodzącym ze środowisk zaniedbanych ekonomicznie i kulturowo, rodzin niewydolnych wychowawczo bądź patologicznych, przeciwdziałanie zdrowotnym następstwom ubóstwa, marginalizacji i wykluczenia społecznego.</p>		
	2. Poprawa stanu zdrowia i warunków rozwoju dzieci i młodzieży.	<p>Nadanie opiece nad dzieckiem rzeczywistego priorytetu w polityce państwa; przyjęcie Narodowej Strategii na rzecz Zdrowia i Rozwoju Dzieci i Młodzieży; zaliczenie do strategicznych obszarów problemów zdrowotnych w okresie okołoporodowym i wieku dorastania. Wzajemne powiązanie obszarów – żywienie, zakażenia i choroby zakaźne, urazy i przemoc, środowisko naturalne – jako mających wpływ na zdrowie i rozwój na wszystkich etapach życia. Narodowa strategia powinna objąć także zdrowie jamy ustnej dzieci i młodzieży.</p> <p>Podjęcie skoordynowanych działań na wszystkich szczeblach zdrowotnej polityki publicznej obejmującej m.in.: eliminację czynników pochodzących ze środowiska domowego i zewnętrznego związanych z powstawaniem</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Narodowy Fundusz Zdrowia – Państwowa Inspekcja Sanitarna – Ministerstwo Zdrowia (zdrowotne programy profilaktyczne) – Unia Europejska – jednostki samorządu terytorialnego 	<ul style="list-style-type: none"> – budżety ww. resortów – środki z funduszy unijnych – budżety jednostek samorządu terytorialnego

Priorytety	Kierunki działań	Działania szczegółowe	Podmioty odpowiedzialne	Źródła finansowania
		nieprawidłowości rozwojowych, chorób przewlekłych i niepełnosprawności u dzieci; realizację opieki profilaktycznej nad dziećmi i młodzieżą; zdrowotną opiekę środowiskową nad dziećmi pochodzącymi ze środowisk zaniedbanych oraz opiekę socjalną nad ich rodzinami; optymalizację opieki medycznej nad dziećmi na podstawowym poziomie (kadra, organizacja, wyposażenie); wczesną diagnostykę i działania profilaktyczne, monitorowanie ich w ramach medycyny szkolnej umożliwiające wczesne wykrywanie zagrożeń; upowszechnienie systemu zdrowego żywienia we wszystkich szkołach; rozwój sieci szkół promujących zdrowie.		
III.2. OGRANICZENIE ZACHOROWAŃ I UMIERALNOŚCI Z POWODU CHOROÓB UKŁADU KRĄŻENIA	Konieczność nadania odpowiedniej rangi działaniom prewencyjnym w zdrowotnej polityce publicznej, przeznaczenie na to odpowiednich środków finansowych, rozwijanie i upowszechnianie efektywnych działań z zakresu promocji zdrowia. Kontynuacja tworzenia sieci pododdziałów udarowych, wysokospecjalistycznych oddziałów leczenia udaru mózgu, dalsze doskonalenie diagnostyki i nowoczesnego leczenia udarów, zwiększenie liczby ośrodków rehabilitacji pacjentów po udarze mózgu; Skrócenie czasu docierania pacjentów z ostrymi zespołami wieńcowymi oraz	Opracowanie nowej edycji Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Serca i Naczyń POLKARD uwzględniającego zadania medycyny klinicznej (naprawczej) oraz zadania z zakresu promocji zdrowia oraz zintegrowanej profilaktyki chorób przewlekłych. Weryfikacja założeń systemu organizacji, finansowania oraz monitorowania i ewaluacji Programu Profilaktyki Chorób Układu Krążenia finansowanego z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia. Opracowanie i wdrożenie systemu stałego monitorowania czynników ryzyka i zachowań zdrowotnych. Ocena zakresu i poziomu finansowania ze środków publicznych świadczeń z zakresu kardiologii; zidentyfikowanie tych obszarów diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, których dostępność i poziom finansowania jest niedostateczna. Ocenę skali migracji zarobkowych lekarzy i innych specjalistów w dziedzinie kardiologii i pokrewnych i zidentyfikowanie potencjalnych zagrożeń wynikających z niedostatecznej liczby lekarzy i innych specjalistów związanych z diagnostyką, leczeniem, rehabilitacją oraz opieką nad chorymi z CHUK. Zwiększenie zaangażowania i wykorzystanie możliwości mediów (szczególnie publicznych) w edukacji zdrowotnej	– Narodowy Fundusz Zdrowia – Ministerstwo Zdrowia (zdrowotne programy profilaktyczne) – Unia Europejska	– budżety ww. resortów – środki z funduszy unijnych

Priorytety	Kierunki działań	Działania szczegółowe	Podmioty odpowiedzialne	Źródła finansowania
	<p>udarami mózgu do odpowiednich, wysoko wyspecjalizowanych ośrodków; w tym celu konieczna jest zarówno poprawa stanu wiedzy całego społeczeństwa na temat postępowania w przypadku podejrzenia ozw lub udaru mózgu jak i usprawnienie systemu transportu/ratownictwa medycznego.</p> <p>Wzmocnienie znaczenie krajowego i regionalnego nadzoru kardiologicznego w podejmowaniu strategicznych decyzji na temat systemu akredytacji ośrodków kardiologicznych, wyposażania i organizacji nowych ośrodków czy ich przekształcania.</p>	<p>oraz przekazywaniu pozytywnych informacji na temat możliwości promocji zdrowia, zapobiegania i leczenia chorób o znaczeniu społecznym.</p> <p>Wzmocnienie działań na rzecz zintegrowanej profilaktyki chorób przewlekłych, które mają podobne uwarunkowania w postaci wspólnych czynników ryzyka takich jak palenie tytoniu, wadliwe odżywianie, niedostateczna aktywność fizyczna czy nadmierna konsumpcja alkoholu; działania na rzecz integrowania różnych środowisk ekspertów zajmujących się chorobami przewlekłymi (Ministerstwo Zdrowia, GIS oraz Biuro WHO w Polsce).</p> <p>Podjęcie badań naukowych i analiz systemu monitorowania stanu zdrowia; czynników ryzyka i zachowań zdrowotnych; metodyki zbierania danych o aktywności fizycznej; optymalnego modelu organizacyjnego prewencji chorób serca i naczyń z uwzględnieniem rozwiązań organizacyjnych, poziomu finansowania, metod ewaluacji; regionalnych nierówności występowania i umieralności z powodu chorób serca i naczyń oraz umieralności ogólnej; odległych wyników leczenia pacjentów poddanych leczeniu interwencyjnemu (angioplastyka PCI) z powodu ostrych zespołów wieńcowych z uwzględnieniem korzystania z ambulatoryjnej i stacjonarnej rehabilitacji kardiologicznej, stosowanego leczenia farmakologicznego; działań programowych z zakresu polityki zdrowotnej prowadzonych w krajach, które osiągnęły udokumentowane naukowo sukcesy w zakresie ograniczenia chorobowości i umieralności z powodu chorób serca i naczyń.</p>		
III.3. OGRANICZANIE ZACHOROWALNOŚCI I UMIERALNOŚCI Z POWODU CHOROÓB NOWOTWOROWYCH	1. Realizacja Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych w Polsce i osiągnięcie założonych celów.	<p>1.1. Osiągnięcie średnich europejskich wskaźników w zakresie wczesnego wykrywania i skuteczności leczenia nowotworów.</p> <p>1.2. Stworzenie warunków do wykorzystania w praktyce onkologicznej postępu wiedzy o przyczynach i mechanizmach rozwoju nowotworów złośliwych.</p>	<p>– Narodowy Fundusz Zdrowia</p> <p>– Ministerstwo Zdrowia (zdrowotne programy profilaktyczne)</p> <p>– Unia Europejska</p>	<p>– budżety resortów</p> <p>– środki z funduszy unijnych</p>

Priorytety	Kierunki działań	Działania szczegółowe	Podmioty odpowiedzialne	Źródła finansowania
	2. Podjęcie innych działań w zakresie walki z rakiem.	<p>1.3. Utworzenie systemu ciągłego monitorowania skuteczności zwalczania nowotworów w skali kraju i poszczególnych regionach Polski.</p> <p>2.1. Szeroki rozwój profilaktyki, programów wczesnego wykrywania nowotworów, dostęp do metod wczesnego rozpoznawania i wysokiej jakości diagnostyki i terapii nowotworów.</p> <p>2.2. Upowszechnienie optymalnych metod diagnostyki; modernizacja bazy specjalistycznego leczenia nowotworów.</p> <p>2.3. Upowszechnienie metod rehabilitacji po leczeniu onkologicznym oraz wdrożenie najnowszych metod leczenia objawowego i walki z bólem.</p> <p>2.4. Dalszy rozwój kadr onkologicznych, rozwój i upowszechnienie nauczania onkologii, wdrożenie do praktyki diagnostycznej i leczniczej najnowszych zdobyczy naukowych.</p> <p>2.5. Upowszechnianie wiedzy w społeczeństwie na temat profilaktyki.</p>		
III.4. POPRAWA STANU ZDROWIA PSYCHICZNEGO POLAKÓW	Rozwój promocji zdrowia, poprawa profilaktyki i efektów leczenia zaburzeń zdrowia psychicznego.	<p>Promocja zdrowia psychicznego.</p> <p>Zapobieganie samobójstwom.</p> <p>Ograniczenie spożycia alkoholu.</p> <p>Określenie priorytetów w zakresie leczenia zaburzeń psychicznych.</p> <p>Zapewnienie odpowiednich kadr w lecznictwie.</p> <p>Zapewnienie przestrzegania praw człowieka w psychiatrycznej ochronie zdrowia.</p> <p>Reorganizacja systemu leczenia.</p> <p>Monitoring i koordynacja.</p> <p>Badania naukowe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Narodowy Fundusz Zdrowia – Państwowa Inspekcja Sanitarna – Ministerstwo Zdrowia (zdrowotne programy profilaktyczne) – Unia Europejska – jednostki samorządu terytorialnego 	<ul style="list-style-type: none"> – budżety ww. resortów – środki z funduszy unijnych – budżety jednostek samorządu terytorialnego

Priorytety	Kierunki działań	Działania szczegółowe	Podmioty odpowiedzialne	Źródła finansowania
III.5. OGRANICZENIE ZACHOROWAŃ I UMIERALNOŚCI Z POWODU PRZEWLEKŁYCH CHOROÓB NIEZAKAŻNYCH PRZEZ POPRAWĘ ŻYWIENIA I ZWIĘKSZENIE AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ SPOŁECZEŃSTWA		<p>Stworzenie spójnego programu edukacji żywieniowej, dostosowanego do potrzeb wszystkich grup społecznych i ułatwiającego m.in. świadomy wybór produktów spożywczych, sprzyjających prozdrowotnemu modelowi żywienia.</p> <p>Edukacja żywieniowa kobiet w okresie rozrodczym, promocja karmienia naturalnego niemowląt oraz edukacja żywieniową dzieci i młodzieży.</p> <p>Edukacja żywieniowa grup zawodowych zajmujących się zdrowiem człowieka.</p> <p>Utworzenie platformy współpracy z przemysłem spożywczym na rzecz produkcji żywności o walorach prozdrowotnych (zawierającej mniej tłuszczu, cukru i soli) oraz z sektorem żywienia zbiorowego; poprawa nadzoru nad importem, krajową produkcją i dystrybucją żywności.</p> <p>Poprawa dostępności fizycznej i ekonomicznej żywności dla grup znajdujących się w sferze niedostatku.</p> <p>Stworzenie wszystkim uczniom możliwości zdrowego żywienia w szkole i uczestniczenia w pozalekcyjnych zajęciach sportowo-rekreacyjnych.</p> <p>Wdrażanie standardów żywienia w szpitalach dla poprawy skuteczności leczenia i zmniejszenia jego kosztów.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Narodowy Fundusz Zdrowia – Państwowa Inspekcja Sanitarna – Ministerstwo Zdrowia (zdrowotne programy profilaktyczne) – Unia Europejska – jednostki samorządu terytorialnego 	<ul style="list-style-type: none"> – budżety resortów – środki z funduszy unijnych – budżety jednostek samorządu terytorialnego
III.6. PROMOCJA ZDROWIA JAKO STRATEGIA ROZWIĄZYWANIA WSPÓŁCZESNYCH PROBLEMÓW ZDROWOTNYCH	1. Zmiana modelu i statusu promocji zdrowia w krajowym systemie ochrony zdrowia.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zainicjowanie debaty publicznej na temat roli promocji zdrowia jako strategii międzysektorowej i przeprowadzenie krajowej kampanii edukacyjnej w tym zakresie. 2. Zakończenie prac nad ustawą o zdrowiu publicznym odpowiadającej potrzebom nowoczesnego zdrowia publicznego i promocji zdrowia. 3 Zwiększenie udziału środków przeznaczanych na zdrowie publiczne w puli środków przeznaczanych na zdrowie oraz zapewnienie stałego finansowania promocji zdrowia. 	<ul style="list-style-type: none"> – Narodowy Fundusz Zdrowia – Państwowa Inspekcja Sanitarna – Ministerstwo Zdrowia (zdrowotne programy profilaktyczne) – Unia Europejska – jednostki samorządu terytorialnego 	<ul style="list-style-type: none"> – budżety resortów – środki z funduszy unijnych – budżety jednostek samorządu terytorialnego

Priorytety	Kierunki działań	Działania szczegółowe	Podmioty odpowiedzialne	Źródła finansowania
	<p>2. Rozwój infrastruktury dla promocji zdrowia (zasoby ludzkie, instytucje, legislacja, system finansowania, rozwiązania organizacyjne) oraz działań w obszarze zdrowia publicznego.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zapoczątkowanie i rozwój mechanizmów rutynowej współpracy międzysektorowej na rzecz zdrowia. 2. Przegląd i aktualizacja aktów prawnych istotnych dla promocji zdrowia jako międzysektorowej strategii i obszaru działań. 3. Uruchomienie powszechnej tradycji oceny wyników projektów interwencyjnych z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki w strukturze społecznej (wg wykształcenia, dochodu, pozycji społeczno-zawodowej) w celu oceny ich efektów dla poprawy stanu zdrowia populacji i redukcji społecznych nierówności w zdrowiu. 4. Uruchomienie monitoringu zachowań zdrowotnych. 5. Stymulowanie rozwoju interdyscyplinarnych badań nad społecznymi nierównościami w zdrowiu. 6. Kontynuacja i rozwój sieciowych programów promocji zdrowia opartych na siedliskowym podejściu (<i>setting approach</i>): <ul style="list-style-type: none"> – programu Zdrowe Miasta wiążącego działania na rzecz zdrowia i ochrony środowiska w środowisku miejskim; – programu Promocja Zdrowia w Miejscu Pracy promującego zdrowie w środowisku zatrudnienia oraz zdrowy styl życia poza miejscem pracy; – programu Szpitali Promujących Zdrowie oraz programu Szkół dla Zdrowia Europy (dawna sieć szkół promujących zdrowie). 7. Kontynuacja i rozwój programu CINDI. 8. Rozwój w populacji generalnej i jej wybranych subpopulacjach kompetencji zdrowotnych obejmujących zdobywanie, rozumienie i stosowanie informacji istotnych z punktu widzenia profilaktyki pierwotnej i promocji zdrowia. 9. Zwiększenie oferty dla międzysektorowych programów promocji zdrowia w ramach programów polityki zdrowotnej finansowanej przez resort zdrowia. 	<ul style="list-style-type: none"> – Narodowy Fundusz Zdrowia – Ministerstwo Zdrowia (zdrowotne programy profilaktyczne) – Unia Europejska 	<ul style="list-style-type: none"> – budżety resortów – środki z funduszy unijnych

Priorytety	Kierunki działań	Działania szczegółowe	Podmioty odpowiedzialne	Źródła finansowania
	3. Rozwój infrastruktury dla promocji zdrowia (zasoby ludzkie, instytucje, legislacja, system finansowania) oraz działań w obszarze opieki zdrowotnej.	<p>10. Kontynuacja i rozwój działań na rzecz promocji zdrowia świadczonych przez władze samorządowe, sektor pozarządowy i społeczności lokalne.</p> <p>11. Rozwój różnych form poradnictwa wspierającego upowszechnianie prozdrowotnych stylów życia w populacji generalnej, w tym poradni zdrowia psychicznego.</p> <p>12. Opracowanie i wdrażanie programu promocji zdrowia dla osób 50+.</p> <p>13. Wspieranie i rozwój programów bezpieczeństwa drogowego ze szczególnym uwzględnieniem programów adresowanych do populacji 50+.</p> <p>1. Nasilenie działań na rzecz zwiększenia wyrównywania dostępu do świadczeń zdrowotnych i podnoszenia ich jakości.</p> <p>2. Stworzenie warunków dla rozwoju permanentnej edukacji pacjentów i ich rodzin z myślą o redukcji negatywnych wpływów środowiskowych na ich zachowanie w procesie profilaktyki, leczenia i rehabilitacji poprzez :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wprowadzenie konieczności minimalnych interwencji do praktyki lekarskiej; - Rozwój poradnictwa; - Rozwój mechanizmów współpracy między personelem medycznym a innymi specjalistami; - Stworzenie warunków dla permanentnej edukacji z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki personelu medycznego i paramedycznego; - Wspieranie rozwoju badań nad modelowymi rozwiązaniami poradnictwa i edukacji pacjentów zapewniających im poziom kompetencji zdrowotnych dla pełnego odpowiedzialnego uczestnictwa w procesie terapii, profilaktyki wtórnej, i rehabilitacji. 	<ul style="list-style-type: none"> - Narodowy Fundusz Zdrowia - Ministerstwo Zdrowia (zdrowotne programy profilaktyczne) - Unia Europejska 	<ul style="list-style-type: none"> - budżety resortów - środki z funduszy unijnych

TABELA IV

CEL IV.

OKREŚLENIE ZASAD I KIERUNKÓW POLITYKI MIGRACYJNEJ PAŃSTWA POLSKIEGO W DOBIE INTEGRACJI EUROPEJSKIEJ

PRIORYTET IV.1. Utrzymywanie więzi z Polakami przebywającymi za granicą, traktowanie ich jako składnika polskiego potencjału ludnościowego

Cele szczegółowe	Kierunki działań	Działania szczegółowe	Podmioty odpowiedzialne	Źródło finansowania
1. WSPIERANIE POLAKÓW PRZEBYWAJĄCYCH ZA GRANICĄ	<p>1.1. Współpraca z polską diasporą w państwach członkowskich UE i państwach trzecich oraz ochrona instytucjonalna polskich pracowników migrujących.</p> <p>1.2. Opieka nad polskimi obywatelami za granicą.</p> <p>1.3. Zaangażowanie władz i instytucji kraju zamieszkania w rozwiązywanie problemów starej i nowej emigracji.</p> <p>1.4. Inspirowanie bezpośrednich kontaktów pomiędzy instytucjami polskimi a instytucjami kraju urzędowania).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Poszerzanie współpracy z partnerami z UE i z państw trzecich w zakresie postępowania kryzysowego z udziałem obywateli polskich. • Stworzenie nowych narzędzi komunikacji z Polonią i Polakami za granicą. • Analizowanie i reagowanie na nowe zjawiska dotyczące fali emigrantów (bezdomność, bezrobocie, problemy zdrowotne i społeczne, wzrost przestępczości). • Opracowanie programu działania na rzecz pomocy emigrantom ekonomicznym (przy współpracy międzyresortowej – przeciwko handlowi ludźmi, zwalczania bezdomności itd.). 	MSZ, MPIPS, MSW	Środki resortów
2. WSPIERANIE EDUKACJI I ZRZESZEŃ POLAKÓW PRZEBYWAJĄCYCH ZA GRANICĄ	<p>2.1. Wspieranie edukacji i zrzeszeń Polaków przebywających za granicą:</p> <p>a) aktywizacja młodego pokolenia osób polskiego pochodzenia, zwłaszcza legitymujących się ważną Kartą Polaka, uprawniających do podejmowania i odbywania kształcenia w Polsce ;</p> <p>b) docieranie do środowisk polonijnych nie zrzeszonych w organizacjach polonijnych;</p> <p>c) utrzymywanie kontaktów i wspieranie działalności tradycyjnych organizacji polonijnych.</p>	<p>1. Utrzymanie i wspieranie szkolnictwa polskiego za granicą:</p> <p>a) prowadzenie szkół i szkolnych punktów konsultacyjnych dla dzieci obywateli polskich czasowo przebywających za granicą;</p> <p>b) wspieranie oświaty polonijnej organizowanej przez podmioty społecznie działające oraz nauczania języka polskiego w ramach obcych systemów oświaty.</p> <p>2. Wspieranie zrzeszeń Polaków przebywających za granicą poprzez animowanie działalności kulturalnej na zaproszenie organizacji polonijnych.</p>	MSZ; MEN, MNiSW, MKiDN, MSiT, GUS,	Środki będące w dyspozycji MSZ (DWP) dzielone na cztery fundusze polonijne: „szkolnictwo polskie za granicą”; „kultura i sztuka oraz pozostała działalność”; „kolonie i obozy dla młodzieży polonijnej w kraju”; „opieka nad miejscami pamięci narodowej” plus dotacja przeznaczona na wsparcie TV Polonia

Cele szczegółowe	Kierunki działań	Działania szczegółowe	Podmioty odpowiedzialne	Źródło finansowania
		a) organizacja doskonalenia zawodowego nauczycieli polonijnych i nauczania w języku polskim; b) animowanie działalności kulturalnej na zaproszenie organizacji polonijnych; c) wyposażanie szkół polonijnych w podręczniki i pomoce dydaktyczne.		Udzielanie pomocy finansowej przez MSZ (budżet państwa) stowarzyszeniom polonijnym na: działalność programową, realizację zadań edukacyjnych, działania inwestycyjne
3.ZAPEWNIENIE POLAKOM OPIEKI KONSULARNEJ, CIĄGŁOŚCI INFORMACJI O KRAJU	3.1. Działania w zakresie opieki konsularnej i działalności konsulatów: a) działania informacyjne (kampanie informacyjne prowadzone w kraju i poza granicami kraju); b) wspieranie (w tym finansowe) inicjatyw społecznych, służących pomocą obywatelom poza granicami kraju (wspieranie organizowania samopomocy w gronie społeczności polskiej, współpraca z polskimi grupami zawodowymi niosącymi pomoc pozostałym imigrantom – lekarze, prawnicy, tłumacze, psychologowie itp.); c) Współpraca z instytucjami i organizacjami państw przyjmujących, istotnymi dla spraw dot. obywateli polskich (współpraca ze związkami zawodowymi, z władzami lokalnymi, organizacjami NGO, organizacjami polonijnymi itp.).	<ul style="list-style-type: none"> • Zapewnienie przez urzędy konsularne szerokiego dostępu do informacji osobom przebywającym za granicą. • Umożliwienie dotarcia przez petenta do stosownej informacji (dot. służby zdrowia i za-bezpieczenia socjalnego; dot. miejscowych placówek oświatowych; dot. wszelkich kwestii prawnych, sądowniczych, odszkodowawczych; dot. panujących zwyczajów, zakazów oraz obowiązków w kraju przyjmującym). • Udzielanie pomocy przez instytucje samorządowe i organizacje pozarządowe Polakom będącym w trudnej sytuacji życiowej, uzależnionym i bezdomnym. • Wsparcie w uregulowaniu ich sytuacji prawnej, rodzinnej i bytowej, poszukiwaniu specjalistycznych placówek pomocy oraz organizowanie powrotu do kraju. W zakresie współpracy przekazywane są tym organizacjom przez budżet lokalny środki pieniężne na dofinansowanie ich bieżącej działalności. 	MSZ Samorządy NGO	Środki MSZ Budżet lokalny

Cele szczegółowe	Kierunki działań	Działania szczegółowe	Podmioty odpowiedzialne	Źródło finansowania
4. PROMOCJA POLSKI NA ARENIE MIĘDZY-NARODOWEJ	4.1. Wzmocnienie międzynarodowej pozycji Polski i poprawy jej wizerunku.	<ul style="list-style-type: none"> • Budowanie przychylności dla Polski i zapobieganie powstawaniu i utrzymywaniu się negatywnych skojarzeń oraz stereotypów. • Tworzenie pogłębionego zainteresowania dla dawnych i współczesnych osiągnięć polskiej kultury, sztuki i nauki, w tym szeroko pojętej humanistyki, jako dziedzin w wyjątkowy sposób wyrażających polskie dziedzictwo duchowe i współczesne przemiany. • Popularyzowanie obiektywnej informacji na temat zwłaszcza tych zjawisk i momentów w historii Polski, które przekładają się na współczesną percepcję naszego kraju w opiniotwórczych kręgach za granicą. • Promowanie wiedzy o Polsce jako ważnym uczestniku debaty i współpracy międzynarodowej, o znaczącym potencjale w skali indywidualnej, regionalnej, a nawet globalnej, ilustrowanym m.in. naszym zaangażowaniem w stabilizację i rozwój różnych państw świata. 	MSZ	Środki MSZ
5. WŁĄCZENIE POLAKÓW PRZEBYWAJĄCYCH ZA GRANICĄ DO PROMOCJI KRAJOWEJ PRODUKCJI I TURYSTYKI	5.1. Skuteczna i skoordynowana promocja krajowej produkcji i turystyki.	<ul style="list-style-type: none"> • Popularyzowanie współczesnego potencjału Polski jako areny dynamicznego rozwoju i wzrostu, w różnych dziedzinach atrakcyjnych dla partnerów zagranicznych (gospodarka, edukacja, nauka, myśl techniczna, kultura, turystyka, międzynarodowe relacje społeczne i in.), a przez to przyczynianie się do wzrostu polskiego eksportu i/lub inwestycji, ew. zagranicznych inwestycji do Polski. 	MG, PIG, MSZ, MSiT	Budżet resortów Środki sektora biznesu

PRIORYTET IV.2. Przestrzenna i zawodowa orientacja dotycząca obszarów i struktury wyjazdów zarobkowych, z uwzględnieniem sytuacji na lokalnych rynkach pracy

Cele szczegółowe	Kierunki działań	Działania szczegółowe	Podmioty odpowiedzialne	Źródło finansowania
1. MONITOROWANIE PROCESÓW ZWIĄZANYCH Z EMIGRACJĄ ZAROBKOWĄ POLAKÓW	1.1 Gromadzenie materiałów i informacji dotyczących m.in.: skali, struktury oraz warunków zatrudnienia migrantów. 1.2 Monitorowanie, analiza i ocena strumieni i zasobów migracyjnych w krajach docelowych polskiej emigracji. 1.3 Przegląd procesów społecznych związanych z emigracją. 1.4 Monitorowanie działalności agencji pośrednictwa pracy. 1.5 Podejmowanie działań interwencyjnych w sytuacjach kryzysowych.	<ul style="list-style-type: none"> • Zbieranie materiałów i informacji dot. skali, struktury oraz warunków zatrudnienia migrantów z różnorodnych źródeł (placówki dyplomatyczno-konsularne, naukowe, partnerzy zagraniczni). • Analiza i ocena procesów migracyjnych na podstawie krajowych i zagranicznych publikacji naukowych, danych statystycznych, raportów, materiałów prasowych i internetowych oraz ich analiza i ocena. • Przegląd materiałów dotyczących skutków społecznych emigracji m.in. na poziomie regionów i gospodarstw domowych. • Inicjowanie dyskusji publicznych i uczestniczenie w konferencjach, seminariach oraz spotkaniach poświęconych problematyce emigracji. • Prowadzenie analiz i inicjowanie debat na temat potrzeby udoskonalania polskich przepisów w zakresie podejmowania pracy za granicą (np. w odniesieniu do regulacji związanych z agencjami zatrudnienia). • W przypadku stwierdzenia naruszenia prawa w stosunku do emigrantów z Polski (np. sygnałów o dyskryminacji na rynku pracy w danym państwie przyjmującym): wyjaśnianie kwestii problematycznych na poziomie dwustronnym, współpraca z Inspekcją Pracy oraz w razie potrzeby zgłaszanie zaistniałych naruszeń do odpowiednich instytucji UE. 	MPiPS GUS, MSZ, PIP	Środki resortów

Cele szczegółowe	Kierunki działań	Działania szczegółowe	Podmioty odpowiedzialne	Źródło finansowania
2. ROZPOWSZECHNIANIE INFORMACJI Z ZAKRESU EMIGRACJI ZAROBKOWYCH	2.1 Informowanie obywateli Polski na temat warunków pracy i pobytu w docelowych krajach emigracji Polaków. 2.2 Udostępnianie informacji na temat potencjalnych zagrożeń, jakie mogą napotkać obywatele Polski podejmujący pracę w danym państwie przyjmującym.	<ul style="list-style-type: none"> • Rozwijanie i udoskonalanie portalu EURES. • Publikowanie materiałów dotyczących warunków pracy i pobytu w krajach docelowych polskiej emigracji na stronach internetowych. • Przygotowywanie materiałów w formie ulotek, broszur itp. i ich kolportaż z udziałem m.in. placówek konsularnych, powiatowych urzędów pracy i organizacji pozarządowych. • Opracowywanie przydatnych dla migrantów materiałów zawierających m.in.: dane teleadresowe ważnych instytucji i organizacji pozarządowych w państwach docelowych emigracji, informacje na temat sposobów postępowania w sytuacjach kryzysowych, praktyczne porady mające na celu przestrzeganie przed nieuczciwymi pośrednikami/ pracodawcami itp. • Współpraca bilateralna z państwami przyjmującymi w celu tworzenia najlepszych kanałów informacyjnych dla emigrantów z Polski. 	MPiPS, MSZ	Środki resortów
3. WSPIERANIE MIGRANTÓW POWROTNYCH	3.1. Rozpowszechnianie informacji przydatnych dla osób planujących powrót do Polski. 3.2. Współpraca z właściwymi instytucjami w zakresie tworzenia warunków ułatwiających migrantom powrót do kraju.	<ul style="list-style-type: none"> • Udostępnianie na stronie internetowej aktualnych, rzetelnych informacji przydatnych dla Polaków planujących powrót z emigracji takich jak: formalności przed i po powrocie, możliwości podejmowania pracy i zakładania działalności gospodarczej w Polsce, kwestie z zakresu podatków, systemu zabezpieczenia 		

Cele szczegółowe	Kierunki działań	Działania szczegółowe	Podmioty odpowiedzialne	Źródło finansowania
	3.3. Wspieranie przebywających w kraju rodzin emigrantów. 3.4. Wspieranie adaptacji dzieci migrantów powrotnych do polskiego systemu szkolnictwa.	społecznego i opieki zdrowotnej oraz praktyczny poradnik psychologiczny. <ul style="list-style-type: none"> • Uwrażliwianie pracowników publicznych służb zatrudnienia na problemy osób, które wróciły z emigracji zarobkowej i mają trudności z adaptacją na lokalnym rynku pracy. 		
4. ROZWIJANIE WSPÓLPRACY POMIĘDZY INSTYTUCJAMI ZAANGAŻOWANYMI W PROBLEMATYKĘ MIGRACJI	4.1. Współpraca resortów zaangażowanych w tematykę emigracji Polaków. 4.2. Współpraca z samorządem terytorialnym i organizacjami pozarządowymi w ramach działań na rzecz Polaków – migrantów zarobkowych przebywających za granicą. 4.3. Należy wskazać instytucję odpowiedzialną za koordynację problematyki emigracyjnej, której wskazanie powinno być poprzedzone debatą m.in. w ramach międzyresortowego Zespołu do Spraw Migracji. 4.4. Nadzór nad agencjami pośrednictwa pracy.	<ul style="list-style-type: none"> • Opracowanie założeń co do koordynacji działań podmiotów zaangażowanych w problematykę emigracji. • Przeprowadzenie debaty zmierzającej do wyłonienia podmiotu wiodącego w zakresie problematyki emigracji. • Wspieranie działań podejmowanych przez samorządy społeczne i organizacje pozarządowe na rzecz polskich migrantów zarobkowych. • Współpraca administracji publicznej w zakresie emigracji zarobkowej z organizacjami pozarządowymi (np. zlecenie zadań publicznych, dofinansowywanie). 	MSW, MIPS, MSZ, MG, MEN, MNiSW Samorządy lokalne, organizacje pozarządowe	Środki resortów Środki samorządów lokalnych

PRIORYTET IV.3. Polityka imigracyjna. Wdrożenie postulatów dotyczących imigracji zawartych w dokumencie „Polityka Migracyjna Polski – stan obecny i postulowane działania”

Cele szczegółowe	Kierunki działań	Działania szczegółowe	Podmioty odpowiedzialne	Źródło finansowania
<p>1. POLITYKA IMIGRACYJNA DOSTOSOWANA DO PRIORYTETÓW RYNKU PRACY I KONKURENCYJNOŚCI POLSKIEJ GOSPODARKI</p>	<p>1.1 Wprowadzanie mechanizmów systematycznego monitoringu popytu i podaży na rynku pracy.</p> <p>1.2. Otwarcie dostępu do rynku pracy dla cudzoziemców legalnie przebywających w Polsce.</p> <p>1.3. Stosowanie ułatwień w dostępie do rynku pracy dla absolwentów polskich uczelni, pracowników wysoko wykwalifikowanych oraz cudzoziemców o pożądanym kwalifikacjach zawodowych.</p> <p>1.4. Stosowanie uzupełniającego charakteru zatrudniania imigrantów zarobkowych, względem pracowników lokalnych.</p> <p>1.5. Utworzenie aktywnego systemu pozyskiwania pracowników cudzoziemskich (m.in. na podstawie bilateralnych umów międzynarodowych).</p> <p>1.6. Promowanie migracji cyrkulacyjnych, w tym w celu wykonywania pracy sezonowej.</p> <p>1.7. Rozwijanie mechanizmu uproszczonego podejmowania pracy w Polsce (system oświadczeń).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elastyczne reagowanie na zapotrzebowanie na pracowników o określonych kwalifikacjach. • Uproszczenia przepisów dotyczących możliwości podejmowania pracy w Polsce przez cudzoziemców. • Stosowanie ułatwień dla inwestorów. • Reglamentacja w zakresie zatrudniania cudzoziemców przy jednoczesnym stosowaniu systemu zwolnień podmiotowych i przedmiotowych. • Podpisywanie umów migracyjnych z tzw. krajami trzecimi w zakresie migracji zarobkowych. 	MSZ, MPIPS, MF, MSW	Środki resortów
<p>2. UPZYWILEJOWANIE OKREŚLONYCH GRUP CUDZOZIEMCÓW W ZAKRESIE POBYTU, PRACY I NAUKI NA TERYTORIUM POLSKI</p>	<p>2.1. Preferencyjne rozwiązania prawne w zakresie pobytu i pracy na terytorium RP dla wybranych grup cudzoziemców, do których należą:</p> <ul style="list-style-type: none"> – osoby pochodzenia polskiego; – studenci, naukowcy, absolwenci polskich uczelni; – cudzoziemcy prowadzący działalność gospodarczą, w szczególności kreującą nowe miejsca pracy; 	<ul style="list-style-type: none"> • Szczególne działania powinny być skierowane do cudzoziemców polskiego pochodzenia, ponieważ jest to grupa mająca wyjątkowe znaczenie dla polityki państwa i jego interesów, również z uwagi na uwarunkowania historyczne Polski. Do zadań w tym obszarze należą: • uregulowanie problematyki stwierdzania polskiego pochodzenia oraz uprawnień przysługujących osobom polskiego po- 	MSZ, MPIPS, MF, MSW, MSWiN, MEN	MF, MSW, MSZ

Cele szczegółowe	Kierunki działań	Działania szczegółowe	Podmioty odpowiedzialne	Źródło finansowania
	<p>(cd.)</p> <ul style="list-style-type: none"> – imigranci zarobkowi o potrzebnych kwalifikacjach; – obywatele państw członkowskich UE, członkowie ich rodzin, – inni cudzoziemcy korzystający z zasady swobodnego przepływu osób; – członkowie rodzin obywateli polskich oraz cudzoziemcy osiadli w Polsce; – małoletni, w szczególności małoletni bez opieki; – cudzoziemcy wykazujący zainteresowanie procesem integracji w Polsce i podejmujący działania w tym kierunku (np. nauka języka polskiego, aktywność społeczna etc.); – osoby objęte ochroną na terytorium RP,; – przypadki humanitarne, medyczne, ofiary handlu ludźmi; – inne kategorie, które mogą być wyodrębnione na podstawie porozumień międzynarodowych, partnerstwa na rzecz mobilności, itp. 	<p>(cd.)</p> <p>pochodzenia, w tym możliwości osiedlenia się w Polsce.</p> <ul style="list-style-type: none"> • poszerzenie kręgu osób mogących ubiegać się o uzyskanie stwierdzenia polskiego pochodzenia. • wprowadzenie preferencji i ułatwień dla cudzoziemców pochodzenia polskiego w zakresie możliwości uzyskania obywatelstwa polskiego. • Zmiana przepisów dotyczących repatriacji w kierunku pozwalającym na skrócenie okresu oczekiwania na przyjazd repatriantów do Polski. 		

PRIORYTET IV.4. Wspieranie współczesnych migracji edukacyjnych

Cele szczegółowe	Kierunki działań	Działania szczegółowe	Podmioty odpowiedzialne	Źródło finansowania
1. POBUDZENIE KONTAKTÓW MIĘDZYNARODOWYCH PLACÓWEK EDUKACYJNYCH	1.1. Zawieranie umów dwustronnych z krajami ościennymi i innymi zainteresowanymi wymianą międzynarodową uczniów i nauczycieli. 1.2. Upowszechnianie informacji na temat możliwości studiowania w Polsce. 1.3. Stworzenie kompleksowego systemu rekrutacji cudzoziemców – kandydatów na studia w Polsce, obejmujący zarówno procedury związane z naborem kandydatów, jak i udzieleniem im wiz. 1.4. Uproszczenie formalności związanych z uzyskiwaniem dokumentów pobytowych przez studentów i pracowników naukowych, przy jednoczesnym podjęciu działań zapobiegających wykorzystywaniu ww. procedur wyłącznie w celu zalegalizowania pobytu.	<ul style="list-style-type: none"> • Uczestnictwo w wizytach studyjnych na temat edukacji. • Upowszechnianie informacji o programach wymiany w ramach Unii Europejskiej. • Monitorowanie przez uczelnie procesu odbywania studiów przez cudzoziemców w Polsce. 	MSZ MEN, MNiSW, MK i DN	Środki resortów Częściowe finansowanie przez wydawnictwa książkowe i prasowe oraz przez Unię Europejską
2. WSPIERANIE MIGRACJI EDUKACYJNYCH	2.1. Rozwijanie systemu stypendialnego zachęcającego do studiowania w Polsce na kierunkach istotnych z uwagi na znaczenie realizowanych przez uczelnie badań naukowych lub z punktu widzenia rynku pracy.	<ul style="list-style-type: none"> • Rozwijanie systemu stypendialnego dla uzdolnionych i potrzebujących studentów z zagranicy. 	MSZ, MNiSW,	Środki resortów
3. UTRZYMANIE SZKOLNICTWA POLSKIEGO ZA GRANICĄ I ZAPEWNIENIE EDUKACJI OBCOKRAJOWCOM W POLSCE	3.1. Promowanie we współpracy z krajami ojczystymi i w koordynacji z normalnym kształceniem — nauki języka ojczystego oraz kultury kraju pochodzenia dla dzieci nią objętych.	<ul style="list-style-type: none"> • Rozwijanie edukacyjnej integracji dzieci migrantów. 	MSZ MEN	Środki resortów

PRIORYTET IV.5. Podniesienie stanu wiedzy o współczesnych procesach migracyjnych

Cele szczegółowe	Kierunki działań	Działania szczegółowe	Podmioty odpowiedzialne	Źródło finansowania
1. MONITOROWANIE PROCESÓW MIGRACYJNYCH	1.1. Bieżąca obserwacja ruchów migracyjnych (emigrantów i imigrantów), identyfikująca sposoby i formy mobilności, kierunki przemieszczeń ludności oraz podstawowe dane społeczno-demograficzne o osobach migrujących.	<ul style="list-style-type: none"> • Analiza i ocena procesów. 	Komenda Główna Straży Granicznej, UdSC, MPiPS, MSZ, GUS, MNiSW, MEN, ZUS	Środki resortów
	1.2. Identyfikacja potrzeb, zawodów i kwalifikacji o szczególnym znaczeniu dla gospodarki i nauki oraz ocena skutków działalności cudzoziemców na polskim rynku pracy.			
	1.3. Budowa powiązanych systemów pozyskiwania danych na temat pobytu i pracy/ działalności cudzoziemca w zakresie stworzenia systemu rejestracji zatrudnienia obywateli państw trzecich.	<ul style="list-style-type: none"> • Zbieranie materiałów i informacji z zakresu skali, struktury oraz warunków zatrudnienia migrantów z różnorodnych źródeł, takich jak: placówki dyplomatyczne – konsularne, instytucje naukowe, partnerzy zagraniczni. 	MPiPS, MG, MNiSW, PIP, MSZ, MPiPS, MSW, UdSC	Środki resortów
	1.4. Efektywny system regularnego monitoringu popytu na migrantów zarobkowych, który będzie stanowić podstawę kształtowania instrumentów polityki migracyjnej do zmieniających się uwarunkowań na rynku pracy.		Straż Graniczna, administracja samorządowa	
	1.5. Monitorowanie procesu odbywania studiów przez cudzoziemców w Polsce, poprzez stworzenie centralnego rejestru osób uczących się w placówkach szkolnictwa wyższego.	<ul style="list-style-type: none"> • Inicjowanie dyskusji publicznych i uczestniczenie w konferencjach, seminariach oraz spotkaniach poświęconych problematyce. 	MSW MEN, MNiSW	Środki resortów
	1.6. Systematyczne badania na temat skuteczności przeprowadzanych dobrowolnych powrotów oraz pomocy reintegracyjnej.		MSW, MIPS, Straż Graniczna, Urząd do Spraw Cudzoziemców	Środki resortów

Cele szczegółowe	Kierunki działań	Działania szczegółowe	Podmioty odpowiedzialne	Źródło finansowania
	<p>1.7. Ocena skuteczności działań preintegracyjnych (dla cudzoziemców ubiegających się w Polsce o ochronę międzynarodową) i integracyjnych prowadzonych w stosunku do cudzoziemców, również pod kątem zasadności wydatkowania na tę działalność środków budżetowych i unijnych, a także badanie zjawiska integracji imigrantów, potrzeb państwa w tym zakresie, gotowości do integracji i stopnia integracji cudzoziemców ze społeczeństwem polskim oraz wzmocnienie procesu badawczego poprzez wypracowanie najbardziej właściwych w polskich warunkach wskaźników stopnia integracji obywateli państw trzecich.</p> <p>1.8. System „monitorowania losów” cudzoziemca, którego pobyt został zalegalizowany w oparciu o przepisy abolicyjne. Regularne analizy dotyczące abolicji.</p> <p>1.9. Badanie procesów społecznych w kraju związanych z podejmowaniem pracy za granicą. Określenie skali zjawiska emigracji zarobkowej oraz prowadzonej przez jej przedstawicieli działalności za granicą.</p> <p>1.10. Badanie stosunku polskiego społeczeństwa do migrantów (emigrantów, imigrantów) oraz skuteczności prowadzonych kampanii na rzecz pozytywnego odbioru społecznego w stosunku do przebywających w Polsce imigrantów.</p>	<p>Przegląd materiałów dotyczących skutków społecznych migracji.</p>	<p>MSW, MPiPS, Urząd do Spraw Cudzoziemców, administracja samorządowa</p> <p>MPiPS,, MSW, MEN, MNiSW, GUS, Samorządy, organizacje pozarządowe</p> <p>MPiPS,, MSW, MEN, MNiSW, GUS, uczelnie, instytuty badawcze Samorządy, organizacje pozarządowe</p>	<p>Środki resortów</p> <p>Środki resortów</p> <p>Środki resortów</p>

TABELA V. POSTULOWANE KIERUNKI BADAŃ I ANALIZ

Cel	Zadania do realizacji	Działania kierunkowe	Kierunki badań i analiz
CEL I. TWORZENIE WARUNKÓW SPRZYJAJĄCYCH POWSTAWANIU RODZIN, PRZEDE WSZYSTKIM POPRZEZ ZAWIERANIE MAŁŻEŃSTW I REALIZACJĘ PLANÓW PROKREACYJNYCH	1. Tworzenie warunków sprzyjających powstawaniu rodzin, przede wszystkim poprzez zawieranie małżeństw i realizację planów prokreacyjnych.	Kształtowanie systemu wartości prorodzinnych w społeczeństwie; szczególnie wśród osób młodych. Sprzyjanie osiągnięciu samodzielności ekonomicznej i utrzymanie niezależności materialnej osób młodych.	Badanie postaw i zachowań prokreacyjnych w społeczeństwie. Badanie postaw wobec małżeństwa, rodziny i dzietności oraz zmian w hierarchii wartości w społeczeństwie. Badania uwarunkowań kulturowych, społecznych i ekonomicznych: realizacji podstawowych funkcji w rodzinach młodych; kształtowania się partnerskiego modelu rodziny. Badanie możliwości godzenia obowiązków rodzinnych z zawodowymi w przypadku różnych form zatrudnienia i organizacji czasu pracy oraz różnych form opieki nad dzieckiem (także dla realizacji odpowiednich zadań w pkt. 3). Badania identyfikujące bariery aktywności w podejmowaniu działalności gospodarczej przez ludzi młodych. Badanie losów zawodowych absolwentów i skuteczności programów aktywizujących na rynku pracy wobec młodzieży. Monitoring efektywności instrumentów kreowania popytu na mieszkania (ulg podatkowych, kredytów, mieszkaniowych rachunków oszczędnościowych itp.). Monitoring procesów realnych w powyższych obszarach.
	2. Tworzenie warunków sprzyjających rozwojowi młodego pokolenia w rodzinie, jako czynnik poprawy jakości kapitału ludzkiego.	Wspieranie rodzin w ponoszeniu kosztów utrzymania i wychowania dzieci w rodzinie Rozwój usług społecznych dla dzieci i młodzieży, jako sprzyjających rozwojowi młodej generacji i zwiększeniu gwarancji równych szans.	Cykliczne analizy efektywności świadczeń rodzinnych, ich funkcji dochodowej, egalitaryzującej, stymulującej. Badania motywacji korzystania z urlopów wychowawczych w kontekście warunków życia rodzin i sytuacji na rynku pracy; (także dla realizacji zadań w pkt. I.3); badania uwarunkowań korzystania z uprawnień mających na celu godzenie obowiązków zawodowych z rodzinnymi przez mężczyzn. Badania uwarunkowań korzystania z różnych form opieki nad dzieckiem; monitoring zaspokojenia potrzeb na usługi placówek opiekuńczo-wychowawczych (także dla realizacji zadań w pkt. 3).

Cel	Zadania do realizacji	Działania kierunkowe	Kierunki badań i analiz
			<p>Badanie stopnia i uwarunkowań zaspokojenia potrzeb edukacyjnych i kulturalnych w różnych środowiskach (typach rodzin, grupach wiekowych, środowiskach zamieszkania) (także dla realizacji zadań w pkt. 3).</p> <p>Analiza kosztów wychowania i kształcenia dzieci w różnych typach i kategoriach rodzin.</p> <p>Badanie sytuacji społeczno-ekonomicznej dzieci i młodzieży w środowisku wiejskim (w tym: badanie dostępu do instytucji opiekuńczych, edukacyjnych kulturalnych), Monitoring warunków życia dzieci.</p>
	<p>3. Zapobieganie wykluczeniu i marginalizacji; integracja społeczna; pomoc rodzinom w trudnych sytuacjach: ubogim, wielodzietnym, niepełnym, z osobą niepełnosprawną, dotkniętym dysfunkcją lub patologią.</p>	<p>Sprzyjanie podejmowaniu świadomych decyzji matrymonialnych, macierzyńskich i rodzicielskich.</p> <p>Zapewnienie warunków do prawidłowego realizowania funkcji ekonomicznej, wychowawczej, opiekuńczej, emocjonalnej.</p>	<p>Dostępność i efektywność poradnictwa rodzinnego i psychologiczno-pedagogicznego.</p> <p>Monitoring rozwoju instytucji wspierających rodzinę, programów edukacyjnych przygotowujących do życia w rodzinie oraz zakresu poradnictwa rodzinnego.</p> <p>Analizy statystyczne i badania jakościowe poszczególnych kategorii rodzin mające na celu określenie – w skali lokalnej i globalnej – ich liczby, sytuacji społeczno-ekonomicznej, potrzeb i barier w zaspokajaniu tych potrzeb.</p> <p>Cykliczne badania materialnych warunków życia rodzin, z uwzględnieniem zjawiska ubóstwa.</p> <p>Badania sytuacji społeczno-bytowej rodzin niepełnych wyodrębnionych wg kryterium ich powstawania oraz rodzin wielodzietnych.</p> <p>Analiza wartości pracy kobiet w gospodarstwie domowym jako podstawy wprowadzenia do systemu emerytalno-rentowego rozwiązań pozwalających na uzyskanie uprawnień do świadczeń.</p> <p>Analiza relacji między niepełnosprawnością dziecka a realizacją funkcji opiekuńczej, zabezpieczającej i wychowawczej rodziny.</p>

Cel	Zadania do realizacji	Działania kierunkowe	Kierunki badań i analiz
<p>CEL II. TWORZENIE WARUNKÓW SPRZYJAJĄCYCH INTEGRACJI W STARZEJACYM SIĘ SPOŁECZEŃSTWIE – ZMNIEJSZENIE SKALI ZAGROŻENIA WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM LUDZI STARSZYCH, NIESAMODZIELNYCH I NIEPEŁNOSPRAW- NYCH</p>	<p>1. Przeciwdziałanie ubóstwu, gwarancja dochodu rozporządzalnego na poziomie zapewniającym samodzielność finansową gospodarstw domowych, warunki mieszkaniowe dostosowane do potrzeb, pomoc w utrzymaniu mieszkania ze środków publicznych, dostępność mieszkań chronionych.</p>	<p>Poprawa warunków mieszkaniowych.</p>	<p>Poszerzenie badań budżetów gospodarstw domowych z uwzględnieniem czynników różnicujących stopień zaspokajania potrzeb osób starszych i niepełnosprawnych (emerytów i rencistów).</p> <p>Badania porównawcze sytuacji materialnej gospodarstw domowych emerytów i rencistów (z uwzględnieniem wieku, aktywności zawodowej, w tym osób wchodzących w skład gospodarstwa) z innymi grupami gospodarstw domowych z uwzględnieniem obiektywnych miar ubóstwa ocenianego siłą nabywczą, deprawacją materialną.</p> <p>Badania różnicowań warunków życia osób starszych, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"> – badania różnicowania gospodarstw domowych wg grup decylogowych – badania warunków życia osób starszych (niepełnosprawnych) prowadzących samotnie gospodarstwo domowe – badania warunków życia osób pobierających świadczenia z KRUS – badania regionalnych różnicowań warunków życia ludzi starych – badania nad uwarunkowaniami i efektywnością uzupełniania dochodów ze świadczeń emerytalnych i rentowych dochodami z pracy <p>Badania dotyczące konsumpcji i możliwości zaspokojenia potrzeb innych niż elementarne w gospodarstwach domowych osób starszych i niepełnosprawnych.</p> <p>Uzupełnienie informacji statystycznych z zakresu pomocy społecznej o dane dot. wieku osób korzystających z różnych form pomocy.</p> <p>Zmiany w statystyce pozwalające na uzyskanie informacji o stopniu zaspokojenia potrzeb mieszkaniowych osób starszych, niepełnosprawnych, niesamodzielnych; uzyskanie informacji pozwalających na określenie pomocy w utrzymaniu, modernizacji, zmianie mieszkania; informacje o skali przekształceń własnościowych w kontekście ich wpływu na koszty utrzymania mieszkań.</p>

Cel	Zadania do realizacji	Działania kierunkowe	Kierunki badań i analiz
			<p>Badania nad sytuacją mieszkaniową osób starszych zamieszkałych na wsi.</p> <p>Systematyczne badania pozwalające na diagnozowanie:</p> <ul style="list-style-type: none"> – potrzeb mieszkaniowych osób starszych, możliwości realizacji zróżnicowanych potrzeb ze względu na ich sytuację finansową – analizowanie skuteczności pomocy mieszkaniowej dla osób w zaawansowanym wieku – wykorzystanie istniejących zasobów mieszkaniowych i dostosowanie ich do potrzeb osób w zaawansowanym wieku i tworzenie odpowiedniej oferty mieszkaniowej.
<p>CEL III. POPRAWA STANU ZDROWIA LUDNOŚCI I OGRANICZANIE UMIERALNOŚCI</p>	<p>2. Dostęp osób niesamodzielnych (niezdolnych do samodzielnej egzystencji) do usług opieki, w tym długoterminowej.</p> <p>1. Poprawa opieki nad matką i dzieckiem</p>	<p>Poprawa stanu zdrowia kobiet przed ciążą, matek podczas ciąży, porodu i porodu oraz dzieci przed urodzeniem i noworodków</p>	<p>Badania potencjału opiekuńczego rodzin nad osobami starszymi.</p> <p>Badania pozarodzinnego zastępstwa w opiece nad osobami starszymi.</p> <p>Badania w zakresie:</p> <ul style="list-style-type: none"> – wpływu cięcia cesarskiego na częstość powikłań przebiegu następnej ciąży i porodu; – wpływu cięcia cesarskiego na zmiany planów prokreacyjnych; – zależności pomiędzy małą masą urodzeniową a występowaniem chorób w wieku dojrzałym; – medycznej, społecznej i psychologicznej analizy przyczyn i uwarunkowań różnic geograficznych występowania niepowodzeń prokreacji w Polsce; – medycznych, społecznych i psychologicznych czynników ryzyka niepłodności; – częstości występowania niepłodności małżeńskiej w Polsce; – oceny bezpieczeństwa porodu w domu; – przygotowania i wdrożenia modelu przyczynowej analizy zachorowań i zgonów matek; – zależności pomiędzy prawidłowym funkcjonowaniem systemu referencyjnego a częstością zachorowań i zgonów noworodków i niemowląt; – przygotowania, wdrożenia i oceny skuteczności programu ukierunkowanego na opóźnienie wieku inicjacji seksualnej; – przyczynowa ocena niepowodzeń w upowszechnianiu badań przesiewowych ukierunkowanych na wczesne wykrywanie nowotworów narządów płciowych i piersi.

Cel	Zadania do realizacji	Działania kierunkowe	Kierunki badań i analiz
		<p>Poprawa stanu zdrowia i warunków rozwoju dzieci i młodzieży.</p>	<p>Monitoring sytuacji zdrowotnej dzieci i młodzieży, w szczególności w zakresie:</p> <ul style="list-style-type: none"> – opieki okołoporodowej; – żywienia; – zakażeń i chorób zakaźnych; – środowiska naturalnego oraz środowiska wychowania i nauczania; – urazów i przemocy; – zdrowia psycho-fizycznego młodzieży; – zdrowia jamy ustnej; <p>Analiza chorobowości i umieralności dzieci i młodzieży i badanie efektywności podejmowanych działań w zakresie profilaktyki i leczenia.</p> <p>Badanie zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży.</p> <p>Opracowywanie, wdrażanie i ewaluacja lokalnych, regionalnych i krajowych programów zdrowotnych dla dzieci i młodzieży opartych na wynikach monitoringu sytuacji zdrowotnej.</p> <p>Opracowywanie, wdrażanie i ewaluacja nowych rozwiązań w zakresie organizacji i nadzoru w opiece nad dziećmi i młodzieżą.</p> <p>Analiza systemu kształcenia przed i podyplomowego w zakresie dyscyplin medycznych i okołomedycznych związanych z opieką nad matką i dzieckiem.</p> <p>Badanie całościowych skutków zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych zaniechań w opiece zdrowotnej nad populacją dzieci i młodzieży.</p> <p>Badanie korzyści zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych w wymiarze populacyjnym i ogólnonarodowym możliwych do uzyskania w wyniku racjonalnego inwestowania w zdrowie dzieci i młodzieży.</p>

Cel	Zadania do realizacji	Działania kierunkowe	Kierunki badań i analiz
	2. Ograniczanie zachorowalności i umieralności z powodu chorób przewlekłych.	Ograniczanie zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia.	<p>Analiza efektywności metod promocji zdrowia i zintegrowanej profilaktyki chorób przewlekłych, które mają podobne uwarunkowania w postaci wspólnych czynników ryzyka, takich jak: palenie tytoniu, wadliwe odżywianie, niedostateczna aktywność fizyczna czy nadmierna konsumpcja alkoholu.</p> <p>Opracowywanie, wdrażanie i badania ewaluacyjne nowych edycji Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Serca i Naczyń POLKARD.</p> <p>Analiza poziomu chorobowości i umieralności z powodu chorób układu krążenia.</p> <p>Systematyczne monitorowanie czynników ryzyka i zachowań zdrowotnych.</p> <p>Ocena zakresu i poziomu finansowania świadczeń kardiologicznych i badania nad identyfikacją tych obszarów diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, których dostępność i poziom finansowania (np. rehabilitacja kardiologiczna czy niektóre zabiegi kardiochirurgiczne) jest niedostateczna, a których znaczenie dla poprawy stanu zdrowia społeczeństwa jest niepodważalne.</p> <p>Analiza zakresu i efektywności kształcenia przed i podyplomowego lekarzy specjalistów w dyscyplinach medycznych mających odniesienie do chorób układu krążenia.</p> <p>Analiza dostępności do diagnostyki, leczenia, rehabilitacji oraz opieki nad osobami z chorobami układu krążenia.</p> <p>Analiza efektywności (w tym zaangażowania mediów) lokalnych, regionalnych i krajowych programów edukacji zdrowotnej oraz metod przekazywania pozytywnych informacji na temat promocji zdrowia, zapobiegania i leczenia chorób o znaczeniu społecznym, adresowanych m.in.</p>

Cel	Zadania do realizacji	Działania kierunkowe	Kierunki badań i analiz
			<p>do osób starszych, matek z małymi dziećmi, osób otyłych, osób niepełnosprawnych.</p> <p>Badania naukowe i analizy m.in. w zakresie:</p> <ul style="list-style-type: none"> – monitorowania stanu zdrowia, czynników ryzyka i zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego; – nierówności w poziomie umieralności z powodu chorób serca i naczyń oraz umieralności ogólnej, przyczyn nagłych zgonów, częstości występowania niewydolności serca oraz wieloletnich trendów zmian chorobowości i umieralności z tej przyczyny w Polsce; – odległych wyników leczenia pacjentów poddanych leczeniu interwencyjnemu z powodu ostrych zespołów wieńcowych; – optymalnego modelu organizacyjnego prewencji chorób serca i naczyń, poziomu kompetencji zdrowotnych mieszkańców naszego kraju, z uwzględnieniem uwarunkowań społecznych i ekonomicznych.
		<p>Ograniczanie zachorowalności i umieralności z powodu chorób nowotworowych.</p>	<p>Opracowywanie regulacji prawnych dostosowanych do potrzeb realizacji programu zwalczania chorób nowotworowych oraz stałe monitorowanie funkcjonowania programu pozwalające na zarządzanie zmianą.</p> <p>Analiza efektywności profilaktyki pierwotnej obejmującej upowszechnienie wiedzy na temat czynników ryzyka nowotworów oraz korzyści ograniczania palenia tytoniu, promowania właściwej diety i aktywności fizycznej, unikania otyłości.</p> <p>Analiza efektywności metod profilaktyki wtórnej, w tym 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.</p>

Cel	Zadania do realizacji	Działania kierunkowe	Kierunki badań i analiz
			<p>Analiza stanu diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych oraz badanie efektywności nowych metod diagnostyki i nowoczesnych metod leczenia (wdrożenie postępowania wielodyscyplinarnego, planowania i koordynacji w procesie leczenia oraz wdrożenie do praktyki diagnostycznej i leczniczej metod biologii molekularnej i immunologii).</p> <p>Analiza efektywności opieki nad pacjentem po leczeniu, w tym dostępności do rehabilitacji po leczeniu, wdrożenie najnowszych metod leczenia objawowego i walki z bólem dla chorych terminalnych.</p> <p>Monitoring kształcenia lekarzy i personelu medycznego w zakresie nauczania onkologii na studiach przed i podyplomowym lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych i przedstawicieli innych zawodów medycznych.</p> <p>Rozwój badań naukowych, zwłaszcza w dziedzinach rokujących szybkie zastosowanie praktyczne (epidemiologia analityczna, biologia molekularna, genetyka, immunologia) oraz systemu monitorowania czynników ryzyka nowotworów.</p> <p>Analiza efektywności polityki zdrowotnej w ograniczeniu następstw chorób nowotworowych, w tym 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 uwzględniając grupy wysokiego ryzyka oraz nierówności społeczno-ekonomiczne i regionalne w dostępie do zdrowia i opieki zdrowotnej.</p>
		Ograniczanie zachorowalności i umieralności z powodu chorób przewlekłych zależnych od nieprawidłowego żywienia i niskiej aktywności fizycznej.	Opracowanie, wdrożenie i badania ewaluacyjne spójnego programu edukacji żywieniowej, dostosowanego do potrzeb wszystkich grup społecznych i ułatwiającego m.in. świadomy wybór produktów spożywczych, sprzyjających zdrowotnemu modelowi żywienia.

Cel	Zadania do realizacji	Działania kierunkowe	Kierunki badań i analiz
			<p>Analiza sposobu żywienia i efektywności edukacji żywieniowej kobiet w okresie rozrodczym, niemowląt oraz dzieci i młodzieży, w tym uczniów.</p> <p>Badania jakości zdrowotnej żywności i bezpieczeństwa żywnościowego, w tym efektywności nadzoru nad importem, krajową produkcją i dystrybucją żywności oraz badanie fizycznej i ekonomicznej dostępności żywności dla grup ludności znajdujących się w sferze niedostatku.</p> <p>Analiza zakresu i efektywności kształcenia przed i podyplomowego w problematyce żywienia i aktywności fizycznej grup zawodowych zajmujących się zdrowiem człowieka (lekarze, pielęgniarki, dietetycy).</p> <p>Opracowanie, wdrożenie i badania ewaluacyjne systemu poradnictwa dietetycznego w podstawowej i specjalistycznej opiece zdrowotnej oraz szpitalach.</p> <p>Badanie stanu aktywności fizycznej oraz możliwości i warunków uprawiania aktywności ruchowej we wszystkich grupach wiekowych i społecznych, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i młodzieży.</p> <p>Monitorowanie zmian w żywieniu i w stanie odżywienia (identyfikacja nadwagi, otyłości lub niedowagi) na podstawie regularnych ogólnopolskich badań, przeprowadzanych metodą reprezentacyjną.</p>
		Poprawa stanu zdrowia psychicznego	<p>Opracowywanie i badanie efektywności modelowych programów promocji zdrowia psychicznego dla społeczności lokalnych, zakładów pracy, szkół i uczelni, służb mundurowych.</p> <p>Analiza przyczyn i badanie metod zapobiegania samobójstwom, najlepiej w ramach narodowego programu.</p>

Cel	Zadania do realizacji	Działania kierunkowe	Kierunki badań i analiz
			<p>Badanie dostępności fizycznej i ekonomicznej alkoholu. Badania priorytetów w zakresie leczenia zaburzeń psychicznych, zwłaszcza tych które stanowią największe zagrożenie dla zdrowia psychicznego Polaków, generując przy tym około 75% kosztów leczenia: przewlekłe choroby schizofreniczne i afektywne, zaburzenia związane z alkoholem, choroby związane ze starzeniem, w tym choroby organiczne, depresje.</p> <p>Analiza skuteczności i kosztowej efektywności programów zapobiegawczych i programów nakierowanych na poprawę jakości życia osób cierpiących z powodu chorób psychicznych.</p> <p>Analiza zasobów kadrowych w lecznictwie psychiatrycznym i efektywności systemów zachęt do podejmowania pracy w psychiatrycznej ochronie zdrowia i zdobywania specjalizacji w zakresie psychiatrii.</p> <p>Analiza przestrzegania praw człowieka w psychiatrycznej ochronie zdrowia.</p> <p>Badania będące podstawą do reorganizacji systemu leczenia z położeniem nacisku na rozwój opieki środowiskowej zorganizowanej w centra zdrowia psychicznego dające sieć oparcia, na którą składają się opieka zdrowotna, wsparcie społeczne i wsparcie w zakresie pracy zawodowej.</p> <p>Monitoring i ocena wprowadzanych zmian z usprawnieniem systemów informatycznych oraz badaniem kwestii społecznych i organizacyjnych.</p> <p>Badania naukowe nad zdrowiem psychicznym Polaków z uwzględnieniem badań nad metodami promocji zdrowia psychicznego i somatycznego, badań nad umieralnością osób cierpiących na zaburzenia psychiczne, uwarunkowaniami zdrowia psychicznego i nad czynnikami ryzyka oraz czynnikami chroniącymi, a także badania nad organizacją psychiatrycznej opieki zdrowotnej.</p>

Cel	Zadania do realizacji	Działania kierunkowe	Kierunki badań i analiz
	3. Rozwój promocji zdrowia jako strategii rozwiązywania współczesnych problemów zdrowotnych	Rozwój infrastruktury służącej promocji zdrowia oraz działaniom w obszarze zdrowia publicznego	<p>Badania nad Przyczynami i metodami redukcji społecznych nierówności w zdrowiu w konkretnych typach zbiorowości ludzkich.</p> <p>Badania nad efektywnością kampanii edukacyjnych mających na celu upowszechnienie w społeczeństwie wiedzy o roli, zadaniach i możliwościach stwarzanych przez promocję zdrowia w zakresie budowania indywidualnych i zbiorowych zasobów zdrowia oraz zapobiegania chorobom.</p> <p>Analiza wprowadzanych i planowanych regulacji prawnych w zakresie zdrowia publicznego i promocji zdrowia oraz analiza finansowania zadań z zakresu promocji zdrowia.</p> <p>Badanie sposobu kształcenia i warunków zatrudniania absolwentów wydziałów o zdrowiu uniwersytetów medycznych oraz absolwentów kierunku zdrowie publiczne w innych uczelniach wyższych.</p> <p>Badanie mechanizmów rutynowej współpracy międzysektorowej na rzecz zdrowia i kształtujących go zasobów z oceną zasad i źródeł finansowania oraz zakresu odpowiedzialności za zdrowie w poszczególnych sektorach.</p> <p>Analiza warunków prawnych, organizacyjnych i finansowych do kształtowania kompetencji zdrowotnych w populacji ogólnej i jej wybranych subpopulacjach przez składowe promocji zdrowia: edukację, mobilizację społeczną i lobbng.</p> <p>Analiza międzysektorowych, lokalnych i krajowych, działań z zakresu promocji zdrowia, skierowanych do osób w podeszłym wieku, obejmujące obszar aktywizacji społecznej, w tym zawodowej i rodzinnej, dostępu do różnych form wsparcia społecznego, w tym w ramach grup samopomocy, poradnictwa psychologicznego i medycznego oraz zapewnienia bezpieczeństwa i niezależności poruszania się w miejscu zamieszkania, a także w przestrzeni publicznej.</p>

Cel	Zadania do realizacji	Działania kierunkowe	Kierunki badań i analiz
			<p>Analiza efektywności programów bezpieczeństwa drogowego ze szczególnym uwzględnieniem programów adresowanych do populacji 50+, a także ocena infrastruktury dla promocji zdrowia osób niepełnosprawnych.</p> <p>Badania systemowych mechanizmów kontroli jakości działań z zakresu promocji zdrowia w ramach programów polityki zdrowotnej finansowanej przez resort zdrowia.</p>
		Rozwój infrastruktury służącej promocji zdrowia oraz działań w obszarze opieki zdrowotnej.	<p>Badania nad modelowymi rozwiązaniami poradnictwa i edukacji pacjentów, z oceną efektywności obu tych formy pomocy dla osiągnięcia przez pacjentów poziomu kompetencji zdrowotnych pozwalających na pełne, odpowiedzialne uczestnictwo w promocji zdrowia, profilaktyce oraz leczeniu i rehabilitacji.</p> <p>Wprowadzenie i badania ewaluacyjne minimalnych interwencji w praktyce lekarskiej oraz mechanizmów i warunków współpracy między personelem medycznym a innymi specjalistami.</p> <p>Badanie miejsca i roli promocji zdrowia w kształceniu przed i podyplomowym medycznych i paramedycznych grup zawodowych jako warunku prawa efektywnego wykonywania zadań z obszaru promocji zdrowia i profilaktyki.</p> <p>Zależności pomiędzy prawidłowym funkcjonowaniem systemu referencyjnego a częstością zachorowań i zgonów noworodków i niemowląt.</p> <p>Przygotowanie, wdrożenie i cena skuteczności programu ukierunkowanego na opóźnienie wieku inicjacji seksualnej</p> <p>Przyczynowa ocena niepowodzeń w upowszechnianiu badań przesiewowych ukierunkowanych na wczesne wykrywanie nowotworów narządów płciowych i piersi.</p>

Cel	Zadania do realizacji	Działania kierunkowe	Kierunki badań i analiz
CEL IV. OKREŚLENIE ZASAD I KIERUNKÓW POLITYKI MIGRACYJNEJ POLSKI W DOBIE INTEGRACJI EUROPEJSKIEJ	1. Traktowanie Polaków przebywających za granicą jako składnika potencjału ludnościowego Polski.	Korzystanie z potencjału Polonii i Polaków za granicą do promocji Polski i wzmacnianie jej pozytywnego wizerunku w świecie.	Badania mające na celu lepsze rozpoznanie polskiej diaspory i ocena jej możliwości/ potencjału dla rozwoju Polski (współpraca biznesowa, sieci kontaktów). Badanie procesów społecznych w kraju związanych z podejmowaniem pracy za granicą. Analiza skali, przyczyn i trwałości emigracji przy jednoczesnej ocenie obecnych i potencjalnych zachowań emigrantów w głównych krajach ich przebywania.
	2. Przestrzenna i zawodowa orientacja dotycząca obszarów i struktury wyjazdów zarobkowych, z uwzględnieniem sytuacji na lokalnych rynkach pracy.	Przegląd procesów społecznych związanych z emigracją.	Precyzyjne określenie skali zjawiska emigracji zarobkowej oraz prowadzonej przez jej przedstawicieli działalności za granicą.
	3. Polityka imigracyjna; wdrożenie postulatów dotyczących imigracji w sferze oddziaływania na rynku pracy i w aspekcie wyzwań demograficznych zawartych w dokumencie „Polityka migracyjna polski – stan obecny i postulowane działania, 2012”.	Badanie procesów społecznych związanych z imigracją i integracją cudzoziemców w Polsce.	Badanie stosunku polskiego społeczeństwa do migrantów (emigrantów, imigrantów) oraz skuteczności prowadzonych kampanii na rzecz pozytywnego odbioru społecznego w stosunku do przebywających w Polsce imigrantów.
	4. Wspieranie współczesnych migracji edukacyjnych.	Podniesienie stanu wiedzy o współczesnych migracjach edukacyjnych i wspieranie edukacji Polskich studentów za granicą oraz kształcenia cudzoziemców w Polsce.	Analiza i ocena współczesnych migracji edukacyjnych w Polsce. Badanie procesu edukacji polskich studentów za granicą oraz kształcenia cudzoziemców w Polsce.
	5. Podniesienie stanu wiedzy o współczesnych procesach migracyjnych.	Modyfikowanie diagnozy procesów migracyjnych.	Sformułowanie adekwatnych do rozmiarów przyczyn i struktury migracji, efektywnych działań realizujących cele polityki ludnościowej państwa.

ANEKS 1

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. Bożena 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
 mgr Ewa Orzełek
 dr Alina Potrykowska
 prof. dr hab. Antoni Rajkiewicz
 prof. dr hab. Andrzej Rączaszek
- 5) Przedstawiciele: Kancelarii Prezesa Rady Ministrów – Zbigniew Rykowski
 Instytutu Kardiologii – dr Zofia Słońska
 Instytutu Żywności i Żywienia – dr Włodzimierz Sekuła
 Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji – Krzysztof
 Lewandowski

§ 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 /

ANEKS 2

Zespół opracowujący „Rekomendacje Rządowej Rady Ludnościowej w zakresie polityki ludnościowej Polski”

Przewodnicząca Zespołu

Prof.dr hab. Bożenna Balcerzak-Paradowska
Instytut Pracy i Spraw Socjalnych

Wiceprzewodniczący Zespołu

Prof. dr hab. n. med. Janusz Szymborski
Główny Urząd Statystyczny, Rządowa Rada Ludnościowa, Wszechnica Polska,
SW w Warszawie

Sekretarz Zespołu

Mgr Eugeniusz Kowalczyk
Główny Urząd Statystyczny, Sekretariat Rządowej Rady Ludnościowej

CEL I. TWORZENIE WARUNKÓW SPRZYJAJĄCYCH POWSTAWANIU RODZIN,
PRZEDE WSZYSTKIM POPRZEZ ZAWIERANIE MAŁŻEŃSTW
I REALIZACJĘ PLANÓW PROKREACYJNYCH

Podzespół ds. polityki prorodzinnej

Przewodnicząca

Prof.dr hab. Bożenna Balcerzak-Paradowska

Członkowie

Ks. Prof. dr hab. Janusz Balicki
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego

Eksperci – Konsultanci

Prof.dr hab. Bożena Kołaczek
Dr Dorota Głogosz
Instytut Pracy i Spraw Socjalnych

CEL II. TWORZENIE WARUNKÓW SPRZYJAJĄCYCH INTEGRACJI W STARZEJĄCYM SIĘ
SPOŁECZEŃSTWIE – ZMNIEJSZENIE SKALI ZAGROŻENIA WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM
LUDZI STARSZYCH, NIESAMODZIELNYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Podzespół ds. ludzi starszych, niesamodzielnych i niepełnosprawnych

Przewodnicząca

Prof. dr hab. Józefina Hrynkiewicz
Uniwersytet Warszawski

Członkowie

Prof. dr hab. Adam Kurzynowski
Szkoła Główna Handlowa

Prof. dr hab. Andrzej Rączaszek
Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach

Eksperci – Konsultanci

Prof. dr hab. Grażyna Ancyparowicz
Szkoła Główna Handlowa

Prof. dr hab. n. med. Barbara Bień
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Dr Elżbieta Bojanowska
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego

Prof. dr hab. Małgorzata Halicka
Uniwersytet w Białymstoku

Dr Barbara Gałązka-Petz
Mgr Magdalena Nita
Dr Mariola Raclaw
Uniwersytet Warszawski

Prof. dr hab. Piotr Szukalski
Uniwersytet Łódzki

Prof. dr hab. Elżbieta Trafiałek
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Prof. dr hab. n. med. Anna Wilmowska-Pietruszyńska
Uniwersytet Rzeszowski

Prof. dr hab. Maria Zrałek
Wyższa Szkoła Humanitas w Sosnowcu

CEL III. POPRAWA STANU ZDROWIA LUDNOŚCI I OGRANICZANIE UMIERALNOŚCI

Podzespół ds. Zdrowia Ludności

Przewodniczący

Prof. dr hab. n. med. Janusz Szymborski

Członkowie

Prof. dr hab. n. med. Bogdan Chazan
Specjalistyczny Szpital Ginekologiczno-Położniczy im. Św. Rodziny w Warszawie

Dr n. hum. Zofia Słońska
Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie

Dr Włodzimierz Sekuła
Instytut Żywności i Żywienia im. prof. dra med. Aleksandra Szczygła w Warszawie.

Eksperci – konsultanci

Prof. dr hab. n. med. Wojciech Drygas
Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie

Prof. dr hab. n. med. Mirosław Jarosz
Instytut Żywności i Żywienia im. prof. dra med. Aleksandra Szczygła w Warszawie

Dr Jacek Moskalewicz
Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Prof. dr hab. n. med. Witold Zatoński
Krzysztof Przewoźniak
Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

CEL IV. OKREŚLENIE ZASAD I KIERUNKÓW POLITYKI MIGRACYJNEJ POLSKI
W DOBIE INTEGRACJI EUROPEJSKIEJ

Podzespół ds. Migracji

Przewodniczący

Prof. dr hab. Antoni Rajkiewicz
Uniwersytet Warszawski

Dr Alina Potrykowska
Główny Urząd Statystyczny, Rządowa Rada Ludnościowa

Członkowie

Prof. dr hab. Kazimierz Szczygielski
Politechnika Opolska

Dyr. Krzysztof Lewandowski
Ministerstwo Spraw Wewnętrznych

Dyr. Zbigniew Rykowski
Kancelaria Prezesa Rady Ministrów

Eksperti – Konsultanci

Prof. dr hab. Maciej Duszczyk
Prof. dr hab. Cezary Żołędowski
Uniwersytet Warszawski

Marlena Gilewicz, Justyna Kowalczyk
Ministerstwo Sprawiedliwości

Prof. dr hab. Marek Kłoczko
Krajowa Izba Gospodarcza

Dr Edward Marek

Instytut Pracy i Spraw Socjalnych

Dyr. Lucyna Nowak
Główny Urząd Statystyczny

Dr Michał Nowosielski
Instytut Zachodni

Dr inż. Anna Nowożyńska
Ministerstwo Edukacji Narodowej

Dr Agnieszka Piekutowska
Uniwersytet w Białymstoku

Dyr. Bożena Retelewska
Ministerstwo Spraw Zagranicznych

Dyr. Magdalena Sweklej, Marcin Wiatrow, Agnieszka Ołdakowska
Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej

Dyr. Mateusz Sora
Ministerstwo Spraw Wewnętrznych