



**ZAŁOŻENIA**  
**POLITYKI LUDNOŚCIOWEJ POLSKI**  
**2013**

**PROJEKT**

Warszawa, luty 2013

## SPIS TREŚCI

<b>WPROWADZENIE .....</b>	<b>4</b>
ZAŁOŻENIA, ZAKRES I CELE POLITYKI LUDNOŚCIOWEJ .....	11
DEFINICJA POLITYKI LUDNOŚCIOWEJ.....	11
<b>CEL I. TWORZENIE WARUNKÓW SPRZYJAJĄCYCH POWSTAWANIU RODZIN, PRZEDE WSZYSTKIM POPRAZ ZAWIERANIE MAŁŻEŃSTW I REALIZACJĘ PLANÓW PROKREACYJNYCH .....</b>	<b>14</b>
DIAGNOZA .....	14
PRIORYTET I.1. TWORZENIE WARUNKÓW SPRZYJAJĄCYCH POWSTAWANIU RODZIN, PRZEDE WSZYSTKIM POPRAZ ZAWIERANIE MAŁŻEŃSTW I REALIZACJI PLANÓW PROKREACYJNYCH .....	50
PRIORYTET I.2. TWORZENIE WARUNKÓW SPRZYJAJĄCYCH ROZWOJOWI MŁODEGO POKOŁENIA W RODZINIE, JAKO CZYNNIK POPRAWY JAKOŚCI KAPITAŁU LUDZKIEGO .....	54
PRIORYTET I.3. ZAPOBIEGANIE WYKLUCZENIU I MARGINALIZACJI. INTEGRACJA SPOŁECZNA. POMOC RODZINOM W TRUDNYCH SYTUACJACH: UBOGIM, WIEŁODZIETNYM, NIEPEŁNYM, Z OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ, DOTKNIĘTYM DYSFUNKCJĄ LUB PATOLOGIĄ .....	61
<b>CEL II. TWORZENIE WARUNKÓW SPRZYJAJĄCYCH INTEGRACJI W STARZEJĄCYM SIĘ SPOŁECZEŃSTWIE – ZMNIEJSZENIE SKALI ZAGROŻENIA WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM LUDZI STARSZYCH, NIESAMODZIELNYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH.....</b>	<b>69</b>
DIAGNOZA.....	69
PRIORYTET II.1. PRZECIWDZIAŁANIE UBÓSTWU, GWARANCJA DOCHODU (ÓW) ROZPORZĄDZALNEGO NA POZIOMIE ZAPEWNIAJĄ-CYM SAMODZIELNOŚĆ FINANSOWĄ GOSPODARSTWOM DOMOWYM, WARUNKI MIESZKANIOWE DOSTOSOWANE DO POTRZEB, POMOC W UTRZYMANIU MIESZKANIA ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH, DOSTĘPNOŚĆ MIESZKAŃ CHRONIONYCH).....	122
PRIORYTET II.2. DOSTĘP OSÓB STARYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH DO USŁUG OCHRONY ZDROWIA.....	123
PRIORYTET II.3. DOSTĘP OSÓB NIESAMODZIELNYCH (NIEZDOLNYCH DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI) DO USŁUG OPIEKI, W TYM OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ .....	124
PRIORYTET II.4. UCZESTNICTWO LUDZI STARSZYCH W RÓŻNYCH DZIEDZINACH ŻYCIA SPOŁECZNEGO (W SFERZE PUBLICZNEJ).....	124
PRIORYTET II.5. ELIMINACJA DYSKRYMINACJI, PRZEMOCY ORAZ ZAPEWNIENIE BEZPIECZEŃSTWA OSOBOM STARYM, NIEPEŁNOSPRAWNYM I NIESAMODZIELNYM.....	125
<b>CEL III. POPRAWA STANU ZDROWIA LUDNOŚCI I OGRANICZANIE UMIERALNOŚCI .....</b>	<b>126</b>
OGÓLNA OCENA SYTUACJI ZDROWOTNEJ LUDNOŚCI POLSKI.....	126
PRIORYTET III.1. POPRAWA OPIEKI NAD MATKĄ I DZIECKIEM .....	130
PRIORYTET III.2. OGRANICZENIE ZACHOROWAŃ I UMIERALNOŚCI Z POWODU CHOROÓB UKŁADU KRAŻENIA .....	151
PRIORYTET III.3. OGRANICZANIE ZACHOROWALNOŚCI I UMIERALNOŚCI Z POWODU CHOROÓB NOWOTWOROWYCH .....	157
PRIORYTET III.4. POPRAWA STANU ZDROWIA PSYCHICZNEGO POLAKÓW .....	162
PRIORYTET III.5. OGRANICZENIE ZACHOROWAŃ I UMIERALNOŚCI Z POWODU PRZEWLEKŁYCH CHOROÓB NIEZAKAŻNYCH POPRAZ POPRAWĘ ŻYWIENIA I ZWIĘKSZENIE AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ SPOŁECZEŃSTWA.....	166

PRIORYTET III.6. PROMOCJA ZDROWIA JAKO STRATEGIA ROZWIĄZYWANIA WSPÓŁCZESNYCH PROBLEMÓW ZDROWOTNYCH .....	170
<b>CEL IV. OKREŚLENIE KIERUNKÓW I ZASAD POLITYKI MIGRACYJNEJ POLSKI W DOBIE INTEGRACJI EUROPEJSKIEJ</b> .....	<b>177</b>
DIAGNOZA .....	177
PRIORYTET IV.1. UTRZYMYWANIE WIĘZI Z POLAKAMI PRZEBYWAJĄCYMI ZA GRANICĄ, TRAKTOWANIE ICH JAKO SKŁADNIKA POLSKIEGO POTENCJAŁU LUDNOŚCIOWEGO .....	198
PRIORYTET IV.2. PRZESTRZENNA I ZAWODOWA ORIENTACJA DOTYCZĄCA OBSZARÓW I STRUKTURY WYJAZDÓW ZAROBKOWYCH, Z UWZGLĘDNIENIEM SYTUACJI NA LOKALNYCH RYNKACH PRACY .....	205
PRIORYTET IV.3. WDROŻENIE POSTULATÓW DOTYCZĄCYCH IMIGRACJI ZAWARTYCH W OPRACOWANIU MIĘDZYRESORTOWEGO ZESPOŁU „POLITYKA MIGRACYJNA POLSKI – STAN OBECNY I POSTULOWANE DZIAŁANIA” .....	208
PRIORYTET IV.4. WSPIERANIE WSPÓŁCZESNYCH MIGRACJI EDUKACYJNYCH.....	216
PRIORYTET IV. 5. PODNIESIENIE STANU WIEDZY O WSPÓŁCZESNYCH PROCESACH MIGRACYJNYCH .....	222
<b>Bibliografia (w wyborze)</b> .....	<b>227</b>
<b>ANEKS TABELARYCZNY</b> .....	<b>232</b>

## 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 roku, 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 odraczenie 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%<sup>1</sup>. Wynika to z kształtowania się wzorca rozrodczości w oparciu o następujące tendencje: dominacji urodzeń pierwszych i drugich, kosztem urodzeń dalszej kolejności; przesunięcie maksymalnego poziomu płodności z grupy kobiet w wieku 20-24 lata do grupy kobiet 25-29-letnich i utrzymywanie się wyższego poziomu średniego wieku kobiet w chwili rodzenia dzieci.

Obserwujemy systematyczne wydłużanie się życia ludzkiego. W 2010 roku noworodek płci męskiej miał przed sobą średnio 72,1 lat życia, noworodek płci żeńskiej – 80,6.<sup>2</sup> Jest to wynikiem spadku umieralności niemowląt oraz spadku umieralności osób dorosłych, w tym osób starszych. Jednocześnie obserwuje się niezadowalający postęp w ograniczaniu zachorowań i umieralności na szereg chorób tzw. cywilizacyjnych.

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<sup>3</sup>: 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 roku 2210 tys. i 1870 tys. w roku 2009), 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

---

<sup>1</sup> *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2009-2010* (2010), Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa

<sup>2</sup> Jest to 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 roku 2010 będzie wyższa.

<sup>3</sup> *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2009-2010* (2010), Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa

zmiany relacji między grupami ekonomicznymi ludności i między grupami biologicznymi.

Według wstępnych danych Narodowego Spisu Powszechnego z 2011 roku w Polsce mieszkało 38,3 mln osób, tj. o 95 tys. więcej niż w 2002 roku, ale zmianie ulegała zasadniczo struktura ludności według wieku. Zmniejszył się odsetek ludności w wieku przedprodukcyjnym z 23,2% w 2002 r. do 19,2% w 2011 roku; o 1,7 punktu procentowego wzrósł odsetek ludności w wieku produkcyjnym, przy czym w wieku niemobilnym (45-60/65 lat) o 2,4. Odsetek ludności w wieku poprodukcyjnym zwiększył się z 15,0% do 17,3%..

Kontynuacja dotychczasowych trendów w tym zakresie w Polsce powodować będzie głębokie dysproporcje w relacjach między kolejnymi pokoleniami (najmłodszych i najstarszych generacji - wnuków i dziadków), a także - zmniejszanie się liczby ludności.<sup>4</sup>

Zgodnie z założeniami prognozy ludności opracowanej przez GUS w 2008 roku, 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 38 200 mln w 2010 r. do 35 993 mln w 2035 r. (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 tej ludności zmaleje z 61% do 58,9%).

Lata prognozy to okres przyspieszonego procesu starzenia się ludności Polski: liczba ludności w najstarszej grupie wieku, 75 lat i więcej, wzrośnie z 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 wśród ludności ogółem, przy jednoczesnym zmniejszaniu się udziału ludności w wieku przedprodukcyjnym (tab.2),
- silnym wzroście populacji osób starszych, któremu towarzyszyć będzie stałe zmniejszanie się populacji dzieci do lat 14. (tab.3).

Od 2021 r. zmniejszać będzie 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).

---

<sup>4</sup> 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)).

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 (tab. 1-4).

Z inicjatywy Rządowej Rady Ludnościowej w 2004 roku został opracowany dokument pt. „*Założenia programu polityki ludnościowej w Polsce*”. Przedstawiany obecnie dokument jest wynikiem prac nad jego aktualizacją i weryfikacją. Potrzeba weryfikacji wynika z analizy przebiegu procesów demograficznych i ich rzeczywistych i potencjalnych skutków oraz konieczności intensyfikacji działań mogących zahamować niekorzystne, przedstawione wyżej trendy 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 zapewnienia możliwości kontynuowania realizacji przyjętych wówczas celów i kierunków działań, zaakceptowano większość założeń, na których opierał się poprzedni dokument. Uwzględniono nowe lub zmodyfikowane priorytety, cele szczegółowe (cele do osiągnięcia) i rozwiązania szczegółowe, pozwalające na realizację założonych rezultatów. Dokument wzbogacono o wskazania podmiotów odpowiedzialnych (zaangażowanych) za realizację poszczególnych celów oraz o potencjalne źródła finansowania planowanych przedsięwzięć.

**„Założenia programu polityki ludnościowej” wyznaczają kierunki działań, niezbędnych do osiągnięcia przyjętych celów.** Obejmują zarówno kierunki, które są już przyjęte i znajdują się w różnych fazach operacjonalizacji<sup>5</sup>, jak i kierunki nowe, niezbędne dla 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 czasowy przyjęto **rok 2020**.

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.**

---

<sup>5</sup> Według stanu prawnego na dzień 23 listopada 2012 roku.

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

WYSZCZEGÓLNIENIE	2010	2015	2020	2025	2030	2035
<b>Współczynnik dzietności ogólnej:</b>						
-miasto	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
<b>Średni wiek rodzenia:</b>						
-miasto	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
<b>Oczekiwane trwanie życia noworodka:</b>						
-miasto	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: miasto - 1,309, wieś - 1,486; średni wiek rodzenia dzieci - 28,6; przeciętne dalsze trwanie życia noworodka w mieście: mężczyźni -72,58, kobiety -71,40, na wsi: mężczyźni -71,40, kobiety -86,68. Źródło: *Rocznik Demograficzny GUS 2011*, s. 55, 57, 245, 384.

Źródło: *Prognoza ludności Polski na lata 2008-2035*, GUS, Warszawa 2009; Józwiak 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

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

LATA	OGÓŁEM	LUDNOŚĆ W WIEKU				
		PRZEDPRODUKCYJNYM (0-17 LAT)	PRODUKCYJNYM (18-59/64 LATA)	Z TEGO W WIEKU:		POPRODUKCYJNYM (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 wg bilansów w dniu 31 grudnia 2010 r. wyniosła 38 200 tys. (*Rocznik Demograficzny* GUS 2011, s. 68).

Źródło: od roku 2010: *Prognoza ludności Polski na lata 2008-2035*, GUS, Warszawa 2009; Kryńska E. (2010), *Wpływ zmian demograficznych na rynek pracy – aspekty gospodarcze*, w: *Biuletyn* nr 55, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa, s. 29



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

GRUPY WIEKU	2010	2011-2015	2016-2020	2021-2025	2026-2030	2031-2035
<b>Ogółem</b>	-8,7	-75,9	-186,2	-391,8	-642,1	-803,0
<b>0-14 lat</b>	-31,2	49,1	124,3	-293,6	-566,1	-524,5
<b>15-59 lat</b>	-191,3	<b>-1 265,3</b>	<b>-1 293,8</b>	-528,6	-339,0	-789,2
<b>60 i więcej</b>	213,8	<b>1 140,3</b>	983,3	430,4	263,1	510,8
<b>15-64 lata</b>	13,5	-901,0	<b>-1 334,7</b>	-988,7	-427,3	-440,6
<b>65 lat i więcej</b>	9,1	776,0	<b>1 024,1</b>	890,5	351,3	162,2
<b>75 lat i więcej</b>	48,6	147,7	-35,8	580,0	766,0	586,8
<b>85 lat i więcej</b>	38,1	148,8	83,1	41,9	-10,3	321,4
<b>0-17 lat</b>	-98,1	-189,5	41,5	-143,0	-563,9	-620,5
<b>18-44 lata</b>	-4,2	-288,7	-933,0	-1 249,5	-1 198,4	-789,9
<b>45-59/64 lata</b>	-25,2	-564,1	-282,1	371,9	827,8	274,9
<b>18-59/64 lata</b>	-29,4	-852,8	-1 215,2	-877,6	-370,6	-515,0

Źródło: *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2009-2010* (2010), Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa, s. 246, tab. 89

**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 2011*, GUS, Warszawa, s.151, tabl.22; Kryńska E. (2010), *Wpływ zmian demograficznych na rynek pracy – aspekty gospodarcze*, w: Biuletyn nr 55, Rządowa Rada Ludnościowa, wykres 2, s. 31.

## **ZAŁOŻENIA, ZAKRES I CELE POLITYKI LUDNOŚCIOWEJ**

### **DEFINICJA POLITYKI LUDNOŚCIOWEJ**

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

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, rozrodczością, poprawą stanu zdrowia i ograniczaniem umieralności oraz na procesy migracyjne tak, aby ich przebieg sprzyjał kształtowaniu optymalnego stanu i struktury ludności, zapewniających biologiczną ciągłość i zrównoważony rozwój społeczno-ekonomiczny;
- dla osiągnięcia tych celów wykorzystane powinny być 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 w sytuacji istniejących różnicowań sytuacji demograficznej i społeczno-ekonomicznej w wymiarze regionalnym i lokalnym. Zaangażowanie się tych podmiotów pozwoli zarówno na bardziej wnikliwie 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 diety (świadomego zwiększania przeciętnego poziomu diety),
- 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 i w zintegrowanej Europie,
- zapewnienie aktywnego uczestnictwa wszystkim pokoleniom w rozwoju demograficznym i społeczno-ekonomicznym kraju.

Dla 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 opierać się będzie na następujących **zasadach** prowadzenia polityki aktywnej, rozumianej jako:

- działania polegające na „tworzeniu warunków” sprzyjających lub niezbędnych dla osiągnięcia danego celu,
- wykorzystanie aktywizujących form i metod działania, pozwalających na bezpośrednie udział różnych grup ludności w projektowanych działaniach;
- wielości podmiotów, pozwalających na lepsze rozpoznanie potrzeb, większą elastyczność działania, umożliwiającą lepsze dostosowanie środków do osiągnięcia zamierzonych celów;
- wielości i różnorodności stosowanych instrumentów i metod działania, powiązanych z obszarami szczegółowych polityki 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:

<b>Cel I.</b>	<b>TWORZENIE WARUNKÓW SPRZYJAJĄCYCH POWSTAWANIU RODZIN, PRZEDE WSZYSTKIM POPRZEZ ZAWIERANIE MAŁŻEŃSTW I REALIZACJĘ PLANÓW PROKREACYJNYCH</b>
<b>Cel II.</b>	<b>TWORZENIE WARUNKÓW SPRZYJAJĄCYCH INTEGRACJI W STARZEJĄCYM SIĘ SPOŁECZEŃSTWIE – ZMNIEJSZENIE SKALI ZAGROŻENIA WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM LUDZI STARSZYCH, NIESAMODZIELNYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH</b>
<b>Cel III.</b>	<b>POPRAWA STANU ZDROWIA LUDNOŚCI I OGRANICZANIE UMIERALNOŚCI</b>
<b>Cel IV.</b>	<b>OKREŚLENIE KIERUNKÓW I ZASAD POLITYKI MIGRACYJNEJ POLSKI W DOBIE INTEGRACJI EUROPEJSKIEJ</b>

## CEL I.

# TWORZENIE WARUNKÓW SPRZYJAJĄCYCH POWSTAWANIU RODZIN<sup>6</sup>, PRZEDE WSZYSTKIM POPRZEZ ZAWIERANIA MAŁŻEŃSTW I REALIZACJĘ PLANÓW PROKREACYJNYCH

## DIAGNOZA<sup>7</sup>

### 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 we wszystkich prawie krajach UE-27 spadek liczby zawieranych małżeństw<sup>8</sup>. 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 małżeństwach<sup>9</sup>.

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 roku 2008 następował corocznie stopniowy wzrost liczby nowozawartych związków małżeńskich. W 2004 r. zawarto 191,8 tys. związków małżeńskich, natomiast w 2005 było to już 206,9 tys., a w roku 2008 – 257,7 tys. W roku 2009 – w porównaniu rok do roku – 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 demograficznego wyżu i niżu. Dlatego pełniejszy obraz zjawiska uzyskamy analizując wskaźniki określające dynamikę zawierania małżeństw od 2008 roku jest więcej małżeństw zawieranych niż ulegających rozwiązaniu. W roku 2010 nadwyżka ta wyniosła ponad 6,3 tys.

O ile w latach 2004-2008 obserwować można było 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 ów wskaźnik dla 27 krajów UE, wynoszący wówczas 4,85<sup>10</sup>. Do roku 2008 współczynnik zawierania małżeństw w naszym kraju wzrastał (do wartości 6,8), a w 2009 r. spadł do wartości 6,6 (wyższy w 2009 r. wskaźnik w UE-27 był tylko na Cyprze – 7,91, a przeciętny dla UE-27 miał w tymże roku wartość 4,51).

---

<sup>6</sup> Przy całej świadomości 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 a w badaniach i statystyce GUS).

<sup>7</sup> Dane liczbowe – jeśli nie zaznaczono inaczej - pochodzą z Rocznika Demograficznego GUS (wydania odpowiednie dla omawianych lat).

<sup>8</sup> Dane dotyczące innych krajów UE pochodzą z interaktywnej bazy danych Eurostat Data Explorer, [www.eurostat.europa.eu/nui](http://www.eurostat.europa.eu/nui) – dostęp w dniu 16 grudnia 2011 r.

<sup>9</sup> Sytuacja Demograficzna Polski, Raport 2010-2011 Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2011, s. 46-47.

<sup>10</sup> Generalnie, niższe współczynniki zawierania małżeństw notowane są w tzw. starych krajach UE – z wyjątkiem Danii i Wielkiej Brytanii, natomiast najwyższe w krajach Europy Południowej i Wschodniej).

Jednak w 2010 r. wartość tego wskaźnika w Polsce, chociaż nadal wyższa niż w 2004 roku i jedna z najwyższych w Europie, zmniejszyła się o do poziomu 6,0, aby w roku 2011 ponownie wzrosnąć do poziomu 6,4. Powyższy trend widoczny jest zarówno w miastach, jak i na wsi. Generalnie bowiem zacierają się różnice między miastem i wsią widoczne dotychczas w liczbie i dynamice zawieranych małżeństw.

Na to, jak kształtują się postawy wobec małżeństwa, wskazują m.in. dane informujące o liczbie małżeństw zawieranych po raz pierwszy. O ile w roku 2004 małżeństwa pierwsze dla obojga małżonków stanowiły 87,1%, to w roku 2010 (przy łagodnej tendencji spadkowej rysującej się od roku 2006) – 84,7%, a w 2011 roku – 83,9%.. Nieznacznie przy tym wzrasta udział związków powtórnych. Można zakładać, że zastępują je związki nieformalne<sup>11</sup>.

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-tych 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 roku i niespełna 37% w roku 2011.

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 roku 2004 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 lub oboje małżonków pozostawało na utrzymaniu stanowiły w 2004 roku 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.

---

<sup>11</sup> *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2010-2011*, op. cit., s. 47.

Generalnie więc, mamy do czynienia z coraz mniej licznymi rocznikami kandydatów do małżeństwa oraz z malejącą skłonnością do zawierania małżeństw w najbardziej 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 roku – 268,5, a w roku 2011 – 312,8. Po spadku liczby rozwodów w roku 2007 i 2008 od roku 2009 ponownie obserwuje się tendencję wzrostową. W roku 2011 zanotowano 64,6 tys. rozwodów, podczas gdy w roku 2004 – 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 roku 2010 wskaźnik ten wzrósł do 21,2%, a w roku 2011 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 proces emigracji. Niepokoi ponadto wzrost natężenia rozwodów wśród małżeństw o dłuższym stażu, w których wychowują się małe 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 indywidualnych<sup>12</sup>. Natomiast tracą na znaczeniu, jako czynniki sprzyjające rozwodom, 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 wyhamowaniu uległy rysujące się od lat 80. minionego stulecia tendencje spadkowe, był rok 2004. 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 dziecko<sup>13</sup>.

Zarówno w Polsce, jak i przeciętnie w krajach UE-27 wzrosły – w porównaniu z rokiem 2004 – wskaźniki płodności kobiet (w UE-27 z 1,5 w 2004 r. do 1,59 w 2009, 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 (w UE-27 – 54), a w grupie 25-29 lat – 89 (w UE-27 – 92).

<sup>12</sup> *Sytuacja Demograficzna Polski. Raport 2010-2011*, op. cit., s. 68-69.

<sup>13</sup> *Sytuacja Demograficzna Polski. Raport 2008-2009*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2009, rozdz. III. pkt. 2, s.71.



W roku 2010 analogiczne wskaźniki wyniosły 56 (spadek o 5pkt.) 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 UE-27)

Zmienne trendy zauważyć można w wartości współczynników dzietności ogólnej: wynosił on 1,227 w 2004 r. (1,498 w UE-27), 1,382 w roku 2010 (UE-27 w 2009 – 1,593) oraz 1,297 w 2011 r. (brak danych w UE-27 w 2010 i 2011 r.) Wciąż pozostają one wyższe na wsi niż w miastach (odpowiednio w 2011 r.: 1,211 w mieście i 1,427 na wsi) . O ile w 2004 r. w Polsce współczynnik ten na wsi wynosił 1,400, a w miastach 1,124, to w 2010 r. na wsi osiągnął wartość 1,486, a w miastach 1,309, natomiast w 2011 roku 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 UE-27 – 29,35) natomiast w roku 2010 – 28,78 (w UE-27 w 2009 – 29,83), a w roku 2011 -28,6 (brak danych dla UE-27 w 2010 i 2011 r.)

### **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 osiemdziesiątych 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 i równego traktowania),
- strukturalnych (sytuacja na rynku pracy),
- ekonomicznych (poziom i warunki życia),
- instytucjonalnych (rozwiązań polityki rodzinnej)<sup>14</sup>.

Rodzina, małżeństwo i dzieci to wartości utrzymujące się na czele hierarchii 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 ich rodziców<sup>15</sup>.

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 dzieci<sup>16</sup>.

---

<sup>14</sup> Kotowska I.E., Matysiak A., Styrac 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, s. 9.

<sup>15</sup> Dyczewski L. (2007): *Małżeństwo i rodzina upragnionymi wartościami młodego pokolenia*, w: Dyczewski L. (red.): *Małżeństwo i rodzina w nowoczesnym społeczeństwie*, Wyd. KUL, Lublin, s. 11-34; *Nie ma jak rodzina*- komunikat z badań CBOS, BS/40/2008, Warszawa, marzec 2008.

<sup>16</sup> Wg badań CBOS, bazujących 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

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 dziećmi<sup>17</sup>.

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 doktoranckich<sup>18</sup>. 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 wysokimi 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 fali wyżu demograficznego lat 80. coraz częściej poszukują pracy dającej im satysfakcję nie tylko materialną (dobre wynagrodzenie). Oczekują też możliwości optymalnej realizacji swoich aspiracji zawodowych i życiowych (pokolenie X zastępowane stopniowo przez pokolenie Y, które charakteryzuje się m.in. niezależnością i indywidualizmem w dążeniu do celów, nastawieniem na samorealizację, dużą mobilnością przestrzenną czy też zaangażowaniem w działania przynoszące szybkie korzyści własne)<sup>19</sup>. 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, 20-30-latków, wyznacznikiem celów życiowych jest realizacja celów indywidualnych, gdzie małżeństwo i rodzina zajmują drugą pozycję<sup>20</sup>. 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.

---

związki partnerskie stanowią 6%, samotni rodzice 2% i 3% pozostałe formy związków. Por.: *Nie ma jak rodzina*-komunikat z badań CBOS, BS/40/2008, Warszawa, marzec 2008.

<sup>17</sup> *Potrzeby prokreacyjne oraz preferowany i realizowany model rodziny*- komunikat z badań CBOS, BS/52/2006.

<sup>18</sup> *Szkoły wyższe i ich finanse w 2010 r.*, GUS, Warszawa 2011, s. 53-221 oraz 290-307.

<sup>19</sup> Fazlagić J. (red.) (2008), *Edukacja dla modernizacji i rozwoju, III Kongres Obywatelski*, Wyd. IBnGR, Gdańsk, ss. 7-11, Szafraniec, K. (2009): *Jacy są młodzi Polacy? W poszukiwaniu portretu Polaków*, IBnGR, Gdańsk.

<sup>20</sup> 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 wykształcenia. Por. Czapiński, J., Sułek, A., Szumlicz, T. (2011). *Indywidualna jakość życia w: Diagnoza Społeczna 2011 Warunki i Jakość Życia Polaków - Raport*. [Special issue]. *Contemporary Economics*, 5(3), 160-270.

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 życie „singli”, czyli osób, które świadomie decydują się na życie bez stałego partnera lub partnerki.<sup>21</sup> Badania CBOS wskazują, że w Polsce samotne życie – bez partnera – osób w wieku powyżej 25 lat<sup>22</sup> 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.

Społeczeństwo 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 małżeństwo<sup>23</sup>.

Na postawy wobec małżeństwa, traktowanego jako podstawa założenia rodziny wpływ mają warunki bytu dużej części społeczeństwa i młodej generacji. Młodzi ludzie są ciągle grupą w najwyższym stopniu zagrożoną bezrobociem. Wg BAEL w 2004 roku (II kw.) stopa bezrobocia osób w wieku 20-24 lata wynosiła 43,3% przy ogólnej wartości tego wskaźnika wynoszącej 19,1%. W roku 2010 stopa bezrobocia dla grupy do 24 lat nadal pozostaje najwyższa i wyniosła 23,1% (stopa bezrobocia ogółem - 9,5%). Tak duże bezrobocie uniemożliwia stabilizację materialną młodych ludzi i w wielu przypadkach oddala realizację planów matrymonialnych i prokreacyjnych.

Posiadanie dzieci jest niemal powszechnie deklarowaną potrzebą młodych i dorosłych generacji. Ponad 80% spośród tych osób, które nie mają jeszcze dzieci chciałyby je mieć. <sup>24</sup> **Najczęściej deklarowana jest chęć posiadania dwójki dzieci.** Preferowana liczba potomstwa w znacznym stopniu odbiega jednak od faktycznie posiadanej. Co czwarta osoba z deklarujących chęć posiadania dzieci pozostaje bezdzietna, a w pozostałych przypadkach realizacja planów prokreacyjnych zatrzymuje się po urodzeniu jednego dziecka. W ostatnich 5 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 roku 2012. Wzrasta powoli liczba deklarujących chęć posiadania co najmniej 3 dzieci (z 19% w roku 2000 do 23% w roku 2012)<sup>25</sup>.

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

<sup>21</sup> *Kontrowersje wokół różnych zjawisk dotyczących życia małżeńskiego i rodzinnego* -komunikat z badań. CBOS, BS/54/2008, Warszawa 2008 oraz *Potrzeby prokreacyjne oraz preferowany i realizowany model rodziny* - komunikat z badań, CBOS, BS/61/2012.

<sup>22</sup> Wg statystyk GUS jest to zbiorowość licząca ok. 5 mln osób i z roku na rok coraz liczniejsza.

<sup>23</sup> *Kontrowersje wokół różnych zjawisk...* op.cit.

<sup>24</sup> Dyczewski L. (2007), (red.), *Małżeństwo i rodzina w nowoczesnym społeczeństwie*, Wyd. KUL, Lublin; *Nie ma jak rodzina* – komunikat z badań CBOS, BS/40/2008, Warszawa, marzec 2008 oraz *Potrzeby prokreacyjne oraz preferowany i realizowany model rodziny* – komunikat z badań CBOS, BS/61/2012, Warszawa, maj 2012.

<sup>25</sup> *Potrzeby prokreacyjne oraz ...* op. cit., s. 2, rys. 1.

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, które odcinają się od jakichkolwiek związków z religią i Kościołem<sup>26</sup>.

Od dawna toczą się dyskusje na temat wpływu sytuacji materialnej na postawy prokreacyjne<sup>27</sup>. 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 dzieci<sup>28</sup>. Wśród kobiet istotne znaczenia mają – wg częstości wskazań – obawy przed nieudanym związkiem (wynikające często z braku pozytywnych doświadczeń relacji małżeńskich wyniesionych z własnej rodziny<sup>29</sup>), 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 miał wybór życia bez zobowiązań, a w następnej kolejności obawy mężczyzn 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, znaczącego wpływu na młodych ludzi jeszcze niemających dzieci<sup>30</sup>. 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 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.** Jednak duża grupa jest w tej kwestii 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

---

<sup>26</sup> Tamże.

<sup>27</sup> 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 i poprawia warunki życia rodzin i dzieci. Źródło: <http://eur-law.eu?PL/Demograficzna-przyszlosc-Europy-Rezolucja-Parlamentu-Europejskiego-dnia-21,495726,d>.

<sup>28</sup> *Kontrowersje wokół różnych zjawisk...* op.cit.

<sup>29</sup> Czarnecka J. (2008), *Singiel i singielka o życiu w pojedynkę*, „Kultura i społeczeństwo”, nr 3.

<sup>30</sup> Dyczewski L. (2007), (red.) *Małżeństwo i rodzina w nowoczesnym społeczeństwie*, Wyd. KUL, Lublin; *Nie ma jak rodzina* - komunikat z badań CBOS, BS/40/2008, Warszawa, marzec 2008.

mieszkańowe 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 przyszłości<sup>31</sup>.

Najczęściej wskazywany powód zmniejszenia liczby urodzeń to w opinii Polaków i Polek<sup>32</sup> kobiety 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 sprostają obowiązkom rodzinnym. W ciągu ostatnich sześciu lat wzrosło postrzegane znaczenie obaw przed utratą pracy<sup>33</sup>.

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 uznało za dobrą zachętę 7% respondentów<sup>34</sup>.

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 rodzinę<sup>35</sup>.

---

<sup>31</sup> *Postawy prokreacyjne Polaków...* op. cit. Zob także Czapiński, J., Sułek, A., Szumlicz, T. (2011), *Indywidualna jakość życia ...* op.cit., s. 220 i nast.

<sup>32</sup> Odpowiadali ogółem dorośli mieszkańcy Polski – bez kryterium wieku.

<sup>33</sup> *Polityka państwa wobec rodziny oraz dyskryminacja w miejscu pracy kobiet w ciąży i matek małych dzieci* – komunikat z badań CBOS, BS/38/2006, Warszawa, marzec 2006.

<sup>34</sup> Tamże.

<sup>35</sup> Tamże.

Postawy prokreacyjne mogą być również powiązane z percepcją roli kobiety w społeczeństwie. Jednak podział ról między mężem i żoną (partnerem i partnerką) w stosunkowo niewielkim stopniu wpływa na deklaracje co do planów posiadania dzieci<sup>36</sup>. 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 jest 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 zajmuje się domem (36%). Najczęściej natomiast plany dotyczące posiadania w przyszłości potomstwa wyrażają badani deklarujący model partnerski (43%)<sup>37</sup>.

Działania wskazywane najczęściej jako ułatwiające matkom powrót do pracy to: stworzenie matkom 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% sądzi, 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 doszkalające<sup>38</sup>.

## **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 wzrastał<sup>39</sup>. Małał zasięg ubóstwa niezależnie od przyjmowanej linii ubóstwa, 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 pracą 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 różnicowania 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).

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 stopy zatrudnienia ludności, zwłaszcza ludności w wieku produkcyjnym

---

<sup>36</sup> *Kobiety i mężczyźni o podziale obowiązków domowych* – komunikat CBOS BS/183/2006, Warszawa, grudzień 2006.

<sup>37</sup> *Postawy prokreacyjne Polaków* – op. cit.

<sup>38</sup> *Polityka państwa wobec rodziny...* op. cit.

<sup>39</sup> Według *Diagnozy społecznej 2011*, dochody realne w latach 2009 (marzec)-2011 wzrosły we wszystkich kategoriach i typach gospodarstw domowych (poza rodzinami niepełnymi-minimalny spadek), tamże, s. 48.

oraz jednoczesny spadek stopy bezrobocia. W latach 2003-2011 wskaźnik zatrudnienia dla ludności w wieku produkcyjnym (18-59 lat dla kobiet i 18-64 lata dla mężczyzn) wzrósł z 55,7% w 2003 roku do 65,3% w latach 2010-2011 (średniorocznie). Stopa bezrobocia natomiast dla ludności w tej samej kategorii wiekowej zmalała z 20,1% w roku 2003 do 9,7% w 2010r. (9,8% w roku 2011). W latach 2003-2008 nastąpiła poprawa w sytuacji na rynku pracy i tym samym w zakresie możliwości uzyskania pracy, ale od roku 2009 sytuacja na rynku pracy pogarsza się. Generalnie 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 odsetek bezrobotnych, a rosła liczba i odsetek pracujących, to zróżnicowania między gospodarstwami w zakresie aktywności zawodowej ich członków -zależnie od ich składu osobowego- pozostały niezmiennie. W 2001 r. odsetek gospodarstw 2-osobowych z przynajmniej jedną osobą bezrobotną wynosił około 10-11% (w 2008 r.-3,9%, w III kwartale 2010 -6,0%, a w kwartale I 2012 - 6,7%), ale 3-osobowych - ponad 24% (w 2008 r. - 9,5%, III kw.2010 r.- 12,9%, a w I kwartale 2012 r. - 14,5%), 4-osobowych - 29% (w 2008-11,8%; III kw. 2010 - 14,6%, a w I kwartale 2012 r. - 16%), a 5-osobowych - 30-32% (w 2008r. -14,2%, III kw.2010 - 17,5%, w I kwartale 2012 r. - 18,6%) (jeśli gospodarstwo domowe 4-osobowe przyjąć w uproszczeniu jako gospodarstwo małżeństwa z 2.dzieci, a 5-osobowe jako gospodarstwo małżeństwa z 3. dzieci<sup>40</sup>). Jednocześnie odsetek gospodarstw z osobami pracującymi w gospodarstwach 3-, 4- i 5-osobowych wzrósł w latach 2001-2008 z ponad 62% do ponad 81%, zaś w latach 2010 i 2012 wynosił odpowiednio: 3-osobowe - 77,5% (76,4), 4-osobowe - 81% (79,8), 5-osobowe - 78,7% (77,8).

Sytuacja rodziców na rynku pracy kształtuje warunki rozwojowe dzieci. Z dostępnych danych wynika, że w latach 2006-2010 odsetek dzieci w wieku 0-17 lat w gospodarstwach domowych bez osób pracujących zmalał z 11,1% do 8% w latach 2008-2009 i nieznacznie wzrósł w roku 2010 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 (najemnej 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 1. dzieckiem 54,6% i 64,7% oraz 67,9% ; dla małżeństw z 2. dziećmi - 49,1% i 67% oraz 67,7%; dla małżeństw z 3. i więcej dziećmi - 39,4% i 59,2% oraz 60,8%; dla samotnych matek/ojców - 21,3% i 45,7% oraz 47,2%<sup>41</sup>.

---

<sup>40</sup> 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, *Gospodarstwa domowe, Aktywność ekonomiczna ludności Polski. I kwartał 2011, III kwartał 2011, IV kwartał 2011, I kwartał 2012*.

<sup>41</sup> W roku 2011 nastąpił minimalny spadek udziału dochodów z pracy w stosunku do roku poprzedniego. Obliczenia na podstawie *Budżetów gospodarstw domowych w 2006 r.*, *Budżetów gospodarstw domowych w 2009 r.*

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 1 dzieckiem, 1% (0,8%) dla małżeństw z 2. dzieci, 3,2% (3,1%) dla małżeństw z 3 i więcej dzieci oraz 1,7% (1,7%) dla samotnych matek/ojców z dziećmi<sup>42</sup>. 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 roku 2001 i ponad 8% w roku 2006. 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 roku 2001 i ponad 17% w roku 2006.

Świadczenia z ubezpieczeń społecznych, jako źródło dochodu, nie stanowią znaczącej pozycji w dochodach rodzin z dziećmi, bowiem w roku 2009 (2011) ich udział sięgał odpowiednio: małżeństwo z 1. dzieckiem – 4,2% (4,1%), z 2 dzieci – 1,7% (1,8%), z 3 i więcej dzieci – 1,7% (2,3%), samotna matka/ojciec – 4,5% (3,3%)<sup>43</sup>. Inaczej 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 konsumpcyjne<sup>44</sup>, w tym na żywność i napoje. W roku 2011 obserwuje się wzrost obu wskaźników, z wyjątkiem małżeństw z 2. 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 wydatki na użytkowanie mieszkania i nośniki energii, to w latach 2009-2011 następował ich systematyczny powolny wzrost<sup>45</sup>. W dłuższej

---

i *Budżetów gospodarstw domowych w 2010 r. oraz Budżetów gospodarstw domowych w 2011 r.*, GUS.

<sup>42</sup> 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.

<sup>43</sup> W roku 2011 nastąpił nieznaczny wzrost udziału dochodu ze świadczeń z stosunku do roku 2010; najbardziej w rodzinach wielodzietnych.

<sup>44</sup> W latach 2009-2010 spadek z 60,1% do 58,1% w rodzinach małżeństw z 1. dzieckiem; z 60,7% do 60,5% w małżeństwach z 2 dzieci; z 63% do 62,3% w rodzinach małżeństw z 3 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 1. dzieckiem z 13,6% do 13%, w rodzinach małżeństw z 2. dzieci z 15,1% do 15%, w rodzinach małżeństw z 3 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 GUS*, lata 2009 i 2010.

<sup>45</sup> W roku 2010 nastąpił dalszy wzrost w rodzinach małżeństw wielodzietnych, zaś spadek



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 od 3% w rodzinach małżeństw z 1. dzieckiem do 3,5% w rodzinach niepełnych (2011 r.). W latach 2001--2011 spadają wydatki na edukację<sup>46</sup>, zaś wzrastają na rekreację i kulturę<sup>47</sup>.

W latach 2009-2010 odnotowano spadek wydatków (i ich udziału) na zdrowie we wszystkich typach rodzin, poza rodzinami niepełnymi, gdzie nastąpił 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 owoców<sup>48</sup>; mniej cukru i wyrobów cukierniczych, wzrastało powoli spożycie mięsa. Natomiast wzrasta zdecydowanie spożycie wody mineralnej, systematycznie rośnie spożycie soków owocowych i warzywnych<sup>49</sup>. (W roku 2011 zaznaczyło się zahamowanie opisanych tendencji). Generalnie jednak w dłuższym okresie powolnej zmianie ulegają 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 pijalność wód mineralnych i źródlanych oraz soków owocowych i warzywnych w rodzinach wielodzietnych w porównaniu z rodzinami z 1 dzieckiem.

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

---

w rodzinach małżeństw z 1. dzieckiem i samotnych matek i ojców. W 2011 r. wzrost udziału tych wydatków dotyczył małżeństw z 1 dzieckiem oraz rodzin małżeństw wielodzietnych oraz samotnych rodziców.

<sup>46</sup> W roku 2010 odnotowano wzrost relatywnie wydatków na edukację w rodzinach małżeństw z 2. dziećmi z 1,3 do 1,5% oraz małżeństw z 3 i więcej dziećmi z 0,86% do 1,1%. Obliczenia na podstawie: *Budżety gospodarstw domowych GUS*, lata 2009 i 2010. W roku 2011 nastąpił wzrost udziału wydatków edukacyjnych w rodzinach niepełnych z 1,4 do 1,7% (*Budżety gospodarstw domowych 2011 r.*).

<sup>47</sup> W latach 2009-2010 odnotowano dalszy wzrost w rodzinach małżeństw z 2. dziećmi, 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 1. dzieckiem do 7,7% w rodzinach niepełnych.

<sup>48</sup> 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 1 dzieckiem.

<sup>49</sup> W roku 2010 w stosunku do roku 2009 spadek spożycia soków owocowych i warzywnych we wszystkich typach rodzin, poza wielodzietnymi. Rok 2011 to dalszy spadek.

## Ubóstwo

Wciąż notowany jest w Polsce znaczny zasięg (wyższy niż przeciętnie w UE-27<sup>50</sup>) ubóstwa i zagrożenia ubóstwem wśród rodzin z dziećmi, chociaż od 2005 r. zjawiska te ulegają stopniowemu ograniczeniu. Tendencja ta utrzymuje się również w latach 2009-2010. W roku 2010 w stosunku do roku poprzedniego nastąpił wzrost zasięgu ubóstwa biologicznego w rodzinach wielodzietnych i niepełnych. W roku 2011 zasięg ubóstwa skrajnego wzrósł we wszystkich typach biologicznych rodzin, z wyjątkiem rodzin niepełnych. Nadal najbardziej zagrożone ubóstwem pozostają rodziny wielodzietne, ale wskaźniki tego zagrożenia widocznie wzrastają już przy 2 dzieci<sup>51</sup>.

**Tabela 5.** Wskaźniki zagrożenia ubóstwem wg typu biologicznego rodziny

Typ rodziny	% osób w gospodarstwach domowych o wydatkach poniżej								
	Minimum egzystencji			Relatywnej granicy ubóstwa			Ustawowej granicy ubóstwa		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
<b>Małżeństwa:</b>									
- z 1 dzieckiem	2,0	1,9	2,3	7,3	7,4	6,7	2,5	1,9	1,6
- z 2 dzieci	4,2	3,7	4,8	14,7	14,7	13,8	6,5	5,4	4,7
- z 3 dzieci	9,3	9,8	10,4	27,9	27,5	25,8	14,9	14,1	12,2
- z 4 dzieci i więcej	21,3	24,0	24,0	49,2	43,7	47,2	35,8	34,3	29,6
<b>Matka lub ojciec z dziećmi</b>	6,4	7,8	7,2	16,0	18,4	19,2	8,9	10,5	6,9

Źródło: *Budżety gospodarstw domowych w 2010 r.*, GUS, *Budżety gospodarstw domowych w 2011 r.*, GUS.

Według kryterium ustawowego obowiązującego o w pomocy społecznej notowano najwyraźniejszy spadek zagrożenia ubóstwem, ale kryterium to nie było weryfikowane od 2006 r. (Od 1 października 2012 r. kryterium dochodowe dla osoby samotnie gospodarującej wynosi 542 zł, a dla osoby w rodzinie – 456 zł). Znacznie częściej niż przeciętnie, ubóstwem zagrożone są rodziny z osobami – a szczególnie z dziećmi – niepełnosprawnymi. W 2009 r. 19% tych rodzin z dziećmi do lat 16 żyło w sferze ubóstwa ustawowego, a w roku 2011 – 12,3%, zaś w ubóstwie skrajnym żyło 12% rodzin w roku 2009 i 9,7% w roku 2011.

<sup>50</sup> Wg statystyk Eurostat Polska jest krajem o najwyższym w UE-27 stopniu zagrożenia ubóstwem osób poniżej 18. roku życia; mimo widocznej w analizach statystycznych poprawy sytuacji od 2005 r. Poniżej granicy ubóstwa relatywnego w 2009 r. żyło w naszym kraju 22% dzieci; w UE-27 – 20%, przy czym Polska jest w grupie krajów o najniższym poziomie granic ubóstwa.

<sup>51</sup> Por. także *Diagnoza społeczna 2011*, (s. 330). zgodnie z którą zasięg ubóstwa, jego intensywność oraz dotkliwość najbardziej dotyka jednorodzinne małżeństwa z 3 i więcej dzieci, natomiast najgłębsze ubóstwo dotyczy jednorodzinnych gospodarstw domowych tworzonych przez małżeństwa z 2 dzieci (na drugim miejscu za nierodzinnymi gospodarstwami jednoosobowymi).

Zróznicowany poziom rozwoju regionalnego wiąże się z różnicami wskaźników zagrożenia ubóstwem między województwami. Niemniej, od lat najtrudniejsza sytuacja w tym zakresie – bez względu na miernik ubóstwa – dotyczy rodzin w województwach podlaskim, lubelskim i świętokrzyskim. Zagrożenie to w znacznie większym zakresie widoczne jest na wsi oraz w małych miasteczkach.

Zmiany w sytuacji na rynku pracy i w zakresie możliwości uzyskania pracy znalazły odzwierciedlenie w kształtowaniu się zasięgu biedy w polskich rodzinach. Lata XXI wieku można podzielić na dwa podokresy, jeśli chodzi o zasięg ubóstwa, niezależnie od przyjmowanej do jego wyliczania linii ubóstwa. Pierwszy to okres 2000--2005, kiedy zasięg ubóstwa czyli liczba ludności biednej wzrastała i drugi to okres 2006-2011, kiedy notuje się systematyczny powolny spadek liczby ludności ubogiej. W roku 2007 poniżej ustawowej granicy ubóstwa żyło 14,6% osób, zaś w roku 2009 – 8,3%, a w 2010 – 7,3%; natomiast ubóstwo skrajne czyli biologiczne obejmowało w roku 2007 – 6,6% ludności, a w latach 2009-2010 – 5,7% (w roku 2011 odnotowano wzrost do 6,7%). Niezależnie od tych zmian polegających na zmniejszaniu się zasięgu ubóstwa ustawowego, biologicznego i relatywnego (ubóstwo relatywne w latach 2007 i 2009 sięgało 17,3%, w roku 2010 – 17,1%, a w roku 2011 – 16,7%), zróżnicowanie zagrożenia ubóstwem pozostaje wciąż niezmiennie.

Takimi podstawowymi czynnikami różnicującymi są:

1. status na rynku pracy, czyli posiadanie pracy lub bycie bezrobotnym – w latach 2007 i 2011 stopa ubóstwa biologicznego wynosiła: wśród gospodarstw z przynajmniej jedną osobą bezrobotną – ok.16% i ok.11,5%, a wśród gospodarstw bez osób bezrobotnych – ok.5%;<sup>52</sup>

2. grupa społeczno-ekonomiczna, czyli przeważające źródło utrzymania; najmniej zagrożeni ubóstwem są pracujący, w tym pracujący na własny rachunek oraz pracownicy, a także emeryci, zaś ubóstwo dotyka najczęściej utrzymujących się ze świadczeń społecznych (poza emerytami), w tym rencistów, a także rolników i utrzymujących się ze źródeł niezarobkowych; w roku 2006 poniżej minimum egzystencji żyło prawie 23% ludności gospodarstw utrzymujących się z niezarobkowych źródeł, w roku 2007 – ponad 19%, w 2009 r.-19,3%, a w 2011 – 21,9%<sup>53</sup>; dla porównania odpowiednio 7%, 6%, 5,2% i 5,7% ludności w gospodarstwach pracowniczych oraz ponad 3%, niecałe 3%, 1,8% (w 2009) i 3,4% (2011) w gospodarstwach pracujących na własny rachunek; przy tym pauperyzacji sprzyja również wykonywanie niskopłatnej pracy, co dotyczy głównie osób o niskim poziomie wykształcenia, pracujących na stanowiskach robotniczych; w rodzinach, których podstawowym źródłem dochodów była praca najemna na stanowisku robotniczym, zasięg ubóstwa skrajnego (minimum egzystencji) wynosił w latach 2007 i 2011 – ok.9%, a wśród rodzin utrzymujących się przede wszystkim z pracy najemnej na stanowiskach nierobotniczych – ok.1% w roku 2007 i 1,5% w roku 2011;

---

<sup>52</sup> *Sytuacja gospodarstw domowych w 2007 r. świetle wyników badań budżetów gospodarstw domowych*, GUS, Notatka informacyjna GUS, 28 maja 2008 r., *Ubóstwo w Polsce w 2011 r.* - <http://www.stat.gov.pl>, odczyt w dniu 8 października 2012 r.

<sup>53</sup> Dane o ubóstwie w roku 2009 pochodzą z opracowania GUS *Ubóstwo w Polsce w 2009 r.* - <http://stat.gov.pl>, dostęp w dniu 15 marca 2011 r., *Ubóstwo w Polsce w 2011 r.*, - <http://www.stat.gov.pl>, odczyt w dniu 8 października 2012 r.

3. posiadanie większej liczby dzieci na utrzymaniu, co dotyczy rodzin wielodzietnych z trojgiem i większą liczbą dzieci. Stopa ubóstwa dla małżeństw z jednym dzieckiem jest 3-krotnie mniejsza niż stopa ubóstwa dla małżeństwa z trojgiem dzieci, niezależnie od przyjmowanej linii ubóstwa (por. tabl. 5);

4. miejsce zamieszkania – relatywnie najczęściej ubogie są rodziny na wsi i w małych miastach, przy czym należy podkreślić, że większość rodzin wielodzietnych zamieszkuje na wsi; w roku 2006 ubóstwem biologicznym było zagrożonych 12% ludności wsi (w roku 2007 – 10,5%, w latach 2008 i 2009 – 9,2%, w 2010 r. – 9,4%, a w 2011- 10,9%), a 5,2% ludności miast (4,1% w roku 2007, 2008 – 3,3%, 2009 – 3,5%, 2010 – 3,4%, 2011r. – 4,2%); dochody poniżej ustawowej linii ubóstwa uprawniającej do świadczeń z pomocy społecznej obejmowały w latach 2006-2007 około 22% ludności wsi i ponad 10% ludności miast, natomiast w latach 2008-2010 odpowiednio – 16,7%, 13,5% i 11,9% ludności wsi oraz 6,9, 5% i 4,4% ludności miast.

Polska należy do grupy krajów UE i OECD o relatywnie niskim poziomie materialnej jakości życia dzieci: notowany jest u nas jeden z największych wskaźników zagrożenia ubóstwem dzieci poniżej 18. roku życia; 74% dzieci w porównaniu ze średnią w obszarze OECD, wynoszącą 30%, wychowuje się w przeludnionych mieszkaniach. Ponadto, Polska zajmuje bardzo niskie miejsce pod względem upowszechnienia wczesnej opieki i edukacji<sup>54</sup>.

### **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. Gospodarstwa młode z głową rodziny poniżej 30 roku życia miały prawo własności czy spółdzielcze prawo do lokalu 2 razy rzadziej niż gospodarstwa ogółem.

W gospodarstwach wieloosobowych, których głową jest osoba w wieku 30-39 lat prawo do lokalu miała charakter własności podobnie często jak ogół gospodarstw wieloosobowych. Można w uproszczeniu powiedzieć, że nabywanie własnego mieszkania następuje najczęściej, kiedy głowa gospodarstwa osiąga wiek 30-39 lat. Większość, bo ponad  $\frac{3}{4}$  gospodarstw domowych w Polsce mieszkała samodzielnie. Natomiast nieznacznie ponad połowa gospodarstw, których głową jest osoba młoda poniżej 30. roku życia, mieszkała samodzielnie, niezależnie od tytułu zajmowania mieszkania. Przy tym nie ma istotnych różnic między miastem a wsią.

Warunki mieszkaniowe gospodarstw domowych wieloosobowych w Polsce, mierzone zagęszczeniem mieszkań czyli liczbą osób na jeden pokój, nie są dobre, choć ulegają poprawie: jedynie 41% gospodarstw mieszka w lokalu, gdzie 1 osoba lub mniej niż jedna osoba przypada na 1 pokój. W przypadku gospodarstw z głową rodziny w wieku 30 lat i mniej jedynie 29,4% z nich mieszka w lokalu, gdzie 1 osoba lub mniej przypada na 1 pokój. Częściej niż w co czwartym gospodarstwie domowym, w tym w czterech na dziesięć gospodarstw młodych rodzin, występuje ciasnota mieszkaniowa: dwie i więcej osób przypada na jedną izbę. Zagęszczenie mieszkań zamieszkałych przez gospodarstwa składające się z wielu osób, których głową jest osoba poniżej 30 roku życia, jest więc znacznie większe niż gospodarstw wieloosobowych ogółem w Polsce.

---

<sup>54</sup> Por. projekt rządowego dokumentu strategicznego *Perspektywa uczenia się przez całe życie*, 18 marca 2011, ss. 7-9.

Z przedstawionej skrótowo sytuacji mieszkaniowej gospodarstw domowych można pośrednio wnioskować, że sytuacja mieszkaniowa osób młodych – podejmujących decyzje o założeniu rodziny, a następnie warunki rozwoju dzieci w rodzinach młodych są trudniejsze niż przeciętnie w rodzinach polskich.

Przeciętna powierzchnia użytkowanego mieszkania wzrasta i w roku 2009 wynosiła 70,71 m<sup>2</sup> (2011 r. – 73,7m<sup>2</sup>), w tym dla małżeństw bez dzieci – 68m (2011 r. – 71,2m<sup>2</sup>), dla małżeństw z 1 dzieckiem około 70 m<sup>2</sup> (2011 r. – 72,6 m<sup>2</sup>), dla małżeństw z 2 dzieci – powyżej 78m<sup>2</sup> (2011 r. – 83,9m<sup>2</sup>), dla małżeństw z 3 i więcej dzieci ponad 87m<sup>2</sup>, a dla samotnych matek i ojców – prawie 58m<sup>2</sup> (2011 r.– 60 m<sup>2</sup>).

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 m<sup>2</sup> w rodzinach małżeństw z 1 dzieckiem (w 2011 r. – 24,2 m<sup>2</sup>), 19,62 m<sup>2</sup> w rodzinach małżeństw z 2 dzieci (w 2011 r. – 20,98 m<sup>2</sup>), 16,13 m<sup>2</sup> na osobę w rodzinach wielodzietnych pełnych (w 2011 r. – 16,42 m<sup>2</sup>) i 22,58 m<sup>2</sup> w rodzinach niepełnych (23,2m<sup>2</sup> w roku 2011)<sup>55</sup>.

Wpływ na decyzje matrymonialne ma niewątpliwie sytuacja mieszkaniowa i brak perspektyw na uzyskanie samodzielnego *locum* przez część młodych małżeństw. Lata 2006-2011 można uznać za stosunkowo mało dynamiczne, jeśli chodzi w nowe rozwiązania w obszarze polityki mieszkaniowej. Ważnym elementem jest kontynuacja finansowego wspomaganie tworzenia zasobu mieszkań i schronień dla ubogich oraz odejście od dotychczas stosowanych działań doraźnych w tym zakresie na rzecz długookresowych poprzez uchwalenie ustawy o finansowym wsparciu tworzenia lokali socjalnych, mieszkań chronionych, noclegowni i domów dla bezdomnych.

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 samodzielnie zaspokoić swoich potrzeb mieszkaniowych.

Od 2004 r. zmieniała się jednak znacząco struktura rodzaju budowanych mieszkań. Przede wszystkim zmniejszył się udział budowanych mieszkań spółdzielczych i budownictwa indywidualnego, a wzrósł mieszkań budowanych na sprzedaż i na 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 nasilenie 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

---

<sup>55</sup> *Budżety gospodarstw domowych w 2009 r.*, GUS, Warszawa 2010, s. 197, tab. 49 oraz *Budżety gospodarstw domowych w 2010 r.*, GUS, Warszawa 2011, s. 230, tabl. 65, *Budżety gospodarstw domowych w 2011 r.*

uznać za ważny czynnik informatyzacji i zdobywania wiedzy (dostęp do technologii informacyjnej). Powszechnie jest wyposażenie gospodarstw domowych, w tym rodzin z dziećmi, w odbiorniki 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 zmywarki do naczyń, kamerę wideo czy zestaw kina domowego. Tak więc sytuacja rodzin niepełnych pod względem majątku trwałego, ocenianego przez posiadanie dóbr trwałych, jest gorsza niż w pozostałych typach biologicznych rodzin z dziećmi. Warunki rozwojowe dzieci mierzone wyposażeniem mieszkań ulegają jednak dynamicznie poprawie.

### **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 badań<sup>56</sup>, 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 rodzinie z dziećmi, gdzie dzieci są pozbawione przez dłuższy czas kontaktów z jednym lub obojgiem rodziców<sup>57</sup>. Powstaje zjawisko określane mianem „eurosieroctwa”.

## **3. RODZINY W TRUDNEJ SYTUACJI**

### **Rodziny ubogie**

Generalnie zasięg ubóstwa w Polsce maleje. Forma wsparcia dla rodzin biednych są świadczenia z pomocy społecznej. W latach 2004-2010 liczba rodzin z dziećmi, korzystających z pomocy społecznej systematycznie maleje: w latach 2004--2007 zmalała o prawie 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 malała między innymi z powodu braku weryfikacji kryterium dochodowego uprawniającego do świadczeń.

---

<sup>56</sup> *Migracje zagraniczne a polityka rodzinna*, w: „Biuletyn RPO-Materiały” nr 66, Rzecznik Praw Obywatelskich, Warszawa, czerwiec 2009, ss.7, 15, 23, 25, 29.

<sup>57</sup> Tamże ss.7, 15, 23, 25, 29.

W roku 2011 liczba rodzin w pomocy społecznej ponownie wzrasta i 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 skierowane są świadczenia rodzinne. Kryterium dochodowe, uprawniające do tych świadczeń, obowiązuje od 2004 roku i wynosi 508 zł, a dla rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym – 583 zł. Od 1 listopada 2009 r. podwyższono 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.

Generalnie 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. pkt o sytuacji dochodowej rodzin). W roku 2011 46% rodzin pełnych z dziećmi pobierających zasiłki rodzinne osiągały 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 1. dzieckiem oraz dla małżeństwa z 2. dziećmi wzrasta do około 17-18%. W rodzinach wielodzietnych należy uwzględnić oprócz zasiłku rodzinnego, dodatki z tytułu wielodzietności.

### **Rodziny wielodzietne**

W 2002 roku 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 3. dziećmi rodziny wiejskie stanowią 52%, a przypadku rodzin z 4. 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 generalnie 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. Jednak w latach 2006-2011 udział dochodu z pracy, w tym dochodu z pracy najmniej 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 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 użytkowanie mieszkania.

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 3 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, mięsa, jest przejawem gorszej sytuacji dziecka w rodzinie wielodzietnej niż małodziejnej.

Rodziny wielodzietne stanowią grupę rodzin najbardziej zagrożonych biedą niezależnie od przyjmowanej linii ubóstwa - częściej niż rodziny bezdzietne i mniej dzietne.

### **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 roku 2000 do 70,7 tys. w roku 2006; 84,5 tys. w roku 2009; 85 tys. w roku 2010 i 82,4 w roku 2011<sup>58</sup>. 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.

---

<sup>58</sup> *Rocznik Demograficzny 2008*, GUS, s.282; *Rocznik Demograficzny 2010*, GUS, s. 287, *Rocznik Demograficzny 2011*, GUS; *Rocznik Demograficzny 2012*, GUS.



w roku 2009; 61,3 tys. w roku 2010 i 64,6 tys. w roku 2011<sup>59</sup> i dalej śmierć współmałżonka (14 tys. osób żonatyh i zamężnych w wieku 20-49 lat w roku 2009)<sup>60</sup>.

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 mieście sięgał 18,8%, a na wsi odpowiednio – 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 orzeczeń<sup>61</sup>. Bez względu jednak na rzeczywiste przyczyny rozwodów i niepełności rodziny, niewątpliwie rzutuje on negatywnie na sytuację dzieci. W rozwodzących się małżeństwach w niemal 2/3 ogółu (63% w 2009 r. i ponad 59% w latach 2010-2011) 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 roku 2009 ponad 19% i był kilkakrotnie większy niż w innych typach rodzin (w roku 2010 – 17,9% i 17,7% w 2011 r., ale jest to kwota i udział wciąż kilkakrotnie 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 świadczeń rodzinnych z tytułu samotnego wychowywania dziecka.

W systemie świadczeń rodzinnych samotne rodzicielstwo jest traktowane z uprzywilejowaniem 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 sądowo 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 roku 2007.

---

<sup>59</sup> *Rocznik Statystyczny GUS 2012*

<sup>60</sup> Obliczenia własne na podstawie *Rocznika Demograficznego 2010*, GUS, s. 321. W roku 2010 159,4 tys. małżeństw ogółem rozpadło się z powodu śmierci współmałżonka, a w roku 2011 -157 tys. (*Rocznik Demograficzny 2012*, GUS)..

<sup>61</sup> Opinia sformułowana w raporcie *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2009-2010*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2010, s. 62 i 65.

Kwota maksymalna świadczenia może być porównywalna z minimum egzystencji dla dwóch osób w roku 2007 (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 uprawniającego do zasiłków).

Generalnie poziom i struktura dochodów oraz wydatków sytuują rodziny niepełne za rodzinami małżeństw z jednym lub dwojką dzieci, ale przed rodzinami wielodzietnymi, z co najmniej trojgiem dzieci na utrzymaniu.

Zagrożenie ubóstwem rodzin niepełnych jest większe niż małżeństw z jednym lub z dwojką 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 roku 1988 do 5456,7 tys. w roku 2002 i 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 NSP 2011 liczba osób niepełnosprawnych wynosiła 4,7 mln czyli 12% ludności ogółem, ale niedoszacowanie osób niepełnosprawnych 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) jest niepełnosprawna, a prawie co druga osoba w wieku 75 lat i więcej.

W grupie niepełnosprawnych w wieku 16 lat i więcej z prawnym orzeczeniem najliczniej 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 zmniejszyła się. Jednocześnie wzrasta udział osób niepełnosprawnych w stopniu znacznym i umiarkowanym, a maleje w stopniu lekkim.

Ponad połowa osób niepełnosprawnych (dane NSP 2002) legitymowała się wykształceniem podstawowym i gimnazjalnym, ale w następnych latach maleje odsetek osób z wykształceniem najniższym, wzrasta udział osób z wykształceniem wyższym. Ponad połowa osób niepełnosprawnych (dane NSP 2002) legitymowała się wykształceniem podstawowym i gimnazjalnym, ale w następnych latach maleje 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 roku 2010), 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 w biedzie biologicznej 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 roku 2011 i 5,1% w roku 2008 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 roku 2011 i 25,8% w roku 2008 z dzieckiem niepełnosprawnym) i 5,9% (w roku 2008-10%) osób w gospodarstwach bez osób niepełnosprawnych.

Przychody oraz 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 na 1 osobę 929 zł, 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 roku 2010 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 roku 2002- 25,4%), zaś w roku 2009 – 14,1%, a w roku 2010 -10,1%. W ubóstwie biologicznym (poniżej minimum egzystencji) żyło zaś w roku 2007 – 11,3% osób (w 2002 r. – 16,4%), w roku 2009 –11,2%, aby 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.

Rodzin z dziećmi niepełnosprawnymi (bez względu na stan zdrowotny lub niepełnosprawność rodzica lub rodziców) pozostającymi na utrzymaniu do lat 24. jest w Polsce 323,5 tys. (2009 r.<sup>62</sup>), w tym 126,7 tys. to rodziny z dziećmi w wieku 0-14 lat. W tej ostatniej grupie rodzin 77,5 tys. czyli 61,2% stanowią rodziny samotnych matek z niepełnosprawnym dzieckiem/dziećmi. W roku 2011 zasiłki rodzinne były wypłacane 155,9 tys. rodzinom z dzieckiem niepełnosprawnym, zaś zasiłki pielęgnacyjne uzyskało 220,9 tys. dzieci do lat 16. z orzeczoną niepełnosprawnością.

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. rodzinom, a z powodu długotrwałej lub ciężkiej choroby – 409,5 tys. rodzinom. 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 roku 2009. 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, dodatkowe świadczenia rodzinne na niepełnosprawne dziecko. 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 przewidziane ustawą o świadczeniach rodzinnych (2008 r. – 202,9 tys., 2009 r. – 186,3 tys. dzieci, 2011 – 162 tys.<sup>63</sup>). 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 dodatków na dziecko niepełnosprawne, a także 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<sup>64</sup>.

<sup>62</sup> Dane ze sprawozdania Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej dotyczące realizacji świadczeń rodzinnych, w tym korzystania z zasiłków rodzinnych i pielęgnacyjnych.

<sup>63</sup> Dane Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej: Informacja o świadczeniach rodzinnych za rok 2011.

<sup>64</sup> Ustawa z dnia 7 grudnia 2012 r. o zmianie ustawy o świadczeniach rodzinnych oraz niektórych innych ustaw” (DZU z dnia 31 grudnia 2012 r., poz. 1548, art.16a.1.)

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

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). 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 1 dzieckiem niepełnosprawnym, 73,1% rodzin z 2 dzieci, 80,5% rodzin z 3 dzieci i 90% rodzin z 4 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 w przedszkolach, 11,9 tys. czyli niecały 1% to dzieci niepełnosprawne. W szkołach podstawowych dla dzieci 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 wypełniała obowiązek szkolny w specjalnych szkołach podstawowych, to w latach 2001-2012 większość, bo 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 dysfunkcją: niewydolność wychowawcza rodziców, nieporadność wychowawcza wobec dzieci oraz dysfunkcja w zakresie realizacji funkcji ekonomicznej rodziny, przejawiającą 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 korzystało 1 mln rodzin w roku 2004, a 791 tys. rodzin z 2444,7 tys. osób w roku 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 wzrastała ponownie i w roku 2011 sięgała 1905,3 tys. rodzin, w tym 36% z powodu ubóstwa.

Patologia w rodzinie spowodowana jest najczęściej przez *alkoholizm*, a jej skutki to przemoc wobec najbliższych. W roku 2011 tylko 16,4 tys. rodzin objętych było 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. rodzin z powodu alkoholizmu (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).<sup>65</sup>

**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.

W szczególności społecznie dotkliwą kwestią jest przemoc wobec dzieci (głośne medialnie przypadki porzuceń noworodków, maltretowania i zabójstw). Przemoc przybiera formę przemocy fizycznej, emocjonalnej, wykorzystywania seksualnego oraz zaniedbania<sup>66</sup>. 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 (prostytcja 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 roku 2006 – 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 roku 2009 - 132,8 tys., w tym 27,5 tys. dzieci do lat 13.)<sup>67</sup>

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% 11-latków, 10,5% 12-latków i niecałe 7% 15-latków<sup>68</sup>. Niemal co piąty uczeń zaś

---

<sup>65</sup> Wg *Diagnozy społecznej 2011* 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.

<sup>66</sup> Sajkowska M., Szymczak J, *Dzieci-ofiary przemocy. Skala i charakter zjawiska.. Potrzeba interwencji*, w: „Polityka Społeczna” nr 9/2009, s.29

<sup>67</sup> *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2009-2010*, tab.23, s.67.

<sup>68</sup> Jak w przypisie 10.

przyznał, że zdarzyło się to raz lub dwa. Dość często przemoc fizyczna spotyka wychowanków domów dziecka - 34% z nich doświadczyło takiej przemocy najczęściej ze strony koleżanek/kolegów<sup>69</sup>.

W rejestrach policji figuruje natomiast następująca liczba dzieci - ofiar wykorzystywania seksualnego: 2000 r. - 1518, 2003 - 1817, 2007 - 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 mężczyzn<sup>70</sup>.

W kolejnych latach liczba sprawców przemocy zmieniała się: z 69,1 tys. w 2001 r. do 97,1 tys. w roku 2005 i 81,5 tys. w roku 2009. Około 95% sprawców to mężczyźni i w omawianym okresie struktura sprawców według płci nie zmienia się. 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 dzieci.<sup>71</sup>

Przyczyną patologii w rodzinie jest także *narkomania* jednego z rodziców lub młodzieży oraz przestępczość dorosłych członków rodziny lub dzieci i młodzieży (przestępczość nieletnich)<sup>72</sup>.

Z powodu narkomanii coraz więcej rodzin obejmowanych jest wsparciem pomocy społecznej instytucji samorządowych. O ile w roku 2007 wsparcie to dotyczyło 458 rodzin (802 osób) to w roku 2009 - 3320 rodzin (5778 osób), a w 2011- 3389 rodzin. Natomiast 13023 rodziny (22976 osób) w 2007 roku, 15 624 rodziny (26 tys. osób) w roku 2009, ale już 17961 rodzin uzyskało pomoc z powodu trudności w przystosowaniu się do życia po zwolnieniu z zakładu karnego.

Z badań wynika<sup>73</sup>, że spory odsetek młodzieży popada w nałogi. W 2008 roku 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 roku 2008 - 80%, z kolei w roku 2008 picie wódki zadeklarowało 54% młodzieży, dla porównania w roku 2003 - 53%, a w 1992 r. - 28%. Upijanie się dotyczyło około 16% młodzieży. O ile w roku 1994 - 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

---

69 Sajkowska M., Szymczak M., *Dzieci-ofiary przemocy...* op.cit. s.29

70 Jak w przypisie 10, s.31.

71 *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2009-2010*, s. 67-68.

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. Źródło: *Diagnoza społeczna 2011*, ss.241-242.

73 *Młodzież a substancje psychoaktywne* - komunikat z badań CBOS, Warszawa, styczeń 2009

w ciągu ostatnich 12 miesięcy) ustabilizował się na poziomie 10%, w 2003 r. wzrósł do 24%, zaś w roku 2008 spadł do 15%.

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 roku 2007 i 9,4 w roku 2008 oraz 9,3 w 2009. 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, ograniczył lub zawiesił władzę rodzicielską). 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 programowych<sup>74</sup>. Cele związane z tworzeniem warunków sprzyjających pozytywnym decyzjom o posiadaniu dzieci zaczęto przekładać na zapisy ustawowe, stanowiące

---

<sup>74</sup> 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.).



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 roku 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 roku jednorazowa zapomoga z tytułu urodzenia dziecka („becikowe”) przysługuje rodzinie, w której dochód na osobę nie przekracza 1922 zł<sup>75</sup>.

W zakresie **rozwiązań mających na celu godzenie obowiązków zawodowych z rodzinnymi** wprowadzone zostały istotne zmiany w zasadach korzystania z urlopu macierzyńskiego. Generalnie 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”.

Pracownica ma również prawo do dodatkowego urlopu macierzyńskiego (w 2010 i 2011 r. 2 tygodnie i 3 tygodnie przy porodzie wielorakim, w 2012 i 2011 roku – 4 tygodnie i 6 przy porodzie wielorakim, a docelowo, od 2014 r. odpowiednio – 6 tygodni i 8 tygodni) i łączenia tego urlopu z pracą w niepełnym wymiarze czasu u pracodawcy udzielającego urlopu. W ten sposób stworzono szanse pogodzenia interesu kobiety, która chce przez dłuższy czas opiekować się dzieckiem z interesem pracodawcy, dla którego dłuższa nieobecność pracownicy może powodować różne trudności organizacyjne. Pracownik-ojciec wychowujący dziecko ma prawo do urlopu ojcowskiego (w 2010 i 2011 roku – 1 tydzień, od 2012 r. – 2 tygodnie), który może wykorzystać do czasu ukończenia przez dziecko 12 miesiąca życia, ponadto

---

<sup>75</sup> Ustawa z dnia 12 października 2012 r. o zmianie Ustawy o świadczeniach rodzinnych (DzU. z 2012 r. poz.1255)

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. Propozycje zmian idą w kierunku stworzenia możliwości skorzystania zarówno przez matkę jak i ojca dziecka z urlopu rodzicielskiego w wymiarze do 26 tygodni, (po wykorzystaniu dodatkowego urlopu macierzyńskiego).

Za okres urlopu macierzyńskiego, okres dodatkowego urlopu macierzyńskiego i urlopu ojcowskiego zasiłek wynosi 100% podstawy wymiaru (zarobków). Planuje się, że zasiłek przysługujący za ten okres wynosić będzie 60% podstawy wymiaru (przy decyzji podjętej przed datą porodu o łącznym korzystaniu z wszystkich przysługujących urlopów zasiłek wynosić będzie 80%).<sup>76</sup>

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, tak w aspekcie demograficznym, jaki społeczno-ekonomicznym będą możliwe do oceny po pewnym okresie funkcjonowania zmian w kodeksie pracy.

Inną formą osobistej opieki nad małym dzieckiem jest urlop wychowawczy. Projektowane zmiany<sup>77</sup> idą w kierunku przyznania każdemu z rodziców (lub opiekunów) wyłącznego prawa 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 roku (wejście w życie reformy świadczeń rodzinnych) wysokość tego zasiłku pozostaje na niezmiennym poziomie (400 zł). Od 2004 do 31 października 2012 roku nie było zmieniane kryterium uprawniające do tego świadczenia (dochodowe). Powodowało to zmniejszanie się liczby korzystających. Wprowadzona z dniem 1 listopada 2012<sup>78</sup> roku 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 tak ze względu na brak środków jak i przyjmowanie przez władze samorządowe innych priorytetów do rozwiązania. Wzmocnieniu roli

---

<sup>76</sup> Projekt z dnia 8 listopada 2012 r. ustawy o zmianie ustawy Kodeks pracy oraz ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

<sup>77</sup> Projekt z 8 listopada 2012 r. ustawy o zmianie ustawy – Kodeks pracy... (jw.)

<sup>78</sup> 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. poz.959).

samorządów w tworzeniu placówek opieki nad małym dzieckiem służy rozwiązanie wprowadzone Ustawą z 4 kwietnia 2011 r.<sup>79</sup>, 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 tworzy 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 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”.

Wychodząc naprzeciw potrzebom społecznym, a zwłaszcza młodych pracowników posiadających małe dzieci, ustawodawca wprowadził możliwość rozszerzenia bazy placówek opieki nad dziećmi poprzez 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 (zfśś). Fundusz może być także przeznaczany na udzielanie pomocy materialnej (finansowej lub rzeczowej) pracownikom w formie dopłaty do usług opieki nad małym dzieckiem w placówkach<sup>80</sup> świadczących takie usługi.

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

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, także – na tworzenie systemu zachęt.

Fundamentalną zasadą polskiego prawa rodzinnego jest zasada dobra dziecka. Jej podstawowym źródłem jest Konstytucja RP – art. 72. Przepis ten sytuuje obowiązek państwa zapewnienia ochrony praw dziecka, prawo do opieki i pomocy władz publicznych 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 pozycje dziecka jest kodeks rodzinny i opiekuńczy<sup>81</sup>. Postanowienia kodeksu opierają się na

<sup>79</sup> Ustawa z dnia 4 lutego 2011 o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (DzU nr 45 poz.235 z późn. zm.)

<sup>80</sup> Ustawa z dnia 4 marca 1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych DzU 1994 Nr 43 poz. 163 z późn. zm.

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

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 rozvodu, określaniu stosunków między rodzicami a dziećmi, szczególnie odnoszących się do władzy rodzicielskiej, kwestii przysposobienia, sprawach opieki i rodzin zastępczych obowiązku alimentacyjnego rodziców.

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, zawłaszcza 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 rodzinny<sup>82</sup>, który z założenia ma pomóc rodzinie w ponoszeniu kosztów wychowania dziecka i stanowić ich częściową rekompensatę. Na związek pomiędzy kosztami ponoszonymi przez rodzinę a zasiłkiem rodzinnym wskazuje zasada uzależnienia jego wysokości od wieku dziecka<sup>83</sup> – 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 proggu wsparcia dochodowego rodzin). W 2010 roku wysokość zasiłku rodzinnego do wartości koszyka żywnościowego szacowanego proggu wsparcia dochodowego rodzin (WDR) stanowiła około 35% we wszystkich grupach wieku. Zmiany które nastąpią od 1 listopada 2012 roku oznaczać będą, że zasiłki stanowić będą 40% w relacji do tego koszyka, ale obliczonego w cenach z 2010 roku.

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). Zmiany wprowadzone od 1 listopad 2012 r. nie obejmują wysokości dodatków do zasiłku rodzinnego. Utrzymywanie wysokości tych świadczeń na jednakowym poziomie (bez mechanizmu indeksacji) powoduje spadek ich rzeczywistego (w odniesieniu do kosztów utrzymania) i relatywnego (w relacji do dochodów rodziny) znaczenia.

Z obecnością w rodzinie dziecka niepełnosprawnego wiążą się szczególnie uprawnienia do wyższego proggu dochodowego uprawniającego do świadczeń

---

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

<sup>83</sup> Wysokość zasiłku rodzinnego wynosi: 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. Zmiana wysokości nastąpi od listopada 2009 r. Zasiłek wynosić będzie na dziecko do lat 5 – 68 zł, w wieku 5-18 lat – 91 zł, w wieku 18-24 lata 98 zł. Od 1 listopada 2012 roku wysokość zasiłku rodzinnego dla dzieci w poszczególnych grupach wieku wynosić będzie odpowiednio: 77 zł, 106 zł i 115 zł.

rodziny (583 zł wobec powszechnie obowiązującego 504 zł; od 1 listopada 2012 roku wynosić one będą 623 zł i 539 zł na osobę), wspomniany dodatek do zasiłku rodzinnego oraz świadczenia pielęgnacyjne przeznaczonego dla rodzica rezygnującego z pracy na rzecz opieki nad tym dzieckiem oraz zasiłek pielęgnacyjny.

W 2012 roku 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).<sup>84</sup>

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.

**Ulga prorodzinna** jest rozwiązaniem polegającym na odliczeniu określonej kwoty na każde dziecko od podatku dochodowego (po odliczeniu składek na ubezpieczenie zdrowotne). Ustawodawca wprowadził bardzo zawiły przepis określający wysokość tego odliczenia. Jest to *kwota stanowiąca 1/6 kwoty zmniejszającej podatek określonej w pierwszym przedziale skali (...) za każdy miesiąc kalendarzowy, w którym podatnik wykonywał władzę, pełnił funkcje albo sprawował opiekę (nad dzieckiem małoletnim)*. W rezultacie kwota ulgi zmieniała się co roku. Zmniejszenie, tak w wymiarze nominalnym jak i realnym ulgi na dziecko, oznacza mniejszą rekompensatę kosztów ich wychowania, a więc zmniejszenie wsparcia rodzin wychowujących dzieci. Obecnie wysokość ulgi podatkowej na dziecko wynosi 92,67 zł miesięcznie, tj. 1 112,04 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 roku ulga dla rodzin z 1 dzieckiem uzależniona będzie od kryterium dochodowego. Jednocześnie przewiduje się wzrost ulgi na trzecie i kolejne dziecko o 50%. Od 1 stycznia 2013 r. ulga dla rodzin z 1 dzieckiem uzależniona będzie od kryterium dochodowego (o ile łączny dochód roczny małżonków oraz dochód osoby samotnie wychowującej dziecko nie przekroczy kwoty 112.000 zł)<sup>85</sup>. Jednocześnie przewiduje się 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.

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

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

Pomoc społeczna, zwłaszcza realizowana poprzez świadczenia w naturze może być związana z sytuacją, w której następuje zagrożenie realizacją praw dziecka lub gdy trudna sytuacja jest związana bezpośrednio z dzieckiem (np. z tytułu bezradności w 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 roku 2004 do roku 2009 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, a 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 zł<sup>86</sup>.

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, 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 zastępczej<sup>87</sup>. 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 dożywianie<sup>88</sup>. Skierowana 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

---

<sup>86</sup> 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).

<sup>87</sup> Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz.U. nr149 poz. 887).

<sup>88</sup> Ustawa z dnia 29 grudnia 2005 roku o ustanowieniu programu wieloletniego *Pomoc państwa w zakresie dożywiania* (Dz.U. nr267, poz. 2259 z pozn. zm).

dochód na osobę, wyższy niż 150% kryterium uprawniającego do pomocy społecznej, programem objęte też mogą być 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 udzielana jest im pomoc pieniężna na częściowe pokrycie kosztów utrzymania dziecka, pomoc jednorazowa, pomoc rzeczowa. Zdecydowana 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

Przykazania uprawnień w zakresie prowadzenia polityki rodzinnej na szczeblu lokalnym 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 wyłącznie 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, 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.

## **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 związki<sup>89</sup>.

---

<sup>89</sup> Promowanie dobrostanu wszystkich rodzin i 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- Projekt konkluzji Rady, Rada Unii Europejskiej, Bruksela 26 maja 2011 r. 10324/11, źródło: <http://register.consilium.europa.eu/pdf/pl/11/st10/st.10324.pl11.pdf> odczyt w dniu 4 stycznia 2012 r. Por. Komunikat Komisji „EUROPA 2020. Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego

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 – 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 poniesienie 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 dla realizacji planów prokreacyjnych niż stymulują zwiększenie dzietności<sup>90</sup>. Dziecko staje się zatem głównym celem polityk rodzinnych, jakkolwiek sposób postrzegania tego celu jak i jego realizacja jest zróżnicowany. Np. 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 oparte są na idei indywidualizacji praw obywatelskich, w tym indywidualnych praw dziecka. W Niemczech, Austrii i częściowo Holandii polityki rodzinne polityki 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 ukierunkowana została w ostatnim okresie na walkę z ubóstwem, głównie dzieci.

W politykach rodzinnych krajów Europy południowej 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), polegająca na możliwości swobodnego podziału między rodziców dziecka i możliwość dzielenia go na części. Wysokość świadczeń wypłacanych w tym czasie uzależniona jest od dochodu rodziny lub zarobków korzystającego z urlopu. Istnieje też możliwość łączenia urlopu z pracą w niepełnym wymiarze czasu pracy.

---

rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu”, źródło: [http://ec.europa.eu/eu\\_2020/pdf/1\\_PL\\_ACT\\_part1\\_v1.pdf](http://ec.europa.eu/eu_2020/pdf/1_PL_ACT_part1_v1.pdf) odczyt w dniu 4 stycznia 2012r.

<sup>90</sup> Lohmann H., Frauke H.P., I in. (2009), *Towards a Framework for Assessing Family Policies in the EU*, OECD Publishing



Natomiast 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 pełnoletniości. Dodatkowo uwzględnia się kryterium pozostawanie 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, południowo-europejski). Uwzględnianie sytuacji rodzinnej podatnika przybiera różne formy, występująco 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 nad małym dziećmi. 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.

To, co wyraźnie różnicuje rozwiązania na rzecz godzenia obowiązków zawodowych z rodzinnymi w poszczególnych krajach (i modelach *welfare state*) to 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: prorozwojową i egalitaryzującą w odniesieniu do dzieci.

## **PRIORYTET I.1. TWORZENIE WARUNKÓW SPRZYJAJĄCYCH POWSTAWANIU RODZIN, PRZEDE WSZYSTKIM POPRZEZ ZAWIERANIE MAŁŻEŃSTW I REALIZACJI PLANÓW PROKREACYJNYCH**

### **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 potrzebne jest przygotowanie młodego pokolenia do życia w rodzinie; między innymi poprzez 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, poprzez:

- wprowadzenia w szkołach gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych jako obowiązkowego przedmiotu „przygotowanie do życia w rodzinie”, którego podstawą będą wartości uniwersalne;
- uruchomienie na studiach pedagogicznych specjalności odrębnego kierunku kształcenia nauczycieli przygotowania do życia w rodzinie w celu przygotowania profesjonalnej kadry;
- weryfikację zasad realizacji 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; potrzebne 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 wychowujących 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 podkreślenia 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 podkreśleniem znaczenia więzi rodzinnych, w tym międzygeneracyjnych.

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

### **I.1.2. Promowanie równouprawnienia płci i równości społecznej oraz dążenie do zapewnienia warunków swobodnego wyboru podziału ról kobiet i mężczyzn w rodzinie <sup>91</sup>**

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.

Potrzebne 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 poprzez poprawę w zakresie przestrzegania prawa.

Należy podjąć kwestie 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.

### **I.1.3. Tworzenie warunków sprzyjających samodzielności ekonomicznej młodego pokolenia i uzyskaniu samodzielności ekonomicznej rodzin**

Dla realizacji tego celu potrzebne są działania z różnych obszarów.

#### *I.1.3.1. W sferze edukacji*

Zwiększenie dostępu do edukacji na wszystkich szczeblach zgodnie z zasadą wyrównywania szans.

Doskonalenie doradztwa zawodowego pod kątem adekwatności kierunków kształcenia do potrzeb rynku pracy.

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, płatne i bezpłatne staże zawodowe, opieka naukowa).

#### *I.1.3.2. W sferze zatrudnienia*

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

---

<sup>91</sup> Zgodnie z wytycznymi dotyczącymi realizacji zadań określonych w Komunikacie Komisji z dnia 3 marca 2010 r. zatytułowany *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, ograniczania 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 dotyczącym zakładania własnej firmy (monitorowanie mechanizmów „jednego okienka”).

Wprowadzenie ulg w wysokości obligacyjnych składek z tytułu ubezpieczenia społecznego za okres, w którym kobieta w ciąży (przedsiębiorczyni) z uwagi na charakter wykonywanych zadań zawodowych nie powinna ich kontynuować w dotychczasowym zakresie z uwagi na dobro dziecka i własne zdrowie (m.in. praca przy monitorach, wyjazdy służbowe itp.). Rozwiązanie takie mogłoby polegać na naliczaniu składek od obniżonej podstawy. W dalszej kolejności, w okresie wzrostu gospodarczego kraju, przy restrukturyzacji i ograniczeniu wydatków budżetowych, można rozważyć możliwość wprowadzenia współfinansowania z budżetu państwa określonej – procentowo lub kwotowo – wysokości składek ubezpieczeniowych.

Umożliwienie kobietom-przedsiębiorczyniom w okresie ciąży i wczesnego macierzyństwa zgłoszenie zawieszenia działalności gospodarczej, jednakże z zachowaniem możliwości podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu oraz korzystania w tym okresie ze świadczeń z tytułu macierzyństwa.

Wprowadzenie rozwiązania alternatywnego do urlopu wychowawczego dla osób prowadzących działalność gospodarczą, jakim może być zawieszenie działalności gospodarczej na czas sprawowania opieki nad dzieckiem i zaliczenia tego okresu do wymiaru stażu pracy niezbędnego dla określenia uprawnień emerytalnych. Można rozważyć wprowadzenie bezpośrednio po urlopie macierzyńskim okresu odpowiadającego długością urlopowi wychowawczemu pracowników najemnych, w którym to okresie kobietom prowadzącym działalność gospodarczą przysługiwać będzie prawo do ograniczenia wysokości składek na ubezpieczenie społeczne.

#### *1.1.3.4. W sferze polityki mieszkaniowej*

Koniecznym warunkiem dla 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 potrzebne jest:

Rozwijanie na szczeblu lokalnym różnych form budownictwa mieszkaniowego, uwzględniających zróżnicowane możliwości finansowe rodzin.;

Rozwój systemu wsparcia finansowego „na pierwsze mieszkanie” (utrzymanie preferencyjnych kredytów, ulgi podatkowe dla budujących własne mieszkania/adaptujących budynki lub lokale na własne cele mieszkaniowe);

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;

Badanie warunków i potrzeb mieszkaniowych oraz możliwości finansowych rodzin w tym zakresie na poziomie lokalnym;

Weryfikacja i monitorowanie zasad systemu hamowania dekapitalizacji zasobów mieszkaniowych.

*1.1.4. Ułatwienia w zakresie godzenia ról zawodowych z opieką nad niesamodzielnymi członkami rodziny<sup>92</sup>*

Kontynuacja programu wydłużania urlopów macierzyńskich, ojcowskich i rodzicielskich; skutki wprowadzenia zmian powinno być monitorowane w zakresie ich 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 4 lat) z zachowaniem dotychczasowego wymiaru urlopu (36 miesięcy);

---

<sup>92</sup> 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, źródło: <http://register.consilium.europa.eu/pdf/pl/11/st10/st.10324.pl11.pdf> odczyt 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.

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 pozarodzielskiej 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 zwieszenia odpisów na zakładowy fundusz socjalny w celu tworzenie żłobków i przedszkoli przyzakładowych; wprowadzenie ulgi podatkowej dla pracodawców dofinansowujących opiekę w żłobkach i przedszkolach dla dzieci swoich pracowników;

W celu zwieszenia dostępności ekonomicznej do usług opiekuńczych:

- 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;
- wprowadzenie odpisu od podatku dochodowego od osób fizycznych kosztów opieki nad dziećmi w żłobkach i przedszkolach

## **PRIORYTET I.2. TWORZENIE WARUNKÓW SPRZYJAJĄCYCH ROZWOJOWI MŁODEGO POKOLENIA W RODZINIE, JAKO CZYNNIK POPRAWY JAKOŚCI KAPITAŁU LUDZKIEGO**

### **2. 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 (w 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.

Potrzebne jest podjęcie działań na rzecz realizacji prawa do wynagrodzenia godziwego (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 funkcje 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, ustalanego w oparciu o konstrukcje 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 w oparciu o koszyki dóbr i usług było umożliwienie jego weryfikacji, uwzględniającej zmianę i rozwój potrzeb dzieci, których zaspokojenie uznawane jest za niezbędne i potrzebne ze społecznego punktu widzenia. Z tych względów zasadne wydaje się utrzymanie tego sposobu określania progu wsparcia dochodowego rodzin i jego cyklicznej weryfikacji oraz wprowadzenie mechanizmu zapobiegającego zmniejszaniu się kręgu świadczeniobiorców.

W celu zapobiegania ograniczaniu kręgu uprawnionych przewiduje się wprowadzenie do dotychczasowych zasad przeprowadzania weryfikacji kwot kryterium dochodowego oraz kwot świadczeń rodzinnych dodatkowej zasady gwarancji minimalnego poziomu waloryzacji tych wielkości. Kwoty te podwyższone będą o co najmniej wskaźnik wzrostu cen dóbr i usług konsumpcyjnych w wymiarze: I wariant - łącznie za okres 3 lat; II wariant - corocznie. Co trzy lata następowałoby korygowanie kwot kryterium dochodowego oraz kwot świadczeń rodzinnych, w oparciu o wyniki badania progu wsparcia dochodowego rodzin. Podniesienie wysokości świadczeń rodzinnych pozwoli na zwiększenie prewencyjnej funkcji tego systemu (zapobieganie zagrożeniu ubóstwem).

Zwiększeniu efektywności świadczeń rodzinnych sprzyjać może 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. W większość z nich to rodziny prawidłowo funkcjonujące, ale borykające się z trudnościami finansowymi. Proponuje się rozważenie możliwości wprowadzenia dodatkowych form pomocy w postaci:

- zwiększonego dodatku do zasiłku rodzinnego z tytułu wielodzietności dla rodzin bardziej licznych (np. 5+),
- świadczenia na rzecz matek wychowujących dzieci, w postaci pieniężnej rekompensaty za wykonywanie pracy społecznie użytecznej, jakim jest praca przy wychowywaniu większej liczby dzieci (np. 5+), opłacanie składek ubezpieczeniowych za ten okres, pozwalających na uzyskanie w przyszłości świadczenia emerytalnego,

- przywrócenie preferencji dla rodzin wielodzietnych w innych instrumentach polityki rodzinnej (dłuższy okres urlopu wychowawczego, wyższa wysokość ulgi podatkowej na trzecie i kolejne dzieci – w trakcie realizacji).

Utrzymanie świadczeń z funduszu alimentacyjnego, przy jednoczesnej poprawie ściągalności zobowiązań alimentacyjnych drogą zintensyfikowanych działań egzekucyjnych ze strony komorników w stosunku do dłużnika;

Weryfikacja efektywności świadczeń rodzinnych dla rodzin niepełnych (osób samotnie wychowujących dzieci) w kontekście formalnego i faktycznego statusu tych rodzin.

#### **I.2.4. Nadanie systemowi świadczeń rodzinnych charakteru pronatalistycznego**

W celu wzmocnienia pronatalistycznego oddziaływania świadczeń rodzinnych proponuje się:

*Wariant I:* wprowadzenie podwyższonego zasiłku rodzinnego dla wszystkich rodzin mających małe dzieci (do lat 3) (na wzór rozwiązań francuskich),

*Wariant II:* wprowadzenie rozwiązań preferencyjnych we wszystkich instrumentach polityki rodzinnej (np. w świadczeniach rodzinnych – wyższe dodatki, w systemie podatkowym – wyższe ulgi, począwszy od drugiego dziecka).

#### **I.2.5. Wprowadzenie do systemu świadczeń rodzinnych zasady uniwersalizmu, z uwzględnieniem trudnych sytuacji rodzin**

Przejście z obecnego selektywnego systemu świadczeń rodzinnych do systemu uniwersalnego 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 część osób do szarej strefy zatrudnienia. Zmiany te mogą następować ewolucyjnie, drogą stopniowego podnoszenia progu wsparcia dochodowego rodzin (WDR) poprzez uwzględnianie w koszyku dóbr i usług konsumpcyjnych (stanowiącego podstawę jego określania) szerszego zakresu potrzeb rozwojowych dzieci.

#### **I.2.6. Wzmocnienie prorodzinnego charakteru systemu podatkowego**

Formą wspierania rodziny w utrzymaniu dzieci i ich wychowywaniu, sprzyjającą zachowaniu samodzielności ekonomicznej rodziców i pobudzaniu ich aktywności w zakresie inwestycji w młode pokolenie są ulgi podatkowe związane z sytuacją rodzinną podatnika. Obecnie obowiązujące zasady uwzględnienia sytuacji rodzinnej podatnika w systemie podatku od dochodów osobistych należy uznać za pierwszy krok wykorzystania systemu podatkowego, jako instrumentu polityki rodzinnej.

Prorodzinnie charakter systemu podatkowego powinien uwzględniać:

- umocnienie ulg podatkowych jako instrumentu polityki rodzinnej (w myśl zasady: państwo w mniejszym stopniu „daje” (świadczenia), w większym – „nie zabiera” (części dochodów rodziny poprzez podatki),



- przebudowę zasad tak, aby w większym stopniu mogły z ulg korzystać rodziny wielodzietne i o niskich dochodach (np. wysokość ulg zależna od liczby dzieci; niższa stopa procentowa podatku przy większej liczbie dzieci),
- objęcie prorodzinnym systemem podatkowym rolników np. w ramach podatku rolnego,
- przywrócenie ulg o charakterze przedmiotowym związanych z ponoszeniem kosztów na opiekę nad dziećmi (możliwość odliczenia kosztów (opłat) za żłobki i przedszkola), zaspokojenie potrzeb rozwojowych dzieci i młodzieży (na edukację i ochronę zdrowia, kosztów opieki nad osobami zależnymi (dziećmi i osobami starszymi),
- wykorzystanie systemu podatkowego dla celów pronatalistycznych, większa ulga na:

*Wariant I:* małe dziecko do lat 3,

*Wariant II:* po urodzeniu drugiego dziecka,

W dalszej perspektywie – ukształtowanie prorodzinnego systemu podatkowego w oparciu o metodę ilorazu rodzinnego (uwzględniającego szczegółowy skład osobowy rodziny).

### **I.2.7. Wykorzystanie systemu podatku VAT dla celów polityki rodzinnej**

Sprzyjać temu powinien niższy podatek VAT na podstawowe dobra i usługi mające na celu zaspokojenia potrzeb dzieci (na niektóre dobra i usługi – 0 %). Obecnie obowiązujące zasady ustalania VAT szczególnie obciążają rodziny wielodzietne, będące konsumentami szerszego zakresu dóbr i usług. (Jest to postulat wymagający decyzji organów Unii Europejskiej).

### **I.2.8. Rozwój przezorności rodzin w celu zabezpieczenia dzieci**

Tworzenie zachęt do wzmacniania 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).

### **I.2.9 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 obciążenia 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.2.10. Rozwój usług społecznych dla dzieci i młodzieży sprzyjających rozwojowi młodej generacji**

#### *I.2.10.1. Rozwój usług przedszkolnych<sup>93</sup>*

Dalsze poszerzanie zakresu edukacji przedszkolnej poprzez wzrost liczby przedszkoli, ich właściwe rozmieszczenie (tereny wiejskie), wyposażenie, zapewnienie wykwalifikowanej kadry).

Poprawa dostępności 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.),
- poprawa 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 poprzez:

*Wariant I* – wprowadzenie obligatoryjnej zasady różnicowania wysokości opłat od dochodu rodziny, (z możliwością całkowitego zwolnienia z opłat rodzin o niskich dochodach), liczby dzieci korzystających z przedszkola;

*Wariant II* – wprowadzenie dodatku do zasiłku rodzinnego z tytułu ponoszenia opłat za korzystanie z przedszkola (także – okresowo – dla kobiet na urlopie wychowawczym i niepracujących, które podjęły zajęcia edukacyjne ułatwiające im powrót lub wejście na rynek pracy i potrzebują opieki nad dziećmi na czas szkolenia);

*Wariant III* – możliwość odliczania kosztów opieki nad dziećmi od podatku (por. pkt. I.2.6);

*Wariant IV* – przyjęcia zasady bezpłatności usług przedszkolnych, jako przejaw uznania podmiotowego prawa każdego dziecka do opieki przedszkolnej oraz jako forma udziału państwa/społeczeństwa w kosztach wychowania młodego pokolenia).

#### *I.2.10.2. Podnoszenie jakości usług edukacyjnych w systemie szkolnym*

Podnoszenie poziomu nauczania: zmiana systemu kształcenia na poziomie szkoły podstawowej w kierunku zdobycia przez uczniów wiedzy i umiejętności w zakresie informatyki, biegłej znajomości dwóch języków obcych.

---

<sup>93</sup> 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.

Poprawa efektywności działań wyrównawczych poprzez analizy efektywności istniejących działań wspierających ucznia tzw. lekcje wyrównawcze; dla poprawy efektów – zastosowanie specjalnych programów rozwojowych na rzecz wyrównywania szans edukacyjnych dzieci (por. punkty niżej).

Rozwój zajęć pozalekcyjnych, pozaszkolnych i środowiskowych realizowanych w ramach koncepcji „szkoły otwartej”, gdzie szkoła stanowiłaby bazę lokalnych centrów kultury, otwartych na szersze środowiska; w przypadku zagrożenie likwidacja placówek szkolnych – przekształcanie ich w centra oświatowo rekreacyjne na danym terenie; wspomaganie takich działań w drodze subwencji lub grantów ze środków publicznych i prywatnych.

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.

Rozwój współpracy psychologów, pedagogów, lekarzy szkolnych w zakresie opieki i wychowania dzieci i młodzieży w poradniach szkolnych; 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 cel potrzebne jest:

- zdiagnozowanie potrzeb: wyodrębnienie okolic o szczególnie niekorzystnych wskaźnikach społecznych i edukacyjnych i usytuowania placówek edukacyjnych na tym terenie;
- opracowanie programów rozwojowych dla tych środowiska, z uwzględnieniem specyfiki potrzeb.

#### *1.2.10.3. Zwiększenie socjalnej funkcji szkoły*

Rozwój systemu 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.

#### *1.2.10.4. Rozwój usług społecznych sprzyjających poprawie zdrowia dzieci i młodzieży*

Przywrócenie opieki lekarskiej, w tym stomatologicznej w szkołach, co zapewniłoby właściwą opiekę zdrowotną dla dzieci, sprzyjałoby prowadzeniu działań profilaktycznych oraz promocji zdrowia wśród uczniów i ich rodzin.

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 i 7-14; 15-18 lat); zapewnienie powtarzalności badań.

Edukacja żywieniowa uczniów i rodziców w ramach ścieżki edukacyjnej „wychowanie prozdrowotne”, 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.

Rozwój kompleksowego, powszechnie dostępnego poradnictwa nad uczniami 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 ośrodkach młodzieżowych, domach kultury, ośrodkach rekreacyjnych w miejscu zamieszkania.

Zapewnienie stałego wzrostu środków budżetowych (państwa i jednostek samorządu terytorialnego) 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 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.

#### **I.2.11. Stworzenie systemu pozwalającego na zapewnienie dostępu dzieci i młodzieży do usług społecznych na zasadzie równych szans**

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.

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.

### **I.2.12. Włączenie rodziców do współpracy z placówkami wychowawczymi w procesach edukacyjnych i wychowawczych**

Rozszerzenie aktywności samych rodziców poprzez 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);

Rozwój poradnictwa rodzinnego i pedagogiczno-psychologicznego:

- zwiększenie liczby placówek poradnictwa pedagogiczno - psychologicznego dla dzieci i młodzieży, w tym – dostępności do psychologów i pedagogów szkolnych, zwłaszcza w warunkach narastania zjawiska patologicznych wśród młodzieży oraz nerwic i innych zaburzeń psychosomatycznych;
- prowadzenie przez pedagogów/psychologów zajęć szkolnych z uczniami związanych z wyjaśnianiem przyczyn i skutków zaburzeń nerwicowych i zachowań patologicznych oraz możliwościami zapobiegania im.

### **PRIORYTET I.3. ZAPOBIEGANIE WYKLUCZENIU I MARGINALIZACJI. INTEGRACJA SPOŁECZNA. POMOC RODZINOM W TRUDNYCH SYTUACJACH: UBOGIM, WIELODZIETNYM, NIEPEŁNYM, Z OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ, DOTKNIĘTYM DYSFUNKCJĄ LUB PATOLOGIĄ**

#### **3. OGRANICZANIE UBÓSTWA I ZAPOBIEGANIE MARGINALIZACJI RODZIN**

##### **I.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 można uznać osoby znajdujące się w wyjątkowo trudnej sytuacji i wychowujące dzieci za osoby do których powinny być w większym stopniu kierowane działania dodatkowe w ramach tzw. programów specjalnych.

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).

### **I.3.2. Preferencje w systemach świadczeń rodzinnych i pomocy społecznej**

Ze względu na niewielkie znaczenie zasiłków rodzinnych w dochodach rodzin z dziećmi, należy wprowadzić zasadę waloryzacji kryterium dochodowego (WDR) i kwot świadczeń rodzinnych (por. pkt. I.2.1.2).

Taka sama zasada powinna obejmować kryterium uprawniające i świadczenia z pomocy społecznej (kwoty te podwyższane będą o co najmniej wskaźnik wzrostu cen dóbr i usług konsumpcyjnych w wymiarze:

*Wariant I* – łącznie za okres 3 lat,

*Wariant II* – corocznie.

Co trzy lata następowaloby korygowanie kwot kryterium dochodowego oraz kwot świadczeń rodzinnych, w oparciu o wyniki badania prognozy interwencji socjalnej).

Wsparcie z pomocy społecznej powinno być w większym stopniu uzależnione od sytuacji rodzinnej świadczeniobiorców (poza niezbędnym kryterium podstawowym - poziomu dochodu), w szczególności od liczby i wieku dzieci oraz szczególnych potrzeb rodziny, np. związanych z niepełnosprawnością dziecka czy dorosłej osoby. Wzorem krajów EU15 można zróżnicować wielkość podstawowych świadczeń z pomocy społecznej zależnie od wieku i kolejności dziecka oraz od liczebności gospodarstwa domowego, czyli wszystkich osób wspólnie mieszkających i gospodarujących, a nie tylko rodziców i dzieci.

### **I.3.3. System podatkowy**

Od roku 2008 w systemie podatków od dochodów osobistych w Polsce stosuje się ulgi podatkowe (odliczenia od podatku) na każde dziecko pozostające na utrzymaniu płatnika. W roku 2010 w rozliczeniu podatkowym za rok 2009 na każde dziecko przysługiwało odliczenie w wysokości 1112,04 zł. Tak więc należny podatek powinien wynosić co najmniej wymienioną kwotę, aby w pełni skorzystać z ulgi na dziecko. Większość rodzin wielodzietnych nie osiąga jednak takiego dochodu i nie może skorzystać z przysługujących im odliczeń. Proponuje się wprowadzenie rozwiązań przedstawionych w pkt.1.2.6., czyli wzmocnienie prorodzinnego charakteru ulg podatkowych.

### **I.3.4. 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 niedołączonych i osób niepełnosprawnych, zwłaszcza ze znacznym i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności.

### **I.3.5. 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.

### **I.3.6. Stworzenie możliwości poprawy warunków mieszkaniowych**

Rodziny ubogie z dziećmi mogą uzyskać pomoc poprzez rozwój socjalnego budownictwa mieszkaniowego, co stanowi zadanie samorządu terytorialnego. Obok budowy nowych mieszkań, których koszty powinny być w części refundowane przez budżet państwa, niezbędne jest właściwe zagospodarowanie dotychczasowej bazy lokalowej.

### **I.3.7. 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 edukacji szkolnej dzieciom ze środowisk biednych. Należy zwiększyć dostęp dzieci i młodzieży ze wsi i z małych miast do zajęć pozalekcyjnych, rozwijających umiejętności i talenty, ale i organizujących czas wolny. Celowym pozostaje utrzymywanie rozwiązań przewidzianych w programach rządowych wspierających młodzież ubogą ze środowisk wiejskich, popegeerowskich, i małomiasteczkowych, w formie stypendiów, zakupu wyposażenia do szkoły (podręczników).

### **I.3.8. Wspieranie rodzin wielodzietnych**

*I.3.8.1. 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 poprzez 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 kształcenia 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 może być obniżanie wieku objęcia obowiązkiem szkolnym przy jednoczesnym zapewnieniu wyprawki szkolnej, zwłaszcza podręczników.

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,
- wzmacniać socjalną funkcję dodatków do zasiłków rodzinnych wspomagających uczące się dzieci. Ze względu na stosunkowo niewielkie znaczenie zasiłków rodzinnych w dochodach rodzin wielodzietnych, ich funkcja socjalna i dochodowa powinna zostać wzmocniona (por. pkt wyżej).
- spopularyzować i upowszechnić inicjatywy samorządowe polegające na tworzeniu lokalnych preferencji dla rodzin wielodzietnych (Karta Dużej Rodziny; Karta Rodziny 3+).

### **I.3.9. Zapewnienie warunków dla prawidłowego realizowania funkcji ekonomicznej, opiekuńczej, wychowawczej i emocjonalnej rodziny niepełnej z dziećmi na utrzymaniu**

#### *I.3.9.1. Wsparcie rodzin niepełnych w wypełnianiu funkcji opiekuńczo-wychowawczej*

Pomoc dla rodzin niepełnych w realizacji funkcji opiekuńczo-wychowawczej powinna następować 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.



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).

### **I.3.10. Pomoc rodzinom z osobą niepełnosprawną i zapobieganie ich wykluczeniu społecznemu**

#### *I.3.10.1. Zwiększenie dostępu do usług opiekuńczych*

Dostępność ekonomiczna, organizacyjna i terytorialna - stanowić powinna priorytet w działaniach wspomagających rodziny z osobami/dziećmi niepełnosprawnymi. Zmiany w strukturze niepełnosprawnych według stopnia niepełnosprawności w kierunku wzrostu populacji 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 są także działania skierowane na przemyślane 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 mieć możliwość elastycznego wyboru instytucji świadczących usługi opiekuńcze (firmy, organizacje pozarządowe) zależnie od dotychczasowej efektywności 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.3.10.2. 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 poddawane jest albo powinno być - 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.3.10.3. Zwiększanie możliwości godzenia pracy z obowiązkami rodzinnymi przez matki dzieci niepełnosprawnych*

Szanse te skierowane powinny być w szczególności do matek, jako że sporą grupę rodzin z niepełnosprawnymi dziećmi stanowią samotne matki. Rezygnacja z pracy i pobieranie świadczeń pielęgnacyjnych powinno stanowić wybór kobiety (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.

#### *1.3.10.4. Zwiększanie dostępu niepełnosprawnych dzieci do szkolnictwa ogólnodostępnego<sup>94</sup>*

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. Rozwój szkolnictwa integracyjnego wymaga więc:

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

#### *1.3.10.5. Zapobieganie patologii w rodzinie i w środowisku uczniowskim oraz w miejscu zamieszkania*

Organizacja czasu wolnego dzieci i młodzieży nie tylko przez dalszy rozwój instytucjonalnych form typu świetlice szkolne i środowiskowe, ale i ze strony rodziców/opiekunów. Do tego niezbędne wydaje się upowszechnianie różnych form organizacji czasu poprzez media, by uczulić rodziców na problem i podpowiedzieć im konkretne rozwiązania. 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) w Ustawie o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie.

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.

Zwiększanie dostępu sprawców przemocy do programów korekcyjno-edukacyjnych (Pobudzenie 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.

---

<sup>94</sup> Na znaczenie edukacji dla kreowania aktywności życiowej dzieci i młodzieży niepełnosprawnej kładzie się nacisk w „Future EU Strategy for Youth” (november 2009, źródło: [http://WWW.pfon.org/image/dodatki/200911\\_edf\\_youthpolicy.doc](http://WWW.pfon.org/image/dodatki/200911_edf_youthpolicy.doc)., odczyt w dniu 4 I.2012 r.

### **I.3.11. Pomoc dzieciom pozbawionym środowiska rodzinnego**

#### *I.3.11.1 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 poprzez rozwój i dofinansowanie usług opiekuńczych (nie tylko żłobki i przedszkola, ale i opiekunki dziecięcej w domu) i pomocy domowej. Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej wprowadza od 1 stycznia 2012 roku 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 poprzez 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;

Rozpoznaniu zagrożeń dzieci i niesieniu pierwszej pomocy powinno też służyć zapewnienie opieki medycznej w szkole (niedożywienie, objawy przemocy w rodzinie czy w środowisku rówieśniczym, szkolnym).

#### *I.3.11.2. 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.

#### *I.3.11.3 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.

*1.3.11.4. 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

## DIAGNOZA

### 1. CHARAKTERYSTYKA ZMIAN DEMOGRAFICZNYCH

Charakterystyka zmian demograficznych w Polsce obejmuje lata 2010-2035 oraz skutki zmian dla kształtowania się sytuacji populacji osób starszych<sup>95</sup> (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.

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

---

<sup>95</sup> 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 jest 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). Wyrażenie starzec, osoba „stara” w interpretacji niektórych autorów nie służy określeniu i opisaniu stanu odpowiednio do sytuacji położenia i statusu osoby w zaawansowanym wieku, lecz powoduje naznaczenia 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. Socjologicznie definicja taka 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 pojęcia stary i starszy zastępując je określeniem senior, seniorzy, lub osoby trzeciego oraz czwartego wieku. Trzeci wiek to czas, gdy jednostka wolna jest 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 dane 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 zadawalające. 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 jako „złego” okresu życia.

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 roku tempo wzrostu udziału ludności w wieku poprodukcyjnym będzie nadal wysokie, wskutek niskiego poziomu dzietności oraz wzrostu przeciętnego dalszego trwania życia (z 79,8 lat kobiety i 71,4 lat mężczyźni w 2010 roku do 82,9 kobiety i 77,1 lat w 2035 roku 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 roku<sup>96</sup>.

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 1-osobowych (z 26,9% - 32,5%), 2-osobowych (odpowiednio z 26,5% do 28,7%) oraz wzrost udziału gospodarstw bez dzieci z 67,6% - 75,8%<sup>97</sup>. Gospodarstwa domowe na wsi nadal pozostaną większe, niż w mieście. Zmiany w strukturze rodzin i gospodarstw domowych wpływać będą na zmniejszanie potencjału opiekuńczego rodziny (usługi organizowane będą organizowane poza rodziną).

Zaawansowanie procesów starzenia się ludności oraz stanu ich zdrowia uzasadnia wyodrębnienie w aktualizowanych założeniach polityki ludnościowej na lata 2012-2020 trzech grup. W **zakresie podmiotowym** aktualizowane założenia obejmują:

- osoby starsze w wieku poprodukcyjnym, które zakończyły aktywność zawodową; według grup wieku 60- 74 lat, 75-79 lat oraz 80 i więcej lat,
- osoby niepełnosprawne 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 drugich w zakresie zwykłych czynności dnia codziennego (przemieszczenia się, zaspokajania podstawowych potrzeb egzystencjalnych, pielęgnacji ciała itp.). Większość osób niesamodzielnych to osoby w wieku 75 lat i więcej (w tej części założenia nie obejmują niepełnosprawnych dzieci).

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 (stopnia ograniczenia samodzielności), dochodów, miejsca zamieszkania, potrzeb oraz innych cech. Wyodrębnianie kategorii osób niesamodzielnych w analizach i założeniach polityki ludnościowej pozwoli na określenie skali potrzeb i form opieki. Na pełniejsze poznanie struktury osób w zaawansowanym wieku, w związku z przedłużającym się czasem trwania życia, w tym utraty zdolności do samodzielnej egzystencji w zaawansowanym wieku ostatniej fazy życia.

---

<sup>96</sup> NSP 2011 wykazał, że w Polsce przebywało 56.3 tys. stałych mieszkańców innych krajów, w tym 40,1 tys. powyżej 3 miesięcy. Według danych szacunkowych w marcu 2011 roku za granicą powyżej 3 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*. GUS, Warszawa 2012, s. 91 i nast.

<sup>97</sup> Dane liczbowe – jeśli nie zaznaczono inaczej - pochodzą z wydawnictwa GUS: *Prognoza demograficzna 2010-2035, Rocznika Demograficznego GUS* (wydania odpowiednie dla omawianych lat) oraz inne wydawnictwa GUS.

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 wielo i wysoko specjalistycznej 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, osoby w bardzo zaawansowanym wieku z daleko posuniętymi objawami starzenia się),

2) niepełnosprawnych z powodu skutków wypadku, chorób somatycznych, chorób psychicznych, wad wrodzonych. Kategoria osób niesamodzielnych najczęściej zaliczana jest do osób niepełnosprawnych. Jej wyodrębnienie spośród osób starych i niepełnosprawnych – w aktualnych założeniach polityki ludnościowej – jest uzasadnione bardzo istotnym różnicowaniem; od niepełnosprawności ruchowej, (co nie musi oznaczać niesamodzielności) do niesamodzielności z powodu choroby psychicznej (pomimo całkowitej sprawności ruchowej).

Z przyczyn demograficznych i społecznych zmniejsza się potencjał opiekuńczy rodziny; rodziny stają się mniej liczne, kontakty w rodzinach są mniej intensywne, następuje osłabienie więzi krewniczych, rozpadają się rodziny wielopokoleniowe, zanikają kręgi rodzinne. Utrzymuje się wciąż wysoki poziom emigracji zarobkowej, tak wewnętrznej, jak i zewnętrznej. Liczba osób niesamodzielnych (niezdolnych do samodzielnej egzystencji), potrzebująca opieki innych osób w czasie przewidywanym założeniami będzie rosła. Opieka nad osobą niesamodzielną musi być wykonywana przez opiekuna osobiście. Nie można jej sprawować dzięki, czy z pomocą nowoczesnych technologii komunikacyjnych, czy informacyjnych lub urządzeń technicznych. Liczba osób potrzebujących opieki będzie rosła, natomiast liczba osób zobowiązanych, jednocześnie i zdolnych do udzielenia opieki (z przyczyn demograficznych) sukcesywnie będzie się zmniejszać. 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 podstawie prognoz demograficznych, kształtowania się zjawisk (urodzenia i zgony) oraz procesów demograficznych (migracje). Deformacja struktur demograficznych ludności - wzrost udziału najstarszej populacji w strukturze ludności - zwiększać będzie istotnie rozmiar zadań w zakresie opieki nad osobami starszymi i starymi. Wzrost zadań opieki wynikać też będzie 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 poziom 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 roku, 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”. 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 pracą<sup>98</sup>. 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 RFN 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 rodziny<sup>99</sup>.

Takich badań nikt dotychczas w Polsce nie prowadził, gdyż ich wyniki nikomu nie były potrzebne. W Polsce 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 mobilna, dezorganizuje się, bywa też obciążona problemami określanymi mianem patologii społecznej. Wszystko to istotnie 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 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 niesamodzielnosci osób starszych.

Opieka rodziny na osobami starymi i niezdolnymi do samodzielnej egzystencji będzie (musi być) coraz częściej zastępowana opieką osób spoza rodziny lub opieką

---

<sup>98</sup> Szerzej, M. Raclaw, *Opiekunowie nieformalni. Krótkookresowa funkcjonalność nieopłacalnej pracy*, w: *O sytuacji ludzi w starszym wieku*, red. J. Hryniewicz, t. II, Wydawnictwo II Kongresu Demograficznego, RRL.

<sup>99</sup> B. Pfau-Effinger, R. Och, M. Eichler, *Ekonomizacja polityki długoterminowej I struktura opieki nad osobami starszymi*, w: *Niemiecka polityka społeczna: ekonomizacja I przekraczanie barier*, A. Evers, R.G. Heinze (red.), Warszawa 2010.; M. Messu, *Rodzina i społeczeństwo: jaka solidarność?*, w: *Uwarunkowania polityki rodzinnej we Francji w ujęciu historycznym, prawnym, politycznym*, M. Chauviere, M. Sassi, B. Bouquet, R. Allard, B. Ribes (red.), Warszawa 2010; G. Esping-Andersen, *Społeczne podstawy gospodarki postindustrialnej*, Warszawa 2010, s. 75 i nast.



instytucji. Skala pozarodzinnego zastępstwa w opiece, wskutek zmian w rodzinie, niskiego poziomu urodzeń oraz wysokiego poziomu emigracji zarobkowych, jest trudna do oceny. Problem wymaga starannego, pogłębionego badania jakościowego na poziomie środowisk lokalnych.

## **2. SKUTKI SPOŁECZNE I EKONOMICZNE STARZENIA SIĘ LUDNOŚCI**

Starzenie się ludności ma daleko idące 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 utrzymaniu 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 one 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 dla 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 emerytura miesięczna wypłacana z ZUS wyniosła w 2009 r. 1597 zł (brutto, tj. 1290 zł netto), a jej wysokość była zróżnicowana, w zależności od odrębnych uregulowań dla grupy, której dotyczyły świadczenia. Przeciętna renta z tytułu niezdolności do pracy w ZUS wyniosła około 1185 zł (brutto, tj. 957 zł netto), renta rodzinna zaś ok. 1392 zł (brutto, tj. 1124 zł netto). Analiza wysokości oraz struktury wypłacanych emerytur i rent nie może nastrajać optymistycznie. Średnioroczne minimum socjalne dla jednoosobowego gospodarstwa emeryckiego Instytut Pracy i Spraw Socjalnych oszacował w 2009 roku na poziomie 905,00 zł, a minimum egzystencji na 421,90 zł. Około 305 tys. emerytów, którzy otrzymywali świadczenia niższe niż 800 zł, a także znaczna część z półmilionowej grupy emerytów o dochodach między 800 z 1000 zł w 2009 r. osiągała dochody niższe od poziomu minimum socjalnego. Ubóstwo ludzi starszych ma szczególny charakter: jest dość płytkie, nie ma też perspektyw poprawy dochodów bieżących. Zatem nawet niewielka zmiana w strukturze i poziomie wydatków, wywołana nowymi potrzebami (np. z powodu pogłębiającej się niepełnosprawności) może zachwiać ustabilizowaną

na niskim poziomie wydatków sytuacją. Niższe, niż minimum socjalne były w 2009 roku świadczenia blisko 43% rencistów; dla dużej grupy tych osób renta, jako świadczenie jedyne nie pozwalała utrzymać się bez finansowej pomocy z innych źródeł. Ponad połowa emerytów (55%) miała dochody wyższe od 800 zł, ale niższe od 1600 zł, świadczenia ponad 60% rencistów były niższe niż 1000 zł. Silne spłaszczenia świadczeń sprawia, że tylko 6,6% emerytów i 5,2% rencistów miało świadczenia w wysokości ponad 3 tys. zł., podczas gdy w końcu 2008 r. wynagrodzenie ponad 5380 zł, (przy występującym w świadczeniach emerytalnych stopniu zastąpienia zapewniające świadczenie tej wysokości – miało 6,7% kobiet i 13,2% mężczyzn). Istotnie wyższe (średnio o ponad 1 tys. zł) są tylko świadczenia górników i służb mundurowych – łącznie ponad 610 tys. osób<sup>100</sup>.

Osoby starsze nie są grupą jednorodną pod względem sytuacji materialnej. Oszacowanie siły nabywczej osób starszych wymaga uwzględnienia, co najmniej: wysokości dochodów do dyspozycji, kosztów utrzymania i preferencji konsumpcyjnych, zasobów majątkowych. 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, zgodnie z przyjętą metodologią badań, są gospodarstwami emerytów czy rencistów. Jednoosobowe gospodarstwa domowe emerytów i rencistów nie zawsze są gospodarstwami osób starszych. Od roku 1973 do roku 1996 gospodarstwa emerytów i rencistów były badane łącznie, zaś od roku 1997 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 zaspokaja 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.

Gospodarstwa osób starszych mają niekorzystną strukturę wydatków, wynikającą z małej liczby osób w gospodarstwach i wysokiego udziału wydatków stałych. W gospodarstwach tych nie tylko znaczną, ale przede wszystkim wciąż rosnącą grupę stanowią wydatki związane z utrzymaniem mieszkania i ochroną zdrowia. O ile wydatki na żywność maleją tak ze względu na zmianę preferencji konsumpcyjnych, jak wyraźnie niższą dynamikę wzrostu cen tych dóbr, to wydatki związane z utrzymaniem mieszkania i zdrowiem mają wysoką dynamikę wzrostu. W jednoosobowych gospodarstwach emerytów wydatki na użytkowanie mieszkania i nośniki energii stanowiły w 2009 r. 28,7% (rencistów zaś 30%) wydatki na zdrowie – 10,2% (renciści – 10,8%), podczas gdy wartości średnie dla wszystkich gospodarstw wynoszą dla mieszkania 11,9% a dla zdrowia – 5,3%<sup>101</sup>.

---

<sup>100</sup> Por. szerzej: Gałązka-Petz B., *Uwagi o dochodach ze świadczeń emerytalno-rentowych, O sytuacji ...* op. cit. s. 98-102, Ancyparowicz G., *Kapitałowe emerytury i renty a ryzyko ubóstwa w Polsce*, w: *O sytuacji ...* op. cit. s. 83-97.

<sup>101</sup> 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.

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 przeznaczają swoje oszczędności na zabezpieczenie starości (podobnie osoby pracujące na własny rachunek). Majątek ten uwzględniony jest 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 2003 r. i 2007 r. 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 rynku pracy powoduje ponadto rosnące zadłużenie tych gospodarstw, przy czym kredyty zaciągane są przez nie na rzecz członków rodziny – nie posiadającej „zdolności kredytowej”, lub mającej ją w ograniczonym stopniu. Rosnące zadłużenie dotyczy zarówno gospodarstw emerytów, jak i rencistów. Fakt tego zadłużenie 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 zadowolająca. Wypowiadane są poglądy, że problemem emerytów jest raczej wykluczenie społeczne, 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”<sup>102</sup>. Na takie postrzeganie nakłada się też stereotypowa ocena sytuacji osób starszych: ludzie starsi stanowią kłopotliwe

---

<sup>102</sup> Kurowska A., *Czy osoby starsze są grupą szczególnie zagrożoną biedą w Polsce*, Forum Obywatelskiego Rozwoju, Warszawa 2009.

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 – podzielają 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. Ponadto, jeśli oceni się możliwości zaspokajania potrzeb innych, 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 aktywny sposób działań, w sytuacji, gdy stałe dochody nie pozwalają na zaspokojenie potrzeb bieżących. W 1-osobowych gospodarstwach emerytów dochody z pracy najemnej stanowiły w 2009 r. nieco więcej niż 2% przychodów netto, a z pracy na własny rachunek – 0,3% - 0,1%. W gospodarstwach rencistów udział ten był znacznie niższy: odpowiednio 1% i 0,1%. Zapewne znaczna 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 prace w wybranych zawodach czy grupach tzw. deficytowych<sup>103</sup>. Zgoda na podejmowanie pracy wiązana była 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 roku nowych zasad przyznawania emerytur może istotnie wpłynąć na zmianę sytuacji materialnej pobierających świadczenia<sup>104</sup>.

<sup>103</sup> Szarzej por. B. Gałazka-Petz, *Sytuacja materialna emerytów otrzymujących świadczenia z FUS*, w: *Ubezpieczenie społeczne w Polsce. 10 lat reformowania*, (red.) J. Hryniewicz, Warszawa 2011.

<sup>104</sup> *System emerytalny – problemy na przyszłość*, ZUS, Warszawa 2011.

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

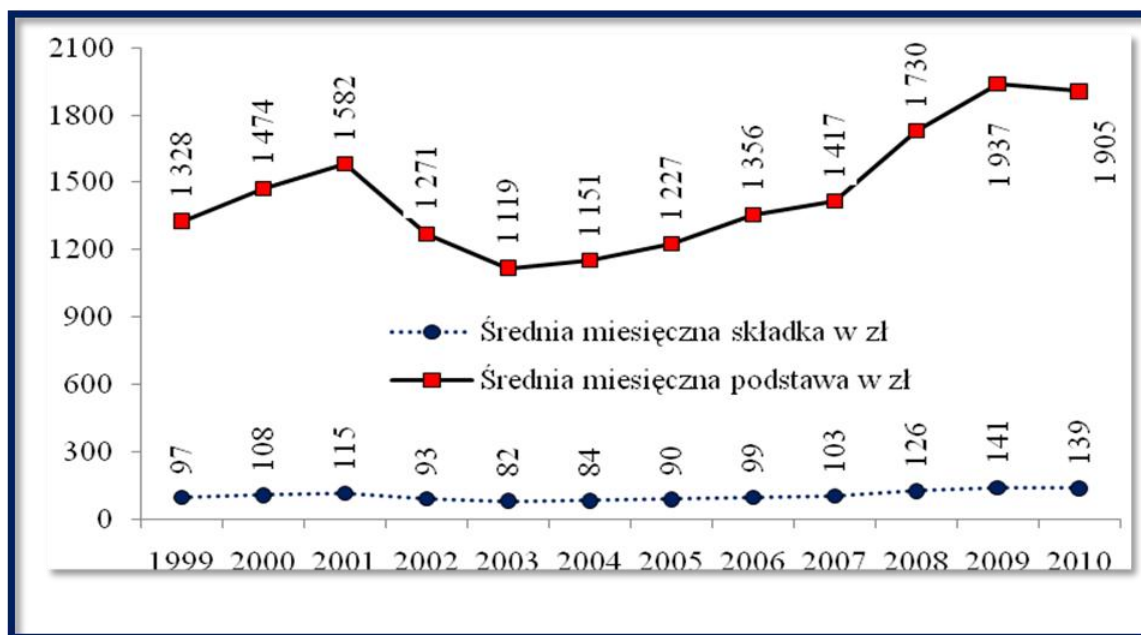
W zreformowanym systemie wysokość świadczeń z zabezpieczenia społecznego uzależniona jest bezpośrednio od wysokości zgromadzonego kapitału, a ten od miesięcznego wynagrodzenia. W 2009 roku pracownicy otrzymujący brutto mniejsze lub równe przeciętnemu wynagrodzeniu miesięcznemu w gospodarce narodowej (3232 zł) stanowili ok. 65% ogółu pracowników. Zarobki mężczyzn były przeciętnie wyższe o ok. 10% (325 zł) od średniej krajowej, kobiet – niższe o ok. 10% (o 339 zł), co oznacza, że przeciętne wynagrodzenie mężczyzn było o 23% (o 664 zł) wyższe od przeciętnego wynagrodzenia kobiet<sup>105</sup>.

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 (ok. 27%, tj. tylko o ok. 10 pkt. proc. mniej niż w Bułgarii i Rumunii). 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 wpływał na wzrost podstawy naliczania składki emerytalnej z opóźnieniem. W latach 1999-2001 zarówno podstawa naliczania składki emerytalnej, jak i składka rosły. W latach 2002-2007 zarówno podstawa naliczania składki, jak i 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).

---

<sup>105</sup> Pracownicy sektora publicznego zarabiali przeciętnie o 10% 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 2091 zł (64, 7%) przeciętnego w gospodarce narodowej. Zarobki brutto (tj. suma wszystkich dochodów otrzymywanych z tytułu zatrudnienia u wszystkich pracodawców) nieprzekraczające 1616 zł (50% przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego brutto dla gospodarki narodowej) otrzymywało 18, 5% zatrudnionych. Zarobki brutto równe co najmniej dwukrotnemu przeciętnemu wynagrodzeniu brutto w gospodarce narodowej otrzymywało 6, 2% zatrudnionych. Były to grupy zawodowe określane jako przedstawiciele władz publicznych, wyżsi urzędnicy, menedżerowie (kierownicy). Zarobki powyżej 10 tys. zł otrzymywało 2, 6% zatrudnionych.

**Wykres 1. Zagrożenia dla systemu emerytalnego = zagrożenie dochodów osób starszych<sup>106</sup>**



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 życia 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 r. 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 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

<sup>106</sup> Por. szerzej: G. Ancyparowicz, *Kapitałowe emerytury i renty a ryzyko ubóstwa w Polsce*, w: *O sytuacji ludzi w starszym wieku*, red. J. Hryniewicz, t. II, Wydawnictwo II Kongresu Demograficznego, RRL, G.Ancyparowicz, (red.), *Otwarte fundusze emerytalne w systemie zabezpieczenia społecznego 1999-2010*, GUS, Warszawa 2010. L. Oręziak, *OFE - źródło długu publicznego, zysków dla PTE i złużeń dla emerytów*, w: J. Hryniewicz, (red.), *Ubezpieczenia społeczne ...* op. it. s. 104-134.

realnego wzrostu wynagrodzeń, proporcja najniższej renty do przeciętnego wynagrodzenia będzie nadal malała. W 2059 r. relacja ta wyniesie ok. 5% - 7%. Na tym poziomie w stosunku do przeciętnego wynagrodzenia będą zatem również renty rodzinne, jeśli wprowadzony zostanie system zdefiniowanej składki w ubezpieczeniach rentowych (rodziny).

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 podlegać musi system. Dotyczyć to może zasad prawnych konstytuujących dany system, metod finansowania, wymagań wobec kadry zarządzającej lub realizującej zadania. W przypadku nieprawidłowości w funkcjonowaniu systemu zmiana musi obejmować tej jego elementy, które powodują niepożądane skutki w praktyce.

W polityce zabezpieczenia społecznego podstawowym celem systemu jest zapewnienie bezpieczeństwa socjalnego osobom niezdolnym do pracy z powodu inwalidztwa (renta), zaawansowanego wieku (starości), utrata 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 swoim zakresem 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), 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 w dostatecznym stopniu uzupełniane świadczeniami 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 osób, które ukończyły 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 (niesprawnością). Wartość zasiłku pielęgnacyjnego jest z założenia niska (wynosi 186,71 zł). W przypadku niskiej wartości

renty lub emerytury stanowić może jedynie skromne uzupełnienie dochodu. Jednak w przypadku niezdolności do samodzielnej egzystencji wartość zasiłku pielęgnacyjnego nie daje możliwości korzystania z koniecznej pomocy innych osób (tym bardziej nie daje możliwości korzystania z usług o charakterze specjalistycznym).

W formułowaniu założeń polityki ludnościowej nie wystarcza ocena ukształtowanego do 2011 roku stanu zabezpieczenia społecznego. Niezbędne jest wskazanie kierunków koniecznych zmian w systemie. Wysokość świadczeń i kierunki reformowania systemu świadczeń z zabezpieczenia społecznego określone zostały w zmianach systemowych podjętych w latach 1997-1998. Kolejne podejmowane reformy systemu (m.in. uchwalona 21 listopada 2008 roku ustawa o emeryturach kapitałowych) wskazują konsekwentnie kierunek zmian zmierzający do obniżenia wartości świadczeń z systemu ubezpieczenia społecznego<sup>107</sup>. 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 decyzji dotyczących rent inwalidzkich). Emerytura kapitałowa została pozbawiona części solidarnościowej (tzw. kwoty bazowej), która prowadziła do podniesienia emerytur najniższych i obniżenia wysokości 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 istotnie niższa. W latach 2009-2013 emerytura jest obliczana według reguł mieszanych (repartycyjnej z coraz wyższym udziałem w kolejnych latach zasady kapitałowej). Od 2014 roku wymiar emerytury obliczany będzie w całości według zasad kapitałowych. W wyniku zastosowania „zdefiniowanej składki”, wymiar emerytury będzie o około 50% niższy niż emerytury obliczanej według zasady obowiązującej do końca 2008 roku (repartycyjnej). Stopa zastąpienia emeryturą utraconych dochodów z pracy wyniesie od około 26-28% (do 2008 roku stopa zastąpienia wynosiła około 50%).

Stopa zastąpienia dochodu z pracy utraconego - ze względu na 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% w roku 2000 do 51,5%. 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 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 nie mają też możliwości uzupełnienia dochodów bieżących dochodami z pracy.

---

<sup>107</sup> Por. Ustawa o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, z 17 grudnia 1998 r. Dz. Nr 162, poz. 1118. z późn. zm. Wprowadzony zmianą w 2008 roku art. 183 zmienia od 2014 roku system ubezpieczenia społecznego na system kapitałowy.



Nowo przyznawane świadczenia emerytalne od 2009 roku są sukcesywnie obniżają 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 dotyczyć będzie osób urodzonych po 1949 roku (populacja 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 odpowiedzialność za dostarczenie dostatecznych środków utrzymania osobom niezdolnym do pracy z powodu podeszłego wieku (śmierci żywiciela rodziny) oraz inwalidztwa?<sup>108</sup>.

Trwałość, pewność i wystarczający poziom dochodów ze świadczeń zabezpieczenia społecznego jest elementarną zasadą i warunkiem zapewnienia bezpieczeństwa socjalnego i ochrony osób niezdolnych do pracy przed ubóstwem i wykluczeniem z uczestnictwa w życiu społecznym i ekonomicznym. Jest to także podstawowym warunkiem 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 roku zasad wymiaru emerytur sformułowanych w ustawie o emeryturach kapitałowych 2008 roku w istocie podważa cele, dla których powołano system ubezpieczenia społecznego. Zasady wymiaru rent inwalidzkich pozostały dotychczas (2011) 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 roku zmiany w systemie ubezpieczenia społecznego przeprowadzono przy pomocy specjalistycznych technik kształtowania opinii publicznej. 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

---

<sup>108</sup> Trzeba przypomnieć, że głównym motywem organizowania w XIX wieku systemów ubezpieczenia społecznego była konieczność dostarczenia niezdolnym do pracy środków utrzymania. Przyjęto zasadę odpowiedzialności państwa za taki podział dochodu społecznego, który tworzył solidarny system międzygeneracyjny podziału dochodu. Założeniem systemu 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. Ponadto dostępu do niezbędnych towarów i usług gwarantujących uczestnictwo w życiu społecznym, a także możliwość korzystania z niezbędnych usług ochrony zdrowia i opieki. 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. 10 lat reformowania*. Praca zbiorowa, red. j. Hryniewicz, Warszawa 2011.

powinien zależeć od osobistej zaradności i dzielności ekonomicznej jednostki, jej przedsiębiorczości i zapobiegliwości (także bez względu na stosowane metody gromadzenia bogactwa).

Trudno dziś określić, czy można zasadnie założyć, że wraz z rosnącym masowym ubóstwem osób niezdolnych do pracy zmniejszać się będzie 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. Prowadzić bowiem będzie do nadmiernego obciążenia tak samorządów lokalnych ( gmin), jak i rodzin. Wysokie obciążenie samorządów dotyczyć będą w szczególności tych gmin i miast, 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 o charakterze kapitałowego systemu ubezpieczenia społecznego oraz o korzyściach indywidualnych z niego płynących. Okaże się wówczas, że koniecznym 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 roku i wprowadzony przez wiele banków komercyjnych projekt tzw. „odwróconej hipoteki” nie może być skutecznym środkiem poprawy sytuacji materialnej emerytów. Problem „odwróconej hipoteki” dotyczy może tylko właścicieli mieszkań o wysokim standardzie, a przede wszystkim o korzystnej punktu widzenia wartości rynkowej lokalizacji. 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 wysokokwalifikowaną obsługę prawną i osobą w zaawansowanym wieku. Pomijając (rzeczywiste czy domniemane) nieprawidłowości w jego działaniu, 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 znaczenia ma określenie: charakteru, funkcji i źródeł dochodów. Charakteryzując dochody należy podkreślić, że powinny to być dochody wystarczające do potrzeb – do potrzeb istotnie zmieniających się wraz z postępującym procesem starzenia pobierających świadczenia. Polityka kształtowania dochodów powinna zatem uwzględniać zmiany w:

- możliwościach pozyskiwania/uzupełniania dochodów ze świadczeń (emerytury, renty, zasiłku) dochodami z pracy lub innych przedsięwzięć zarobkowych (np. praca na własny rachunek),
- zmiany 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 świadczeniobiorcy. Świadczenia w stosunku do wynagrodzeń stają się tym niższe, im dłuższy jest czas jego 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 ubezpieczenie pielęgnacyjne na wypadek niesamodzielności,
- świadczenia z budżetu państwa (renty socjalne/obywatelskie,
- budżety samorządów lokalnych (partycypacja w kosztach organizacji usług, zasiłki pomocy społecznej),
- świadczenie ze strony rodzin osób w podeszłym wieku (obciążenie rosnącymi kosztami utrzymania swoich bliskich rodzin zobowiązanych do alimentacji),
- nagromadzony w ciągu życia dorobek materialny (wykorzystanie na cele związane z kosztami utrzymania osób w zaawansowanym wieku..

Problem rosnących kosztów i spadających dochodów gospodarstw domowych osób w zaawansowanym wieku nie jest zagadnieniem nowym. Poszukiwanie rozwiązania tego problemu rozpoczęto w RFN na przełomie lat 60/70 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 RFN w 1995 roku 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 roku w RFN wprowadzono (po ponad 20 latach debaty publicznej i uzyskaniu konsensusu społecznego i politycznego) powszechne społeczne ubezpieczenie pielęgnacyjne przeznaczone dla osób, których stan zdrowia i sprawności 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 RFN rozważane było rozwiązanie alternatywne. Powszechnie dyskutowanym w RFN rozwiązaniem było wykorzystanie wartości majątku zgromadzonego przez osobę potrzebującą opieki na opłacenia jej kosztów. Władze publiczne, które czuły się odpowiedzialne za dostarczenie opieki niezdolnym do samodzielnej egzystencji obywatelom, ten sposób sfinansowałyby 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 osoby zobowiązane do alimentacji z dochodów własnych. Ostatecznie, w wyniku uzyskania społecznej zgody, przyjęto rozwiązanie obciążające solidarną składką wszystkich pracujących (osoby bezdzietne opłacają składkę nieznacznie wyższą, niż osoby posiadające potomstwo)<sup>109</sup>.

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 ich pozyskiwania, agregowania i oceny potrzeb. Dochody i możliwości samorządów są bardzo zróżnicowane poziomem ich dochodów własnych i poziomem 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.

---

<sup>109</sup> M. Nita, *Ubezpieczenie pielęgnacyjne w Republice Federalnej Niemiec. Idea i realizacja*, w: *O sytuacji...* op. cit. s. 159-189. Szerzej: M. Nita, *Ubezpieczenie pielęgnacyjne w Republice Federalnej Niemiec. Idea i realizacja*, praca magisterska, ISNS UW, Warszawa 2010.s. 197.

Świadczenie to byłoby przeznaczone dla osób niesamodzielnych bez względu na wiek i przyczynę stanu, zarówno dla osób w zaawansowanym wieku, jak też dla dzieci niezdolnych do samodzielnej egzystencji, ofiar wypadków i chorób<sup>110</sup>.

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 zagrożenia ubóstwem jest stanem względnym, porównywany do sytuacji ekonomicznej ogółu pozostałych grup społecznych. W przypadku osób w zaawansowanym wieku, niesamodzielnych do oceny ich dochodów konieczne jest wypracowanie nowych kryteriów oraz dostosowanie ich do zmieniających się potrzeb.

Společne wykluczenie osób starszych uwarunkowane jest 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, do 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 znaczenia dla kształtowania warunków i jakości życia osób w wieku podeszłym, niesamodzielnych i niepełnosprawnych. 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 jednoczesnym stopniowym zwiększaniu poziomu, rodzaju i charakteru usług - z jednoczesnym poszanowaniem swobody wyboru miejsca pobytu przez zainteresowanych.

#### *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 musi być dostosowywane do potrzeb osób w zaawansowanym wieku i obniżonej sprawności ruchowej.

---

<sup>110</sup> Projekt ubezpieczenia pielęgnacyjnego wraz z założeniami ustawy został opracowany przez zespół pod kierunkiem prof. dr hab. Anny Wilmowskiej-Pietruszyńskiej w Zespole powołanym przez Ministra Zdrowia prof. Z. Religę w 2006 roku.

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, postępujących ograniczeń ruchowych osób starszych. Problematyka przystosowania mieszkań jest zagadnieniem interdyscyplinarnym. Nie dotyczy ona jedynie wdrożenia idei *Universal Desing*, 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. Aktualnie zasiedlane przez starsze pokolenie mieszkania 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 w starych zasobach mieszkaniowych.

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 bieżącej wody, łazienki, WC, centralnego ogrzewania mieszkania, 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 koszty 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 istotnie pogarszających warunki życia (np. ograniczenia w ogrzewania 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 zaspokojenie 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 wysokie<sup>111</sup>.

Z badania opinii społecznej (CBOS 2009) wynika, że około 2/3 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 we własnym mieszkaniu. Inne rozwiązania to wspomaganie osób starszych pozostających we własnym mieszkaniu.

Brakuje danych o skali pomocy mieszkaniowej (dodatków). Nie można też stwierdzić, czy ta forma pomocy w utrzymaniu mieszkania stanowi ważny element wspomagania osób starszych. Osoby zajmujące mieszkania o dużej powierzchni nie mają uprawnień do dodatku mieszkaniowego. Problem pojawi się wówczas, gdy zmniejszony zostanie (projektowany) zakres podmiotowy uprawnionych do dodatku mieszkaniowego. Proponowane zmiany w ustawie o dodatkach mieszkaniowych wyeliminują z możliwości uzyskania dodatków właściciele 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 dotyczyć będzie coraz liczniejszej grupy społecznej.

Oczekiwania polskich seniorów są zgodne z podstawowymi ideami opieki wyrażonymi w Rezolucji ONZ nr 46/91 określającej Katalog Podstawowych Praw Ludzi Starych: „*by dodać życia do lat, które dodano do życia*”. A także w Europejskiej Karcie Społecznej (1996, art.23)n 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,
- mikrośrodowisko mieszkalne obejmujące sieć komunikacyjną, dostępność usług, dostęp do urządzeń infrastruktury technicznej, ośrodki ogólnomiejskie, miasto itp.

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 oprócz czynników psychologicznych, także na subiektywną ocenę poziomu dopasowania środowiska mieszkaniowego do możliwości osoby starszej,

---

<sup>111</sup> Szerzej por. M. Zrałek, *Zaspokojenie potrzeb mieszkaniowych osób starszych. Dylematy i kierunki zmian*, w: *O sytuacji ludzi...* op. cit. s. 103 – 125.

- 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 też 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 seniora<sup>112</sup>.

W poszczególnych krajach stosowane są różne rozwiązania dostosowania sytuacji mieszkaniowej do zmieniających się potrzeb starzejącego się społeczeństwa. W RFN 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 jest korzystanie z usług dziennego domu pobytu, gdzie 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 tak, aby mogła najdłużej pozostawać we własnym domu.

Dalsza utrata sprawności prowadzi do zmiany dotychczasowego mieszkania na mieszkanie wspólnotowe chronione, tak, 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 winny 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.

#### **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

---

<sup>112</sup> Zaniewska H., Thiel M., *Mieszkanie jutra osób starszych – nadzieja, czy zagrożenie?*, w: *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia*, J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red), Łódź 2004.



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 wykluczania 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 w programach i działaniach istotnych zmian demograficznych. Analiza polityk szczegółowych wykazuje, że żadna z nich nie uwzględnia w swoich programach zadań wynikających z istotnych zmian sytuacji demograficznej Polski.

W polityce zabezpieczenia społecznego, obejmującej tak istotne dla najstarszej populacji dziedziny, jak ubezpieczenie społeczne, pomoc i opieka, ochrona zdrowia nie zostały uwzględnione istotne 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 zarówno w systemie pomocy społecznej i opieki, oraz zmiany działalności instytucji opieki w środowiskach lokalnych. W ochronie zdrowia konieczne są 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 pozwoliłaby 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 starszych pracowników, o kwalifikacjach innych niż posiadają młodzi, o innych, niż młodzi, możliwościach adaptacji do zmieniającego się charakteru i warunków pracy. Problem ten wymaga bliższego zbadania oraz wskazania kierunków działań istotnie zmieniających na rynku pracy sytuację osób zaliczanych do tzw. *niemobilnych* grup wieku (45+).

Istotną przeszkodą w powszechnym zatrudnieniu 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 50 roku życia. Porównanie oceny stanu zdrowia osób w wieku 50+ z projektowanymi zmianami przedłużenia zatrudnienia powyżej obowiązującego w 2011 roku wieku emerytalnego (59k/64m) wskazuje na ograniczoną możliwość wprowadzenia takich zmian ze względu na zły stan zdrowia znacznej części osób w wieku 50+. Wydłużenie wieku emerytalnego w powszechnej skali może okazać się niemożliwe z uwagi na znaczny udział osób w złym stanie zdrowia, o 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 ograniczy potencjał opiekuńczy rodziny. Osoby wydłużające czas aktywności zawodowej są pozbawione możliwości zapewniania 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 zamiany w mieszkalnictwie, aby warunki zamieszkania nie obniżały poziomu i warunków życia osób starszych i niesamodzielnym.

Zmiany wymaga także obecny system *edukacji* osób starszych. Przygotowanie do aktywnej starości wymaga wdrożenia wielu programów z kilkunastoletnim wyprzedzeniem tak, 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 zamierzeń modernistycznych.

Konieczna jest zmiana zarówno języka opisującego ludzi starych, jak i zmiana negatywnego wizerunku, który uporczywie utrwalany jest w medialnych przekazach. Negatywne stereotypy osób starszych (starych) upowszechniane są 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 do lekceważącego, poniżającego godność ludzi starych traktowania i 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 opieki, świadczących usługi ochrony zdrowia, a także i 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.

Polityki krajów UE dotyczące przeciwdziałaniu wykluczeniu osób starszych, niepełnosprawnych i niesamodzielnych obejmują wiele zróżnicowanych kierunków działania. W zakresie zabezpieczenia społecznego działania dotyczą: dostarczenia dochodów wszystkim 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 dla 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 wypracowane zostały 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 usług. W kształtowaniu postaw i zachowań zapobiegających wykluczeniu społecznemu i przemocy wobec osób starszych podejmowane są 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, z przykładów rozwiązań stosowanych w innych krajach płyną użyteczne wnioski dla Polski<sup>113</sup>.

Polityka ludnościowa przeciwdziałająca wykluczeniu osób starszych, sprzyjająca ich integracji w społeczeństwie realizowana jest przy pomocy narzędzi prawnych, finansowych, instytucji, usług oraz szerokich programów społecznej edukacji. Obejmuje wszystkie istotne dziedziny polityki społecznej. W wielu krajach UE są programy w wysokim stopniu zaawansowane i zróżnicowane. Realizuje się je od wielu lat (np. dyskusję nad wprowadzeniem ubezpieczenia pielęgnacyjnego w RFN podjęto na początku lat 70. XX wieku, na niemal 25 lat przed jego wprowadzeniem w życie w 1995 roku). Punktem wyjścia do projektowania rozwiązań przeciwdziałających wykluczeniu jest osoba zagrożona wykluczeniem, jej sytuacja i niezaspokojone istotne potrzeby. 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 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 roku)<sup>114</sup> wynika, że w porównaniu z poprzednimi badaniami

<sup>113</sup> M. Halicka, E. Krakowska, *Uczestnictwo ludzi starszych w rodzinie i społeczeństwie*, w: *Ludzie...op.* cit. s.33-50.

<sup>114</sup> *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 roku*, GUS, Warszawa czerwiec 2011 roku informuje o stanie zdrowia społeczeństwa w podziale na: płeć, grupy wieku, miejsce zamieszkania, (region, miasto, wieś), sytuacji osób na rynku pracy, stan rodzinny, poziom wykształcenia. A. Wilmowska-Pietruszyńska, *Niepełnosprawność i niezdolność do*

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 istotnie mniejsza, niż ogółem w Polsce. Należą do 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 pogarsza się. Swoje zdrowie jako mniej, niż dobre oceniło 72% 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% pięćdziesięciolatek, 79% sześćdziesięciolatek, 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 zwykłych czynności domowych przez osoby dorosłe. Z badań wynika, że ponad połowa sześćdziesięciolatek 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 ubikacji. 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, 1 942 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% siedemdziesięciolatek 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

istotnie poszerzyć, bo ocenia ją jako niewystarczającą. Z badań wynika, że generalnie 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 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 roku, 5,2 mln osób; w wieku 15 i więcej lat, tzn. blisko co 5 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% siedemdziesięciolatek 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, pomimo, 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 zwiela krotnia ryzyko mniejszej sprawności fizycznej i psychicznej. Jedną z najważniejszych przyczyn jest zaawansowany wiek.

W Polsce orzekaniem o niezdolności do pracy dla celów rentowych zajmuje się 5 różnych instytucji. Orzekaniem dla celów innych niż rentowe zajmują się dwie instancje: powiatowe zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności i wojewódzkie komisje. W badaniach GUS uwzględniano (poza prawnie orzeczoną niepełnosprawnością) oświadczenie subiektywne osoby deklarującej ograniczoną sprawność. W Polsce liczba osób niepełnosprawnych z prawnie orzeczoną niepełnosprawnością w 2009 roku zmniejszyła się o 663 tys. (wynosiła 4 155,3 tys.) w porównaniu z rokiem 2004 (4818,3). Osoby niepełnosprawne są starsze od ogółu populacji; wiek środkowy (mediana) osoby niepełnosprawnej w 2009 roku wynosił 61 lat (była to osoba o jeden rok starsza od populacji niepełnosprawnych w 2004 r.). Według metodologii Eurostatu pod koniec 2009 roku 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 pięćdziesięciolatek, co trzecia osoba została zaliczona do niepełnosprawnych, wśród osiemdziesięciolatek 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 roku 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. 84% osób niepełnosprawnych to osoby bierne zawodowo, tylko co szóstą osobą 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 (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 otępienia, około 2 mln osób w tym wieku ma ograniczone zdolności 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” (*Stan zdrowia ludności Polski w 2009 roku*, GUS, Warszawa 2011, s. 75). 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.** To 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 wywoływać będzie 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 starzeniem 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 pozostają w stałej ambulatoryjnej opiece psychiatrycznej; w 2006 roku w Polsce było to 1 300 tys. osób.

## 2.6. Korzystanie z usług medycznych oraz ich dostępność

Leczenie w szpitalach obejmuje głównie dwie grupy: małe dzieci (0-4) 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 roku 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 3-krotnie częściej leczone są w szpitalach, a osoby z długotrwałymi problemami zdrowotnymi prawie 4-krotnie częściej. Mieszkańcy wsi bez względu na wiek, płeć i stan zdrowia rzadziej niż mieszkańcy miast leczeni są 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 z wizyty u lekarza chociaż jej potrzebowała. Główne powody rezygnacji z wizyty u lekarza 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 to, iż geriatria została uznana za priorytetową dziedzinę medycyny, to specjalizacja ta nie ma większego udziału w systemie opieki zdrowotnej<sup>115</sup>. Stan opieki geriatrycznej w Polsce istotnie 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 wieku<sup>116</sup>.

Geriatrycja, zwana też medycyną wieku starszego, wywodzi się z interny, poszerzona jest o elementy innych specjalności i problemów typowych dla wieku starszego. 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 zniedołężniałe, 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**

---

115 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2003 roku oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 maja 2009 roku).

116 por. Silver Paper, dokument wydany na zakończenie Szczytu Europejskiego na Temat Starzenia, Wrocław, 11-13 września 2008 r.

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 geriatryki”**. Dokument wskazuje na konieczność zdefiniowania roli geriatryki w systemie ochrony zdrowia, poprawę jakości świadczeń geriatrycznych i opieki zdrowotnej nad osobami starszymi. 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 geriatryki. COG jest interdyscyplinarnym procesem wielowymiarowej i standaryzowanej oceny poziomu funkcji życiowych, niezbędny 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 umieszczenia 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.)<sup>117</sup>.

Za pilnym rozwojem geriatryki - podejścia geriatrycznego w ochronie zdrowia osób w zaawansowanym wieku - przemawiają argumenty demograficzne. Stawia to szczególne zadania w organizowaniu opieki zdrowotnej nad ludźmi starymi. 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. Aktualna polityka zdrowotna wobec ludzi starszych w Polsce sprzyja polipragmazji, która w podwójny sposób generuje olbrzymie koszty: poprzez finansowanie niepotrzebnych leków oraz przez 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 wysoko specjalistycznej z podstawową opieką medyczną (m.in. z powodu nie 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 zaawansowanym wieku do procedur wysoko specjalistycznych bez pełnej geriatrycznej analizy przeciwwskazań, bez oceny proporcji spodziewanych korzyści i ryzyka.

---

<sup>117</sup> B. Bień, *Opieka geriatryczna w perspektywie starzenia się ludności*, w: *O sytuacji...*, op. cit. s. 159-158.



Diagnoza wykazuje, że opieka geriatryczna jako świadczenie udzielane w Polsce przez lekarzy geriatrów w praktyce jest świadczeniem marginalnym; brakuje kadry i bazy geriatrycznej. NFZ nie dofinansowuje kosztów 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 lekarzy geriatrów w Polsce to 150 lekarzy; nie wszyscy zatrudnieni zgodnie ze specjalizacją. Wskaźnik lekarzy geriatrów na 100 tys. ogółu mieszkańców wynosi 0,33 (inaczej 1 geriatra na 300 tys.)<sup>118</sup>. W ostatnich kilku latach nieco wzrosły wskaźniki lekarzy specjalizujących się w geriatryi. Nadal jednak niedoszacowane są koszty całościowej opieki geriatrycznej, zahamowany jest rozwój bazy szpitalnej i poradni, gdyż wysokie standardy oceny i opieki geriatrycznej generują zadłużenie jednostek geriatrycznych. W 2007 roku liczba łóżek w oddziałach geriatrycznych w Polsce wynosiła 496. W 2006 roku hospitalizowano 9110 chorych. Wskaźnik łóżek geriatrycznych na 10 tys. mieszkańców w wieku 65+ wynosi 0,7. Należy on do najniższych w Europie (w Holandii – 4,6, Czechach 4,0, we Włoszech 3,0). Większość świadczeń geriatrycznych dostępnych jest w województwie śląskim (218 łóżek) i małopolskim (52 łóżka). W wielu województwach w ogóle nie ma łóżek geriatrycznych. **Wskaźnik łóżek geriatrycznych na 10 tys. mieszkańców ogółem wynosi w Polsce 0,09**, analogiczny w Wielkiej Brytanii – 4,7, dla Szwecji – 3,45, a RFN – 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 rekomendowaną również dla Polski; wówczas należałoby zwiększyć liczbę łóżek geriatrycznych do 19 tysięcy (!). Osiągnięcie średniej europejskiej wartości tego wskaźnika (tj. 2 łóżka na 10 tys. mieszkańców ogółem) wymaga **utworzenia 7,6 tysięcy łóżek geriatrycznych** (w ramach częściowej zamiany łóżek internistycznych, reumatologicznych, czy neurologicznych na geriatryczne). Przeciętne geriatryczne świadczenia szpitalne dla 9110 pacjentów w 2006 r., kosztowało 1863 zł. Z danych NFZ wynika, że najczęściej szpitalnych świadczeń geriatrycznych zrealizowano w woj. śląskim (218 łóżek geriatrycznych), mniej w lubelskim (69 łóżek), w małopolskim (52 łóżka) i wielkopolskim (43 łóżka). Województwa posiadające po około 20 łóżek to: podlaskie, dolnośląskie, kujawsko-pomorskie, lubuskie, gdzie wartość poszczególnych kontraktów nie przekraczała 1mln zł<sup>119</sup>.

Część województw dysponujących lekarzami geriatrami nie ma szans udzielania świadczeń szpitalnych z uwagi na brak placówek (woj. mazowieckie, świętokrzyskie, łódzkie, pomorskie, podkarpackie. Niektóre województwa posiadając tego typu placówki preferują rozliczanie w NFZ świadczeń szpitalnych w ramach innej specjalności, jako bardziej korzystnych. 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 (likwidacja), ponieważ placówkom ochrony zdrowia „nie opłaca się” kontraktować świadczeń przynoszących straty finansowe.

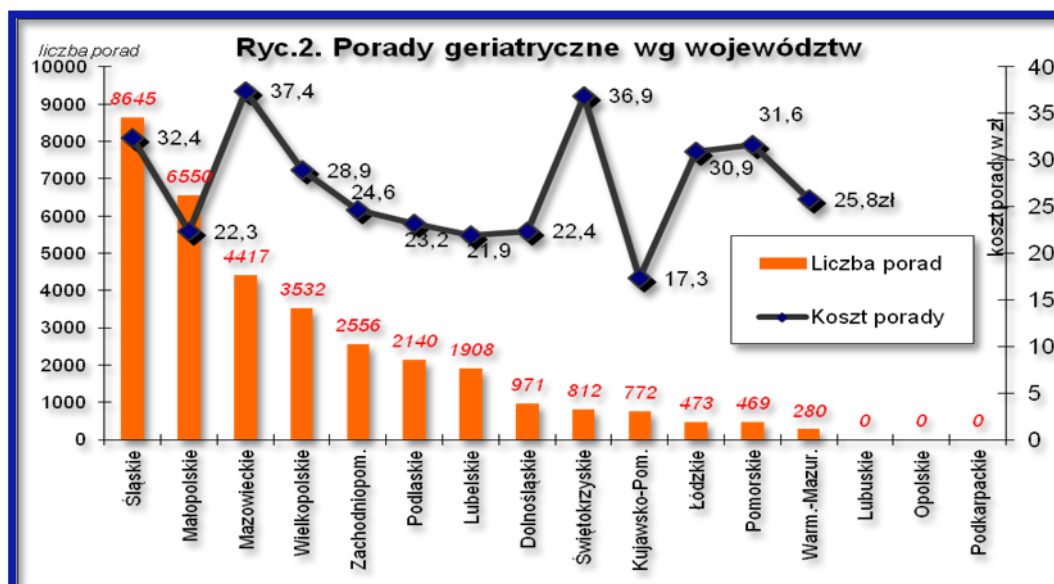
---

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

119 B. Bień, *Opieka zdrowotna nad ludźmi w starszym wieku. Stan i potrzeby w perspektywie starzenia się ludności Polski*, „Biuletyn RR” nr 53, Warszawa 2008.

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 polipragmatyzacji, zmniejsza dostępność do porad specjalistów.

**Wykres 2.** Porady geriatryczne wg 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. Barbara Bień, Przewodniczącej Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia, Warszawa 2010. Druga edycja opracowania z 2007 roku.

Wartości refundacji NFZ za poradę geriatryczną wynosiły od 37,4 zł w województwie mazowieckim do 17,3 zł w kujawsko-pomorskim. W 2007 r. NFZ wydał na ambulatoryjne i szpitalne świadczenia geriatryczne ogółem kwotę – 19.929.412 zł, stanowiło 0,005% (pół promila) rocznego budżetu NFZ.

**Upowszechnienie świadczeń geriatrycznych może istotnie obniżyć koszty leczenie 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 geriatryi do medycyny daje **długotrwały 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 geriatryi wraz z inwestowaniem w bazę i kształcenie geriatrów. Bez podjęcia wielokierunkowych działań w zakresie rozwoju geriatryi - w związku ze starzeniem się społeczeństwa – w bliskim czasie 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 geriatry*

Krytyczny niedobór specjalistów geriatry to problem wielu krajów. W Stanach Zjednoczonych; przewiduje się do 2030 roku czterokrotnie wyższe niż obecnie zapotrzebowanie na geriatrów. Podejmowanie tej specjalizacji w Polsce zniechęca: 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 lat, **potrzeby w zakresie liczby geriatrów w Polsce należy ocenić na minimum 800 specjalistów.** Przy uwzględnieniu możliwości kształcenia, należy wprowadzić system tzw. „krótkiej ścieżki” specjalizacji z geriatry 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 geriatry za specjalizację podstawową. Wprowadzenie geriatry do programów specjalizacji z medycyny rodzinnej, przygotowanie lekarzy rodzinnych do poprawy opieki nad osobami starszymi. Celowym jest pilne przeszkolenie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej z zakresu podstaw geriatry.

### *Kształcenia w zakresie geriatry w uczelniach medycznych*

Obowiązujące standardy kształcenia na kierunku lekarskim **nie uwzględniają** w żadnym z przedmiotów podstawowych treści kształcenia 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 geriatry, wyjaśnić może opieszałość, a nawet opór uczelni medycznych przed powoływaniem jednostek klinicznych specjalizujących się w geriatry. Przedmiot ten realizowany jest fakultatywnie, w stopniu zróżnicowanym, zarówno pod względem treści, formy zajęć i wymiaru godzin. Obowiązkowo realizowany jest tylko dla studentów anglojęzycznych ze względu na wymagania krajów ich pochodzenia. Na studiach medycznych na kierunku lekarskim geriatry powinna być włączona do standardów nauczania. Do tego celu winny być też powołane kliniki geriatry zapewniające lekarzom dostęp do kształcenia i specjalizowania się w geriatry. W opinii Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia konieczne jest powołanie w każdej uczelni medycznej koordynatora ds. rozwoju kadry i bazy gerontologicznej oraz kształcenia z zakresu geriatry. Kliniki geriatry w uczelniach medycznych, winny stanowić profesjonalną bazę do kształcenia studentów innych kierunków w zakresie aspektów gerontologicznych, m.in. pielęgniarstwa, zdrowia publicznego, fizjoterapii, dietyki.

Obecnie jedynie na kierunku pielęgniarstwo jest przedmiot „geriatry i pielęgniarstwo geriatryczne” (z powodu braku kadry geriatrów niektóre uczelnie nie realizują zajęć z tego przedmiotu). Powszechne kształcenie studentów medycyny

w zakresie geriatry 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.

Wprowadzenia geriatry do systemu ochrony zdrowia mają 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 zespół ds. geriatry przy Ministerstwie Zdrowia kierowany przez prof. dr hab. Barbarę Bień (krajowego

konsultanta ds. geriatricznej) przedstawiając koncepcję holistycznego podejścia do pacjenta w zaawansowanym wieku. Projekt ten uzupełniony o funkcje promocji zdrowia i rehabilitacji osób w zaawansowanym 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 może prowadzić do poszerzającej się niesamodzielnosci 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 w ocenie zdrowia zgłaszają istnienie wielochorobowości (od 3,5 – 4,0 dolegliwości zdrowotnych). Wraz z pogarszaniem się stanu zdrowia zmniejsza się sprawność i zdolność badanych do wykonywania czynności codziennych 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 utrzymanie gospodarstwa domowego. W kolejnych latach pojawiają się naturalne skutki procesu starzenia się; istotnie obniża się sprawność i zdolność do samodzielnego zaspokojenia potrzeb. **Po 75 roku** życia częściej pojawia się niesamodzielnosc i problemy wynikające z procesów starzenia się. Następują zaburzenia pamięci i funkcji poznawczych. Pogarsza się sprawność w wykonywaniu codziennych czynności. Istotnie zwiększają zapotrzebowanie na pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego oraz na usługi opiekuńcze. W następstwie niesamodzielnosci pojawia się zapotrzebowanie na usługi opieki medycznej i specjalistyczne świadczenia pielęgnacyjne<sup>120</sup>.

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 starzejącego się mieszkańców. Usługi ochrony zdrowia dla ludzi starych muszą realizować zadania promocji zdrowia, edukacji w zakresie zachowań pro-zdrowotnych, samokontroli zdrowia, utrzymania oraz poprawy sprawności fizycznej

---

<sup>120</sup> Stan zdrowia ludności Polski 2009, GUS, Warszawa 2011.

i psychicznej, wczesnego wykrywanie chorób, zapobieganie problemom zdrowotnym. Konieczne jest wdrożenie powszechnie dostępnego systemu leczenia geriatrycznego dostosowanego do potrzeb starzejących się osób (wielochorobowość, przewlekłość). Powszechna dostępność usług ochrony zdrowia winna obejmować pomoc lekarza geriatry, lekarza rodzinnego (poz), pielęgniarki środowiskowej, pracownika socjalnego oraz opiekę innych osób zapewniającą potrzebną pomoc, dostosowaną do indywidualnej sytuacji osoby. Osoby niezdolne do samodzielnej egzystencji, nie mające zapewnionej, odpowiedniej do stanu zdrowia i sprawności opieki. Osoby wymagające specjalistycznej opieki, winny być umieszczane w odpowiednich do stanu zdrowia i sprawności placówkach opieki, w tym w placówkach opieki długoterminowej.

W starzejącym się społeczeństwie szczególnym 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) powodować może uszczerbki 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. zdrowotnych. 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 i skierowanie poszkodowanego w ochronie zdrowia pacjenta na grunt rozstrzygnięć sądowych. Zarówno ubezpieczeni, jak i sądowy tryb dochodzenia roszczeń nie rozwiązuje 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 „s wolnego rynku”; musi należeć do państwa i jego organów. W funkcji kontroli jakości w ochronie zdrowia nie może zastąpi 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, 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. 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, powoduje istotny wzrost kosztów funkcjonowania obu systemów.

**Doświadczenia RFN w zakresie ubezpieczenia od wypadków przy pracy** i chorób zawodowych kosztami wszystkich skutków wypadku i choroby zawodowej (leczenie, rehabilitacja, odszkodowanie, renta) obciążają kasę ubezpieczania wypadkowego, która czerpie dochody wyłącznie ze składek pracodawców. Pracodawca dopuszczający do wypadków i chorób zawodowych opłaca bardzo wysokie składki, które powodują, że działalność gospodarcza staje się nierentowna. Ograniczenie niepełnosprawności w Polsce wymaga innego podejścia do ponoszenia kosztów za skutki wypadku. Koszty zadośćuczynienia ofiarom wypadku oraz koszty 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. 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. 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 winny obejmować wszystkie zagadnienia związane ze zmieniającymi się wraz z upływem lat potrzebami osób starszych: dostosowanie zakresu potrzebnych i dostępnych usług, stymulowania 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 roku zadania opieki nad osobami starszymi i niesamodzielnymi podzielone są między różne instytucje i podmioty zarządzające. 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 istotnie mogą wspomagać instytucje publiczne i rodziny w realizacji zadań opieki. Opieka nad osobami, szczególnie niezdolnymi do samodzielnej egzystencji, wymaga (stworzenia lub) wskazania instytucji, która koordynuje realizację zadań, i finansowanie usług opieki. Ze względu na stan zdrowia i niesprawność podopiecznych potrzebna jest 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 zobowiązane są 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 niesamodzielnymi. 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 roku wyniosły 947,3 mln zł (wydatki NFZ ogółem to 58,2 mld zł. W ogólnej kwocie wydatków na opiekę długoterminową i świadczenia pielęgnacyjne NFZ wydał w 2011 roku 1,62%. (w 2006 r. 1,61 % wydatków NFZ). 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 2007 r. funkcjonowało w Polsce łącznie 407 zakładów długoterminowej opieki zdrowotnej tj. zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych o charakterze ogólnym i psychiatrycznym oraz 59 hospicjów. Miały one łącznie **22,4 tys. łóżek**, objęły opieką stacjonarną **61,6 tys. osób**, a domową **7,8 tys. osób**. W ogólnej liczbie osób przebywających w stacjonarnych zakładach pomocy społecznej 16,6 tys. (17,2 %) to osoby w podeszłym wieku, 21,8 tys. (22,5 %) to osoby przewlekle chore somatycznie, 19,6 tys. (20,3 %) to osoby przewlekle chore psychicznie, 14,4 tys. (14,9 %) to osoby dorosłe niepełnosprawne intelektualnie, 7,9 tys. (8,2 %) to dzieci i młodzież niepełnosprawna intelektualnie. Według danych GUS (2007) 86,5 % mieszkańców stacjonarnych zakładów pomocy społecznej finansowało przynajmniej w części koszty swojego pobytu ze środków własnych, ale tylko 4,5 % w pełnej wysokości. Pobyt 7 % mieszkańców był opłacany w całości przez gminę lub budżet państwa, 3,3 % osób było zwolnione z odpłatności. Pacjenci ZOL według wieku: do 18 lat – 3,7 %, 19 – 40 lat – 15,8 %, 41 – 60 lat – 32,6 %, 61 – 74 lat – 20,5 %, > 75 lat – 27,5 %. Przeciętny czas pobytu pacjenta wyniósł w ZOL 162 dni, a w ZPO – 144,9 dnia, natomiast w hospicjach (dla osób w terminalnym stanie choroby nowotworowej) czas ten wyniósł 21,8 dnia. W zakładach opieki długoterminowej przeważającą grupę pacjentów stanowiły osoby w wieku 75 lat i więcej (52,4 %), następnie w wieku 61-74 lat (23,7 %) oraz pacjenci w wieku 41-60 lat (17,8 %). Pacjenci do 41 roku życia stanowili najmniej liczną grupę tj. 6,2 %. W 2007 r. stacjonarne zakłady pomocy społecznej dysponowały łącznie 101,1 tys. miejsc. Wskaźnik miejsc na 100 tysięcy ludności wyniósł 2,65. W domach i zakładach pomocy społecznej przebywało **96,7 tys. osób** (46,5 % stanowiły kobiety).

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 niedołączonymi 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 roku uzyskać 1,2% osób starszych (w wieku 60+). Instytucje te oferują 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, ogniskuje dyskusje i wyłania 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 opieki<sup>121</sup>.

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, niesamodzielnymi) oraz 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).

Z cytowanych badań M. Raclaw wynika, że w społecznościach lokalnych funkcjonuje „mit” samowystarczalności rodziny, silnych i trwałych więzi rodzinnych, nawet w przypadku fizycznej nieobecności migrujących krewnych<sup>122</sup>. 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 zleczone 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 do nich nie zgłasza się, to takich problemów po prostu nie ma. W środowiskach lokalnych nie zauważa się problemów wynikających ze zmian demograficznych, ze zmiany struktury rodziny, kurczenia się potencjału opiekuńczego rodziny. 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).

---

<sup>121</sup> M. Raclaw, *Opiekunowie nieformalni...*, op. cit.

<sup>122</sup> Op. cit.

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 (2011, Raław i zespół) 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 niesamodzielnych i niepełnosprawnych 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 potrzebna jest diagnoza potencjału opieki w środowisku lokalnym; jakimi możliwościami opieki dysponuje środowisko lokalne.

Każde środowisko lokalne charakteryzuje się odmiennymi cechami demograficznymi. W poszczególnych środowiskach inna jest też reakcja władz lokalnych na problemy wynikające ze starości i starzenie się populacji, na problemy niesamodzielnosci i niepełnosprawności. 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 trzeba 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 poradnictwa 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 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 zasadne jest rozważenie podjęcia następujących działań:

- racjonalizacja systemu opieki zdrowotnej czyli stosowanie następującej kolejności: działań: prewencja → diagnostyka → leczenie → rehabilitacja → kompensacja,
- zwiększenie nakładów finansowych na ochronę zdrowia,
- 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 dla 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 niezadowalająca; tempo poprawy stanu zdrowia zbyt wolne. Szczególnie poprawa stanu zdrowia i sprawności starszej populacji Polaków nie jest zadowalająca. 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 społecznym<sup>123</sup>.

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, jej zastąpienia nie ograniczając się jedynie do funkcji interwencyjnych, naprawczych, bądź kompensacyjnych. Z analiz i badań wynika, że współcześnie ludzie starsi coraz 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.

---

<sup>123</sup> E. Bojanowska, *Ludzie starsi w rodzinie i społeczeństwie w: Ludzie...op. cit s. 19-32;*

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 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 tych obowiązkach 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 niesamodzielnymi, 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, 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 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 jednak być one 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 opieki nad niesamodzielnymi, najstarszymi członkami musi otrzymać istotną pomoc ze strony instytucji zewnętrznych. Szczególnie wówczas, gdy pojawia się potrzeba dostarczania specjalistycznych usług opieki i pielęgnacji. Koszty takiej opieki nierzadko przekraczają finansowe możliwości rodziny, dlatego konieczne jest uzupełnienie niskich dochodów osoby niezdolnej świadczenia 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 rodzinie 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, zmuszone będą 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, także w pracach teoretycznych i programach politycznych polityki społecznej. Tak, jak nieobecny jest czynnik demograficzny w projektowaniu kierunków rozwoju społecznego i gospodarczego 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 określone jest 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 udzielenie skutecznej pomocy jest bieżące monitorowanie potrzeb ludzi starych w zakresie samodzielności w prowadzeniu 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, bardzo 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 uznaniowego 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 wstydem - rzadko decydują się prosić o wsparcie. Osoby te tym bardziej nie korzystają z uciążliwej drogi administracyjnej dochodzenia prawa do świadczeń, czy odwołania do sądu. Powierzenie zadań związanych z kształtowaniem sytuacji osób starszych i niesamodzielnych instytucjom pomocy społecznej, zakłada bierne podejście do pomocy tej grupie osób, traktowanie ich jako podopiecznych (klientów) pomocy czy osób potrzebujących opieki.

Wydłużające się trwanie życia, starania, aby osoby w starszym wieku jak najdłużej były sprawne i aktywne w życiu społecznym wymaga różnorodnych działań wspierających aktywność i sprawność osób starszych. 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)<sup>124</sup>. Od samorządów gmin, miast należy wymagać rozległych programów pracy aktywizującej osoby starsze. Programu wynikającego pogłębionej diagnozy i systematycznego monitorowania sytuacji osób starszych. Dla samorządu lokalnego wyniki przeprowadzonego w 2011 roku 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 do 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.

Samorządy 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,

---

124 E. Trafiałek, *Warunki integracji i ryzyka dyskryminacji ludzi starszych w rodzinie i środowisku lokalnym*, w: *Ludzie...op. cit s. 151-70.*;

że samorządy (a im 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 w 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.

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. Zaspokaja to osobom w starszym wieku ich 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 wykorzystanie 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 zależeć od rodziny i spójności środowiska lokalnego. Jakość życia najstarszych członków społeczeństwa w przyszłości będzie kształtowane pod wpływem ograniczającej się sieci powiązań między generacjami, wzrostu liczby gospodarstw jednoosobowych. Przestrzenne oddalenie członków rodzin wywołane migracjami zarobkowymi osłabić może związki emocjonalne między członkami rodzin. Wzrośnie znaczenia psychologicznych źródeł wykluczenia społecznego w fazie starości (izolacja, samotność).



Czynnikami 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 istotnie niższej niż w 2011 roku zastępowalności utraconych z pracy dochodów).

W programach socjalnych Unii Europejskiej zainteresowanie potrzebami ludzi starych obejmuje pomoc w gospodarstwie domowym, opiekę pielęgnacyjną, działania o charakterze integracyjnym, tworzenia 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, budowanie 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. Kształtowaniu 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. To przygotowanie odnosi się do wielu płaszczyzn, spośród których trzeba wymienić: ekonomiczną, zdrowotną, relacyjną społeczną, technologiczno-edukacyjną, polityczną i normatywno-duchową jako 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 konieczności 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 daną karierę podejmującej, 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 przynosi korzyści społeczeństwu. Produktywność społeczna związana jest nie tylko z rolą (karierą) zawodową czy wolontariatem, ale również z rolami (karierami) rodzinnymi: małżeńską, rodzicielską, karierą 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.

1. **Wzmacnianiu społecznej produktywności w okresie starości.** Należy zdawać sobie sprawę z faktu, 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” prowadzić będzie do biernej starości.** Oceniając potrzeby osób starszych trzeba zastanawiać się o 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 i społeczeństwie, aby mogło ono pomyślnie rozwijać<sup>125</sup>.

## 2.8. Bezpieczeństwo, dyskryminacja i przemoc wobec osób starszych

Normy prawne jako potencjalny obszar dyskryminacji i wykluczenia ludzi starych. Konstytucja RP z 1997 roku 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 przejawów nierównego traktowania, czy dyskryminacji osób w starszym wieku, niepełnosprawnych i niesamodzielnych. Konstytucja RP i liczne dokumenty krajowe i międzynarodowe (m.in. Konwencja Rzymska o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, Europejska Karta Społeczna, czy Europejski Kodeks Zabezpieczenia Społecznego) gwarantuje 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 potrzeby 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.

---

<sup>125</sup> *Ianus – projekt uczenia się w ciągu całego życia*, Austria, Graz 2009.

Kodeks cywilny odnosi się też do darczyńców. „Darczyńca może odwołać darowiznę nawet już wykonaną jeżeli obdarowany dopuścił się względem niego rażącej niewdzięczności” (art. 898 & 1), „darowizna nie może być odwołana po upływie roku od dnia w którym uprawniony dowiedział się o niewdzięczności obdarowanego”. 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 dla 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 interesów<sup>126</sup>.

#### *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 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 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

---

<sup>126</sup> E. Trafiałek, *Warunki integracji...*, op. cit.

w zaawansowanym wieku o czym świadczą niskie współczynniki zatrudnienia tych kategorii pracowników. W III kwartale 2010 roku współczynnik zatrudnienia osób w wieku 55 - 59/64 wynosił około 40%, jeszcze niższy jest współczynnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych, który w 2010 roku wynosił 21,9%.

Niskie współczynniki zatrudnienia osób starszych mają przyczyny w występującej dotychczas w Polsce obfitości zasobów pracy; pracodawcy nie muszą sięgać po pracowników o mniejszych niekiedy możliwościach, lub tworzyć warunki zatrudnienia osobom o specjalnych wymaganiach. Podejmowane działania zainteresowania pracodawców zatrudnianiem osób starszych i niepełnosprawnych nie przynoszą znaczniejszych 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 in. 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 roku 51% z 91,2 tys. pracowników zatrudnianych za pośrednictwem agencji stanowiły osoby do 26 roku życia, osoby w wieku 50+ tylko 6%.

W przypadku osób niepełnosprawnych pracodawcy gotowi są zatrudnić osoby z orzeczoną lekkim stopniem niepełnosprawności, rzadziej osoby ze stopniem umiarkowanym. Zatrudniając osoby niepełnosprawne oczekują dofinansowania do wynagrodzenia osoby niepełnosprawnej ze środków publicznych (PFRON). Problem ograniczonych możliwości osób starszych wiekiem i niepełnosprawnych na rynku pracy jest jednocześnie skutkiem i wynikiem rozwiązań systemowych. Istniejące rozwiązania prawne i ekonomiczne pozwalają zatrudniać na istotnie gorszych warunkach osoby wchodzące na rynek pracy, tym samym ograniczają osobom starszym i niepełnosprawnym możliwości zatrudnienia. Zastosowane rozwiązania, jakkolwiek korzystne dla pracodawców (mniejsze wynagrodzenia, łatwość zwolnienia pracownika, ograniczenia kosztów szkoleń), są wysoce szkodliwe dla osób starszych i osób niepełnosprawnych. Gdy na rynku pracy są preferencje dla jednego z podmiotów – pracodawców – to w konsekwencji powoduje to dyskryminację pozostałych grup – pracowników – w tym osób młodych, starszych i niepełnosprawnych. Koszty dyskryminującego traktowania pracowników w konsekwencji ponosi całe społeczeństwo, gdyż z funduszy publicznych opłaca się koszty niskiego poziomu zatrudnienia.

Zmiany w sytuacji osób starszych, niepełnosprawnych (i młodych) na rynku pracy nie wynikają z mentalności, czy utrwalonych mechanizmów dyskryminacji, lecz z rozwiązań systemowych przyznających preferencje najsilniejszemu podmiotowi rynku pracy, jakim są pracodawcy. Wyrównanie szans osób z poszczególnych grup wieku na rynku pracy wymaga głębokich zmian systemowych w zakresie istotnego ograniczenia stosowania tzw. elastycznych form zatrudnienia, eliminacji sytuacji pozwalających 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 prognozie demograficznej 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), który w całym prognozowanym okresie (2010-2035) wyniesie 4433 tys., największy 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 zwiększy się (1475 tys.). Ograniczające się zasoby pracy i zmiany w strukturze wieku ludności winny 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, okazać się może 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 winny zarówno 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 i po uzyskaniem prawa do emerytury). 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 podejście w zarządzaniu personelem, 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. 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 przechodzących w stan spoczynku.

W najbliższych 10-15 latach rynek pracy opuszczać będzie 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 istotnie 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, wielu 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 roku 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 istotnie lepszą, jakość życia. Podczas, gdy praca twórcza, przynosząca satysfakcję, prestiż i uznanie środowiska, zapewniająca wiele interesujących kontaktów jest 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 bardzo istotnie zróżnicowane ze względu na poziom wykształcenia, zawody, stan zamożności, możliwości zawodowe, aspiracje, wreszcie na stan zdrowia.

Tworzenie warunków prawnych i organizacyjnych zatrudnienia wszystkich osób zdolnych do pracy w latach 2012-2035 stanie się konieczne z uwagi na postępujące zmiany demograficzne. Osiągnięcie pożądanego stanu; wysokich współczynników zatrudnienia osób w starszym wieku oraz niepełnosprawnych wymaga *likwidacji nieuzasadnionych praktyk dyskryminacyjnych w zatrudnianiu niektórych grupy pracowników*, w tym osób niepełnosprawnych, osób w wieku 50+ oraz młodzieży wchodzącej na rynek pracy. Tworzenie 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 także 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 aktywności zawodowej populacji jest konieczne z powodu zmian w sytuacji demograficznej; starzenie się zasobów pracy, niski ich przyrost w młodszych grupach wieku. Problem ten wymaga rozwiązania ze względów obiektywnych. Nie jest on jednak tak prosty i oczywisty, jak wynikałoby z toczonej 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 osiągać będą osoby urodzone na początku lat siedemdziesiątych (według obowiązujących do 2013 roku reguł wiek kończenia pracy to 59/64 lat). Większość z nich rozpoczęła dorosłe życie „na bezrobociu (na tzw. „kuroniówce”), podejmowała pracę w pierwszych latach 90. XX wieku, często pracę dorywczą, „śmieciową”, bez możliwości osiągnięcia wysokich kwalifikacji. Zdecydowana większość populacji urodzonych w latach 70.XX wieku zdobywała wykształcenie i nabywała kwalifikacji na podstawie uzyskanego szkolnego wykształcenia, które nie były dostosowane 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 wieku 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 skutkować będzie 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

latach 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 (badania CBOS, 2010). Procesom integracji nie sprzyja powszechna skłonność najstarszych mieszkańców środowiska do wycofywania się z życia społeczności. W świetle badań CBOS z 2010 roku, zdecydowana 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 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 wskazywania potrzeby wprowadzenia zmian dla optymalnego przebiegu tej fazy życia, ponieważ sami o starości myślą rzadko lub w ogóle.

W dokumentach pomocy społecznej nie ma wyodrębnionych kategorii: przemoc wobec ludzi starych, nie ma wieku 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 (2003-2006) – 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 deprivacja 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 traktowana jest ona marginalnie zarówno w obowiązujących ustawach oraz 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, zatrudnienia, 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 wyrwykowych, okazjonalnych. Nie ma pomiaru potrzeb, nie ma standardów ich zaspokojenia, ani wskaźniki - mierzalnych lub opisowych - wskazujących na stopień wykluczenia, czy poziom niezaspokojenia potrzeb 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 ewalują 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 starszych, niesamodzielnych i niepełnosprawnych.

## **PRIORYTET II.1. PRZECIWDZIAŁANIE UBÓSTWU, GWARANCJA DOCHODU (ÓW) ROZPORZĄDZALNEGO NA POZIOMIE ZAPEWNIAJĄ-CYM SAMODZIELNOŚĆ FINANSOWĄ GOSPODARSTWOM DOMOWYM, WARUNKI MIESZKANIOWE DOSTOSOWANE DO POTRZEB, POMOC W UTRZYMANIU MIESZKANIA ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH, DOSTĘPNOŚĆ MIESZKAŃ CHRONIONYCH)**

### **1. ZAPEWNIENIE TRWAŁEJ SAMODZIELNOŚCI EKONOMICZNEJ GOSPODARSTWOM DOMOWYM OSÓB STARYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH, WOLNOŚĆ OD UBÓSTWA; ZAGWARANTOWANIE MINIMALNEGO DOCHODU ROZPORZĄDZALNEGO NA POZIOMIE 60% PRZECIĘTNEGO DOCHODU W POLSCE**

W celu realizacji tego priorytetu potrzebne są następujące działania:

- 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 gospodarstwom domowym ludzi starych (zagwarantowanie dochodu minimalnego zgodnego ze standardami UE = 60% przeciętne dochodu rozporządzalnego w Polsce): w szczególności oceny wymaga zasada określania wysokości emerytur tzw. kapitałowych (na podstawie ustawy z dn. 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 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),

#### **1.1. 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.

#### **1.3 Zwiększenie możliwości dostępu do konsumpcji dóbr i usług, ochrony zdrowia, 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 formach wszystkich rodzajów.

## **PRIORYTET II.2. DOSTĘP OSÓB STARYCH 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.

W tym celu niezbędne są działania:

- systematyczna ocena potrzeb w zakresie usług ochrony zdrowia dla osób starszych niepełnosprawnych i niesamodzielnych oraz ocena dostępności i poziomu ich zaspokojenia w środowiskach lokalnych,
- ocena dostępności do profilaktyki, diagnostyki i leczenia oraz rehabilitacji finansowanych ze środków publicznych (m.in. NFZ),
- rejestracja oraz kontrola przebiegu procesu profilaktyki, diagnostyki, leczenia i rehabilitacji osób starych, niepełnosprawnych, niesamodzielnych,
- kontrola realizacji zadań związanych z podstawową opieką zdrowotną w celu przeciwdziałaniu zaawansowanym stanom chorobowym,
- udostępnienie koniecznych usług ochrony zdrowia osobom starszym, niepełnosprawnym i niesamodzielnym w odpowiednich warunkach oraz w realnym czasie oczekiwania na usługę; zapobieganie niepełnosprawności i niesamodzielności życiowej wskutek zbyt długiego oczekiwania na usługę,
- powszechna dostępność usług ochrony zdrowia niezbędnych dla osób w zaawansowanym wieku (rehabilitacja, profilaktyka, opieka i leczenie geriatryczne),
- powszechny dostęp do rehabilitacji w miejscu zamieszkania,
- kontrola jakości usług ochrony zdrowia; koordynacja leczenia w systemie opłacanym przez NFZ i systemie opłacanym przez pacjentów (w sektorze publicznym i prywatnym),
- systematyczne monitorowanie oraz ocena dostępności i jakości usług ochrony zdrowia dla osób starych, niepełnosprawnych i niesamodzielnych,
- stworzenie narzędzi monitorowania realizacji zadań ochrony zdrowia w stosunku do osób starych, niepełnosprawnych i niesamodzielnych,
- stworzenie narzędzi oceny i kontroli dostępności oraz jakości usług ochrony zdrowia,
- ocena stanu i dostępność urządzeń infrastruktury ochrony zdrowia w środowisku lokalnym (zamieszkania) potencjalnych pacjentów placówek leczniczych,
- tworzenie w środowiskach lokalnych ośrodków dziennej rehabilitacji, terapii i opieki dla osób starszych, niepełnosprawnych i niesamodzielnych,
- 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**

Stworzenie powszechnego ubezpieczenia społecznego dla osób niesamodzielnych oraz stworzenie systemu pomocy rodzinie w zapewnieniu odpowiednich warunków opieki osobom niesamodzielnym i 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 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;
- rozwijanie różnych form edukacji, rozwój systemu kształcenia ustawicznego dla osób starszych i niepełnosprawnych;
  - 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;
  - rozwijanie form aktywności ruchowej, działalności turystycznej, rekreacyjnej, kulturalnej;
  - 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**

Niezbędna jest eliminacja wszelkich form dyskryminacji, przemocy i zagrożenia bezpieczeństwa osób starych, i niepełnosprawnych i niesamodzielnych oraz promowanie postaw szacunku dla słabszych i poszanowania praw i godności i rozwijanie form sprzyjających społecznej integracji.

### *Kierunki działań*

- eliminowania 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 wyrażań 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 należnej im godności i szacunku;
- kampanie społeczne na rzecz przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu osób starszych i niepełnosprawnych;
- monitorowanie mediów ze względu na naruszenie godności oraz upowszechnienie 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**

### **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 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:

1. 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,
2. zasadę działania na rzecz wzmocnienia roli obywateli poprzez rozwój ich kompetencji zdrowotnych oraz umożliwienie uczestnictwa w podejmowaniu oraz wdrażaniu decyzji dotyczących zdrowia zbiorowości;
3. 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 sferę ściśle medyczną.

W pierwszej dekadzie transformacji ustrojowej nastąpiły w Polsce korzystne procesy w zakresie sytuacji zdrowotnej, w tym przede wszystkim systematyczny spadek umieralności niemowląt i znaczące obniżenie umieralności z powodu choroby

niedokrwiennego serca, co przyczyniło się do stałego wzrostu przeciętnej długości życia. Te korzystne zmiany były wynikiem zarówno realizowanych programów polityki zdrowotnej państwa, jak i prozdrowotnych zmian w stylu życia ludności, zwłaszcza wzrostu spożycia tłuszczów roślinnych.

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

1. spowolnieniem trendu wzrostowego długości życia z narastaniem dysproporcji

w stosunku do przeciętnych wskaźników w krajach Unii Europejskiej; przeciętne dalsze trwanie życia noworodka płci męskiej w 2010 r. wynosiło 72,1 lat (najdłużej w województwie podkarpackim i małopolskim - 73,7 lat, najkrócej w województwie łódzkim - 70,1 lat) natomiast przeciętne dalsze trwanie życia noworodka płci żeńskiej 80,6 lat (najdłużej w woj. podlaskie - 81,9 lat, najkrócej w woj. łódzkiej 79,4 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 bowiem umieralność przedwczesna dotyka 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 lub 2007 - 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 szereg 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, pomimo 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 dentyistów 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 roku 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 wysokospecjalistycznych; 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 fakt, 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. Uwagę zwraca 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 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 poprzez 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 umieralności przedwczesnej.

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 Rakiem 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 – istotnie 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 spodziewać się 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:

1. poprawa opieki nad matką i dzieckiem;
2. ograniczenie zachorowań i umieralności z powodu chorób układu krążenia;
3. ograniczenie zachorowań i umieralności z powodu chorób nowotworowych;
4. poprawa stanu zdrowia psychicznego;
5. ograniczenie zachorowań i umieralności z powodu przewlekłych chorób niezakaźnych poprzez poprawę żywienia i zwiększenie aktywności fizycznej społeczeństwa;
6. promocja zdrowia jako strategia rozwiązywania współczesnych problemów zdrowotnych.

### **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. ub. wieku w ramach Centralnego Programu Badawczo - Rozwojowego. W tym czasie Instytut Matki i Dziecka zaczął wprowadzać w kraju, według ówczesnych światowych trendów 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 dziewięćdziesiątych opracowano i wdrożono ogólnopolski Program Poprawy Opieki Perinatalnej. Utworzono w większości stolic regionów 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 2005 r. 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).

Wg opublikowanego w listopadzie 2008 r. Raportu Narodowego Instytutu Zdrowia – PZH, spadek umieralności niemowląt w Polsce uległ zahamowaniu w 2007 roku 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 te potwierdziły dane z dwóch kolejnych lat – w 2008 i 2009 roku współczynnik umieralności niemowląt wyniósł 5,6‰.

Opublikowane przez GUS w listopadzie 2011 r. dane wskazują jednak na znaczący spadek umieralności niemowląt w 2010 r.. Po raz pierwszy w historii polskiej perinatologii i pediatrii współczynnik umieralności niemowląt spadł poniżej 5,0‰ (4,95‰).

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). Samobójstwa są przyczyną 23% zgonów (wśród chłopców ok. 26%, wśród dziewcząt ok.16%), przy czym obserwuje się niepokojący trend wzrostowy samobójstw wśród dzieci i młodzieży – na początku lat 90. samobójstwa stanowiły ok. 10% zgonów w wyniku urazów w populacji wiekowej 5-19 lat. Najczęstszą chorobową przyczyną zgonów dzieci i młodzieży są nowotwory – prawie 13% zgonów.

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 ukierunkowane są na problem zdrowotny a nie na osobę, a podejście uznające dziecko za podmiot oceny stanowi klucz do racjonalnego inwestowania w rozwój i 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 KOBIEC PRZED CIĄŻĄ, MATEK PODCZAS CIĄŻY, PORODU I POŁOGU ORAZ DZIECI PRZED URODZENIEM I NOWORODKÓW**

#### **Diagnoza sytuacji w ostatnim dziesięcioleciu i stanu aktualnego**

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, przewaga liczbowa kobiet wobec mężczyzn jest wyraźniejsza w miastach. Czas trwania życia noworodka płci żeńskiej zwiększył się w Polsce o 2,5 roku w 2009 roku w porównaniu z rokiem 2000 i wynosił 80,1 lat. Jest to parametr wskazujący na poprawę stanu zdrowia populacji kobiet. Następnym zmian liczby urodzeń w kolejnych latach po drugiej wojnie światowej są różnice liczebności kolejnych roczników.

Liczba urodzeń w 2009 roku zwiększyła się nieznacznie (mniej niż 3 tys.) w porównaniu z rokiem poprzednim. W 2010 roku 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. Czynnikiem ten może 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 pościem.

Innym obserwowanym zjawiskiem jest zwiększanie się od 2006 roku płodności kobiet w wieku 15-19 lat. W roku 2005 wskaźnik ten wynosił 12,6 na 1000 kobiet w tej grupie wiekowej, w roku 2009 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 matek młodocianych. 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 należąną 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 roku 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. Jednak z dużym stopniem prawdopodobieństwa można 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.

Odsetek kobiet z wyższym wykształceniem zwiększa się. 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. Generalnie można powiedzieć, 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 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 zagrożone 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. Jej 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 roku leczonych było 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.

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 choroby płucnej 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 wcześniej przestają miesiączkować, częściej chorują na raka szyjki macicy. Częstość nałogu wśród mężczyzn zmniejsza się natomiast ogółem wśród kobiet nie zmienia się od lat dziewięćdziesiątych. 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.

Alkohol oddziałuje na organizm kobiety silniej niż na organizm mężczyzny. Najczęściej nadużywają alkoholu kobiety wykształcone w wieku 20-29 lat, a więc wówczas, kiedy ich płodność jest największa. Picie alkoholu przez młode kobiety sprzyja zaburzeniom odżywiania, małej masie 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.

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

macy 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 powiela 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 tym 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 i 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. Narodowy Fundusz Zdrowia nie finansuje nowoczesnych metod leczenia niepłodności ani procedur sztucznego rozrodu.

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. Jest to wynikiem 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 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 ochronie dziecka poczętego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży. Wynika z niej, że częstość poronień nie ulega istotnym zmianom.

W ostatnim czasie przywiązuje się większą uwagę do martwych urodzeń jako niedoszacowanego do tej pory problemu zdrowotnego, którego rozmiary można zmniejszyć poprzez 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 hipotrofia, stan, kiedy masa ciała noworodka jest mniejsza niż powinna być dla danego wieku ciążowego. Prawidłowy przebieg ciąży, odpowiednia opieka medyczna podczas ciąży i 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 2008 roku 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 niż w Polsce (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 dotycząca 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 wystarczającej 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. Zaniechanie 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 wyszkolenia 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 znaczenie 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 nowotworów, krótszy jest czas trwania życia, mniejsze są też aspiracje edukacyjne młodego pokolenia. Zaskakujące jest, że nieprawidłowym wskaźnikom 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 ostatnich miesiącach weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia dotyczące opieki podczas prawidłowo przebiegającej ciąży i porodu. Inicjatywę te należy ocenić pozytywnie, także kontrowersyjną sprawę porodów w domu, które będą się odbywać. Wzrosnąć ma rola i kompetencje położnych, które będą mogły samodzielnie prowadzić ciążę i poród. Jednak wdrożenie tych zasad do praktyki nie jest możliwe, ponieważ Narodowy Fundusz Zdrowia nie uwzględnia możliwości sprawowania opieki przez położną, co Rozporządzenie uwzględnia. Założeniem nowych przepisów była zmniejszona medykalizacja ciąży i porodu, co należy powitać z uznaniem. Jednak założenia te będą w praktyce niwelowane poprzez 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 edukacja społeczeństwa, oddziaływania w kierunku poprawy życiowych aspiracji młodych ludzi, ich prawdziwie obywatelskiego wychowania, szanującego wartości i tradycje.

Konieczne jest również 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. Program poprawy zdrowia prokreacyjnego powinien być dobrze zaplanowany, jego cele mierzalne i możliwe do osiągnięcia. Ustalić należy 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 prowadzi do: 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. Uwzględnione będzie przestrzeganie praw dziecka, dostępności do dobrze zorganizowanej, efektywnej opieki medycznej. Poprawa stanu zdrowia kobiet przed ciążą, matek podczas ciąży, porodu i porożenia 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 pozarządowe i jednostek samorządu terytorialnego. Wybór realizatorów zadań winien 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, odpowiedzialności za własne zdrowie, prawidłowego stylu życia i przeciwdziałanie zachowaniom 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 porożenia.
  - Upowszechnienie inicjatywy „Szpital Przyjazny Dziecku” poprzez włączenie wszystkich szpitali do realizacji programu promocji karmienia piersią.
  - Zmniejszenie zagrożeń dla zdrowia prokreacyjnego kobiet (w tym zaburzeń płodności, powikłań następnych ciąż i porodów) i zdrowia dzieci poprzez 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 zakładów opieki zdrowotnej, 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. Stworzenie we współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia mechanizmu cyklicznej analizy i oceny procedur medycznych.

- Tworzenie prawa sprzyjającego prawidłowemu przebiegowi procesów prokreacji.

- Wspieranie prac naukowo – badawczych oraz opracowań dotyczących oceny i zmniejszania wpływu czynników ryzyka, sytuacji demograficznej i epidemiologicznej, społecznych uwarunkowań zdrowia, zdrowia publicznego oraz prognozowania kierunków zmian.

- Wspieranie lokalnych inicjatyw prozdrowotnych, współpraca z organizacjami pozarządowymi.

- Monitorowanie skuteczności Programu przy pomocy systemu obejmującego gromadzenie i analizę danych. Przygotowanie i upowszechnienie raportów zawierających istotne informacje epidemiologiczne i kliniczne oraz wyniki badań naukowych.

## **Źródła i sposoby finansowania**

- Narodowy Fundusz Zdrowia,
- Ministerstwo Zdrowia ( zdrowotne programy profilaktyczne),
- Unia Europejska.

### **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 22 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. ok. 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 (9).

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 roku ludność Polski liczyła 38200 tys. mieszkańców, z tego 7140,2 tys. to dzieci i młodzież w wieku 0-17 lat, co stanowiło ok. 19% ogółu ludności. Odsetek dzieci i młodzieży w ogólnej populacji maleje nieprzerwanie od połowy lat 80. ubiegłego wieku. W 1990 roku dzieci i młodzież w wieku 0-17 lat stanowiły prawie 30% społeczeństwa, zaś na początku tego wieku tylko niespełna 25%. W 2010 r. było 5758 tys. dzieci w wieku 0-14 lat, tj. 15,1% ogółu ludności wobec prawie 25% w 1990 r.

Wśród dzieci i młodzieży w wieku 0-17 lat występuje liczebna przewaga chłopców, gdyż rodzi się ich więcej – średnio około 51,4% ogólnej liczby urodzeń. Na 100 chłopców przypada 95 dziewcząt – podczas gdy ogólny współczynnik feminizacji dla Polski wynosi 107, co jest wynikiem nadumieralności mężczyzn w starszych grupach wieku.

Zgodnie z wynikami opublikowanej przez GUS w lipcu 2008 r. nowej prognozy ludności w Polsce do 2035 roku 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 do 1,45 począwszy od 2022 roku. Prognozowany jest stały spadek liczby urodzin – do 272 tys. w 2035 r. Przewiduje się, że liczba dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat zmniejszy się z 7884,3 tys. w roku 2008 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”, „Dzieci w Polsce w 2008 roku”, „Ochrona dzieci a przyszłość demograficzna Polski”, a także na podstawie przeprowadzonego w 2009 roku w Polsce Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia(EABZ) oraz publikacji GUS „Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 r.” i „Rocznik Demograficzny 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. Wg opublikowanego w listopadzie 2008 r. Raportu Narodowego Instytutu Zdrowia – PZH, spadek umieralności niemowląt w Polsce uległ zahamowaniu w 2007 r. a poziom umieralności był jeszcze wyraźnie 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 potwierdziły dane z dwóch kolejnych lat – w 2008 i 2009 roku współczynnik umieralności niemowląt wyniósł 5,6‰. Opublikowane przez GUS w 2011 r. dane wskazują jednak na znaczący spadek umieralności niemowląt w 2010 r. Wprawdzie współczynnik ten w Polsce pozostaje około 25% powyżej średniego poziomu dla UE, to po raz pierwszy w historii polskiej perinatologii i pediatrii umieralności niemowląt spadła poniżej 5,0‰(4,95‰). 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 pomiędzy regionami (obecnie pomiędzy województwami o najniższym i najwyższym współczynnikiem 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 zmniejsza się 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 utrzymuje się trend wzrostowy 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 2 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 wysokospecjalistyczne, 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 ludzi młodzieży 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 napawających niepokojem danych o rzeczywistym stanie zdrowia dzieci i młodzieży.

Według EABZ, ponad jedna czwarta dzieci – częściej niż w badaniu sprzed 5 lat – choruje obecnie na choroby przewlekłe zwłaszcza na różnego rodzaju alergię.

Niemal co szóste dziecko ma długotrwałe problemy zdrowotne, w tym ograniczające aktywność dziecka 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; wśród 7-latków oznaki próchnicy ma ok. 90% dzieci, 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 psychospołecznego, młodzież coraz częściej podejmuje ryzykowne zachowania oraz nasilają się nierówności w zdrowiu zależne od płci.

Według EABZ, 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 przepisanych 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 szpitalach zaopatrzone 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.

Według EABZ, różnego rodzaju wypadki, urazy i zatrucia dotyczą 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 roku prawie 13 tys. dzieci leczono w szpitalnych oddziałach ratunkowych.

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

Wyniki badań HBSC wykazują, że niemal jedna trzecia uczniów w wieku 11-15 lat w Polsce była ofiarami dręczenia przez innych uczniów w szkole; wg badań HBSC 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 wydaje się być poważnym problemem społecznym, bowiem szacuje się, że w Polsce, podobnie jak w innych krajach Unii Europejskiej, zjawisko to dotyczy ok. 10-20% 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 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 wyłącznie 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 7 niemowlę jest karmione piersią przez okres 6 miesięcy. Wśród czynników zaburzających wyłącznie karmienie piersią wymienić należy 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 modyfikowanych 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. Wg 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 6 miesiąca życia zjada owoce i warzywa codziennie, jednak niemal połowa z nich czyni to tylko 1 raz dziennie, co 10 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. Wg 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.

Mimo zatrważającego rozpowszechnienia próchnicy, tylko co 6 dziecko 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 utonięć. Ważne jest zwrócenie uwagi na działania w zakresie prewencji urazów małych dzieci występujących wewnątrz i wokół domu. Aby zapewnić skuteczność podejmowanych działań wskazane jest wspieranie i finansowanie takich programów, których skuteczność została udowodniona, tzw. „dobrych praktyk”. Polska posiada wprawdzie podstawową infrastrukturę nadzoru nad urazami dzieci, lecz zasoby

kadrowe i finansowe oraz poziom tworzenia zdolności rozwojowych w zakresie bezpieczeństwa dzieci, a zwłaszcza przywództwo krajowego (*leadership*) ze strony rządu zostały ocenione jako słabe lub niedostateczne. Polityka państwa powinna koordynować i wspierać działania wdrażające dobre praktyki oparte na dowodach w zakresie ochrony życia i zdrowia dzieci, 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.

W przypadku szkół, zmiany systemowe, a przede wszystkim reformy systemu oświaty, mogły naruszyć poczucie bezpieczeństwa i stabilności uczniów. Także grupa rówieśnicza, która zwłaszcza 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.

Ujawniane w ostatnich latach przypadki krzywdzenia seksualnego dzieci, wywołują głębokie poruszenie opinii publicznej, która domaga się podjęcia skutecznych środków zaradczych. Uraz związany z doznanym cierpieniem – często przeżywanym w milczeniu – wywiera głęboki, negatywny wpływ na zdrowie i rozwój dziecka w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym. Skutki krzywdzenia seksualnego w dzieciństwie rozciągają się na całe dorosłe życie ofiary. Dramat seksualnego wykorzystywania i molestowania dzieci pogłębiany jest nie tylko w wyniku przedostających się do opinii publicznej informacji o rozległości i brutalności urazów (śmierć dziecka, kazirodztwo, prostytutka, handel żywym towarem, pornografia), lecz także przez fakt, iż sprawcami są na ogół osoby dorosłe z bliskiego otoczenia dziecka – z rodziny, spośród znajomych, opiekunów, a także spośród osób, które wykonują swój zawód w kontakcie z dziećmi. Wspólną cechą krzywdzenia seksualnego w takich okolicznościach jest wielokrotność i długotrwałość doznawanego przez dziecko urazu.

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 12 kobieta palą papierosy a spośród palących blisko dwie trzecie osób wypala 10 papierosów dziennie i więcej, natomiast prawie jedna piąta pali od ponad 5 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.

## **Zdrowie dzieci i młodzieży szkolnej jest najbardziej marginalizowanym problemem w medycynie i polityce zdrowotnej, co wymaga podjęcia systemowych działań zaradczych ze strony państwa**

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. Destrukcję systemu 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 roku, 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 2 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.

Nie doczekało się dotąd realizacji zalecenie nr 9 Rządowej Rady Ludnościowej przyjęte na posiedzeniu Komitetu Rady Ministrów w dniu 19 grudnia 2002 r. i zaakceptowane na posiedzeniu Rady Ministrów w dniu 14 stycznia 2003 r., w którym zapisano m. in. „konieczne jest reaktywowanie przez Ministerstwo Zdrowia medycyny szkolnej we wszystkich jej funkcjach: promocji zdrowia i profilaktyki oraz leczenia i rehabilitacji.”

Publicznie zapowiadany przed pięcioma ma laty, w dniu 15 maja 2006 – po spotkaniu Premiera RP, Ministra Edukacji Narodowej oraz Ministra Zdrowia – powrót opieki zdrowotnej do szkół okazał się słowną deklaracją, bowiem powołany wówczas na szczeblu dyrektorów departamentów resortów edukacji narodowej i zdrowia, zespół ds. opieki zdrowotnej nad uczniami, nigdy nie podjął prac merytorycznych.

18 marca 2009 roku 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, jej 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 z jego strony zrozumienia, 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 niezadowalający stan opieki nad dziećmi i młodzieżą z zaburzeniami zdrowia psychicznego wynikający z jednej strony ze wzrostu chorobowości a z drugiej strony 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 DALSZYCH DZIAŁAŃ**

Nadanie opiece nad dzieckiem rzeczywistego priorytetu w polityce państwa wyrażać się powinno 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: *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 rozwojowego; 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 przed dyplomowego 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 w medycynie szkolnej 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 adekwatnej do potrzeb opieki specjalistycznej, 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), kas chorych lub 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 niezbędego 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 pomiędzy 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 CHOROÓB UKŁADU KRAŻENIA**

### **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 spowodowanych było 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.

Eksperci WHO przewidują że CHUK pozostaną wiodącą przyczyną umieralności ogólnej w krajach rozwiniętych gospodarczo przynajmniej do 2030 roku, zaś na dwóch pierwszych pozycjach wśród przyczyn zgonów pozostaną tak jak w chwili obecnej choroba niedokrwienna serca (CHNS) i choroby naczyń mózgowych (CHNM).

Według najnowszych dostępnych danych liczba zgonów z powodu chorób serca i naczyń w Polsce w roku 2008 wyniosła 172493 w tym 81528 dotyczyło mężczyzn, zaś 91415 kobiet. Najważniejszymi przyczynami umieralności spośród CHUK w naszym kraju pozostają niezmiennie choroba niedokrwienna serca i choroby naczyń mózgowych. Zgony z powodu tych dwóch grup chorób stanowią prawie 50% zgonów z powodu 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 roku 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 5 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 i 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 latach 90-tych 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 ok. dwukrotnie wyższe niż w wielu krajach Europy Zachodniej, zaś wskaźniki umieralności przedwczesnej w Polsce są nawet 2-3-krotnie



wyższe. Dotyczy to w sposób oczywisty 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, które powinny obejmować nie tylko osoby dorosłe ale także dzieci i młodzież.

Niepokojącym zjawiskiem są bardzo duże dysproporcje w średniej długości życia oraz poziomie umieralności z powodu chorób serca i naczyń w niektórych miastach, regionach kraju a nawet dzielnicach dużych miast oraz zjawisko pogłębiających się nierówności społecznych w poziomie stanu zdrowia.

Poziom wiedzy społeczeństwa polskiego na temat czynników ryzyka i metod prewencji chorób serca i naczyń jest nadal niezadowalający, 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 kardiochirurgii 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, 2009-2012.

Decyzja o kolejnej edycji Narodowego Programu POLKARD podjęta przez rząd i zaakceptowana przez Sejm RP 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, kardiochirurgii 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 kardiologicznej (zakup nowoczesnej aparatury diagnostycznej i sprzętu), wprowadzenie rejestrów najważniejszych chorób serca i naczyń.

Jednym ze sztandarowych produktów Programu POLKARD jest prowadzony w sposób wzorowy przez Śląskie Centrum Kardiologii w Zabrze rejestr ostrych zespołów wieńcowych (OZW). Powszechne wprowadzenie owego 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 rejestru, największego obecnie w Europie (obejmującego aktualnie ponad 350 000 przypadków OZW), 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, W. Brytanii, Szwecji czy Kanadzie, choć nakłady finansowe na leczenie w ww. krajach są wielokrotnie większe niż w Polsce.

Ze środków Programu POLKARD sfinansowano także największe reprezentacyjne wielośrodkowe badanie stanu zdrowia, czynników ryzyka i zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego WOBASZ i WOBASZ Senior, 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 kardiochirurgii 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 101000 przezskórnych zabiegów udrożnienia naczyń wieńcowych (PCI), ponad 27000 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 PLN rocznie, poprzednio ok. 60-70 mln PLN rocznie) jest niewspółmierny do zagrożenia CHUK i skali potrzeb naszego kraju oraz rażąco odbiega od nakładów na realizację Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Nowotworowych. Z powodu

niedostatecznego finansowania w ostatnim etapie realizacji Programu POLKARD nie zostały zrealizowane zadania z zakresu epidemiologii (monitorowania), promocji zdrowia i profilaktyki, a także opracowań analitycznych istotnych dla doskonalenia polityki zdrowotnej kraju.

W 2004 roku 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 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 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.

#### **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 roku wśród najważniejszych celów operacyjnych koniecznych do zrealizowania celów strategicznych zmierzających do ograniczenia chorobowości umieralności z powodu CHUK w Polsce wymienili: rozwój pierwotnej prewencji chorób układu krążenia dzieci i dorosłych; zapewnienie powszechnego dostępu wszystkim potrzebującym do wysokospecjalistycznych 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 wymienić należy:**

1. opracowanie nowej edycji Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Serca i Naczyń POLKARD; w Programie tym winny 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 NFZ; zadania 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 winien opracować zespół ekspertów powołany przez Ministerstwo Zdrowia;

4. ocenę zakresu i poziom finansowania świadczeń z zakresu kardiologii finansowanych ze środków budżetowych (NFZ, Min. 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 i 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 przekazywaniu pozytywnych informacji na temat możliwości promocji zdrowia, zapobiegania i leczenia chorób o znaczeniu społecznym;

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 winny być 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 CHOROÓB NOWOTWOROWYCH**

#### **EPIDEMIOLOGICZNA DIAGNOZA SYTUACJI W OSTATNIM DZIESIĘCIOLECIU I STANU AKTUALNEGO**

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 2008 r. u mężczyzn najczęściej rejestrowano nowotwory złośliwy płuca (21,6%), a także gruczołu krokowego (12,6%) i jelita grubego (12,2%). Mężczyźni często też chorowali na nowotwory złośliwe pęcherza moczowego (6,9%) i żołądka (5,0%). Wyżej wymienione nowotwory były również najczęstszą przyczyną zgonów nowotworowych u mężczyzn, przy czym zgony na nowotwory złośliwe płuca stanowiły prawie 1/3 wszystkich zgonów nowotworowych w populacji mężczyzn (32,3%).

U kobiet najczęściej rejestrowano w 2008 r. nowotwór złośliwy piersi (22,2%). Częste były również zachorowania na nowotwory złośliwe jelita grubego (10,1%), płuca (8,1%), trzonu (7,3%) i szyjki (5,0%) macicy oraz jajnika (5,0%). Jednak podobnie jak u mężczyzn najczęstszą przyczyną zgonów u kobiet był nowotwór złośliwy płuca (13,8%). Odsetek zgonów na nowotwory złośliwe piersi utrzymywał się w populacji kobiet na podobnym poziomie (13,1%). Niewiele rzadsze były zgony na nowotwory złośliwe jelita grubego (11,6%). Częstą przyczyną zgonów nowotworowych w populacji kobiet były także nowotwory złośliwe jajnika (6,1%), trzustki (5,6%), żołądka (5,0%) i szyjki macicy (4,3%).

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 17023 nowotworów złośliwych u mężczyzn i 20621 u kobiet. W 2008 r. bezwzględna liczba pierwszorazowych zgłoszeń zachorowania na nowotwory złośliwe w populacji mężczyzn osiągnęła poziom 65477 przypadków, a u kobiet 65586 przypadków. W tym czasie standaryzowany współczynnik zachorowalności na nowotwory złośliwe wzrósł wśród mężczyzn z 121,1/100000 do 245,8/100000, a wśród kobiet z 114,9/100000 do 197,2/100000. Wzrostowi zachorowań towarzyszył także wzrost zgonów na nowotwory złośliwe. W badanym okresie liczba zgonów nowotworowych wzrosła u mężczyzn z 19600 do 52219, a w populacji kobiet z 19370 do 40841. Na przyrost umieralności w populacji mężczyzn i kobiet wskazują także standaryzowane współczynniki zgonów, które między 1965 a 2008 r. wzrosły odpowiednio u mężczyzn z 143,7/100000 do 188,6/100 000, a u kobiet z 114,9/100000 do 197,2/100000.

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 a 1995 r. (do poziomu 270,6 zarejestrowanych zachorowań na 100 000), a następnie zaczął spadać. Umieralność na nowotwory złośliwe u mężczyzn osiągnęła także 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 2008 r. 26% zachorowań i 20% 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 r.ż.) 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 r.ż. 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 przyczynami 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 istotny 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 ostatnim 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. Niski 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 DALSZYCH 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 r.

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:

1. osiągnięcie średnich europejskich wskaźników w zakresie wczesnego wykrywania i skuteczności leczenia nowotworów;
2. stworzenie warunków do wykorzystania w praktyce onkologicznej postępu wiedzy o przyczynach i mechanizmach rozwoju nowotworów złośliwych;
3. utworzenie systemu ciągłego monitorowania skuteczności zwalczania nowotworów w skali kraju i 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 konieczne jest 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. stworzenia 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 przede wszystkim pochodzić z budżetu państwa. Przemawia za tym doświadczenie wszystkich krajów, które osiągnęły wymierne efekty w zakresie walki z chorobami nowotworowymi.

Nadzór nad realizacją Programu powinna sprawować Rada Naukowa przy Ministrze Zdrowia, w skład której, obok onkologów i specjalistów z zakresu zdrowia publicznego i finansów, powinny wchodzić osoby cieszące się zaufaniem publicznym.

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 ww. 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 kilkadziesiąt 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 korzystają z 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 tysięcy pacjentów a opieka środowiskowa obejmuje zaledwie ok. 6 tysięcy 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 tysięcy do 1,4 miliona. Tempo wzrostu wśród pacjentów leczonych po raz pierwszy było nieco słabsze; ich liczba zwiększyła się o 75% z 224 tysięcy do 390 tysięcy, co sugeruje, że rosnące wskaźniki odbijają zarówno większe rozpowszechnienie rzeczywiste zaburzeń psychicznych jak i większą dostępność świadczeń. Największą grupę rozpoznanych w leczeniu ambulatoryjnym stanowią zaburzenia nerwicowe (24%), zaburzenia afektywne (18%), zaburzenia organiczne (14%), zaburzenia behawioralne, osobowości, rozwojowe i upośledzenia umysłowe (14%) oraz zaburzenia spowodowane używaniem 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 z 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. zachodnio-pomorskim 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. Tym niemniej, w latach 1997-2009 liczba pacjentów zwiększyła się prawie o połowę. Inna też była struktura rozpoznań. Aż 37% pacjentów stanowiły osoby leczone z powodu zaburzeń spowodowanych piciem alkoholu, a wśród pacjentów mężczyzn podobnie jak wśród pacjentów pierwszorazowych – 48%. Na drugim miejscu znalazły się schizofrenia i zaburzenia schizotopowe i urojeniowe (21%) i zaburzenia organiczne (15%). Dwukrotnie zwiększyła się liczba leczonych z powodu zaburzeń organicznych. Jednak blisko 60% wzrostu ogólnej liczby pacjentów w opiece całodobowej przypada 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 2006 roku 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.).

### **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 narastać będą rzesze obywateli z ciężkimi doświadczeniami psychicznymi. Musimy uwzględnić kwestie zdrowia psychicznego w programach rozwoju społeczno-gospodarczego 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 czasowym 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 wyróżnić można 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 z alkoholem,
- choroby związane ze starzeniem, 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, szpitalo-centriczny 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 szpitalo-centricznym 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 z budżetu państwa. Zważywszy na to, że zaburzenia związane z alkoholem stanowią dotkliwe obciążenie dla budżetu państwa i w szczególności dla systemu opieki zdrowotnej należy rozważyć przeznaczenie części środków z podatku akcyzowego na realizację Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Podniesienie akcyzy o 10-15 procent powinno spowodować obniżenie spożycia alkoholu a tym samym zmniejszenie napływu nowych pacjentów oraz zwiększenie wpływów budżetowych. Przy tej skali podwyżek nie należy oczekiwać istotnego wzrostu nierejestrowanej konsumpcji.

## **PRIORYTET III.5. OGRANICZENIE ZACHOROWAŃ I UMIERALNOŚCI Z POWODU PRZEWLEKŁYCH CHOROÓB NIEZAKAŻNYCH POPRZEZ 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 dziesięcioleciu 1990. nie uległo dalszemu zwiększeniu w następujących latach.* Zgodnie z danymi z raportu OECD (*Health at a Glance 2010*), pod względem wysokości spożycia owoców w 2007 r. Polska zajmowała ostatnie miejsce wśród 31 krajów europejskich, uwzględnionych w cytowanym raporcie.

Silna dodatnia zależność pomiędzy spożyciem owoców a dochodami i 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. Tym niemniej, w 2009 r. na 20% gospodarstw domowych o najwyższych dochodach przypadało 25% łącznej konsumpcji warzyw przez gospodarstwa domowe ogółem, 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. (GUS 2010). Wśród dzieci powyżej 6 miesięcy 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 mężczyzn (GUS 2010).

Od 2002 r. nie jest już kontynuowana poprzednia tendencja wzrostowa w spożyciu **tłuszczów wydzielonych 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 punktów procentowych .

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 r. W poprzednim dziesięcioleciu (1990-2000) charakteryzowany stosunek poprawił się natomiast aż o 17 punktów procentowych.

**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 szczególnie 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 lub 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%.

### **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,% vs 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 r.(GUS 2010). Między rokiem 1996 a 2004 nadmierna masa ciała u mężczyzn zwiększyła się o 4 punkty procentowe (w tym o 2 punkty otyłość), wśród kobiet zaś pozostała bez zmian. W 2009 r., wskaźnik nadmiernej masy ciała u mężczyzn był aż o 9 punktów procentowych wyższy w stosunku do 2004 r (otyłość wzrosła o 4 punkty) a u kobiet zwiększył się o 5 punktów procentowych (otyłość prawie o 3 punkty).

### **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 dla realizacji Europejskiej Strategii Zapobiegania i Zwalczenia 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 Zwalczenia 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 realizację kilkunastu programów zdrowotnych dotyczących przewlekłych chorób niezakaźnych w tym okresie. Od 2010 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 i podobnie będzie w 2011 r., 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.

#### **REKOMENDACJE**

Istnieje konieczność kontynuacji i znaczącego rozszerzenia skoordynowanych działań w zakresie zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym poprzez 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 rozrodczym, 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 poprzez poprawę nadzoru nad importem, krajową produkcją i dystrybucją żywności oraz poprawę dostępności fizycznej i ekonomicznej żywności dla grup znajdujących się w sferze niedostatku.
6. ustawiczne kształcenie i podnoszenie kwalifikacji w problematyce 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 dla 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 i 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 poprzez 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 główny determinant zmienności w stanie zdrowia, jest kategorią społeczną a nie medyczną. Stąd upowszechnienie prozdrowotnych stylów

życia nie może być osiągnięte poprzez 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 racji bardzo 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 z gruntu 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 dla 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 makrosocjalnej, staną się przede wszystkim kategorie 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 poprzez 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. Jak wiemy 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 powodują, 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-ekonomicznych, podejmowane są rozrzucone geograficznie i środowiskowo programy i projekty promocji zdrowia, które najczęściej podporządkowane są modelowi biomedycznemu.

Stąd obserwuje się, mimo osiągnięcia spektakularnych sukcesów m.in. w obniżeniu poziomu umieralności przedwczesnej na poziomie populacji generalnej, utrzymywanie się znacznych nierówności w zdrowiu między kategoriami ludności zajmujących wysokie i niskie pozycje w strukturze społecznej. Obserwowany w Polsce od 1991 roku 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.**

Choć 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 działań systemu opieki zdrowotnej, w dodatku posiadający raczej marginalne znaczenie.

Od samego początku rozwoju promocji zdrowia ramy formalne dla promocji zdrowia stanowić miał Narodowy Program Zdrowia, 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 roku 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 współpracy 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 zaplecza legislacyjnego i finansowego prowadzi do koncentracji odpowiedzialności za promocję zdrowia w sektorze zdrowia, przede wszystkim w opiece zdrowotnej. Oznacza to w praktyce wzmocnienie roli edukacji zdrowotnej oraz nadawanie jej biomedycznego charakteru a także 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.

- Zapewnienie ustawy o zdrowiu publicznym odpowiadającej potrzebom nowoczesnego zdrowia publicznego i promocji zdrowia (konieczne przejście od modelu biomedycznego do modelu socjo-ekologicznego). Prace nad ustawą o zdrowiu publicznym rozpoczęły się w latach 90. ubiegłego wieku i 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 promocji zdrowia

### **Podmioty odpowiedzialne**

- Urząd Rady Ministrów,
- Parlament , w tym Sejmowa i Senacka Komisja Zdrowia,
- Instytuty naukowe resortu zdrowia, w tym Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH,
- władze samorządowe, sektor pozarządowy.

### **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, jak już wspomniano, do chwili obecnej nie powstała ustawa o zdrowiu publicznym. 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 na 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.

Najlichnieszą sieć stanowi sieć Szkół dla Zdrowia Europy. Lista członków obejmująca szkoły z certyfikatami, bez certyfikatów i przedszkola w 2010 roku przekroczyła liczbę dwóch tysięcy (w kraju mamy kilkadziesiąt tysięcy szkół nauczania podstawowego i średniego). Na szczególną uwagę zasługuje podpisane w listopadzie 2009 roku 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 ww. 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 DALSZYCH 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 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+ .

## **Podmioty odpowiedzialne**

- Rząd, Sejm i Senat, w tym Sejmowa i Senacka Komisja Zdrowia,
- władze samorządowe, sektor pozarządowy,
- MZWiA, Ministerstwo Infrastruktury wraz z Instytutem Transportu Samochodowego,
- Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Ministerstwo Zdrowia wraz instytucjami resortowymi.

### **CEL SZCZEGÓŁOWY 3.**

#### **ROZWÓJ INFRASTRUKTURY DLA PROMOCJI ZDROWIA (ZASOBY LUDZKIE, INSTYTUCJE, LEGISLACJA, SYSTEM FINANSOWANIA) ORAZ DZIAŁAŃ W OBSZARZE OPIEKI ZDROWOTNEJ**

##### **STAN OBECNY**

Brak 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.

Istnieje podstawowy brak 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. Stąd pojawia się konieczność wprowadzenia minimalnych interwencji do praktyki lekarskiej, rozwoju poradnictwa rozwoju mechanizmów współpracy między personelem medycznym a innymi specjalistami.

Obserwuje się także istnienie braku mechanizmów i warunków organizacyjnych zapewniających permanentną edukację z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki personelu medycznego i paramedycznego.

##### **KIERUNKI DALSZYCH DZIAŁAŃ**

Nowelizacja zapisów ustawowych w celu uznania działań z zakresu promocji zdrowia za świadczenie medyczne oraz zapewnienie spójnego podejścia do promocji zdrowia w opiece zdrowotnej.

Nasilenie działań na rzecz zwiększenia wyrównywania 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 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.

## **Podmioty odpowiedzialne**

- Rząd, Parlament,
- Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego,
- sektor pozarządowy, władze samorządowe.



## **CEL IV.**

# **OKREŚLENIE KIERUNKÓW I ZASAD POLITYKI MIGRACYJNEJ POLSKI W DOBIE INTEGRACJI EUROPEJSKIEJ**

## **DIAGNOZA**

Migracje, związane z procesem globalizacji gospodarki światowej znajdują również odzwierciedlenie w Polsce. Od początku procesu transformacji jakość migracji zagranicznych zmieniała się, co wiąże się m.in. z liberalizacją przepisów paszportowych a następnie stopniowym otwieraniem rynków pracy poszczególnych państw członkowskich UE w rezultacie akcesji Polski do Unii Europejskiej oraz wstąpieniem naszego kraju do strefy Schengen. Okres negocjacji akcesyjnych, jak i sama akcesja, miały niezwykle pozytywny wpływ na całokształt spraw związanych z zarządzaniem migracjami w Polsce. Ogromny wysiłek dostosowawczy wiązał się także z koniecznością podjęcia przez administrację publiczną w większym zakresie prac analitycznych i prognostycznych, pozwalających na planowane i bardziej skuteczne zarządzanie migracjami oraz na określenie kierunków polityki migracyjnej państwa.

## **POLITYKA MIGRACYJNA W POLSCE**

O polską politykę migracyjną wystąpił w Memoriale (2002) "Komitet Prognoz 2000 Plus" oraz Rządowa Rada Ludnościowa pod przewodnictwem Prof. Zbigniewa Strzeleckiego, która w wykonaniu uchwał I Kongresu Demograficznego przedłożyła raport w sprawie polityki migracyjnej państwa, przygotowany przez zespół specjalistów pod kierownictwem Prof. A. Rajkiewicza w 2004r, tuż przed naszą akcesją do UE<sup>127</sup>.

Postulowano po raz pierwszy, że polityka migracyjna winna być rozumiana jako całokształt zasad i działań państwa w odniesieniu do migracji zagranicznych z/ i do Polski (emigracji i imigracji).

Raport, będący częścią Założeń Polityki Ludnościowej w Polsce przygotowanych przez Rządową Radę Ludnościową określał kierunki i zasady polityki migracyjnej Państwa Polskiego. Na podstawie takich cech zjawisk migracyjnych w pierwszych latach XXI wieku, jak masowość, powszechny charakter i wielowymiarowe znaczenie (ekonomiczne, demograficzne, społeczne, polityczne, kulturowe) postawiono tezę, iż doktryna i polityka migracyjna muszą stać się trwałym elementem strategii rozwoju Polski.

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 warunków organizacyjnych i finansowych dla prowadzenia takich działań.

W istocie założenia polityki migracyjnej winny odzwierciedlać polską rację stanu, idee humanitarne oraz filozofię państwa, w tym zwłaszcza jej strategiczne przesłanki cywilizacyjne i modernizacyjne. Wynikające z doktryny zasady polityki migracyjnej muszą wyraźnie określać układ instytucjonalny, zakres odpowiedzialności

---

<sup>127</sup> *Założenia polityki ludnościowej w Polsce, 2004. w: Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2004, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa. 2006.*

poszczególnych organów i instytucji łącznie z wskazaniem na koszty polityki i źródła jej finansowania. Opracowanie to winno 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*”, opublikowany w maju 2008 r, zrealizowany przez zespół naukowców z Ośrodka Badań nad Migracjami UW, pod kierownictwem Prof. M. Okólskiego, problematykę migracji przedstawiał kompleksowo, przez pryzmat zachowań na rynkach pracy. Projekt ten miał na celu opracowanie rekomendacji dla polityki migracyjnej z perspektywy rynku pracy.

Raport *Polska 2030*<sup>128</sup>, opracowany przez ekspertów pod kierunkiem Min. M. Boniego w 2008 r, dotyczący strategii rozwoju Polski w 20-letniej perspektywie, odnosi się również do polityki migracyjnej Polski. Autorzy wskazywali na dużą rolę procesów migracyjnych w rozwoju sytuacji demograficznej i społeczno-gospodarczej kraju.

Podobnie Raport *Młodzi 2011*<sup>129</sup>, opracowany przez zespół ekspertów pod kierunkiem Ministra M. Boniego podejmuje analizę zagadnień migracji ludzi młodych, jako ważnego zjawiska demograficznego.

Istotnym wydarzeniem z punktu widzenia koordynacji polityk migracyjnych było powołanie w lutym 2007 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, a 31 lipca 2012 r. został przyjęty przez Radę Ministrów.

Dokument opracowany przez Zespół do Spraw Migracji<sup>130</sup> w wersji z 31 lipca 2012 r., stanowi niewątpliwie postęp w tworzeniu koncepcji polityki migracyjnej Polski. W znacznym stopniu wypełnia postulaty zawarte w części poświęconej migracjom transgranicznym Raportu Rządowej Rady Ludnościowej z 2004 roku, choć do Raportu tego nie nawiązuje.

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. W wielu resortach (edukacji, spraw zagranicznych, a również i sprawiedliwości) w realizacji 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) oraz Urząd do Spraw Cudzoziemców. Natomiast 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.

---

<sup>128</sup> *Polska 2030*, Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, Warszawa 2008

<sup>129</sup> *Młodzi 2011*, Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, Warszawa 2011

<sup>130</sup> *Polityka migracyjna Polski – stan obecny i postulowane działania 2011*, Zespół do Spraw Migracji, MSW. Dokument przygotowała grupa robocza ds. przygotowania Strategii Migracyjnej Polski w ramach Zespołu do Spraw Migracji, a redakcją podjął się Departament Polityki Migracyjnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. Dokument został przyjęty przez Radę Ministrów w dniu 31 lipca 2012 roku.

## Polityka migracyjna w Polsce w ramach Unii Europejskiej

Polityka migracyjna Polski, w związku z członkostwem kraju w Unii Europejskiej, poddawana jest wpływowi prawodawstwa UE. Rozważania w tym zakresie muszą więc uwzględniać kontekst europejski: wiele rozwiązań jest determinowanych rozwiązaniami przyjętymi na poziomie UE. W ramach działań UE w zakresie migracji, możliwe jest wyróżnienie dwóch wymiarów:

- migracje wewnętrzne, odbywające się w ramach swobodnego przepływu osób (pracowników) między państwami członkowskimi Wspólnoty,
- migracje zewnętrzne (legalne i nielegalne) z krajów trzecich.

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 na budowę 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 pracowników<sup>131</sup>. Wśród najistotniejszych aktów prawa wtórnego UE w tym zakresie zaliczyć można:

- 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 Członkowskich<sup>132</sup>;

- Rozporządzenie PE i Rady (UE) nr 492/2011 z dnia 5 kwietnia 2011 roku w sprawie swobodnego przepływu pracowników wewnątrz Unii<sup>133</sup>.

Ponadto Unia rozwija wspólną politykę w dziedzinie imigracji (także azylu i kontroli granic zewnętrznych). W zakresie imigracji obywateli krajów 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 długoterminowych wiz i dokumentów pobytowych, określenie praw obywateli państw trzecich przebywających legalnie w państwie członkowskim, nielegalna imigracja i nielegalny pobyt czy zwalczanie handlu ludźmi, w szczególności kobietami i dziećmi<sup>134</sup>.

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 kwalifikacji<sup>135</sup>;

---

<sup>131</sup> Piekutowska A. (2011), Polityka migracyjna Polski w kontekście europejskim, Ekspertyza.

<sup>132</sup> 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.

<sup>133</sup> Dziennik Urzędowy UE, L 141, 27.05.2011, s. 1-12.

<sup>134</sup> Piekutowska A. (2011), *Współpraca w zakresie migracji z krajami trzecimi - idea Partnerstwa na rzecz mobilności*

<sup>135</sup> Dziennik Urzędowy UE, L 155 z 18.6.2009, str. 17–29.

- Dyrektywę 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<sup>136</sup>.

Na mocy Rozporządzenia (WE) nr 862/2007 PE i Rady z dnia 11 lipca 2007 roku w sprawie statystyk Wspólnoty z zakresu migracji i ochrony międzynarodowej<sup>137</sup> także polska statystyka stała się adresatem zmian i licznych zobowiązań.

Traktowanie polityki migracyjnej jako stałego elementu strategii rozwoju i modernizacji kraju wymaga oparcia jej o rzetelną wiedzę o charakterze i skutkach migracji, zaś szczególne znaczenie w tym zakresie ma statystyka migracyjna. Przede 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 zmiany organizacyjne oraz prace legislacyjne, czego dowodem są między innymi nowelizacje na przestrzeni lat 2007-2011 przepisów regulujących zasady wjazdu i pobytu cudzoziemców na terytorium RP, zagadnienia dotyczące ochrony międzynarodowej oraz zatrudniania cudzoziemców<sup>138</sup>.

### **Migracje transgraniczne**

Migracje są zjawiskiem uwarunkowanym różnorodnymi czynnikami, a 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 czasowy, 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 determinowana jest przez inne czynniki i wymaga odrębnych analiz; każda ma również inne następstwa i występuje w różnej skali<sup>139</sup>, a także różnią się 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.

<sup>136</sup> *Dziennik Urzędowy UE*, L 168 z 30.6.2009, str. 24–32.

<sup>137</sup> 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.

<sup>138</sup> Por. międzynarodowy program badawczy pt. *Sytuacja migrantów ekonomicznych z Polski i innych krajów A8 w państwach członkowskich Unii Europejskiej* (2008) został przygotowany przez Prof. J.R. Carby-Halla 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 doskonałe źródło wiedzy na temat sytuacji emigrantów z krajów A8 (w tym Polaków) w krajach przyjmujących UE (głównie Wielkiej Brytanii, Irlandii, Szwecji i Norwegii).

<sup>139</sup> Z. Kostrzewa, (2010), *Założenia prognozy ludności - migracje*, w: *Ochrona dzieci a przyszłość demograficzna Polski*, Biuletyn RPO, nr.68, Warszawa, luty 2010

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, co oznacza nabycie przez osobę uprawnień stałego mieszkańca kraju.

Polska była i nadal jest krajem emigracji netto dlatego, że 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 emi- i imigracji odbywają się jednocześnie stąd Polskę można określić zarówno mianem kraju „wysyłającego”, jak i „przyjmującego” migrantów.

Emigracja Polaków wykazuje tendencję do wyjazdów czasowych lub sezonowych, co jest zgodne z trendami migracyjnymi obserwowanymi w Europie czy świecie.

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. Zjawisko migracji zarobkowej samo w sobie nie jest zjawiskiem negatywnym, jednakże rozmiary obecnej migracji, zwłaszcza ludzi młodych, będących w wieku mobilnym, które nie założyły jeszcze swoich 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 – problemów w sferze finansów publicznych.

W początkowym okresie członkostwa Polski w UE obserwowany był znaczący wzrost emigracji z Polski. Otwarcie rynków pracy zachęcało Polaków do podejmowania pracy za granicą. Wyniki większości badań wskazują, że trend wzrostowy w najnowszej emigracji zarobkowej Polaków rozpoczął się jeszcze przed 1 maja 2004 r. Znaczący wzrost notowany był co najmniej od początku stulecia i związany był z trudną sytuacją na polskim rynku pracy, szczególnie w odniesieniu do wchodzących na rynek pracy roczników wyżu demograficznego. Trend ten uległ zdynamizowaniu po akcesji do UE, kiedy to 3 państwa (Wielka Brytania, Irlandia i Szwecja) zrezygnowały z wprowadzenia okresu przejściowego dla obywateli 8 nowych państw członkowskich.

W ciągu ostatnich siedmiu lat znacznie wzrosła emigracja, na co 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 krajach rezygnujących z wprowadzenia restrykcji okresów przejściowych). W 2007 r. liczba Polaków przebywających czasowo za granicą osiągnęła najwyższą wartość szacowaną na 2270 tys.<sup>140</sup> Nastąpiło prawie trzykrotne zwiększenie liczby mieszkańców Polski decydujących się na pobyt za granicą (co stanowi obecnie ok. 6% ludności kraju, w tym wyraźna większość w wieku matrymonialnym i prokreacyjnym) i podjęcie tam zajęć zarobkowych (około 10% ogółu pracujących<sup>141</sup> zarabia za granicą, skąd napływa do kraju około 10 mld dolarów oszczędności rocznie).

Zmienił się kierunek emigracji. Naczelne miejsce zajęła Wielka Brytania, zaś Niemcy znalazły się na drugim miejscu. Warto jednak zwrócić uwagę, że w dobie

<sup>140</sup> *Informacja o rozmiarach i kierunkach emigracji z Polski w latach 2004-2011* (2012), GUS, Warszawa.

<sup>141</sup> Do 16,1 mln pracujących w kraju doliczyć należy ok. 1,6 mln mieszkańców Polski zatrudnionych za granicą.

kryzysu dysproporcja pomiędzy liczbą migrantów przebywających na Wyspach oraz u naszych zachodnich sąsiadów zmniejsza się.

Po 2007 r. liczba Polaków znajdujących się poza granicami kraju zaczęła się zmniejszać. Duże znaczenie miał tutaj światowy kryzys finansowy, którego największe skutki odczuły rozwinięte kraje Europy Zachodniej. 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 się strumienia napływu, niż zwiększenie się strumienia odpływu migrantów.

**Tabela 5.** Emigracja z Polski na pobyt czasowy w latach 2004-2011 (*stan w końcu roku*)

Kraj przebywania	NSP 2002 <sup>b</sup>	2004	2005	2006	2007	2008	2009 <sup>c</sup>	2010 <sup>c</sup>	NSP 2011	2011
<b>Ogółem</b>	Liczba emigrantów w tys. <sup>a</sup>									
	<b>786</b>	<b>1 000</b>	<b>1 450</b>	<b>1 950</b>	<b>2 270</b>	<b>2 210</b>	<b>2 100</b>	<b>2 000</b>	<b>2 017</b>	<b>2 060</b>
<b>Europa</b>	<b>461</b>	<b>770</b>	<b>1 200</b>	<b>1 610</b>	<b>1 925</b>	<b>1 887</b>	<b>1 765</b>	<b>1 685</b>	<b>1 693</b>	<b>1 754</b>
	w tym:									
<b>EU27</b>	<b>451</b>	<b>750</b>	<b>1 170</b>	<b>1 550</b>	<b>1 860</b>	<b>1 820</b>	<b>1 690</b>	<b>1 607</b>	<b>1 622</b>	<b>1 670</b>
	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
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
<b>Kraje pozaunijne</b>	<b>10</b>	<b>20</b>	<b>30</b>	<b>60</b>	<b>65</b>	<b>67</b>	<b>75</b>	<b>78</b>	<b>71</b>	<b>85</b>
	w tym:									
Norwegia	.	.	.	.	36	38	45	50	43	56

a Dane dotyczą liczby osób przebywających za granicą czasowo: dla lat 2002-2006 – powyżej 2 miesięcy, dla lat 2007-2011 – powyżej 3 miesięcy.

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

c Dane skorygowane w oparciu o wyniki NSP 2011 w stosunku do publikowanych w poprzednich latach.

d Do 2006 r. 25 krajów

Źródło: Informacja o rozmiarach i kierunkach emigracji z Polski w latach 2004-2011 (2012), GUS, Warszawa.

Ponadto, zgodnie z tezą o pojawieniu się „pętli pułapki migracji”, część Polaków, która zdecydowała się na powrót do Polski, po jakimś czasie decyduje się na ponowną emigrację. Może być to związane z utratą sieci kontaktów społecznych w ojczyźnie, czy deprecjacją kapitału ludzkiego, w wyniku wykonywania pracy znacznie poniżej kwalifikacji.

Najnowsze raporty wskazują ponadto, 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 Polsce<sup>142</sup> (W Wielkiej Brytanii od 2004 roku 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*”<sup>143</sup>. Szacuje się, że zbliżoną liczbą ocenić można wielkość zawartych małżeństw binacjonalnych w skali europejskiej.

### **Emigracja pracownicza**

W ostatnim dziesięcioleciu Polacy wyjeżdżali za granicę głównie w poszukiwaniu zatrudnienia. Różnice w wysokości pomiędzy polskimi i europejskimi wynagrodzeniami 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 problem ten jest obecnie marginalny (odpowiednio 1,6%, 1,3% oraz 1,2% wskazań badanych przedsiębiorstw wobec 16,4% w maju 2007 roku)<sup>144</sup>.

Migranci pracowniczy wybierają różne strategie migracji zarobkowych, wśród nich np. wyjazdy, których celem jest zebranie oszczędności na otworzenie własnej działalności gospodarczej; łączenie pobytu zarobkowego za granicą z aktywnością zawodową w Polsce np. nauczyciele, lekarze itd. Skala migracji pracowniczych nasiliła się od momentu akcesji Polski do Unii Europejskiej, gdy Wielka Brytania, Irlandia i Szwecja otworzyły swoje rynki pracy dla Polaków. Jednak 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 roku ostatecznie przestały obowiązywać rozwiązania przejściowe i Polacy mogą obecnie pracować bez zezwoleń na pracę na wszystkich rynkach państw Unii Europejskiej.

---

<sup>142</sup> K. Iglicka (2010), *Powroty Polaków po 2004 roku: w pętli pułapki migracji*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, s. 28-38, Warszawa; K. Iglicka (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.

<sup>143</sup> D. Coleman (2012), *Wielka Brytania – państwo (prawie) bez polityki ludnościowej*, w: *Polska w Europie – Przyszłość demograficzna*, red. Z. Strzelecki, A. Potrykowska, II Kongres Demograficzny, Sesja Inauguracyjna, tom I, RRL, Warszawa.

<sup>144</sup> W. Gumuła, A. Gucwa, Z. Opióła, W. Nalepa (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. J. Napierała (2011), *Migracje zagraniczne*, w: *Sytuacja demograficzna Polski, Raport 2010-2011*, RRL.

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.

Polska statystyka migracji również odnotowała zmiany w liczbie przyjazdów do Polski i wyjazdów za granicę. W 2008 r. zaobserwowano niewielki spadek liczby Polaków przebywających czasowo za granicą. W latach 2009-2010 liczba ta kształtowała się na niższym poziomie i ulegała wahaniom.

W 2010 roku nadal traciły na popularności wyjazdy do Wielkiej Brytanii i Irlandii, które dominowały bezpośrednio po akcesji Polski do Unii Europejskiej. Zmniejszenie się liczby Polaków przebywających za granicą w związku z pracą potwierdza się również w spadku potencjału migracyjnego wśród Polaków. W porównaniu do okresu bezpośrednio po przystąpieniu do Unii Europejskiej, widocznie zmniejszyła się gotowość do poszukiwania pracy poza granicami kraju z 70% w 2005 roku do 46% w 2010 roku<sup>145</sup>. Wielu Polaków, zwłaszcza tych, którzy stracili pracę za granicą, postanowiło wrócić do Polski w poszukiwaniu zatrudnienia. Niektóre kraje zdecydowały się na wdrożenie programów wspomagających powroty bezrobotnych imigrantów do krajów wysyłających (np. Irlandia).

Według danych szacunkowych, wyprowadzonych na bazie wyników spisu NSP 2011, 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<sup>146</sup>.

Wśród emigrantów nieznacznie przeważają kobiety, które stanowią około 51% mieszkańców Polski przebywających poza krajem. Większy odsetek kobiet w strumieniu migracyjnym może być wynikiem zwiększonej skali wyjazdów za partnerem/mężem, którzy na migrację zdecydowali się wcześniej. Odsetki kobiet i mężczyzn różnią się jednak w zależności od kraju przebywania, np. wśród emigrantów przebywających we Włoszech kobiety stanowią ponad 74%, a w Norwegii – niespełna 38%. Zdecydowana większość emigrantów (blisko 2/3) pochodzi z miast.

Emigranci to w większości osoby młode. Około 83% z nich jest w wieku produkcyjnym, a prawie 65% – w wieku produkcyjnym mobilnym. Dzieci w wieku 0-14 lat stanowią ponad 11% ogółu emigrantów. Ponad 1/4 z nich urodziło 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 niecałe 6% ogółu emigrantów (ponad 8% kobiet i 3% mężczyzn). Najwięcej emigrantów wyjechało z województwa śląskiego, małopolskiego, dolnośląskiego

---

<sup>145</sup> Dane Eurobarometr za: *Informacja w sprawie zatrudnienia obywateli polskich w państwach Europejskiego Obszaru Gospodarczego i Szwajcarii oraz obywateli państw EOG w Polsce*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Departament Rynku Pracy, Warszawa, listopad 2010 r.

<sup>146</sup> 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.



i podkarpackiego. Analiza liczby emigrantów przypadającej na 1000 mieszkańców województwa pokazuje jednak, że najbardziej intensywny odpływ ludności za granicę odnotowano dla województwa opolskiego, w dalszej kolejności plasują się województwa: podlaskie, śląskie, podkarpackie i warmińsko-mazurskie. W tych województwach migracje są istotnym czynnikiem oddziałującym na rozwój regionalny. Jednak tylko opolskie spełnia kryteria, które kwalifikują je jako region migracyjny w Polsce<sup>147</sup>. Najmniejszy odpływ (w stosunku do liczby mieszkańców) dotyczył województwa mazowieckiego, chociaż liczba osób, które wyjechały z tego województwa jest znaczna.

Najliczniejsza zbiorowość polskich emigrantów przebywa w Wielkiej Brytanii (prawie 30%), Niemczech (prawie 22%), Stanach Zjednoczonych (12%), Irlandii, Włoszech i Niderlandach.

Wartość transferów płynących do kraju od Polaków mieszkających za granicą spadła w minionym roku o ponad jedną piątą – wynika ze wstępnych obliczeń dokonanych przez NBP. Jest to wyraźny sygnał, jak bardzo w wyniku kryzysu pogorszyła się sytuacja polskich emigrantów<sup>148</sup>.

W 2011 r. dla kilku krajów z obszaru UE odnotowano wzrost liczby Polaków, co oznacza, że liczba wyjazdów do tych krajów przewyższyła liczbę powrotów. 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. Z drugiej strony wiele osób – głównie 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 rodziny, którzy wyjechali kilka lat wcześniej i najczęściej nabyli prawa do pobytu, mają pracę i szerszy dostęp do świadczeń społecznych.

Znaczny spadek liczby Polaków przebywających w Hiszpanii, był spowodowany prawdopodobnie utratą miejsc pracy w związku z kryzysem ekonomicznym panującym w tym kraju. Według Eurostatu bezrobocie w Hiszpanii w 2011 r. przekroczyło 20%, co usytuowało ją na pierwszym miejscu wśród krajów UE. Polacy zdecydowali się na powrót do kraju lub częściej – na zmianę kraju przebywania.

Jednocześnie zaobserwowano wzrost liczby osób przebywających w krajach europejskich nie należących do UE/EOG (Norwegii i Szwajcarii).

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). Osoby,

---

<sup>147</sup> K.Hefner, 2012, *Migracje a rozwój regionu. Znaczenie procesów migracyjnych dla rozwoju regionów w Polsce*, W: R.Rauziński, T. Sołdra-Gwiżdż (red.), *Społeczeństwo Śląska Opolskiego 1945-2011-2035 – aspekty społeczne, demograficzne i rynku pracy*, II Kongres Demograficzny, Polska w Europie – Przyszłość Demograficzna, tom VI, Opole-Warszawa 2012.

<sup>148</sup> Według danych pochodzących z *Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności* w drugim kwartale 2010 roku w związku z pracą za granicą przebywało 274 tys. Polaków, czyli prawie o 100 tys. mniej niż w tym samym okresie w roku poprzednim. Istnieją jednak bariery instytucjonalne, które powodują, że część bezrobotnych migrantów nie decyduje się na powrót do kraju. Jednym z nich jest obniżenie wysokości otrzymywanego zasiłku dla bezrobotnych do wysokości świadczeń obowiązujących w Polsce (Napierała, 2011).

które wyjechały w okresie od maja 2004 r. do końca 2011 r., w 80-90% przypadków przebywały za granicą podejmując pracę lub jej poszukując<sup>149</sup>.

W prawie jednej trzeciej rodzinnych gospodarstw domowych ktoś z rodziny przebywa za granicą. Rozwija się nowa dziedzina działalności – sektor usług migracyjnych.

Dominującą poprzednio kategorię czasowych<sup>150</sup> wyjazdów zarobkowych uzupełniają: migracje cyrkulacyjne, wahadłowe, zarobkowe, a diasporę wzbogacają klastry migracyjne<sup>151</sup>.

Utrzymują się nadal przyjazdy zarobkowe obcokrajowców. Zmienia się ich skala i struktura. Nowelizacja przepisów (związanych przede wszystkim z układem w Schengen) wpłynęła na wzrost zalegalizowanych pobyków i wykonywanie pracy w Polsce. Nadal jest jednak znaczna populacja (zwłaszcza Ukrainek) przebywająca w Polsce bez ważnego prawa pobytu<sup>152</sup>.

### **Wpływ migracji na rozwój demograficzny Polski**

Obecny przebieg procesów migracyjnych jak i jego ekstrapolacje oraz konsekwencje wdrażania unijnej zasady swobodnego przepływu pracowników nie znajdują pełnego odzwierciedlenia w strategiach rozwoju i polityce migracyjnej naszego kraju. Obecność ich jest potrzebna w świetle danych dotyczących potencjału emigracyjnego oraz zasobów imigracyjnych, jak również najnowszej prognozy demograficznej GUS do 2035r

Starzenie się społeczeństwa oraz zmniejszanie się liczby ludności Polski, będące skutkiem przemian demograficznych, w perspektywie długookresowej będzie negatywnie oddziaływało m.in. na rynek pracy. Wyniki analiz GUS oraz EUROSTATU, pokazujące istotne zmiany w strukturze wiekowej Polaków w okresie najbliższych dziesięcioleci, potwierdzają wyzwania społeczno – ekonomiczne przed jakimi stoi Polska.

Z prognozy demograficznej GUS<sup>153</sup> 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 produkcyjnym przy jednoczesnym wzroście udziału ludności powyżej 60 roku życia. Istotny wzrost współczynnika obciążenia demograficznego potwierdzają jednoznacznie również badania EUROSTATU. Zgodnie z opublikowanymi prognozami 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 roku 2050.

---

<sup>149</sup> Informacja o rozmiarach i kierunkach emigracji z Polski w latach 2004-2011 (2012), GUS, Warszawa.

<sup>150</sup> 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).

<sup>151</sup> K. Szczygielski, 2011, *Kompleksowy program diasporowo-klastrowy (zarys idei)*. Ekspertyza

<sup>152</sup> Warto również odnotować, że w grudniu 2007 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. Należy zauważyć, że obecnie na zakończenie procesu ratyfikacji oczekuje analogiczna umowa z Białorusią. Decyzje UE pozwalają także na zawarcie umowy z Rosją. Możliwość zmiany Rozporządzenia 1931/2006 (przyjęcie szczegółowego rozwiązania polegającego na tym, że cały Obwód Kaliningradzki byłby uznany za strefę przygraniczną) daje ponadto zielone światło dla wejścia w życie także umowy z Obwodem Kaliningradzkim (Królewieckim).

<sup>153</sup> Prognoza ludności na lata 2008-2035, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2009.

## Wpływ emigracji na stan i strukturę ludności 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 głębokiej depresji demograficznej, w jakiej znajduje się Polska już od dłuższego czasu, jest dosyć odległa. Głęboki niż demograficzny z lat 90-tych oraz utrzymująca się duża emigracja za granicę (zwłaszcza emigracja czasowa ludzi młodych - od 2004 r.) będą powodować – już w nieodległej perspektywie – coraz większe utrudnienia w rozwoju demograficznym, na rynku pracy oraz w systemie zabezpieczenia społecznego.

Obok zmian ilościowych niska liczba urodzeń przy wydłużaniu się przeciętnego trwania życia prowadzi do dysproporcji w podziale ludności według wieku. Wyraźnie zmniejsza się udział dzieci i młodzieży, a przybywa osób starszych, potrzebujących intensywnej opieki, co wiedzie do rosnących wskaźników obciążenia ekonomicznego osób pracujących. (Kostrzewska, Szałtys, 2009)<sup>154</sup>.

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 wpływ na sytuację demograficzną Polski mają i będą miały również migracje zagraniczne, w szczególności znaczna emigracja. Z powodu utrzymującego się ujemnego salda migracji na pobyt stały zmniejsza się liczba ludności Polski. Zmienia się również struktura ludności według płci i wieku. Wśród osób opuszczających Polskę na stałe przeważają mężczyźni. Emigrują głównie osoby w wieku 20-34 lat (ponad 47% ogółu emigrantów), a więc osoby młode, które swoje plany prokreacyjne zrealizują za granicą.

Niezależnie od krótkookresowych skutków migracji w świetle ich wpływu na rynek pracy w Polsce, masowa emigracja Polaków po 1 maja 2004 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 niesie za sobą określone skutki społeczne, demograficzne, ekonomiczne, a także kulturowe. Migracje przybierając trwałe charakter wywołują narastające dysfunkcje w sferze demograficznej i ekonomicznej regionu. Województwo opolskie, zarówno pod względem skali zjawiska, jak i oddziaływania na potencjał regionalny jest jednym z najważniejszych regionów tego typu w Polsce, a być może i w Europie<sup>155</sup>. „Można się jednak spodziewać, że z doświadczeń mobilności

---

<sup>154</sup> Z. Kostrzewska Z., Szałtys D. (2009), *Wpływ emigracji na rozwój demograficzny Polski*, w: J. Szymborski, A. Potrykowska (red.), *Migracje zagraniczne a polityka migracyjna*, Biuletyn RPO 66, Materiały, 55-71

<sup>155</sup> „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)”. K.Hefner, 2012, *Migracje a rozwój regionu. Znaczenie procesów migracyjnych dla rozwoju regionów w Polsce*, w: R.Rauziński, T. Sołdra-Gwiżdż (red.), *Spółczesność Śląska Opolskiego 1945-2011-2035 ...*, s. 84-85.

będą korzystać osoby powracające z zagranicy, a w przyszłości kształtować się będzie swoisty schemat cyrkulacyjny zwiększający mobilność polskiej populacji”<sup>156</sup>.

### **Wpływ migracji na rodziny**

Otwarcie granic poszczególnych państw UE na pracowników Polski spowodowało gwałtowne narastanie problemu rozłąki rodziny z przyczyn ekonomicznych. 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 – obydwa destrukcyjnie wpływają na przeobrażenia życia rodzinnego, tak 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 rodzinnych<sup>157</sup>.

Szczególnie niepokojące są skutki migracji ekonomicznej dla dzieci migrantów (tzw. problem „eurosieroctwa”), które zostały pozostawione bez opieki lub pod opieką dziadków przez migrujących rodziców. Konsekwencje społeczne są negatywne zwłaszcza w sytuacji nadmiernego szerzenia się tego zjawiska w Polsce (w kraju występują tysiące dzieci pozbawionych opieki rodziców z powodu migracji zarobkowej). Odnotowano wiele tragicznych przypadków, w których rodzice oddali swoje dzieci do państwowych domów dziecka przed opuszczeniem kraju oraz takie, w których dzieci popełniły samobójstwo, sięgały po narkotyki, wchodziły na drogę przestępczą lub miały zaburzenia psychiczne.

Problem sierot migracyjnych („eurosierot”) – 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. Według raportu „Eurosieroctwo 2008” Fundacji „Prawo Europejskie” w 110 tys. polskich rodzin dzieci wychowują się bez co najmniej jednego z rodziców, który wyemigrował na Zachód. Efektem eurosieroctwa i braku opieki jest wagarowanie, opuszczanie się w nauce, porzucanie szkoły, wcześniejszy kontakt z alkoholem, używanie narkotyków i wchodzenie w środowiska patologiczne.

Dodatkowym problemem są negatywne skutki odczuwane przez rodziny migrantów zarobkowych, np. rozdzielenia rodzin z powodów mieszkaniowych i in. Zjawisko rozdzielenia rodzin występuje w kontekście prawa migrującego pracownika do połączenia z członkami rodziny oraz/lub beneficjentami<sup>158</sup>.

Współczesna emigracja nie wygaśnie z pewnością z dnia na dzień. Wręcz przeciwnie, ma szanse się rozwinąć i to nie tylko z powodu otwarcia rynków pracy przez

---

<sup>156</sup> *Polska 2030 ... op.cit.*, s. 83

<sup>157</sup> Balicki J., Dębski M., Pawlus M., 2009, *Wpływ migracji na trwałość związków rodzinnych (wybrane zagadnienia)*, w: *Migracje zagraniczne a polityka migracyjna*, J.Szyborski, A. Potrykowska (red), *Biuletyn RPO 66, Materiały*, 72-90. Fidelus A., 2008, *Działania prorodzinne państwa w kontekście emigracji zarobkowej Polaków*

<sup>158</sup> Potrykowska A. (2009), *Migracje zagraniczne a polityka rodzinna w Polsce*, w: J. Szyborski, A. Potrykowska, *Migracje zagraniczne a polityka migracyjna*, (red), *Biuletyn RPO 66, Materiały*, 17-46. w: Raporcie Prof. J.R Carby-Halla (2008, s. XIV-XV) *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).

wszystkie kraje Unii Europejskiej. Państwa, zwłaszcza te będące w fazie stagnacji demograficznej, posiadające niski przyrost naturalny prowadzą określoną politykę nakierowaną na przyciągnięcie imigrantów.

Oferowanie atrakcyjnych zarobków czy dostęp do szerszych świadczeń społecznych to elementy przemyślanych strategii niektórych krajów UE. Imigracja zwłaszcza definitywna czy długookresowa zaczyna być postrzegana jako jeden z głównych czynników rozwoju demograficznego.

W obecnej dekadzie procesy imigracyjne zyskują na znaczeniu, zaś imigracja przyczyni się do złagodzenia niedoborów siły roboczej i sytuacji na krajowym rynku pracy oraz wpłynie będzie pozytywnie na procesy demograficzne.

Polityka migracyjna stanowi jeden z instrumentów, mogących łagodzić niekorzystne dla rynku pracy skutki przemian demograficznych.

### **Imigracja**

W okresie pięciu lat od momentu wejścia Polski do Unii Europejskiej, średnio co roku wymeldowywało się z pobytu stałego około 30 tysięcy osób, podczas gdy meldunku na pobyt stały dokonywało w tym czasie w Polsce średnio tylko niespełna 12 tysięcy osób. Ujemne saldo migracji w rekordowym 2006 roku wyniosło 36 tysięcy osób. W związku z pogarszającą się sytuacją ekonomiczną na świecie liczba wyjazdów na stałe z Polski uległa wyraźnemu zmniejszeniu. W dwóch ostatnich latach różnica pomiędzy liczbą osób wymeldowujących się jak i meldujących się na pobyt stały była niewielka stąd saldo migracji było ujemne ale bliskie zeru (ok. 2 tys. osób).

Spis ludności 2011 wykazał wstępnie, że w Polsce przebywa czasowo 56,3 tys. stałych mieszkańców innych krajów, w tym 40,1 tys. przebywa powyżej 3 miesięcy. Ponad 29 tys. to imigranci przebywający w Polsce co najmniej 12 miesięcy, przy czym liczba tych, którzy zamierzają w Polsce przebywać przez okres roku lub dłużej jest większa (36,1 tys.)<sup>159</sup>.

Pomimo niedoszacowania skali imigracji do Polski, na podstawie zebranych danych można podjąć próbę scharakteryzowania tej zbiorowości pod względem demograficznym, jak i kraju pochodzenia oraz regionu przebywania w Polsce.

Wśród imigrantów przebywających w Polsce powyżej 3 miesięcy w 2011 r. przeważają kobiety, które stanowią prawie 54% ogółu, podczas gdy w 2002 r. nieznacznie przeważali mężczyźni. Zdecydowana większość imigrantów (prawie 82%) przebywa w miastach.

---

<sup>159</sup> Raport z wyników: *Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011, 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 konieczne będzie doszacowanie rozmiarów imigracji czasowych.

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.

Najwięcej imigrantów pochodzi z krajów sąsiednich – z Ukrainy (ponad 17%) i Niemiec (prawie 10%). Na trzecim miejscu znalazła się Wielka Brytania, z której przybyło około 5% migrantów i są to w większości obywatele polscy, którzy wcześniej opuścili Polskę na stałe.

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, Wielkiej Brytanii, Stanów Zjednoczonych Włoch, Francji lub Irlandii. Najwięcej cudzoziemców pochodzi z Ukrainy, Białorusi, Niemiec, Rosji, Chin, Bułgarii i Wietnamu.

Główna przyczyna przebywania imigrantów w Polsce jest zróżnicowana i zależna od obywatelstwa – wśród cudzoziemców jest to praca, natomiast wśród Polaków – sprawy rodzinne.

Rozmieszczenie cudzoziemców na terenie kraju – podobnie jak ludności z obywatelstwem niepolskim – nie jest równomierne. Ponad połowa z nich przebywa na terenie czterech województw (mazowieckiego, dolnośląskiego, małopolskiego i śląskiego).

Najwięcej, bo ponad 1/4 imigrantów przebywa na terenie woj. mazowieckiego, znaczny odsetek, ale zdecydowanie mniejszy – w woj. dolnośląskim i małopolskim (po około 9%), w śląskim i łódzkim – po około 8%, a w pomorskim, wielkopolskim i lubuskim – prawie 6%, a najmniej w woj. świętokrzyskim (1,5%).

### **Imigracja pracownicza**

Dnia 26 kwietnia 2011 r. Rada Ministrów przyjęła Krajowy Program Reform na rzecz realizacji strategii „Europa 2020”. Celem KPR jest budowa trwałych podstaw wzrostu gospodarczego, przy łączeniu celów unijnych z priorytetami krajowymi.

W ramach KPR realizowane ma być działanie 3.1.7 - "Polityka migracyjna zapewniająca napływ cudzoziemców odpowiadający potrzebom rynku pracy". Stworzenie takiej polityki powinno m.in odpowiadać na wyzwania demograficzne, z jakimi w nadchodzących latach zmierzy się polski rynek pracy.

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. W Polsce napływ pracowników cudzoziemskich odbywa się z jednoczesnym masowym odpływem rodzimych pracowników. Polscy pracodawcy 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 cierpiących na niedobór siły roboczej (np. rolnictwo, budownictwo) lub fachowców w określonych zawodach. Jednym z czynników, które wpłynęły na zmniejszenie się w ostatnich dwóch latach problemu niedoborów siły roboczej na polskim rynku pracy, który najbardziej odczuwalny był w 2007 roku (NBP), jest z pewnością pogorszenie się koniunktury gospodarczej na świecie, ale także i nieznaczne osłabienie wzrostu gospodarczego w Polsce. Z jednej strony kryzys na świecie spowodował mniejszy odpływ rodzimej siły roboczej, a z drugiej mniejszy rozwój gospodarczy przełożył się na zmniejszenie wzrostu zatrudnienia w polskiej gospodarce i de facto spadek popytu na pracę. Kolejnym powodem zmniejszenia się odczuwania niedoboru siły roboczej przez polskich pracodawców jest niewątpliwie możliwość pozyskiwania brakujących pracowników z zagranicznych rynków pracy, co znajduje potwierdzenie w obserwowanym wzroście liczby pracowników cudzoziemskich na polskim rynku pracy.

Legalnie pracować w Polsce mogą cudzoziemcy, którzy łącznie spełniają dwa warunki: po pierwsze legalnie przebywają w Polsce na podstawie kart pobytu lub wiz (z wyjątkiem wizy turystycznej, tranzytowej, wydanej w związku z korzystaniem z ochrony czasowej oraz wizy wydanej w związku z przejazdem ze względów humanitarnych, interes państwa bądź zobowiązania międzynarodowe), a po drugie posiadają zezwolenie na pracę lub możliwość wykonywania pracy bez konieczności uzyskania zezwolenia na pracę<sup>160</sup>.

W dniu 31 grudnia 2010 r. ponad 97 tys. cudzoziemców posiadało ważne karty pobytu, z czego ponad 28,4 tys. było w posiadaniu obywateli Ukrainy. Kolejnymi największymi grupami cudzoziemców posiadającymi ważne karty pobytu, byli obywatele Rosji (ok. 12,5 tys.), Białorusini (8,9 tys.) oraz Wietnamczycy (8,5 tys.). Najczęściej podstawą wydania cudzoziemcom karty pobytu była zgoda na osiedlenie się lub zamieszkanie na czas oznaczony. Jedynie w przypadku Rosjan prawie połowa osób kartę pobytu uzyskała, gdyż starała się o uzyskanie statusu uchodźcy w Polsce.

W 2010 roku wydano ponad 37 121 zezwoleń na pracę, czyli prawie o ponad 7,5 tys. więcej niż w poprzednim roku. Najwięcej zezwoleń na pracę wydano obywatelom Ukrainy – aż 13,2 tys. (w 2009 roku obywatelom tego kraju wydano ponad 9,5 tys. zezwoleń). Obok Ukrainy, w dziesięć krajów, z których obywatelom udzielono w tym okresie najwięcej zezwoleń, znalazły się również: Chiny (wzrost z 4,5 tys. do 6,3 tys.), Wietnam (spadek z 2,6 do 2,3), Nepal (wzrost z 838 do 2,2 tys.), Białoruś (wzrost z 1,7 do 2,0), Turcja (wzrost z 1,4 do 1,5) czy Indie (1,2 tys.). Połowa wszystkich zezwoleń na pracę wydana została 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 oprócz Mazowsza koncentrują się 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 ponad 46% zezwoleń dla tej grupy cudzoziemców wydał właśnie tamtejszy wojewoda. Ponadto

---

<sup>160</sup> <http://www.forummigracyjne.org>

w województwie warmińsko-mazurskim powyższe zjawisko koncentracji cudzoziemców z jednego kraju spowodowane jest funkcjonowaniem jednego, dużego podmiotu mającego siedzibę na tym terenie, który zatrudnia 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 pracowników. W powyższym świetle nie dziwi koncentracja Chińczyków w województwie pomorskim, gdzie sprowadzani byli do prac w stoczni, czy obywatele Nepalu w województwach kujawsko-pomorskim, wielkopolskim czy lubuskim, gdzie rekrutowani zostali do pracy w zakładach mięsnych czy zakładach produkcji mebli. Kolejnym czynnikiem determinującym 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 (85% 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 przez gospodarstwa domowe znalazło się w rękach Ukraińców, a na budowach możemy spotkać głównie obywateli Ukrainy, Chin i Białorusi. Ponadto Białorusini znajdują zatrudnienie również w polskich firmach zajmujących się usługami transportowymi. W 2010 roku 87% 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 Polsce).

Obecnie obywatele pięciu państw (Białorusi, Ukrainy, Rosji, Mołdowy oraz Gruzji) 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. W 2010 r. zarejestrowano ponad 180 tys. takich oświadczeń, czyli prawie o 10 tys. mniej niż w roku poprzednim, co najprawdopodobniej jest wynikiem nieznacznego spowolnienia gospodarczego w Polsce. Najczęściej są to obywatele Ukrainy. Warto zwrócić uwagę, że sukcesywnie spada zainteresowanie tą opcją migracyjną wśród obywateli Rosji i Białorusi. Jednakże fakt zarejestrowania oświadczenia przez pracodawcę nie jest tożsamy z przyjazdem cudzoziemca i podjęciem przez niego pracy w Polsce.

W roku 2010, podobnie jak to miało miejsce w latach ubiegłych, z tej możliwości zatrudniania cudzoziemców najczęściej chcieli skorzystać pracodawcy sektora rolnego oraz sektora budowlanego i sektora usług domowych. Zapotrzebowanie na pracowników w dwóch pierwszych sektorach jest związane z pewną sezonowością w popycie na pracowników, natomiast wykorzystywanie tej opcji poprzez pracodawców z sektora usług domowych może świadczyć o braku innych możliwości w zaspokojeniu zapotrzebowania na pracowników do tych prac (w przypadku pomocy domowych, ta opcja migracyjna ułatwia legalizację ich zatrudnienia, gdyż po przepracowaniu trzech miesięcy na podstawie oświadczenia pracodawca może starać się o zezwolenie na pracę w uproszczonej procedurze tj. bez testu rynku pracy).

W poszczególnych sektorach polskiego rynku pracy jest widoczne zróżnicowanie etniczne ze względu na liczbę wydawanych oświadczeń. W porównaniu z pozostałymi



grupami, które mogą starać się o pracę na podstawie oświadczenia, Obywatele Ukrainy najczęściej pracują w rolnictwie, z kolei Białorusini wykorzystują tę strategię legalizacji zatrudnienia w transporcie, zaś obywatele Mołdowy na podstawie oświadczeń znajdują zatrudnienie głównie w budownictwie.

Mimo, że system oświadczeń sprawdza się w praktyce i jest efektywnym narzędziem dopuszczającym cudzoziemców do polskiego rynku pracy, to organy kontrolujące legalność pobytu i pracy obywateli innych państw, jak i organizacje pozarządowe, do których zgłaszali się poszkodowani cudzoziemcy, zgłosili potrzebę uszczelnienia tego systemu<sup>161</sup>.

### **Polonia i skupiska Polaków poza granicami kraju**

Czynnikiem znaczącym zarówno dla procesów migracyjnych w Polsce jak i samej polityki migracyjnej jest fakt istnienia wielomilionowej Polonii i skupisk Polaków poza granicami kraju. Szacunek liczebności Polaków w świecie jest bardzo utrudniony zarówno z powodu braku kompletnych i uporządkowanych zasad metodologicznych jak i braku jednolitych – w czasie i przestrzeni – informacji statystycznych<sup>162</sup>.

### **Współpraca z polską diasporą w państwach członkowskich UE oraz ochrona instytucjonalna polskich pracowników migrujących**

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 oraz ochrony instytucjonalnej polskich pracowników migrujących, realizowanych jest przez MSZ szereg 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 uznawani<sup>163</sup>.

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 członkowskie, zgodnie z ich sytuacją krajową oraz systemem prawnym oraz we współpracy z państwami pochodzenia, podejmują

---

<sup>161</sup> W 2010 roku 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 roku, 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.

<sup>162</sup> *Założenia polityki ludnościowej w Polsce*, 2004. W: Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2004, Rządowa Rada Ludnościowa, 2006. Warszawa, s. 78.

<sup>163</sup> W dużym stopniu działania w tym zakresie są realizowane przez Departament Współpracy z Polsnią MSZ, który jest odpowiedzialny m.in. za realizację zadań związanych z koordynowaniem działań urzędów administracji w zakresie współpracy z Polsnią i Polakami za granicą. Przykładem jest znaczące wsparcie finansowe przez MSZ szeregu wspólnych projektów oświatowych, zwłaszcza na naukę języka polskiego i przedmiotów ojczyustych oraz w dziedzinie promocji polskiej kultury, sztuki i historii

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.

Ważną inicjatywą, służącą do ich rozwiązywania, jest m.in. powołana przez Ministerstwo Edukacji Narodowej w lipcu 2010, jako organ doradczy MEN, *Rada Oświaty Polonijnej (ROP)*. 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 prawnych zmian 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.

### **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 2000r. 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 nowelizowana kilkakrotnie, najważniejsze zmiany wprowadzone w 2003 r. dotyczyły statusu małżonków repatriantów i aktywizacji zawodowej.

Ustawa o repatriacji przesunęła ciężar finansowania akcji repatriacyjnej na budżet państwa. Co roku w budżecie wyodrębniana jest rezerwa celowa „Pomoc dla repatriantów”, z której finansowane są zarówno bezpośrednie zasiłki na zagospodarowanie się, jak i dotacje dla gmin zapraszających repatriantów oraz pracodawców. Gminy, z tytułu zgłoszenia do bazy „Rodak” zaproszenia dla nie wskazanej imiennie rodziny repatriantów mogą otrzymać do 120 tys. zł dotacji. Środki te gminy w całości mogą przeznaczyć na realizację zadań własnych. Natomiast pracodawcy, którzy zatrudnią repatrianta mogą otrzymać zwrot kosztów poniesionych na przekwalifikowanie zawodowe, szkolenie oraz na wypłatę wynagrodzenia i składek do 25 tys. zł.

Do końca 2010 r. w ramach repatriacji osiedliło się w Polsce 7248 osób (w latach 2001- 2010 - 5980 osób, w tym osoby uznane za repatriantów). W chwili obecnej jest zarejestrowanych 2800 osób, które oczekują na wskazanie im miejsca do osiedlenia się<sup>164</sup>. Są to w przeważnie Polacy z Kazachstanu i Uzbekistanu oraz nieliczni z Rosji, 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 MSWiA. Od momentu wejścia w życie przepisów gwarantujących gminom dotację z budżetu państwa, wpłynęło jednak tylko 190 ofert gmin oraz 2 oferty od organów prowadzących domy opieki społecznej.

---

<sup>164</sup> Informacja o przebiegu repatriacji w roku 2011, Departament Obywatelstwa i repatriacji MSW.

Aktualnie obowiązujące przepisy uzależniają wielkość repatriacji od możliwości finansowych jednostek samorządu gminnego i jak pokazują dane za ostatnie 10 lat z jej przepisów mogło skorzystać zaledwie 4,4 tys. osób<sup>165</sup>.

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 repatriacją<sup>166</sup>.

W grudniu 2010 roku 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.

#### **DOSKONALENIE SYSTEMU DOPUSZCZANIA CUDZOZIEMCÓW DO POLSKIEGO RYNKU PRACY**

Podstawowymi zasadami, jakie przyjęto przy tworzeniu obecnie obowiązujących przepisów regulujących zatrudnianie cudzoziemców w Polsce<sup>167</sup> są:

- prymat potrzeb rynku pracy,
- komplementarność (a nie substytucyjność) względem podaży rodzimej siły roboczej.

---

<sup>165</sup> W bazie RODAK zarejestrowanych jest obecnie 1850 rodzin (łącznie 2800 osób), które oczekują na pozytywne rozpatrzenie wniosku w sprawie repatriacji. Liczbę przyjazdów do Polski w ramach repatriacji limitują przede wszystkim warunki otrzymania wize repatriacyjnej. Przepisy gwarantują repatriantom stosunkowo wysoki poziom bezpieczeństwa socjalnego – pewność zatrudnienia (przynajmniej dla jednej osoby) i stałe umowy najmu lokali komunalnych. Na szybszy przyjazd do Polski mogą liczyć osoby już posiadające bliskich w Polsce, lub te, którym pomogą polscy duchowni lub nauczyciele.

<sup>166</sup> 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 wize, 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 wize repatriacyjną wynosi ponad 5 lat (P.Hut, 2012, *Doświadczenia życiowe przesiedleńców z Białorusi, Ukrainy i Federacji Rosyjskiej w Polsce*, „Polityka Wschodnia”, nr 1).

<sup>167</sup> Kwestie te uregulowane są przede wszystkim w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t. j. Dz. U. z 2008 r. Nr 69, poz. 415) oraz aktach wykonawczych do niej: (1) Rozporządzenie z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie przypadków w których powierzanie 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); (4) Rozporządzenie z dnia 17 października 2007 r. w sprawie wysokości wpłaty dokonywanej w związku ze złożeniem wniosku o wydanie zezwolenia na pracę cudzoziemca (Dz. U. Nr 195, poz. 1409);

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 dla pracowników delegowanych i pełniących funkcję w zarządzie osób prawnych), przeprowadzana jest 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, Mołdowy, Rosji i Ukrainy, 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 bowiem 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 charakteryzujących 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 pomiędzy Polską i jej wschodnimi sąsiadami. Takie rozwiązanie sprzyja też upowszechnianiu się tzw. migracji cyrkulacyjnych, co rekomendowane jest w dokumencie „Polityka Migracyjna Polski...”<sup>168</sup>. 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. oświadczeń<sup>169</sup>.

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 gospodarki<sup>170</sup>. Stąd już teraz konieczne jest monitorowanie sytuacji demograficznej oraz potrzeb rynku pracy<sup>171</sup>, identyfikacja obszarów szczególnie narażonych na wystąpienie

---

<sup>168</sup> *Polityka Migracyjna Polski – stan obecny i postulowane działania*, 2011, wersja 31.07.2012, MSW, s. 34.

<sup>169</sup> Tamże

<sup>170</sup> Wg prognozy makroekonomicznej, przygotowanej przy okazji usługi badawczej 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 proc. (o ok. 50 proc. w wariancie średnim) większe, niż w 2008 r.

<sup>171</sup> Tamże, s. 32.

niedoborów, gromadzenie danych statystycznych, opracowywanie odpowiednich wskaźników i prognoz oraz współpraca pomiędzy 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 sektory nowoczesnej gospodarki wymagającej wysoko wykwalifikowanej kadry.

Warto zauważyć, że podejście do migracji na poziomie UE zmieniło się istotnie na przestrzeni 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. Migracja zaczęła być traktowana jako zjawisko, którym można i należy zarządzać – nie tylko ograniczać i kontrolować. Działania legislacyjne podejmowane przez UE z jednej strony starają się kształtować i ułatwiać legalną migrację, chronić prawa migrantów oraz zapewniać im właściwe warunki do społecznej integracji<sup>172</sup>, z drugiej zaś strony – ograniczać zjawisko nielegalnej imigracji<sup>173</sup> (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 ma coraz większy wpływ prawo wspólnotowe.

Wskazane powyżej demograficzne wyzwania znalazły odzwierciedlenie m.in. w strategii rozwoju UE „Europa 2020”, w której podkreślono, że należy wspierać dalekowzroczną i kompleksową politykę migracji zarobkowej, która umożliwiałaby elastyczne zaspokajanie potrzeb rynku pracy. Realizacja strategii na gruncie polskim została zagwarantowana przez przyjęty przez Radę Ministrów w kwietniu 2011 r. Krajowy Program Reform na rzecz realizacji strategii „Europa 2020”. Jego celem jest budowa trwałych podstaw wzrostu gospodarczego, przy łączeniu celów unijnych z priorytetami krajowymi. Wśród działań w ramach Krajowego Programu Reform znajduje się „*Polityka migracyjna zapewniająca napływ cudzoziemców odpowiadający potrzebom rynku pracy*”.

---

<sup>172</sup> Następujące dokumenty: - projekt dyrektywy w sprawie procedury jednego wniosku o jedno zezwolenie dla obywateli krajów trzecich na pobyt i pracę na terytorium państwa członkowskiego oraz w sprawie wspólnego zbioru praw dla pracowników z krajów trzecich przebywających legalnie w państwie członkowskim KOM (2007) 638. (1) 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; (2) projekt dyrektywy w sprawie warunków wjazdu i pobytu obywateli państw trzecich w ramach przeniesienia wewnątrz przedsiębiorstwa (KOM (2010) 378); (3) projekt dyrektywy w sprawie warunków wjazdu i pobytu obywateli państw trzecich w celu podjęcia pracy sezonowej (COM(2010)379).

<sup>173</sup> M.in. 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.

Od 2009 r. 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, realizuje 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 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 wydawane są zezwolenia.

Polityka migracyjna dostosowana do potrzeb rynku pracy nie jest jednak odpowiedzią na wszystkie wyzwania, jakie przed krajami rozwiniętymi stawia demografia. Wśród kwestii poruszanych przy tej problematyce nie wolno zapominać o aktywizacji zasobów rodzimej siły roboczej oraz polityce na rzecz zwiększania dzietności.

Podzespół ds. migracji w wyniku przeprowadzonych dyskusji zaproponował uznanie spraw migracyjnych za ważny składnik „Założeń polityki ludnościowej w Polsce”, a w jego obrębie przyjęcie pięciu następujących priorytetów w obszarach:

1. podejścia do starej i nowej diaspory,
2. procesów emigracji zarobkowej,
3. kompleksowego ujmowania procesów imigracyjnych,
4. edukacyjnego,
5. 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. Zapewnienie ochrony i pomocy konsularnej, ciągłości informacji o kraju.
3. Promocja Polski na arenie międzynarodowej.
4. Włączenie Polaków przebywających za granicą do promocji krajowej produkcji i turystyki.

##### **Wspieranie Polaków przebywających za granicą**

Jednym z bardzo ważnych zjawisk, które pojawiły się po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej jest migracja zarobkowa i konieczność zapewnienia wszystkim

osobom należącym do tej grupy dostępu do polskiej oświaty, kultury, a także do standardowej opieki konsularnej. Setki tysięcy Polaków pracujących i mieszkających wraz ze swoimi rodzinami w państwach UE i przemieszczających się w ramach struktur wspólnotowych zrodziło poważne skutki administracyjne, społeczne, a nawet polityczne dla krajów przyjmujących jak i dla Polski.

#### **KIERUNKI DZIAŁAŃ:**

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. Jednym z nich było przygotowanie i publikacja *Raportu o sytuacji Polonii i Polaków za granicą 2009* zawierającego kompendium wiedzy na temat historii i współczesnej kondycji polskiej diaspory w wybranych krajach świata.

W 2010 roku Ministerstwo Spraw Zagranicznych przystąpiło do opracowania Atlasu obecności Polonii i Polaków na świecie, pomyslanym jako przyszłe efektywne narzędzie współpracy z Polonią i Polakami za granicą<sup>174</sup>.

Środki, jakie DWP przeznacza na działalność polonijną polskich placówek dyplomatyczno-konsularnych za granicą, są instrumentem umożliwiającym realizację wyznaczonych im zadań<sup>175</sup>. Są to przede wszystkim: aktywizacja młodego pokolenia osób polskiego pochodzenia, docieranie do środowisk polonijnych niezrzeszonych w organizacjach polonijnych, a także utrzymywanie kontaktów i wspieranie działalności tradycyjnych organizacji polonijnych.

#### **Wspieranie edukacji i zrzeszeń Polaków przebywających za granicą**

##### *Utrzymanie szkolnictwa polskiego za granicą*

Ministerstwo Edukacji Narodowej jest organem prowadzącym dla 73 szkół i szkolnych punktów konsultacyjnych przy ambasadach, urzędach konsularnych i przedstawicielstwach wojskowych RP dla dzieci obywateli polskich czasów przebywających za granicą. MEN w pełni finansuje działalność tych szkół.

Zasady wspierania oświaty polonijnej oraz nauczania języka polskiego w obcych systemach oświaty są określone w rozporządzeniu ministra edukacji narodowej o warunkach i sposobie wspomaganie 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.

Ponadto ustawa o systemie oświaty nakłada na szkoły obowiązek zapewnienia uczniom nie znającym języka polskiego dodatkowych, bezpłatnych lekcji z tego języka

<sup>174</sup> *Atlas obecności Polonii i Polaków na świecie*, (2010), Ministerstwo Spraw Zagranicznych, Warszawa

<sup>175</sup> Od 2011 roku środki będące w dyspozycji MSZ (Departament Współpracy z Polonią) są dzielone na cztery fundusze polonijne: „szkolnictwo polskie za granicą” (4 405 000); „kultura i sztuka oraz pozostała działalność” (4 429 000); „kolonie i obozy dla młodzieży polonijnej w kraju” (614 000); „opieka nad miejscami pamięci narodowej” (500 000); plus dotacja przeznaczona na wsparcie TV Polonia (w 2011 roku 11.319.000). O przyznanie środków z poszczególnych funduszy placówki ubiegają się w drodze konkursu projektów. Są to projekty autorskie placówek, bądź realizowane we współpracy ze środowiskami polonijnymi.

a także z przedmiotów nauczania, tak, aby umożliwić uczniowi w czasie nie dłuższym niż 12 miesięcy wyrównanie różnic programowych

#### **KIERUNKI DZIAŁAŃ**

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 animowania 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 podtrzymywaniem tożsamości narodowej i kontaktu przedstawicieli Polonii z polską kulturą i językiem działalnością tego typu. 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 przez polskie instytucje – zarówno rządowe (przede wszystkim konsulatory), jak i pozarządowe (takie jak np. Stowarzyszenie Wspólnota Polska). Stosunkowo niewiele jest natomiast organizacji instrumentalnych – nastawionych na realizację interesów polskich migrantów w postaci prowadzenia działalności rzeczniczej, czy doradztwa. Sprawa to, że po pierwsze tradycyjne organizacje będą tracić swoich klientów oraz członków coraz mniej zainteresowanych działaniami ekspresyjnymi. Nowe formy organizacyjne mogą się wykształcić dopiero w sytuacji gdy uzyskały by 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**

- Prowadzenie szkół i szkolnych punktów konsultacyjnych dla dzieci obywateli polskich czasowo przebywających za granicą.
- Wspieranie oświaty polonijnej organizowanej przed podmioty społecznie działające.
- Wspieranie nauczania języka polskiego w ramach obcych systemów oświaty.

#### **Zapewnienie ochrony i pomocy 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.

### *Podstawy prawne*

Zgodnie z art. 36 Konstytucji RP, „*Podczas pobytu za granicą obywatel polski ma prawo do opieki ze strony Rzeczypospolitej Polskiej*”<sup>176</sup>. Należy również pamiętać, iż zgodnie z Art. 23 Traktatu Lizbońskiego 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.

### **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, współpraca z polskimi grupami zawodowymi niosącymi pomoc pozostałym imigrantom – lekarze, prawnicy, tłumacze, psychologowie itp.),
- 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);

---

<sup>176</sup> „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.

- inspirowanie bezpośrednich kontaktów pomiędzy instytucjami polskimi, a instytucjami kraju urzędowania),
- poszerzanie współpracy z partnerami z UE i z państw trzecich w zakresie postępowania kryzysowego z udziałem obywateli polskich.

Niezwykle istotne wydaje się również 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 migracji zarobkowej prowadzą zakrojoną na szeroką skalę działalność informacyjną na temat miejscowych warunków życia i pracy<sup>177</sup>.

Niektóre z urzędów zorganizowały cieszące się bardzo dużym uznaniem punkty doradztwa prawnego.

Z drugiej strony urzędy konsularne włączyły w profil swojej działalności polskie kompetentne instytucje jak PIP, ZUS czy NFZ.<sup>178</sup> MSZ współpracuje z Głównym Inspektorem Pracy w celu nawiązania za pośrednictwem urzędów konsularnych bezpośredniej kooperacji z lokalnymi instytucjami dalszych państw członkowskich UE/EOG zajmującymi się prawem pracy, jego przestrzeganiem oraz nadzorem nad jego realizacją.

W odpowiedzi na zjawisko masowej migracji zarobkowej, Ministerstwo Spraw Zagranicznych opracowało program „Bliżej 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 migracji a także kompetentnych instytucji miejscowych działających i niosących pomoc na owym gruncie.

### **Zaangażowanie władz i instytucji kraju zamieszkania w rozwiązywanie problemów starej i nowej emigracji**

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 życia i pracy<sup>179</sup>. Działania informacyjne wobec migrantów podejmuje również szereg instytucji miejscowych<sup>180</sup>.

<sup>177</sup> 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.

<sup>178</sup> 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.

<sup>179</sup> 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.

<sup>180</sup> Wśród nich *Gangmaster's Licensing Authority* wydając broszury i informatory oraz organizując w sezonie

Jednym z bardzo istotnych zadań wykonywanych przez urzędy konsularne jest pomoc osobom bezdomnym mającym kłopoty adaptacyjne. Problem ten występuje w największym natężeniu w Wielkiej Brytanii, we Francji, we Włoszech oraz w Niemczech.<sup>181</sup> 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 rzeczowej współpracy przekazywane są wspomnianym organizacjom środki pieniężne na dofinansowanie ich bieżącej działalności.

### **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, centralna<sup>182</sup>.

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 oczywistej Polonia i 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.

Stałym i niezmiernie ważnym czynnikiem osiągnięcia 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, jest niedostatecznie wykorzystywany zarówno z uwagi na jego rozproszenie.

Istnieje konieczność sięgnięcia – 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

---

letnim radiowe kampanie informacyjne skierowane do Polaków.

<sup>181</sup> 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.

<sup>182</sup> 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](http://www.poland.gov.pl)).

i przekazu, z drugiej natomiast korzystanie z profesjonalnych usług miejscowych specjalistów.

Priorytetem odpowiednich instytucji krajowych powinna być współpraca ze środowiskami polonijnymi w realizacji wszystkich ważnych dla promocji Kraju w świecie projektów. Środki przeznaczane na te cel pozostają ograniczone, niezbędna jest więc merytoryczna selekcja projektów tak, aby realizowane były tylko te - faktyczne kluczowe dla wizerunku i interesów Polski i Polonii.

Działania MSZ mające na celu wzmocnienie międzynarodowej pozycji Polski i poprawę jej wizerunku koncentrują się przede wszystkim na:

- podnoszeniu intensywności relacji politycznych oraz poziomu współpracy kulturalnej, naukowej, oświatowej, technologicznej z innymi krajami,
- budowaniu przychylności dla Polski i zapobieganiu powstawaniu i utrzymywaniu się negatywnych skojarzeń oraz stereotypów,
- prezentacji Polski jako stabilnej, europejskiej demokracji,
- popularyzowaniu 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 przyczynianiu się do wzrostu polskiego eksportu i/lub inwestycji, ew. zagranicznych inwestycji do Polski,
- promowaniu 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,
- tworzeniu 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,
- popularyzowaniu 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,
- promocji Polski jako kraju zaangażowanego w ruch międzynarodowej solidarności, udzielającego coraz większej pomocy rozwojowej.
- promocji polskich kandydatur do określonych funkcji, zadań, misji, itp.

### **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 naszej gospodarki podczas ogólnoswiatowego 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.

Polisce 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 „brand’u” oraz promocję polskiego eksportu. Skuteczna i skoordynowana promocja kraju oraz polskiej gospodarki jest niezbędna dla tworzenia odpowiedniego i dobrego klimatu dla polskich eksporterów i inwestorów. Na rynkach światowych istnieje potrzeba pojawienia się rozpoznawalnych polskich marek, których obecność wzmacniałaby 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.

Fakt znaczącego wzrostu liczby Polaków na emigracji tylko w znikomym stopniu wykorzystywany jest do promocji polskiej gospodarki i kultury, a także działań na rzecz poprawy wizerunku Polski i Polaków w świecie.

#### **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 pomiędzy instytucjami zaangażowanymi w problematykę emigracji.

##### **DZIAŁANIA**

Uzyskanie wszechstronnej informacji w powyższym zakresie:

- nadzór nad agencjami pośrednictwa pracy,
- powołanie instytucji o zbliżonym zakresie działania jak przedwojenny Syndykat Emigracyjny, w celu monitorowania procesów emigracyjnych,
- ułatwienie transferów i prawa w powrotach

Finansowanie mogą wspierać banki zajmujące się transferem, przyjmowaniem lokat czy udzielaniem kredytów.

##### **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.

#### **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 innym państwie. W ramach współpracy publicznych służb zatrudnienia państw członkowskich przekazywane są informacje nt. warunków życia i pracy oraz o ofertach 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 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.

#### **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.

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 emigracji.<sup>183</sup>

Jednak bez względu na przyczyny decyzji o powrocie, istnieje 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;
- współpraca z właściwymi instytucjami w zakresie tworzenia warunków ułatwiających migrantom powrót do kraju.

#### **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). Wydaje się jednak, że 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

---

<sup>183</sup> W 2010 r. dla kilku krajów z obszaru UE odnotowano wzrost liczby Polaków, co oznacza, że liczba wyjazdów do tych krajów przewyższyła liczbę powrotów. 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. Z drugiej strony wiele osób – głównie 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 rodziny, którzy wyjechali kilka lat wcześniej i najczęściej nabyli prawa do pobytu, mają pracę i szerszy dostęp do świadczeń społecznych (GUS,2011).

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**

1. wskazanie podmiotu wiodącego w zakresie problematyki emigracji;
2. współpraca resortów zaangażowanych w tematykę emigracji Polaków;
3. współpraca z samorządem terytorialnym i organizacjami pozarządowymi w ramach działań na rzecz Polaków – migrantów zarobkowych przebywających za granicą.

### **PRIORYTET IV.3. WDROŻENIE POSTULATÓW DOTYCZĄCYCH IMIGRACJI ZAWARTYCH W OPRACOWANIU MIĘDZYRESORTOWEGO ZESPOŁU „POLITYKA MIGRACYJNA POLSKI – STAN OBECNY I POSTULOWANE DZIAŁANIA”**

#### **CELE DO OSIĄGNIĘCIA**

Pożądane jest podpisywanie umów migracyjnych z tzw. „krajami trzecimi” (podobnie jak Polska podpisywała np. z Niemcami – przed wstąpieniem do Unii Europejskiej).

*Podmiot odpowiedzialny:* MSW. Częściowo finansowanie z opłat związanych z wystawianiem wiz i swego rodzaju „podatku imigracyjnego”.

#### **Uprzywilejowanie określonych grup cudzoziemców w zakresie pobytu, pracy i nauki na terytorium Polski<sup>184</sup>**

System admisji 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 polskiego<sup>185</sup>
- 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 osób<sup>186</sup>

<sup>184</sup> *Polityka Migracyjna*, 2011, MSWiA, wersja 31.07.2012, MSW.

<sup>185</sup> Tzn. osoby, których pochodzenie polskie zostało stwierdzone w oparciu o przepisy ustawowe.

<sup>186</sup> 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 2004r. 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 ww. grupy nie będą bezpośrednimi adresatami działań rekomendowanych w ramach polityki migracyjnej.



- 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.

### **Polityka migracyjna dostosowana do priorytetów rynku pracy i konkurencyjności polskiej gospodarki**

Polityka migracyjna powinna być dostosowana do priorytetów rynku pracy, a z drugiej strony uwzględniać potrzebę zapewnienia konkurencyjności polskiej gospodarki

#### **KIERUNKI DZIAŁAŃ**

- 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),
- utworzenie aktywnego systemu pozyskiwania pracowników cudzoziemskich (m. in. na podstawie bilateralnych umów międzynarodowych),
- uproszczenia przepisów dotyczących możliwości podejmowania pracy w Polsce przez cudzoziemców.

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 należy:

- uregulowanie problematyki stwierdzania polskiego pochodzenia oraz uprawnień przysługujących osobom polskiego pochodzenia, w tym możliwości osiedlenia się w Polsce,

- 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.

**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

Sytuacja w stosunku do końca lat dziewięćdziesiątych uległa zmianie. Należy zwrócić uwagę na trzy elementy:

- 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
- wejście w życie ustawy o Karcie Polaka wprowadziło ożywienie w środowiskach polskich na Białorusi i Ukrainie i wzrost zainteresowania nauką języka polskiego,
- niezrealizowana nadal pozostaje dyspozycja art. 52 ust. 5 Konstytucji, a coraz więcej osób dysponujących Kartą Polaka przyjeżdża do Polski i występuje o zezwolenia na pobyt.

Należy na nowo zastanowić się nad kompleksowym uregulowaniem statusu cudzoziemców polskiego pochodzenia, ustawowo rozwiązać kwestię legalizacji ich pobytu w Polsce i stworzyć perspektywę nabycia obywatelstwa polskiego dla tych osób, które zrealizują zamiar osiedlenia się w Polsce.

### **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 (np. zniesienie wymogu uprzedniego informowania o terminie przeprowadzenia wywiadu środowiskowego lub kontroli legalności zatrudnienia),
- 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 wydalenionych, 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,
- wprowadzenie zmian prawnych określających dolną granicę wieku umieszczania małoletnich bez opieki w ośrodkach detencyjnych na poziomie 13 lat,
- 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 pobytom na terytorium RP (odstąpienie od wpisu danych do wykazu cudzoziemców, których pobyt na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej jest niepożądany lub 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 powinna umożliwić zalegalizowanie pobytu (bądź umożliwić 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 opracowywanie przez organy państwowe regularnych analiz dotyczących skutków abolicji.

## **Usprawnienie systemu udzielania ochrony międzynarodowej cudzoziemcom**

Ochrona międzynarodowa cudzoziemców w Polsce w dużym stopniu determinowana jest zobowiązaniami o charakterze międzynarodowym wynikającymi z Konwencji dotyczącej statusu uchodźców z 1951 r. oraz przynależnością Rzeczypospolitej Polskiej do Unii Europejskiej.

### **Uchodźcy**

Kwestie nadawania statusu uchodźcy w Polsce reguluje obecnie ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2009 r. nr 189, poz. 1472 z późn. zm.).

W 2010 roku cudzoziemcy złożyli tylko 6,5 tysiąca wniosków o nadanie statusu uchodźcy, czyli o ponad 3,5 tysiąca mniej niż w roku ubiegłym. Nadal największą grupę osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy w Polsce stanowili obywatele Federacji Rosyjskiej – 4 795 osób, z których 4 084 (około 85% ogółu) zadeklarowało narodowość czeczeńską<sup>187</sup>. Drugą w kolejności grupą cudzoziemców starających się o przyznanie statusu uchodźcy w Polsce byli Gruzini, później obywatele Armenii – 107 osób, Wietnamu – 47 osób, Białorusi – 46 osób, Ukrainy – 45 osób. W sytuacji odmowy nadania statusu uchodźcy, z urzędu rozstrzyga się o potrzebie udzielenia cudzoziemcowi ochrony uzupełniającej. W 2010 r. została ona udzielona 195 osobom, w tym między innymi 172 obywatelom Federacji Rosyjskiej, 5 obywatelom W 2010 roku zgody na pobyt tolerowany udzielono 196 osobom, w tym 98 obywatelom Federacji Rosyjskiej Iraku, 5 obywatelom Afganistanu oraz 4 cudzoziemcom z zachodniego Brzegu i Strefy Gazy<sup>188</sup>. Wnioski o przyjęcie cudzoziemców do Polski kierowane były głównie z Francji, Niemiec, Belgii i Austrii. W tym samym okresie przekazano z Polski 600 osób, również głównie do Niemiec, Belgii i Austrii. Większość ze złożonych wniosków o przekazanie cudzoziemców z Polski oparta była o zasadę łączenia członków rodziny oraz przyczyny humanitarne.

Niezależnie od powyższych uwarunkowań, mając na uwadze potrzebę usprawnienia systemu ochrony obcokrajowców rekomendowane są:

### **KIERUNKI DZIAŁAŃ**

- Uporządkowanie przesłanek udzielania zgody na pobyt tolerowany dotyczących ochrony międzynarodowej oraz okoliczności uzasadniających przyznanie prawa do pobytu z przyczyn o charakterze humanitarnym,
- prowadzenie działań preintegracyjnych wobec cudzoziemców oczekujących na wydanie decyzji w sprawach o objęcie ochroną (kursy z zakresu języka polskiego, wartości społecznych i obyczajowych, zawodowe, możliwość zatrudniania cudzoziemców do prac na terenie ośrodka recepcyjnego, etc.),
- uzależnienie wysokości pomocy finansowej oraz świadczeń przyznawanych cudzoziemcowi pozostającemu w procedurze uchodźczej od jego sytuacji materialnej,

---

<sup>187</sup> UdSC „Informacja Szefa Urzędu do Spraw Cudzoziemców o stosowaniu 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” - za lata 2005-2010.

<sup>188</sup> W sytuacji, kiedy cudzoziemiec ani nie spełnia warunków do nadania statusu uchodźcy ani warunków do udzielenia ochrony uzupełniającej, Szef Urzędu do Spraw Cudzoziemców bada potrzebę objęcia cudzoziemca ochroną przed wydaleniem w postaci zgody na pobyt tolerowany.

- dążenie do wprowadzenia systemu mniejszych ośrodków zlokalizowanych w większych miejscowościach, dogodniejszych z punktu widzenia dostępu do rynku pracy,
- rozważenie objęcia programami integracji cudzoziemców posiadających zgodę na pobyt tolerowany, jeśli ww. zgoda zostanie przyznana z uwagi na sytuację panującą w kraju pochodzenia cudzoziemca,
- wprowadzenie instytucji mentora/asystenta dla osób objętych programami integracji, w szczególności wywodzącego się ze środowisk imigranckich,
- dążenie do usamodzielnienia się finansowego cudzoziemca po zakończeniu programu integracji, w szczególności poprzez zapewnienie możliwości uzyskania przez niego kwalifikacji przydatnych na rynku pracy,
- doprowadzenie do wejścia na rynek pracy cudzoziemców objętych ochroną międzynarodową, m. in. poprzez wprowadzenie systemu zachęt dla pracodawców zatrudniających ww. cudzoziemców,
- przyjęcie rozwiązań zmierzających do rozwiązania problemu dostępności mieszkań dla cudzoziemców objętych ochroną międzynarodową,
- monitorowanie skuteczności prowadzonych działań integracyjnych, w kontekście zapobiegania wykluczeniu społecznemu osób objętych ochroną międzynarodową,
- przystąpienie przez Polskę do programu przesiedleń i relokacji uchodźców.

### **Wzmocnienie systemu prawnego i instytucjonalnego zarządzania migracjami**

Proponowane rozwiązania i kierunki polityki migracyjnej Polski oraz ewolucja dorobku prawnego UE wywołują potrzebę dokonania zmian w systemie zarządzania migracjami w naszym kraju, w szczególności w zakresie:

#### **KIERUNKI DZIAŁAŃ**

- uproszczenia obowiązujących przepisów oraz odformalizowania niektórych procedur,
- zwiększenia spójności przepisów regulujących zasady wjazdu pobytu i wyjazdu cudzoziemców oraz procedury udzielania im ochrony międzynarodowej z przepisami z obszarów: szkolnictwa, ubezpieczenia zdrowotnego, pracy, prowadzenia działalności gospodarczej oraz pomocy społecznej,
- podnoszenia kwalifikacji urzędników i osób pracujących z cudzoziemcami (również w obszarze problematyki praw człowieka) oraz poziomu obsługi interesantów,
- zwiększenia roli samorządów lokalnych, w szczególności w obszarze integracji cudzoziemców,
- zorganizowania systemu bezpłatnej pomocy prawnej dla cudzoziemców, przynajmniej w zakresie wyznaczonym przez międzynarodowe zobowiązania Polski.

W celu wzmocnienia instytucjonalnego systemu zarządzania migracjami poszerzenia wymaga zakres dotychczasowych kompetencji Szefa Urzędu do Spraw Cudzoziemców (UdSC), do których obecnie należy:

- legalizacja pobytu,
- wydalanie cudzoziemców,

- przyznawanie i pozbawianie statusu uchodźcy, ochrony uzupełniającej, pobytu tolerowanego oraz azylu,
- organizacja i zarządzanie ośrodkami recepcyjnymi dla osób ubiegających się o status uchodźcy oraz udzielanie tym osobom niezbędnych świadczeń,
- prowadzenie centralnego systemu informatycznego 'POBYT',
- pełnienie funkcji Centralnego Organu Wizowego (w ramach współpracy prowadzonej na podstawie Wspólnotowego Kodeksu Wizowego).

W przypadku wprowadzenia instytucji jednolitego zezwolenia na pobyt i pracę kompetencje Szefa UdSC powinny zostać poszerzone o kompetencje pozostające aktualnie w zakresie właściwości Ministra Pracy i Polityki Społecznej w odniesieniu do wydawania zezwoleń na pracę cudzoziemców (funkcja organu II instancji).

Ponadto rekomenduje się przeniesienie do zakresu właściwości Szefa Urzędu do Spraw Cudzoziemców prowadzenia spraw związanych z problematyką obywatelstwa i repatriacji, w zakresie pozostającym obecnie w kompetencjach Ministra Spraw Wewnętrznych.

W celu zapewniania spójności rozstrzygnięć podejmowanych wobec cudzoziemców w poszczególnych województwach wskazane byłoby instytucjonalne wzmocnienie kontroli Szefa UdSC nad polityką realizowaną przez kierowników wydziałów Urzędów Wojewódzkich właściwych w sprawach legalizacji pobytu, zezwoleń na pracę oraz wydaleń. W dalszej perspektywie czasowej można rozważyć poddanie realizacji ww. spraw całościowej kontroli Szefa USC, w ramach administracji zespolonej.

Ponadto przewiduje się możliwość przyznania Szefowi UdSC, całkowicie nowych kompetencji, takich jak:

- monitoring sytuacji cudzoziemców legalizujących pobyt w Polsce, na zasadzie koordynowania gromadzenia informacji o działaniach podejmowanych przez podmioty zaangażowane w prowadzenie postępowań z udziałem cudzoziemców,
- prowadzenie kampanii informacyjnych i innych działań ukierunkowanych na promocję otwartości i tolerancji społecznej w stosunku do cudzoziemców.
- Zaproponowane wyżej poszerzenie zakresu właściwości Szefa UdSC powinno być rozłożone w czasie i następować sukcesywnie, przy założeniu minimalizacji kosztów przeprowadzanych działań.

### **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,
- prowadzenie działań na rzecz wzmocnienia 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.

### **Pogłębienie wiedzy o imigrantach poprzez stworzenie skutecznego monitoringu w zakresie ich wjazdu i pobytu na terytorium Polski**

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.

## **KIERUNKI DZIAŁAŃ**

Wśród działań, jakie organy państwowe mogą podejmować w odniesieniu do emigrantów, w celu zminimalizowania negatywnych skutków tego zjawiska, należy wyróżnić:

- prowadzenie polityki informacyjnej o możliwościach aktywności ekonomicznej w Polsce,
- usuwanie utrudnień dla Polaków mieszkających za granicą w kontekście przysługujących im praw obywatelskich (zmiana ordynacji wyborczej w kierunku ułatwienia uczestnictwa osób przebywających poza krajem w życiu politycznym Polski),
- wspieranie adaptacji dzieci migrantów powrotnych do polskiego systemu szkolnictwa oraz zwiększenie dostępności nauczania języka polskiego oraz historii dla dzieci i młodzieży przebywających za granicą,
- wspieranie przebywających w kraju rodzin emigrantów (m.in. problem eurosieroctwa),
- wzmocnianie 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.

- 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.

#### **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.

##### **Pobudzenie kontaktów międzynarodowych placówek edukacyjnych**

W ostatnich trzech dekadach na świecie odnotowano prawie czterokrotny wzrost liczby studentów studiujących za granicą. Za ten wzrost odpowiedzialnych jest kilka czynników, między innymi zmniejszenie kosztów transportu, internacjonalizacja rynków pracy dla pracowników wysoko wykwalifikowanych, która z kolei determinuje chęć zdobywania międzynarodowego doświadczenia w ramach odbywania studiów. Ponadto w Unii Europejskiej szczególnie nacisk kładziony jest na promocję społecznych i politycznych więzi pomiędzy krajami oraz wspieranie międzynarodowej wymiany w sferze nauki oraz kultury<sup>189</sup>. Dodatkowo wzrost liczby osób studiujących poza swoim krajem urodzenia jest też wypadkową zwiększenia się liczby osób w ogóle studiujących. Według danych OECD i UNESCO w 2009 roku ponad 3,9 mln studentów studiowało za granicą. Najwyższy odsetek studentów zagranicznych odnotowały takie kraje jak: Australia, Wielka Brytania, Austria, Szwajcaria czy Nowa Zelandia.

Strategia Lizbońska zobowiązuje państwa członkowskie do wspierania mobilności uczniów/studentów i nauczycieli pomiędzy krajami. Cel ten jest wspomagany specjalnie utworzonymi programami, czyli np. Socrates Erasmus, Leonardo da Vinci. W przypadku Polski na przestrzeni ostatniej dekady widać wyraźny wzrost zainteresowania opcją odbycia semestru studiów za granicą, gdyż sukcesywnie zwiększa się liczba studentów, która korzysta z tej możliwości. W ramach programu Erasmus Polscy studenci najczęściej wyjeżdżają na studia do Niemiec (19,2%) czy Wielkiej Brytanii (5,7%). Chociaż w porównaniu z ubiegłymi latami, 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 proc.), 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 Francji<sup>190</sup>.

---

<sup>189</sup> *Education at a Glance 2011*, OECD Indicators

<sup>190</sup> *Biuletyn Migracyjny* Nr 26, <https://sites.google.com/site/biuletynmigracyjny/archiwumpdf/BiuletynMigracyjny>



Najczęściej wybieranymi kierunkami przez studentów z Polski są natomiast: Niemcy, Wielka Brytania, Francja i Stany Zjednoczone

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 współpracy 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 praktyk.<sup>191</sup>

#### **KIERUNKI DZIAŁAŃ**

- Zawieranie umów dwustronnych z krajami ościennymi i innymi zainteresowanymi wymianą międzynarodową uczniów i nauczycieli,
- uczestnictwo w wizytach studyjnych na temat edukacji,
- upowszechnianie informacji o programach wymiany w ramach Unii Europejskiej.

*Podmiot odpowiedzialny:* Ministerstwo Edukacji, Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Ministerstwo Kultury i Dziedzictwa Narodowego. Częściowe finansowanie przez wydawnictwa książkowe i prasowe oraz Unię Europejską.

#### **Wspieranie migracji edukacyjnych**

##### *Migracje edukacyjne*

Podjęcie nauki przez cudzoziemców w systemie edukacyjnym i szkolnictwie wyższym staje się jednym z priorytetów wielu państw zainteresowanych prowadzeniem aktywnej polityki imigracyjnej.<sup>192</sup> Z jednej strony bowiem pozwalają one na uzyskiwanie dochodów przez szkoły oraz uczelnie wyższe, z drugiej natomiast stanowią kanał imigracji wysokokwalifikowanych cudzoziemców, którzy mogą uzupełniać niedobory na rynku pracy danego państwa przyjmującego. 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 uczelni 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

---

26.pdf (dostęp 16 września 2011).

<sup>191</sup> Przykładowo: Wizyty Studyjne polegają na organizacji krótkich wyjazdów (3-5 dni), w trakcie których organizowane są 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”, gdzie 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.

<sup>192</sup> Zob. C. Żołędowski *Studenci zagraniczni w Polsce – motywy przyjazdu, ocena pobytu, plany na przyszłość*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego 2010 str. 14-43

absolwenci tacy nie stanowią zagrożenia dla zwiększenia bezrobocia wśród pracowników krajowych oraz, co niezmiernie ważne, jedynie sporadycznie sprawiają problemy integracyjne.

Liczba cudzoziemców studiujących w Polsce zwiększyła się prawie pięciokrotnie od 1989 roku. Ich liczba nie przekracza jednak 20 tys. Odsetek obcokrajowców studiujących w Polsce nie przekracza 1 proc., co plasuje nasz kraj na jednym z ostatnich miejsc w ramach Unii Europejskiej. Dane statystyczne potwierdzają tezę, iż Polska nie wykorzystuje swojego potencjału w tym zakresie i odnosi z tego tytułu istotne straty.

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. Konieczne 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 wyższych przygotowujących ofertę studiów dla cudzoziemców oraz prowadzących działania promocyjne za granicą.

W ramach działań podejmowanych przez administrację rządową w zakresie polityki imigracyjnej warto zwrócić uwagę na zaliczenie studentów cudzoziemskich do grupy uprzywilejowanych obcokrajowców jaka została wskazana w dokumencie „Polityka migracyjna Polski – stan obecny i postulowane działania”, jaki został przygotowany przez MSW, przyjęty przez Radę Ministrów w dniu 31 lipca 2012. Istotne ułatwienia administracyjne znajdują się również w założeniach do nowelizacji ustawy o cudzoziemcach.

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 wysokokwalifikowane, 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 zatrudnienia. Po roku zatrudnienia powinni oni również uzyskiwać prawa wynikające z procedury łączenia rodzin.

Poważnie należałoby rozważyć również przyznanie takiego prawa absolwentom najlepszych uczelni wyższych na świecie, co pozwoliło w praktyce sprawdzić na ile Polska może być atrakcyjnym miejscem dla imigracji wysokokwalifikowanych pracowników.

Migracjom edukacyjnym powinno się przyznać najwyższy priorytet w ramach polityki imigracyjnej i doprowadzić do przyznania oddzielnego budżetu na promocję studiowania w Polsce oraz pozostawania w Polsce po zakończeniu okresu nauki.

Wzrost zjawiska migracji edukacyjnych obserwowany jest również 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 już ponad 21 tys., czyli prawie trzykrotnie więcej w porównaniu z początkiem XXI wieku. 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). (Biuletyn Migracyjny 26, Napierała, 2011).

Polska jest krajem o relatywnie dobrze rozwiniętej sieci szkół wyższych, które oferują atrakcyjne dla cudzoziemców kierunki studiów. „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, Biuletyn Migracyjny 26, 2011).

Bilans pozytywnych i negatywnych skutków tego zjawiska przemawia za prowadzeniem działań mających na celu wzrost liczby studentów zagranicznych w Polsce. Tym niemniej według autorów raportu<sup>193</sup>. 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 przerodzić się w masowe zjawisko społeczne. Jednakże zmniejszenie się zasobu krajowych kandydatów na studia związane z niżem demograficznym zmusza niejako polskie uczelnie do większych starań o potencjalnych studentów spoza Polski.

Promocja studiów w Polsce oraz prowadzenie aktywnych akcji rekrutacyjnych mogą przynieść oczekiwane rezultaty, gdyż rozpoznawalność polskich uczelni na świecie, nawet tych najlepszych jak Uniwersytet Warszawski czy Uniwersytet Jagielloński, jest znikoma<sup>194</sup>. Według danych OECD znaczenie polskich szkół wyższych wśród uczelni przyjmujących zagranicznych studentów na całym świecie w 2000r. wynosiło 0,3% podczas, gdy w 2009 0,5%. Wydaje się jednak, że polskim szkołom wyższym bardzo trudno będzie konkurować na światowym rynku edukacyjnym i 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 uczelniami. Dobrym przykładem są tu uczelnie medyczne, które nie wykazują większych problemów z pozyskiwaniem cudzoziemskich studentów.

<sup>193</sup> C. Żołędowski we współpracy z M. Duszczykiem, J. Godlewską, E. Jaroszewską i J. Łukaszewską.

<sup>194</sup> C. Żołędowski i inni (2010), *Studenci Zagraniczni w Polsce. Motywy przyjazdu, ocena pobytu na przyszłość*”

Fakt zwiększającej się liczby studentów studiujących w Polsce oznacza pozyskiwanie wysoko wykwalifikowanych imigrantów, o dużym znaczeniu dla gospodarki państwa, tym niemniej obserwacje Straży Granicznej oraz Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego świadczą iż liczba przyjętych studentów zagranicznych w pierwszym roku jest nieproporcjonalnie wyższa w porównaniu do liczby 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. Z punktu widzenia polityki migracyjnej ważną grupą cudzoziemców są **studenci, absolwenci polskich uczelni, naukowcy oraz cudzoziemcy podejmujący naukę lub szkolenia zawodowe**.

Państwo, co również podkreślają autorzy opracowania „*Polityka migracyjna....*”, powinno natomiast starać się ułatwić drogę wjazdu potencjalnym studentom i legalizację ich pobytu poprzez uproszczenie formalności związanych z uzyskiwaniem dokumentów pobytowych przez tę grupę, przy jednoczesnym podjęciu działań zapobiegających wykorzystywaniu ww. 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 Polsce<sup>195</sup>. 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.

---

<sup>195</sup> C. Żołędowski i inni (2010) „*Studenci Zagraniczni w Polsce. Motywy przyjazdu, ocena pobytu na przyszłość*”

## **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 i unijnego. W szczególności dotyczy to takich krajów Europy Zachodniej, tj. Niemcy, Irlandia, Wielka Brytania, Hiszpania, Holandia, Włochy, Austrii, Francji, 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 doksztalcania 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, obowiązującą nadal i uważaną za podstawowy instrument działań wspólnotowych w obszarze edukacji*. 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. 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 miejscowych w miejscach o dużej koncentracji Polaków, w oparciu o zobowiązania państw członkowskich wynikające z Dyrektywy Rady. Część dzieci i młodzieży polskiej mieszkającej 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 wyrażają zainteresowanie taką formą nauki języka polskiego i zgłaszają swój postulat do lokalnych władz. Bariery 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 dekonunktury 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 kryzys ekonomiczny w poszczególnych krajach europejskich, którego konsekwencją jest ograniczanie środków na działalność publiczną i edukacyjną, pojawiają się coraz większe trudności (nie tylko finansowe) w zaspakajaniu 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. Choć obowiązująca obecnie Ustawa z dnia 10 kwietnia 1974 r. o ewidencji ludności i dowodach osobistych (Dz.U. 1974 nr 14 poz. 85, z późn. zm.) obliguje obywateli zameldowanych na pobyt stały lub czasowy o powiadomieniu właściwego organu o planowanym wyjeździe, który ma trwać ponad 3 miesiące, to jak pokazują wyniki badania przeprowadzonego na Opolszczyźnie przepis ten należy do martwych, gdyż ubytek ludności zamieszkałej zagranicą w stosunku do faktycznie zarejestrowanej sięgał tam nawet ponad 50 procent<sup>196</sup>.

W myśl nowej ustawy z 24 września 2010 r. o ewidencji ludności (Dz. U. 2010 nr 217 poz. 1427) od dnia 1 stycznia 2014 r. obowiązek meldunkowy zostanie całkowicie zniesiony, co oznacza, że nie będą już gromadzone dane dotyczące zdarzeń związanych

---

<sup>196</sup> R. Jończy (2011), *Migracja zagraniczna z Polski – wybrane problemy terminologiczne i metodyczne. Doświadczenia z badań prowadzonych na obszarze Śląska*, prezentacja na konferencji w Jachrance, 25 marca.

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 informacje dotyczących procesów migracji.

Obecnie brakuje rzetelnej 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 emigrantów 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 dla zapewnienia poprawnych szacunków i prognoz ludności, które są z kolei konieczne dla zapewnienia rozwoju Polski i monitorowania polityki społeczno-gospodarczej naszego kraju.

Badacze z Ośrodka Badań nad Migracjami we współdziałaniu 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 mobilności<sup>197</sup>. 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 Polski, co mogłoby znacznie zwiększyć jakość otrzymywanych statystyk i tym samym poprawić narzędzia oceny sytuacji na polskim rynku pracy

#### **KIERUNKI DZIAŁAŃ**

Uzyskanie niezbędnej, pogłębionej wiedzy dotyczącej migrantów<sup>198</sup> wywołuje konieczność określenia priorytetów przyszłego systemu monitoringu, do których należy zaliczyć (według MSW):

- Bieżącą obserwacją ruchów migracyjnych (emigrantów i imigrantów), identyfikującą sposoby i formy mobilności, kierunki przemieszczeń ludności oraz podstawowe dane społeczno-demograficzne o osobach migrujących,

---

<sup>197</sup> Kaczmarczyk P. red.(2011), *Raport z realizacji projektu badawczego. Mobilność i migracje w dobie transformacji - wyzwania metodologiczne*, Wydawnictwo Naukowe Scholar.

<sup>198</sup> 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(bardzo istotne będą tu 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 zjawiska migracji jest sformułowanie adekwatnych do rozmiarów, przyczyn i charakterystyki, efektywnych działań realizujących cele polityki ludnościowej państwa (nowa strategia).

- Wyżej wymienione 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 obszarze.<sup>199</sup>

Niezależnie od wymienionych powyżej priorytetów 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 gromadzone są dane dotyczące postępowań administracyjnych prowadzonych 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.

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).

Specyfika migracji wymaga bowiem 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 - jak już wspomniano nie są statystycznie mierzalne.

Biorąc jednak pod uwagę towarzyszące temu zjawisku czynniki i dane (takie jak zakres legalnej migracji, liczba ujawnionych nielegalnych przekroczeń granicy, szacunki dotyczące nielegalnego pobytu niektórych dobrze rozpoznanych społeczności migrantów, a także rozmiarów przeprowadzonych abolicji pobytowych), które mają pośredni wpływ i znaczenie dla oceny zakresu nielegalnej migracji, można metodą szacunkową próbować określać jej rozmiary i trendy.

Innym problemem jest wykorzystywanie zawartych w rejestrze PESEL danych cudzoziemców zameldowanych na pobyt stały, w celu uzyskania informacji dotyczących cudzoziemców przebywających na terytorium Polski.

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

---

<sup>199</sup> *Polityka migracyjna, 2011*, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, Warszawa



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.

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**

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.

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 Demograficznego.<sup>200</sup> Niewątpliwie debata potwierdza słuszność sformułowania *Założeń polityki ludnościowej Polski*, zwłaszcza w kontekście polityki migracyjnej.

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 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. Obecnie więcej resortów angażuje się w debatę, ale brakuje zrozumienia, że polityka migracyjna musi zawierać aspekt osiedlenia, a docelowo dla części osób – naturalizacji. (P.Kaźmierkiewicz, 2012).

W związku z pytaniem, czy polska gospodarka potrzebuje migrantów, pracodawcy widzą nierównowagę w zapotrzebowaniu na imigrantów i w ich podaży na rynku pracy.

---

<sup>200</sup> W panelu udział wzięli: Prof. dr hab. Marek Okólski (Moderator), Minister Michał Boni, Dr Piotr Kaźmierkiewicz, Dr Małgorzata Starczewska-Krzysztożek, 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*. II Kongres Demograficzny, Sesja Inauguracyjna, 2012, Z.Strzelecki, A.Potrykowska (red.), tom I, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa.

Należałoby tak zdefiniować zasady polityki migracyjnej, aby uwzględniała ona tę charakterystykę polskiego rynku pracy, nadmiary i niedobory kapitału ludzkiego. Wydaje się, że należy spróbować wpływać tak instrumentami czysto rynkowymi, jak i regulacjami na zwiększenie strukturalnego dopasowania podaży do popytu na rynku pracy (M.Starczewska-Krzysztosek, 2012).

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 rozwoju (M. Sweklej, 2012).

„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” (M. Boni, 2012).

Należy jak najszybciej podjąć, także na poziomie politycznym, dyskusję na temat celów i narzędzi polityki migracyjnej. Bez tego skala problemów, przed którymi już dzisiaj stoimy, i przed którymi staniemy w przyszłości, będzie znacznie większa i zdecydowanie bardziej kosztowna.

## BIBLIOGRAFIA (W WYBORZE)

1. Czapiński J., Sułek A., Szumlicz T. (2011), *Indywidualna jakość życia w: Diagnoza Społeczna 2011 Warunki i Jakość Życia Polaków - Raport*. [Special issue]. Contemporary Economics, 5(3), 160-270.
2. Czarnecka J. (2008), *Singiel i singielka o życiu w pojedynkę*, „Kultura i społeczeństwo”, nr 3.
3. Czapiński J., Panek T. (2011), *Wykluczenie społeczne. Diagnoza społeczna 2011. Warunki i jakość życia Polaków – Raport*.
4. Dyczewski L. (2007), *Małżeństwo i rodzina upragnionymi wartościami młodego pokolenia*, w: L. Dyczewski (red.), *Małżeństwo i rodzina w nowoczesnym społeczeństwie*, Wyd. KUL, Lublin.
5. Fazlagić J. red. (2008), *Edukacja dla modernizacji i rozwoju*, III Kongres Obywatelski, Wyd. IBnGR, Gdańsk.
6. *Informacja o rozmiarach i kierunkach emigracji z Polski w latach 2004-2011* (2012), GUS, Warszawa.
7. Józwiak 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.
8. Kaczmarczyk P. red. (2011), *Raport z realizacji projektu badawczego. Mobilność i migracje w dobie transformacji - wyzwania metodologiczne*, Wydawnictwo Naukowe Scholar.
9. *Kobiety i mężczyźni o podziale obowiązków domowych* (2006), komunikat CBOS BS/183/2006, Warszawa, grudzień.
10. *Kontrowersje wokół różnych zjawisk dotyczących życia małżeńskiego i rodzinnego* (2008), komunikat z badań. CBOS, BS/54/2008, Warszawa.
11. Kotowska I.E., Matysiak A., Styrz 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.
12. Kryńska E. (2010), *Wpływ zmian demograficznych na rynek pracy – aspekty gospodarcze*, w: Biuletyn nr 55, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa.
13. Kurowska A. (2009), *Czy osoby starsze są grupą szczególnie zagrożoną biedą w Polsce*, Forum Obywatelskiego Rozwoju, Warszawa.
14. 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.
15. *Migracje zagraniczne a polityka rodzinna* (2009), J.Szyborski, A.Potrykowska (red.), „Biuletyn RPO-Materiały” nr 66, Rzecznik Praw Obywatelskich, Warszawa, czerwiec.
16. *Młodzi 2011* (2011), Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, Warszawa.
17. *Młodzież a substancje psychoaktywne* (2009), komunikat z badań CBOS, Warszawa, styczeń.

18. *Nie ma jak rodzina* (2008), komunikat z badań CBOS, BS/40/2008, Warszawa, marzec.
19. *Ochrona dzieci a przyszłość demograficzna Polski* (2010), Biuletyn RPO, nr . 68, Warszawa, luty.
20. *Perspektywa uczenia się przez całe życie* (2011), MEN, 18 marca.
21. *Polityka migracyjna Polski – stan obecny i postulowane działania* (2011), Zespół do Spraw Migracji, MSWiA, Warszawa.
22. *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.
23. *Polityka prorodzinna państwa* (1999).
24. *Polska w Europie – Przyszłość demograficzna*. II Kongres Demograficzny, Sesja Inauguracyjna, 2012, Z.Strzelecki, A.Potrykowska (red.), tom I, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa.
25. *Spółeczeństwo Śląska Opolskiego 1945-2011-2035 – aspekty społeczne, demograficzne i rynku pracy*, 2012, R.Rauziński, T. Sołdra-Gwiżdż (red.), II Kongres Demograficzny, Polska w Europie – Przyszłość Demograficzna, tom VI, Opole-Warszawa 2012.
26. *Polska 2030* (2009), Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, Warszawa, lipiec.
27. *Postawy prokreacyjne Polaków* (2010), komunikat z badań CBOS, BS/4/2010, Warszawa.
28. *Postawy prokreacyjne oraz preferowany i realizowany model rodziny* (2006), komunikat z badań CBOS, BS/52/2006.
29. *Prognoza ludności na lata 2008-2035* (2009), Główny Urząd Statystyczny, Warszawa.
30. Sajkowska M., Szymczak J. (2009), *Dzieci-ofiary przemocy. Skala i charakter zjawiska. Potrzeba interwencji*, „Polityka Społeczna” nr 9.
31. *Sytuacja Demograficzna Polski. Raport 2008-2009* (2009), Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa.
32. *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2009-2010* (2010), Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa.
33. Szafraniec K. (2011), *Jacy są młodzi Polacy? W poszukiwaniu portretu Polaków*, IBnGR, Gdańsk.
34. *Szkoły wyższe i ich finanse w 2010 r.*, GUS, Warszawa.
35. *Ubóstwo w Polsce w 2009 r.* GUS, Warszawa.
36. *Ubóstwo w Polsce w 2009 r.*, <http://stat.gov.pl>, [dostęp w dniu 15 marca 2011 r.].
37. *Weryfikacja progno Wsparcia Dochodowego Rodzin* (2008), IPiSS, Warszawa.
38. *Założenia polityki ludnościowej w Polsce* (2006), w: *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2004*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa.

## **Źródła internetowe**

*Demograficzna przyszłość Europy*, Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 21 lutego 2008 r. w sprawie demograficznej przyszłości Europy (2007/2156(INI), <http://eur-law.eu/PL/Demograficzna-przyszlosc-Europy-Rezolucja-Parlamentu-Europejskiego-dnia-21,495726.d> [odczyt w dniu 4.1.2012 r.]

*EDF Position Paper on Future EU Strategy for Youth*, November 2009, [http://www.pfon.org/images/dodatki/200911\\_edf\\_youthpolicy.doc](http://www.pfon.org/images/dodatki/200911_edf_youthpolicy.doc) [odczyt w dniu 4.1.2012 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/liZUE2010\\_3\\_067\\_E31.pdf](http://static.e-prawnik.pl/isap/iizue/2010/liZUE2010_3_067_E31.pdf) [odczyt w dniu 4.1.2012 r.]

*Godzenie pracy z życiem rodzinnym w kontekście zmian demograficznych - projekt konkluzji Rady*, Rada Unii Europejskiej, Bruksela 26 maja 2011 r. 10324/11, źródło: <http://register.consilium.europa.eu/pdf/pl/11/st10/st.10324.pl11.pdf>, [odczyt w dniu 4.1.2012 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](http://ec.europa.eu/eu_2020/pdf/1_PL_ACT_part1_v1.pdf) [odczyt w dniu 4.1.2012 r.]

## **Materiały wykorzystane do Celu I.**

### **Ekspertyzy**

1. Kołaczek B. (2010), *Pomoc dzieciom pozbawionym środowiska rodzinnego*, IPiSS, maszynopis powielony, s. 32
2. Zahorska M. (2010), *Polityka edukacyjna. Wyrównywanie szans. Elementy socjalne w systemie edukacyjnym. Inwestycje w kapitał ludzki*, Instytut Spraw Publicznych, maszynopis powielony, s. 15
3. Zrałek M. (2010), *Polityka mieszkaniowa – kierunki działań, podmioty realizacji tej polityki, ich rola i kompetencje*, Uniwersytet Śląski, Wydział Nauk Społecznych, Katowice, s. 35

### **Opracowania statystyczne**

1. *Aktywność ekonomiczna ludności Polski. III kwartał 2001*, GUS, Warszawa.
2. *Aktywność ekonomiczna ludności Polski. III kwartał 2005*, GUS, Warszawa.
3. *Aktywność ekonomiczna ludności Polski. III kwartał 2008*, GUS, Warszawa.
4. *Aktywność ekonomiczna ludności Polski. I kwartał 2011*, GUS, Warszawa.
5. *Budżety gospodarstw domowych w 2006 r.*, GUS, Warszawa.
6. *Budżety gospodarstw domowych w 2007 r.*, GUS, Warszawa.
7. *Budżety gospodarstw domowych w 2008 r.*, GUS, Warszawa.
8. *Budżety gospodarstw domowych w 2009 r.* GUS, Warszawa.

9. *Budżety gospodarstw domowych w 2010 r.*, GUS, Warszawa.
10. *Rocznik Demograficzny 2008*, GUS, Warszawa.
11. *Rocznik Demograficzny 2010*, GUS, Warszawa.
12. *Rocznik Demograficzny 2011*, GUS, Warszawa.
13. *Rocznik Statystyczny 2010*, GUS, Warszawa.
14. *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 roku*, GUS, Warszawa czerwiec 2011.
15. *Struktura wynagrodzeń według zawodów w grudniu 2008 r.*, GUS.
16. *Prognoza ludności na lata 2008-2035*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2009.
17. *Sytuacja gospodarstw domowych w 2007 r. światło wyników badań budżetów gospodarstw domowych*, GUS, Notatka informacyjna GUS, 28 maja 2008 r.
18. *Szkoły wyższe i ich finanse w 2010 r.*, GUS, Warszawa 2011.
19. *Ubóstwo w Polsce w 2009 r.* GUS, Warszawa.
20. *Ubóstwo w Polsce w 2009 r.*, <http://stat.gov.pl>, dostęp w dniu 15 marca 2011.
21. Wskaźniki zagrożenia ubóstwem w roku 2010 – dane szacunkowe GUS.

### **Materiały wykorzystane do Celu II.**

#### ***Ekspertyzy:***

1. Ancyparowicz G. (2011), *Kapitałowe emerytury i renty a ryzyko ubóstwa w Polsce*
2. Bień B. (2011), *Opieka geriatryczna w perspektywie starzenia się ludności Polski*
3. Gałązka-Petz B. (2011), *Uwagi o dochodach ze świadczeń emerytalno-rentowych*
4. Halicka M. (2011), *Uczestnictwo ludzi starszych w życiu społecznym*
5. Hryniewicz J. (2011), „*Los starca zależy od kontekstu społecznego*”
6. Krakowska E., Bojanowska E. (2011), *Ludzie starsi w rodzinie i społeczeństwie*
7. Nita M. (2011), *Ubezpieczenie pielęgnacyjne w Republice Federalnej Niemiec. Idea i realizacja*
8. Pancewicz M. (2011), *Program aktywizacji pracowników i osób bezrobotnych po 50. roku życia. Rozwiązania niemieckie*
9. Raclaw M. (2011), *Opiekunowie nieformalni. Krótkookresowa funkcjonalność nieopłaconej pracy*
10. Trafiałek E. (2010), *Warunki integracji i ryzyka dyskryminacji ludzi starszych w rodzinie i środowisku lokalnym*
11. Wilmowska-Pietruszyńska A. (2010), *Niepełnosprawność i niezdolność do samodzielnej egzystencji*
12. 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

Na potrzeby opracowania założeń przygotowano 12 ekspertyz, oraz bibliografię, które wydano w tomie II wydawnictw Rządowej Rady Ludnościowej *Sytuacji ludzi w starszym wieku*, red. J. Hrynkiewicz, wstęp Z. Strzelecki

### **Materiały do wykorzystania w Celu III.**

#### **Ekspertyzy**

1. Biliński P., Wojtyła.A. (2011), *Zdrowie prokreacyjne w świetle badania zachowań ryzykownych u kobiet w ciąży*
2. Chazan B. (2010), *Poprawa stanu zdrowia matek oraz dzieci przed urodzeniem i noworodków*
3. Drygas W. (2011), *Ograniczenie chorobowości i umieralności z powodu chorób układu krążenia jako priorytetowy cel polityki zdrowotnej i ludnościowej*
4. Jarosz M., Sekuła W. (2011), *Poprawa żywienia i zwiększenie aktywności fizycznej jako determinanty poprawy zdrowia*
5. Moskalewicz J., Boguszevska L. (2011), *„Poprawa stanu zdrowia psychicznego Polaków. Diagnoza i rekomendacje*
6. Słońska Z. (2011), *Promocja zdrowia jako strategia rozwiązywania współczesnych*
7. Charzyńska-Gula M (2011), *Szkolna edukacja zdrowotna jako priorytet zdrowia publicznego*
8. Szyborski J. (2011), *Zdrowie publiczne w projektach programowych Polityki ludnościowej*
9. Szyborski J. (2011), *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce. Zarys diagnozy i kierunków poprawy*
10. Zatoński W., Przewoźniak K. (2011), *Ograniczanie zachorowalności i umieralności z powodu chorób nowotworowych*

### **Materiały do wykorzystania w Celu IV.**

#### **Ekspertyzy**

1. Duszczyk M. (2010), *Migracje edukacyjne w Polsce z punktu widzenia polityki imigracyjnej*
2. Piekutowska A. (2011), *Polityka migracyjna Polski w kontekście europejskim*
3. Piekutowska A. (2011), *Współpraca w zakresie migracji z krajami trzecimi - idea Partnerstwa na rzecz mobilności*
4. Potrykowska A. (2011), *Określenie kierunków i zasad polityki migracyjnej Polski w dobie integracji europejskiej. Wersja końcowa*
5. Rajkiewicz A. (2010), *Określenie kierunków i zasad polityki migracyjnej Polski w dobie integracji europejskiej. Wersja początkowa*
6. Szczygielski K. (2011), *Kompleksowy program diasporowo-klastrowy.*

## **ANEKS TABELARYCZNY**



**CEL I. POPRAWA WARUNKÓW POWSTAWANIA I FUNKCJONOWANIA RODZIN ORAZ WARUNKÓW SPRZYJAJĄCYCH RODZENIU DZIECI I ZWIĘKSZANIU LICZBY URODZEŃ**

<b>PRIORYTET I. TWORZENIE WARUNKÓW SPRZYJAJĄCYCH POWSTAWANIU RODZIN, PRZEDE WSZYSTKIM POPRZEZ ZAWIERANIE MAŁŻEŃSTW I REALIZACJĘ PLANÓW PROKREACYJNYCH</b>				
<b>CELE DO OSIĄGNIĘCIA</b>	<b>KIERUNKI DZIAŁAŃ</b>	<b>ROZWIĄZANIA SZCZEGÓŁOWE</b>	<b>PODMIOTY ODPOWIEDZIALNE</b>	<b>ŹRÓDŁO FINANSOWANIA</b>
<b>1. POPRAWA WARUNKÓW POWSTAWANIA I FUNKCJONOWANIA RODZIN ORAZ PROBLEMY ROZRODCZOŚCI</b>		<p>1. Wzmocnienie poziomu nauczania przedmiotu przygotowującego młode pokolenie do małżeństwa i życia w rodzinie:</p> <p>a) wprowadzenie w szkołach gimnazjalnych i średnich jako obligatoryjnego przedmiotu „przygotowanie do życia w rodzinie”, którego podstawą będą wartości uniwersalne</p> <p>b) uruchomienie na studiach pedagogicznych odpowiedniej specjalności w celu przygotowania profesjonalnej kadry</p> <p>c) weryfikacja programów nauczania pod kątem aktualnych zmian społeczno-kulturowych wpływających na problemy życia małżeńskiego i rodzinnego</p> <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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kancelaria Premiera RM</li> <li>- Kancelaria Prezydenta RP</li> <li>- Ministerstwo Edukacji Narodowej</li> <li>- Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego</li> <li>- Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej</li> <li>- Ministerstwo Sprawiedliwości i sądy rodzinne</li> <li>- organizacje pozarządowe</li> <li>- samorządy lokalne</li> <li>- szkoły</li> <li>- media</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- budżet państwa</li> <li>- budżety samorządów lokalnych</li> <li>- środki finansowe przyznawane w ramach programów pomocowych UE</li> <li>- pracodawcy</li> </ul>

		4. Rozwój poradnictwa rodzinnego; rozwój instytucji i popularyzacja idei mediacji w sprawach rodzinnych (rozwodowych)		
	<p><b>2. Promowanie równouprawnienia płci i równości społecznej;</b></p> <p><b>Dążenie do zapewnienie warunków swobodnego wyboru podziału ról kobiet i mężczyzn w rodzinie</b></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 (antydiskryminacyjne) 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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kancelaria Premiera RM</li> <li>- Kancelaria Prezydenta RP</li> <li>- Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej</li> <li>- Ministerstwo Edukacji Narodowej</li> <li>- Ministerstwo Sprawiedliwości</li> <li>- Pełnomocnik Rządu ds. Równego Traktowania</li> <li>- samorządy lokalne</li> <li>- organizacje pozarządowe</li> <li>- media</li> <li>- szkoły</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- budżet państwa</li> <li>- budżety samorządów lokalnych</li> <li>- środki finansowe przyznawane w ramach programów pomocowych UE</li> <li>- pracodawcy</li> </ul>
	<p><b>3. Tworzenie warunków sprzyjających samodzielności ekonomicznej młodego pokolenia i uzyskaniu samodzielności ekonomicznej rodzin:</b></p>			



	<p>- w sferze promocji przedsiębiorczości</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><b>4. Ułatwienia w zakresie uzyskania samodzielnego mieszkania i dostosowania warunków mieszkaniowych do faz rozwoju rodziny</b></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</p> <p>- Urząd Mieszkalnictwa i Rozwoju Miast</p> <p>- Ministerstwo Pracy i Spraw Socjalnych</p> <p>- samorzady lokalne</p> <p>- banki</p>	<p>- budżet państwa</p> <p>- budżety samorządów lokalnych</p> <p>- środki finansowe przyznawane w ramach programów pomocowych UE</p> <p>- pracodawcy</p>

		<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>		
	<p><b>5. Ułatwienia w zakresie godzenia ról zawodowych z opieką nad niesamodzielnymi członkami rodziny</b></p>	<p>1. Kontynuacja programu wydłużania urlopów macierzyńskich, ojcowskich i rodzicielskich</p> <p>2. Kontynuacja programu wydłużania fakultatywnych urlopów macierzyńskich i ojcowskich;</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 pozarodzielskiej 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>- Kancelaria Premiera 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>- budżet państwa</p> <p>- budżety samorządów lokalnych</p> <p>- środki finansowe przyznawane w ramach programów pomocowych UE</p> <p>- pracodawcy</p>

		<p>9. Ulgi podatkowe dla pracodawców dofinansowujących opiekę w żłobkach i przedszkolach dla dzieci swoich pracowników</p> <p>10. Uelastycznienie organizacji pracy żłobków i przedszkoli</p> <p>11. Ujednolicenie zakresu uprawnień rodzicielskich w odniesieniu do wszystkich grup pracujących zawodowo (w tym: służby mundurowe i samozatrudnieni.</p>	<p>- samorządy lokalne</p> <p>- organizacje pozarządowe</p> <p>- media</p> <p>- szkoły</p>	
<b>PRIORYTET I.2. POPRAWA WARUNKÓW FUNKCJONOWANIA RODZIN ORAZ ROZWOJU MŁODEGO POKOLENIA (WSPIERANIE RODZIN W INWESTOWANIU W MŁODE POKOLENIE)</b>				
<b>CELE DO OSIĄGNIĘCIA</b>	<b>KIERUNKI DZIAŁAŃ</b>	<b>ROZWIĄZANIA SZCZEGÓŁOWE</b>	<b>PODMIOTY ODPOWIEDZIALNE</b>	<b>ŹRÓDŁO FINANSOWANIA</b>
<p><b>2. POPRAWA WARUNKÓW ROZWOJU MŁODEGO POKOLENIA W RODZINIE JAKO CZYNNIK POPRAWY JAKOŚCI KAPITAŁU LUDZKIEGO</b></p>	<p><b>1. Wspieranie rodziny w ponoszeniu kosztów utrzymania i wychowania dzieci:</b></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. Systematyczne podnoszenie płacy minimalnej jako punkt odniesienia systemów wynagrodzeń</p> <p>2. Opracowanie koncepcji płacy godziwej( rodzinnej)</p> <p>1. Utrzymanie zasady cyklicznej weryfikacji proggu wsparcia dochodowego rodzin „metodą koszykową”</p> <p>2. Coroczna indeksacja wysokości WDR</p>	<p>- Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej</p>	<p>- budżet państwa</p> <p>- budżety</p>

	<p>1.3. Wzmocnienie w systemie świadczeń rodzinnych preferencji dla niektórych typów rodzin</p>	<p>3. Coroczna indeksacja wysokości świadczeń rodzinnych</p> <p>4. 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. Zwiększenie wysokości dodatku z tytułu wielodzietności dla rodzin bardziej liczyń ( np.5+)</p> <p>2. Wprowadzenie dodatku dla matek wychowujących większą liczbę dzieci ( np.5+) vs – opłacanie składek na ubezpieczenie emerytalne</p> <p>3. Utrzymanie świadczeń z funduszu alimentacyjnego + wzmocnienie działań egzekucyjnych</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- parlamentarne komisje ds. rodziny</li> <li>- partnerzy społeczni (dialog społeczny)</li> <li>- GUS</li> <li>- samorządy lokalne</li> <li>- placówki naukowo-badawcze</li> </ul>	<p>samorządów lokalnych</p> <p>- środki finansowe przyznawane w ramach programów pomocowych UE</p>
--	---	---	--	--

	<p>1.4. Nadanie systemowi świadczeń rodzinnych charakteru pronatalistycznego</p> <p>1.5. Wprowadzenie w systemie świadczeń rodzinnych zasady uniwersalizmu, z uwzględnieniem trudnych sytuacji rodzin</p> <p>1.6. Wzmocnienie prorodzinnego charakteru systemu podatkowego</p>	<p>1. Wprowadzenie zasiłku rodzinnego dla wszystkich rodzin mających małe dzieci 2. Wprowadzenie rozwiązań preferencyjnych we wszystkich instrumentach polityki rodzinnej – po urodzeniu drugiego dziecka</p> <p>1 Ewolucyjne dochodzenie poprzez podnoszenie kryterium dochodowego (WDR) obejmującego koszty szerszego zakresu potrzeb rozwojowych dzieci</p> <p>1. Przebudowa zasad ulg rodzinnych, aby w większym stopniu mogły korzystać rodziny o niskich dochodach i wielodzietne (wysokość ulgi zależna od liczby dzieci; niższa stopa procentowa przy większej liczbie dzieci)</p> <p>2. Objęcie prorodzinnym systemem grupy spoza systemu podatku dochodowego (np. rolników - w systemie podatku rolnego)</p> <p>3. Przywrócenie ulg o charakterze przedmiotowym (na edukację, ochronę zdrowia)</p> <p>4. Wykorzystanie systemu podatkowego dla celów pronatalistycznych (większa ulga na małe dziecko – do 3 lat vs. po urodzeniu drugiego – i kolejnych dzieci)</p> <p>5. W dalszej perspektywie – ukształtowanie prorodzinnego systemu podatkowego w oparciu o metodę ilorazu rodzinnego</p>	<p>- Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej</p> <p>- Ministerstwo Rolnictwa</p> <p>- Ministerstwo Finansów</p> <p>- Ministerstwo Finansów</p> <p>- Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej</p> <p>- Ministerstwo Finansów</p> <p>- Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej</p> <p>- Ministerstwo Finansów</p> <p>- Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej</p> <p>- samorzady lokalne</p> <p>- placówki naukowo-badawcze</p> <p>- organizacje</p>	<p>- budżet państwa</p> <p>- budżet państwa</p>
--	--	--	--	---



	<p>1.7. Wykorzystanie systemu podatku VAT dla celów polityki rodzinnej</p> <p>1.8. Rozwój przezorności rodzin w celu zabezpieczenia dzieci</p> <p>1.9 Wycena kosztów utrzymania i wychowania dzieci z uwzględnieniem kosztów „pracy domowej” + kosztów alternatywnych (w przypadku rezygnacji z pracy zawodowej)</p> <p><b>2. Rozwój usług społecznych dla dzieci i młodzieży sprzyjających rozwojowi młodej generacji</b></p> <p>2.1. Rozwój usług</p>	<p>1. Dążenie do zmniejszenia (aż do stawki 0) VAT na podstawowe artykuły służące zaspokojeniu potrzeb dzieci (zwłaszcza dzieci małych)</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. Poszerzenie zakresu edukacji przedszkolnej: wzrost liczby przedszkoli, rozmieszczenie, wyposażenie, jakość kadry</p>	<p>pozarządowe</p> <p>- Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej</p> <p>- Ministerstwo Edukacji Narodowej</p> <p>- samorządy lokalne</p> <p>- organizacje pozarządowe</p> <p>- szkoły, przedszkola</p> <p>- Ministerstwo Edukacji Narodowej</p> <p>- Ministerstwo Pracy i</p>	<p>- budżet państwa</p> <p>- budżety samorządów lokalnych</p> <p>- budżet państwa</p> <p>- budżety samorządów lokalnych</p> <p>- środki</p>
--	---	--	---	---

	<p>edukacyjnych:</p> <p>2.1.1. Rozwój usług przedszkolnych</p> <p>2.1.2. Podnoszenie jakości usług edukacyjnych (w systemie szkolnym)</p>	<p>2. Poprawa dostępności infrastruktury:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nowe inwestycje w oparciu o środki przyznawane preferencyjnie; zachęty dla inwestorów ( w tym – przedsiębiorców)</li> <li>- wykorzystanie istniejącego potencjału (np. szkół przewidzianych do likwidacji)</li> </ul> <p>1. Poprawa dostępności do usług:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- obligatoryjna zasada zróżnicowania wysokości opłat (zależnie od dochodu, liczby dzieci korzystających) - vs - wprowadzenie dodatku do zasiłku rodzinnego</li> <li>- w perspektywie – prawo do przedszkola = podmiotowe prawo dziecka = usługa bezpłatna.</li> </ul> <p>1. Podnoszenie poziomu nauczania; większy nacisk na umiejętności związane z teleinformacją, języki obce;</p> <p>2. Poprawa efektów działań wyrównawczych dla dzieci zaniedbanych, opóźnionych w nauce</p> <p>3. Rozwój opieki pozalekcyjnej</p> <p>4. Rozwój zajęć pozalekcyjnych; realizacja koncepcji szkoły otwartej dla lokalnego środowiska, w różnych</p>	<p>Polityki Społecznej</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- samorządy lokalne</li> <li>- placówki kulturalno-edukacyjne</li> <li>- poradnie psychologiczno-pedagogiczne</li> <li>- organizacje pozarządowe kluby sportowe</li> </ul> <p>- Ministerstwo Edukacji Narodowej</p> <p>- Ministerstwo Zdrowia</p> <p>- Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- samorządy lokalne</li> <li>- lokalne ośrodki zdrowia</li> <li>- szkoły, przedszkola</li> </ul>	<p>finansowe przyznawane w ramach programów pomocowych UE</p> <p>- budżet państwa</p> <p>- budżety samorządów lokalnych</p> <p>- środki finansowe przyznawane w ramach programów pomocowych UE</p> <p>- budżety</p>
--	---	--	---	---

	<p>2.1.3. Wzmocnienie socjalnej funkcji szkoły</p> <p>2.2. Rozwój usług na rzecz poprawy zdrowia dzieci i młodzieży</p>	<p>formach działalności</p> <p>5.Działania na rzecz wyrównywania szans edukacyjnych dzieci i młodzieży – specjalne programy rozwojowe</p> <p>6.Wzmocnienie skuteczności działań w sytuacjach trudnych: odpowiednie kształcenie nauczycieli; rozwój współpracy specjalistów ( psychologów, pedagogów lekarzy)</p> <p>1.Rozwój systemu żywienia dzieci na terenie szkoły dla wszystkich uczniów</p> <p>2. Opracowanie i wprowadzenie systemu rozpoznania i monitorowania trudnych sytuacji uczniów i ich rodzin</p> <p>1.Przywrócenie opieki lekarskiej i stomatologicznej w szkołach</p> <p>2.Poprawa jakości usług pielęgniarskich (poprawa wskaźnika liczby pielęgniarek na liczbę uczniów)</p> <p>3.Rozszerzenie profilaktyki próchnicy zębów na wszystkie grupy wiekowe dzieci i młodzieży</p> <p>4.Edukacja żywieniowa uczniów i rodziców; promowanie prozdrowotnego trybu życia; promocja aktywnych form wypoczynku dla dzieci i rodziców</p>	<p>- media</p> <p>- Ministerstwo Edukacji Narodowej</p> <p>- Ministerstwo Zdrowia</p> <p>- Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej</p> <p>- samorządy lokalne</p> <p>- lokalne ośrodki zdrowia</p> <p>- placówki edukacyjne i</p>	<p>gospodarstw domowych</p> <p>- budżet państwa</p> <p>- budżety samorządów lokalnych</p> <p>- środki finansowe przyznawane w ramach programów pomocowych UE</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>5. Zapewnienie w pełni powszechnych szczepień</p> <p>6. System wczesnego wykrywania zagrożeń zdrowotnych i rozwojowych, dostępność poradnictwa</p> <p>7. Zapewnienie stałego wzrostu środków budżetowych przeznaczanych na realizację programów zdrowotnych, na poszerzenie dostępności i podnoszenie jakości usług</p> <p>1. Rozwój infrastruktury społecznej na terenach defaworyzowanych</p> <p>2. Stworzenie systemu zwiększającego dostępność dla dzieci i ich rodziców (promocja, upowszechnianie świadomości korzyści z korzystania, odpowiedni system opłat vs. zasada bezpłatności)</p> <p>3. Zwiększenie dostępu dzieci i młodzieży do szkolnictwa średniego i wyższego (stypendia, bony na podręczniki, wyżywienie, transport).</p> <p>4. 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</p> <p>2. Rozwój poradnictwa rodzinnego i pedagogiczno-psychologicznego</p>	<p>kulturalno – oświatowe oraz sportowe</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- media</li> <li>- poradnie</li> <li>psychologiczno-pedagogiczne</li> <li>- rodzice</li> </ul>	
--	--	--	---	--

**PRIORYTET I.3. ZAPOBIEGANIE WYKLUCZENIU I MARGINALIZACJI. INTEGRACJA SPOŁECZNA. POMOC RODZINOM W TRUDNYCH SYTUACJACH: UBOGIM, WIELODZIETNYM, NIEPEŁNYM, Z OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ, DOTKNIĘTYM DYSFUNKCJĄ LUB PATOLOGIĄ**

<b>CELE SZCZEGÓŁOWE</b>	<b>DZIAŁANIA KIERUNKOWE</b>	<b>DZIAŁANIA SZCZEGÓŁOWE</b>	<b>PODMIOTY REALIZUJĄCE</b>	<b>ŹRÓDŁO FINANSOWANIA</b>
<p><b>POMOC RODZINOM W TRUDNYCH SYTUACJACH</b></p> <p><b>Rodziny ubogie</b></p>	<p><b>1.Ograniczanie ubóstwa i zapobieganie marginalizacji</b></p> <p>1.1. Aktywizacja i reaktywizacja zawodowa</p> <p>1.2.System świadczeń rodzinnych i pomocy społecznej</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.Stałe podnoszenie kryterium dochodowego (zależnie od np. wskaźnika inflacji w roku poprzednim lub przeciętnej płacy realnej bądź wzrostu przeciętnego dochodu w gospodarstwie domowym na podstawie badań GUS) oraz jednoczesne podnoszenie poziomu świadczeń, adekwatne do jednego z w/w wskaźników podnoszenia kryterium dochodowego.</p> <p>2. Wsparcie z pomocy społecznej powinno być w większym stopniu uzależnione od sytuacji rodzinnej świadczeniobiorców (poza niezbędnym kryterium podstawowym- poziomu dochodu), w szczególności od liczby i wieku dzieci oraz szczególnych potrzeb rodziny, np. związanych z niepełnosprawnością</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 Pracy i Polityki Społecznej</p> <p>- Powiatowe Urzędy Pracy</p> <p>- ośrodki pomocy społecznej</p> <p>- pracodawcy</p> <p>- związki zawodowe</p> <p>- organizacje</p>	<p>- budżet państwa</p> <p>-budżety samorządów lokalnych</p> <p>- środki finansowe przyznawane w ramach programów pomocowych UE</p> <p>- budżet państwa</p> <p>- budżety samorządów lokalnych</p> <p>- środki finansowe przyznawane w ramach programów pomocowych UE</p>



	<p><b>1.5. Poradnictwo rodzinne, psychologiczne</b></p> <p><b>2. Stworzenie możliwości poprawy warunków mieszkaniowych</b></p> <p><b>3. Tworzenie warunków na rzecz rozwoju dzieci i młodzieży na zasadzie równości szans</b></p>	<p>1. Dalszy rozwój poradnictwa opartego na profesjonalnej kadrze, zwłaszcza służb społecznych pracujących z rodzinami, obok pracy socjalnej i asystenckiej.</p> <p>2. Zwiększenie skłonności rodzin do korzystania z porad wymaga poszerzania działań informacyjnych i promocyjnych. W działaniach tych ważnym elementem powinno być motywowanie do zapobiegliwości własnej.</p> <p>1. Rozwój socjalnego budownictwa mieszkaniowego, które stanowi zadanie samorządu terytorialnego.</p> <p>2. Właściwe zagospodarowanie dotychczasowej bazy lokalowej.</p> <p>1. Niezbędny jest 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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej</li> <li>- samorządy lokalne</li> <li>- organizacje pozarządowe</li> <li>- poradnie psychologiczno-pedagogiczne</li> <li>- poradnie terapeutyczne, zakłady opieki zdrowotnej</li>   <li>- Urząd Mieszkalnictwa i Rozwoju Miast</li> <li>- Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej</li> <li>- samorządy lokalne</li> <li>- organizacje pozarządowe</li>   <li>- Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej</li> <li>- Ministerstwo Edukacji Narodowej</li>   <li>- samorządy lokalne</li> <li>- placówki edukacyjne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- budżet państwa</li> <li>- budżety samorządów lokalnych</li> <li>- środki finansowe przyznawane w ramach programów pomocowych UE</li> </ul>
--	---	---	--	---

		<p>2. Należy zwiększyć dostęp 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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ośrodki kultury, świetlice,</li> <li>- kluby sportowe</li> <li>- organizacje pozarządowe</li> </ul>	
<b>Rodziny wielodzietne</b>	<p><b>1. Ograniczanie ubóstwa i zapobieganie marginalizacji rodzin wielodzietnych (warunek rozwoju młodego pokolenia)</b></p> <p><b>1.1. <u>Integracja zawodowa</u></b> 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> <p>1.3. Wzmocnienie roli kontraktu socjalnego w działaniach służb pomocy społecznej na rzecz rodzin wielodzietnych objętych długotrwałym wsparciem tych instytucji.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej</li> <li>- Ministerstwo Edukacji Narodowej</li> <li>- samorządy lokalne</li> <li>- placówki edukacyjne, ośrodki szkoleniowe</li> <li>- ośrodki kultury, świetlice,</li> <li>- kluby sportowe,</li> <li>- organizacje pozarządowe</li> <li>- lokalne ośrodki pracy z rodziną (ops, pspr)</li> <li>- społeczności lokalne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- budżet państwa</li> <li>- budżety samorządów lokalnych</li> <li>- środki finansowe przyznawane w ramach programów pomocowych UE</li> </ul>



	<p><b>1.2. <u>Integracja społeczna</u></b> powinna dotyczyć wszystkich członków rodziny, a więc zarówno rodziców jak i dzieci, poprzez zwiększenie dostępu do usług społecznych.</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) 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.</p> <p>2. Dalsze obniżanie wieku objęcia obowiązkiem szkolnym przy jednoczesnym zapewnieniu wyprawki szkolnej, w tym zwłaszcza podręczników.</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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej</li> <li>- Ministerstwo Edukacji Narodowej</li> <li>- samorządy lokalne</li> <li>- placówki edukacyjne, ośrodki szkoleniowe</li> <li>- ośrodki kultury, świetlice,</li> <li>- kluby sportowe,</li> <li>- organizacje pozarządowe</li> <li>- lokalne ośrodki pracy z rodziną (ops, pcpr)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- budżet państwa</li> <li>- budżety samorządów lokalnych</li> <li>- środki finansowe przyznawane w ramach programów pomocowych UE</li> <li>- społeczności lokalne</li> </ul>
--	--	---	--	---

		<p>4. Należy zwiększać dostęp 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>1.5. Ze względu na stosunkowo niewielkie znaczenie zasiłków rodzinnych w dochodach rodzin wielodzietnych, ich funkcja socjalna i dochodowa powinna zostać wzmocniona.</p>	- społeczności lokalne	
<b>Rodziny niepełne</b>	<b>1. Zapewnienie warunków dla prawidłowego realizowania funkcji ekonomicznej, opiekuńczej, wychowawczej i emocjonalnej rodziny niepełnej z dziećmi na utrzymaniu</b>	<p>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.</p> <p>2. Samoorganizacja i samopomoc, zwłaszcza w formie organizacji pozarządowych.</p> <p>3. Pomoc psychologiczna i poradnictwo zdrowotne (ciążę i urodzenia pozamałżeńskie).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej</li> <li>- Ministerstwo Edukacji Narodowej</li> <li>- samorządy lokalne</li> <li>- placówki edukacyjne, ośrodki szkoleniowe</li> <li>- ośrodki kultury, świetlice,</li> <li>- kluby sportowe,</li> <li>- organizacje pozarządowe</li> <li>- lokalne ośrodki pracy z rodziną (ops, pspr)</li> <li>- społeczności lokalne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- budżet państwa</li> <li>- budżety samorządów lokalnych</li> <li>- środki finansowe przyznawane w ramach programów pomocowych UE</li> </ul>

<p><b>Rodziny z osobą niepełnosprawną</b></p>	<p><b>1.Dostęp do usług opiekuńczych i rehabilitacyjnych</b></p> <p>- dostępność ekonomiczna, organizacyjna i terytorialna</p> <p><b>2.Zapobieganie ubóstwu</b></p> <p><b>3.Zwiększanie możliwości godzenia pracy z obowiązkami rodzinnymi</b></p>	<p>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.</p> <p>2.Niezbędne działania skierowane na przemyślane projektowanie usług opieki zdrowotnej (w tym usług rehabilitacyjnych) tak by odpowiadały one potrzebom osób niepełnosprawnych.</p> <p>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.</p> <p>2. Systematyczna waloryzacja świadczeń z tytułu niepełnosprawności.</p> <p>1. Działania zmierzające do umożliwienia dokonania przez matkę lub ojca dziecka niepełnosprawnego wyboru między rezygnacją z pracy i pobieraniem świadczeń pielęgnacyjnych.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej</li> <li>- Ministerstwo Edukacji Narodowej</li> <li>- PFRON</li> <li>- samorządy lokalne</li> <li>- placówki edukacyjne, ośrodki szkoleniowe</li> <li>- ośrodki kultury, świetlice,</li> <li>- kluby sportowe,</li> <li>- organizacje pozarządowe</li> <li>- zrzeszenia pracodawców</li> <li>- lokalne ośrodki pracy z rodziną (ops, pspr)</li> <li>- społeczności lokalne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- budżet państwa</li> <li>- budżety samorządów lokalnych</li> <li>- środki finansowe przyznawane w ramach programów pomocowych UE</li> <li>- środki pracodawców</li> </ul>
---	--	--	---	---

	<p><b>4. Zwiększanie dostępu niepełnosprawnych dzieci do szkolnictwa ogólnodostępnego</b></p>	<p>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.</p> <p>2.Odpowiednie przygotowanie (kształcenie i szkolenie) pracowników szkół oraz zapewnienie właściwego zaplecza technicznego, przystosowania funkcjonalnego budynków szkół oraz ich otoczenia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej</li> <li>- Ministerstwo Edukacji Narodowej</li> <li>- Ministerstwo Sprawiedliwości</li> <li>- sądy rodzinne</li> <li>- mediatorzy</li> <li>- policja</li> <li>- samorządy lokalne</li> <li>- poradnie psychologiczno-pedagogiczne</li> <li>- szkoły, placówki kulturalne i sportowe</li> <li>- organizacje pozarządowe</li> <li>- społeczności lokalne</li> <li>- media</li> <li>- rodziny</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- budżet państwa</li> <li>- budżety samorządów lokalnych</li> <li>- środki finansowe przyznawane w ramach programów pomocowych UE</li> </ul>
<p><b>Rodziny dotknięte dysfunkcją lub patologią</b></p>	<p><b>1. Zapobieganie patologii w rodzinie i w środowisku uczniowskim oraz w miejscu zamieszkania</b></p>	<p>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.</p> <p>2.Upowszechnianie różnych form organizacji czasu poprzez media, by uczulić rodziców na problem i podpowiedzieć im konkretne rozwiązania.</p> <p>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.</p> <p>4. Większa troska rodziców o kontakty rówieśnicze swoich dzieci.</p> <p>5. Kontrole zachowań uczniów w szkole przez wychowawców i nauczycieli oraz współpracę w tym zakresie z policją.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- samorządy lokalne</li> <li>- poradnie psychologiczno-pedagogiczne</li> <li>- szkoły, placówki kulturalne i sportowe</li> <li>- organizacje pozarządowe</li> <li>- społeczności lokalne</li> <li>- media</li> <li>- rodziny</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- środki finansowe przyznawane w ramach programów pomocowych UE</li> </ul>

		<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) 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.</p> <p>10. Zwiększanie dostępu sprawców przemocy do programów korekcyjno-edukacyjnych.</p> <p>11. Należy wzbudzić ogólną wrażliwość i troskę społeczeństwa na zjawisko krzywdzenia dzieci poprzez systematyczne ciągłe nagłaśnianie tego zagrożenia i promocję dobrych praktyk i przykładów odpowiednich działań zapobiegawczych w mediach.</p>		
--	--	---	--	--

**CEL II. TWORZENIA WARUNKÓW SPRZYJAJĄCYCH INTEGRACJI W STARZEJĄCYM SIĘ SPOŁECZEŃSTWIE**

PRIORYTETY	DZIAŁANIA SZCZEGÓŁOWE	PODMIOTY REALIZUJĄCE	ŹRÓDŁA FINANSOWANIA
<p><b>II.1. ZMNIEJSZENIE SKALI WYKLUCZENIA EKONOMICZNEGO LUDZI STARYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH</b></p>	<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>	<p>- administracja rządowa, - administracja samorządowa,</p>	<p>- środki ubezpieczenia społecznego, - PFRON, - samorządów lokalnych, - gospodarstw domowych osób, na rzecz których realizowane są świadczenia, osób zobowiązanych do alimentacji osób niesamodzielnych</p>
<p><b>II.2. DOSTĘP OSÓB STARYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH DO USŁUG OCHRONY ZDROWIA</b></p>	<p>1. Ocena dostępności do profilaktyki, diagnostyki i leczenia oraz rehabilitacji finansowanych ze środków publicznych (NFZ)</p> <p>2. Rejestracja przebiegu procesu profilaktyki, diagnostyki, leczenia i rehabilitacji osób starych, niepełnosprawnych, niesamodzielnych</p> <p>3. Udostępnienie koniecznych usług ochrony zdrowia osobom starym, niepełnosprawnym i niesamodzielnym w odpowiednich warunkach i realnym czasie oczekiwania na usługę</p> <p>4. Zapewnienie powszechnej dostępność usług</p>	<p>- instytucje administracji państwowej, - samorządy lokalne, - NFZ, - media publiczne, - NGO.</p>	<p>- samorządy lokalne, - potencjalni użytkownicy, - środki NGO.</p>

	<p>niezbędnych dla osób w zaawansowanym wieku (profilaktyka i leczenie geriatryczne)</p> <p>5. Powszechna kontrola jakości usług ochrony zdrowia; koordynacja leczenia w systemie opłacanym przez NFZ i systemie opłacanym przez pacjentów (w sektorze prywatnym)</p> <p>6. Systematyczne monitorowanie i ocena dostępności i jakości usług ochrony zdrowia dla osób starych, niepełnosprawnych i niesamodzielnych</p>		
<p><b>II.3. DOSTĘP OSÓB NIESAMODZIELNYCH (NIEZDOLNYCH DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI) DO USŁUG OPIEKI, W TYM USŁUG OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ</b></p>	<p>1. Przyjęcie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym (projekt ustawy opracowany przez Zespół powołanych przez prof. Z. Religę)</p> <p>2. Stworzenie systemu opieki nad osobami niesamodzielnymi w rodzinie, środowisku, placówkach opieki dostosowanych do stopnia i rodzaju niesamodzielnosci</p> <p>3. Przygotowanie fachowych kadr medycznych i społecznych oraz opiekunów wspomagających rodziny w opiece nad osobami niesamodzielnymi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- administracja rządowa (w zakresie przygotowania rozwiązań systemowych),</li> <li>- NFZ i administracja samorządowa (w zakresie wdrożenia rozwiązań systemowych),</li> <li>- NGO (w zakresie wspomagania systemu opieki realizowanego w rodzinie i instytucjach opieki).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- środki powszechnego ubezpieczenia społecznego,</li> <li>- środki budżetu państwa,</li> <li>- budżety samorządów,</li> <li>- środki potencjalnych użytkowników usług opieki.</li> </ul>

<p align="center"><b>II.4. UCZESTNICTWO LUDZI STARYCH W RÓŻNYCH DZIEDZINACH ŻYCIA SPOŁECZNEGO (W SFERZE PUBLICZNEJ).</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rozwój systemu kształcenia ustawicznego dla osób starych i niepełnosprawnych</li> <li>2. Promowanie uczestnictwa w życiu zawodowym (w tym tworzenie zachęt do przedłużania zatrudnienia)</li> <li>3. Promowanie uczestnictwa w życiu do działalności w charakterze wolontariusza</li> <li>4. Promowanie rozwoju i kształtowania zainteresowań, zajęć o charakterze hobbystycznym</li> <li>5. Promowanie uczestnictwa w organach przedstawicielskich samorządów, partii politycznych, związków i stowarzyszeń</li> <li>6. Rozwijanie form aktywności ruchowej, działalności turystycznej, rekreacyjnej, kulturalnej</li> <li>7. Upowszechnianie „dobrych praktyk” dotyczących zwiększania aktywności ludzi starych i niepełnosprawnych</li> <li>8. Przygotowanie kadry pracowników socjalnych wyspecjalizowanych w pracy z osobami starszymi</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- samorządy lokalne,</li> <li>- NGOs,</li> <li>- związki wyznaniowe,</li> <li>- instytucje kulturalne, edukacyjne,</li> <li>- instytucje ochrony zdrowia, rynku pracy, pomocy społecznej,</li> <li>- media publiczne,</li> <li>- zakłady pracy i związki zawodowe,</li> <li>- szkoły wyższe.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- samorząd lokalny,</li> <li>- potencjalni uczestnicy,</li> <li>- zakłady pracy,</li> <li>- organizacje pozarządowe</li> </ul>
<p align="center"><b>II.5. ELIMINACJA DYSKRYMINACJI,</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Eliminowanie form wykluczenia i dyskryminacji upowszechnianych w mediach; aktywne reagowanie na powszechne posługiwanie się negatywnymi stereotypami w mediach i życiu publicznym</li> <li>2. Walka ze stereotypami osób starych, jako czynnikiem „obciążenia” społeczeństwa i rodziny („wskaźnik obciążenia ludźmi starymi”)</li> <li>3. Eliminowanie z języka używanego publicznie wyrażenia i form dyskryminujących osoby stare, niepełnosprawne, niesamodzielne</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- państwo; administracja rządowa</li> <li>- KRRiTV, media</li> <li>- samorządy lokalne</li> <li>- programy edukacyjne na rzecz ochrony przez</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- samorząd lokalny,</li> <li>- potencjalni uczestnicy,</li> <li>- zakłady pracy,</li> </ul>



<p><b>PRZEMOCY ORAZ ZAPEWNIENIE BEZPIECZEŃSTWA OSOBOM STARYM I NIEPEŁNOSPRAWNYM I NIESAMODZIELNYM</b></p>	<p>4. 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>5. Kampanie społeczne na rzecz przywrócenia ludziom starym należnej im godności i szacunku</p> <p>6. Zapewnienie bezpieczeństwa osobom starym w przestrzeni publicznej i miejscu zamieszkania</p>	<p>przemocą i wykluczeniem, – kościoły i związki wyznaniowe; pomoc w organizowaniu opieki, ułatwianie osobom starszym i niepełnosprawnym uczestnictwa w praktykach religijnych.</p>	<p>– - organizacje pozarządowe</p>
---	---	---	------------------------------------

**CEL III. POPRAWA STANU ZDROWIA LUDNOŚCI I OGRANICZANIE UMIERALNOŚCI**

PRIORYTETY	KIERUNKI DZIAŁANIA	DZIAŁANIA SZCZEGÓŁOWE	PODMIOTY REALIZUJĄCE	ŹRÓDŁA FINANSOWANIA
<p><b>III.1. POPRAWA STANU ZDROWIA MATEK I DZIECI</b></p>	<p><b>1. Poprawa stanu zdrowia kobiet przed ciążą, matek podczas ciąży, porodu i położu oraz dzieci przed urodzeniem i noworodków</b></p>	<p>1. 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>2. Działania na rzecz profilaktyki pierwotnej zaburzeń zdrowia prokreacyjnego</p> <p>3. 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>4. Upowszechnianie wśród rodzin zachowań sprzyjających zdrowiu i realizacji planów prokreacyjnych</p> <p>5. Przygotowanie i upowszechnienie programu prewencji niepłodności</p> <p>6. Upowszechnienie poradnictwa przedciążowego w celu zmniejszenia częstości poronień, wad rozwojowych u potomstwa i innych niepowodzeń położniczych</p>	<p>– Narodowy Fundusz Zdrowia</p> <p>– Ministerstwo Zdrowia (zdrowotne programy profilaktyczne)</p> <p>– Unia Europejska</p>	<p>- budżety ww. resortów centralnych</p> <p>- środki z funduszy unijnych</p>

PRIORYTETY	KIERUNKI DZIAŁANIA	DZIAŁANIA SZCZEGÓŁOWE	PODMIOTY REALIZUJĄCE	ŹRÓDŁA FINANSOWANIA
		<p>7. Prewencja wcześniactwa oraz małej urodzeniowej masy ciała</p> <p>8. Poprawa dostępności, skuteczności i jakości zintegrowanej około- porodowej opieki medycznej profilaktyczno–lecniczej i rehabilitacyjnej</p> <p>9. Upowszechnienie inicjatywy „Szpital Przyjazny Dziecku” poprzez włączenie wszystkich szpitali do realizacji programu promocji karmienia piersią</p> <p>10. 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>11. Przygotowanie i wdrożenie modelu „porodu domowego” w szpitalu</p> <p>12. Edukacja i wsparcie rodziców po porodzie, w celu ułatwienia im radzenia sobie w trudnościach dotyczących zdrowia matki, dziecka i funkcjonowania powiększonej rodziny</p> <p>13. 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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Narodowy Fundusz Zdrowia</li> <li>– Ministerstwo Zdrowia (zdrowotne programy profilaktyczne)</li> <li>– Unia Europejska</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- budżety ww. resortów centralnych</li> <li>- środki z funduszy unijnych</li> </ul>
	<p><b>2. Poprawa stanu zdrowia i warunków rozwoju dzieci i młodzieży</b></p>	<p>1. 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</p>		

PRIORYTETY	KIERUNKI DZIAŁANIA	DZIAŁANIA SZCZEGÓŁOWE	PODMIOTY REALIZUJĄCE	ŹRÓDŁA FINANSOWANIA
		<p>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>2. Podjęcie skoordynowanych działań na wszystkich szczeblach zdrowotnej polityki publicznej obejmującej m.in.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• eliminację czynników pochodzących ze środowiska domowego i zewnętrznego związanych z powstawaniem nieprawidłowości rozwojowych, chorób przewlekłych i niepełnosprawności u dzieci</li> <li>• realizację opieki profilaktycznej nad dziećmi i młodzieżą, zdrowotną opiekę środowiskową nad dziećmi pochodzącymi ze środowisk zaniedbanych oraz opiekę socjalną nad ich rodzinami.</li> <li>• optymalizację opieki medycznej nad dziećmi na podstawowym poziomie, ( kadra, organizacja, wyposażenie)</li> <li>• wczesną diagnostykę i działania profilaktyczne , monitorowanie ich w ramach medycyny szkolnej umożliwiającego wczesne wykrywanie zagrożeń,</li> <li>• upowszechnienie systemu zdrowego żywienia we wszystkich szkołach; rozwój sieci szkół promujących zdrowie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Narodowy Fundusz Zdrowia</li> <li>- Ministerstwo Zdrowia (zdrowotne programy profilaktyczne)</li> <li>- Unia Europejska</li> </ul>	

PRIORYTETY	KIERUNKI DZIAŁANIA	DZIAŁANIA SZCZEGÓŁOWE	PODMIOTY REALIZUJĄCE	ŹRÓDŁA FINANSOWANIA
<b>III.3. OGRANICZANIE ZACHOROŃ I UMIERALNOŚCI Z POWODU CHOROŃ NOWOTWOROWYCH</b>	<b>1. Realizacja Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych w Polsce i osiągnięcie założonych celów</b>  <b>2. Podjęcie innych działań w zakresie walki z rakiem</b>	<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>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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Narodowy Fundusz Zdrowia</li> <li>- Ministerstwo Zdrowia (zdrowotne programy profilaktyczne)</li> <li>Unia Europejska</li> </ul>	<p>budżety ww. resortów centralnych</p> <p>- środki z funduszy unijnych</p>

PRIORYTETY	KIERUNKI DZIAŁANIA	DZIAŁANIA SZCZEGÓŁOWE	PODMIOTY REALIZUJĄCE	ŹRÓDŁA FINANSOWANIA
<b>III.4. POPRAWA STANU ZDROWIA PSYCHICZNE GO POLAKÓW</b>		1. Promocja 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. Reorganizacja systemu leczenia 8. Monitoring i koordynację 9. Badania naukowe	- Narodowy Fundusz Zdrowia  - Ministerstwo Zdrowia (zdrowotne programy profilaktyczne)  - Unia Europejska	- budżety ww. resortów centralnych  - środki z funduszy unijnych
<b>III.5 OGRANICZE NIE ZACHORO WAŃ I UMIERAL NOŚCI Z POWODU PRZEWLEK ŁYCH CHORO B NIEZAKAŻNYC H POPRZEZ POPRAWĘ ŻYWIENIA I ZWIĘKSZENIE AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ SPOŁECZEŃ STWA</b>		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. Edukacja żywieniowa kobiet w okresie rozrodczym, promocja karmienia naturalnego niemowląt oraz edukacja żywieniową dzieci i młodzieży 3. Edukacja żywieniowa grup zawodowych zajmujących się zdrowiem człowieka 4. 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 5. Poprawa dostępności fizycznej i ekonomicznej żywności dla grup znajdujących się w sferze niedostatku	- Narodowy Fundusz Zdrowia  - Ministerstwo Zdrowia (zdrowotne programy profilaktyczne)  - Unia Europejska	- budżety ww. resortów centralnych  - środki z funduszy unijnych

PRIORYTETY	KIERUNKI DZIAŁANIA	DZIAŁANIA SZCZEGÓŁOWE	PODMIOTY REALIZUJĄCE	ŹRÓDŁA FINANSOWANIA
		<p>6. Stworzenie wszystkim uczniom możliwości zdrowego żywienia w szkole i uczestniczenia w pozalekcyjnych zajęciach sportowo-rekreacyjnych</p> <p>7. Wdrażanie standardów żywienia w szpitalach dla poprawy skuteczności leczenia i zmniejszenia jego kosztów</p>		
<p><b>III.6. PROMOCJA ZDROWIA JAKO STRATEGIA ROZWIĄZYWAJĄCA WSPÓŁCZESNYCH PROBLEMÓW ZDROWOTNYCH</b></p>	<p><b>1. Zmiana modelu i statusu promocji zdrowia w krajowym systemie ochrony zdrowia</b></p> <p><b>2. Rozwój infrastruktury dla promocji zdrowia (zasoby ludzkie, instytucje, legislacja, system finansowania, rozwiązania organizacyjne) oraz działań w obszarze zdrowia publicznego</b></p>	<p>1.1. Zainicjowanie debaty publicznej na temat roli promocji zdrowia, jako strategii międzysektorowej i przeprowadzenie krajowej kampanii edukacyjnej w tym zakresie</p> <p>1.2. Zakończenie prac nad ustawą o zdrowiu publicznym odpowiadającej potrzebom nowoczesnego zdrowia publicznego i promocji zdrowia</p> <p>1.3. Zwiększenie udziału środków przeznaczanych na zdrowie publiczne w puli środków przeznaczanych na zdrowie oraz zapewnienie stałego finansowania promocji zdrowia</p> <p>2.1. Zapoczątkowanie i rozwój mechanizmów rutynowej współpracy międzysektorowej na rzecz zdrowia</p> <p>2.2. Przegląd i aktualizacja aktów prawnych istotnych dla promocji zdrowia jako międzysektorowej strategii i obszaru działań.</p> <p>2.3. 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.</p> <p>2.4. Uruchomienie monitoringu zachowań zdrowotnych</p> <p>2.5. Stymulowanie rozwoju interdyscyplinarnych badań nad</p>	<p>– Narodowy Fundusz Zdrowia</p> <p>– Ministerstwo Zdrowia (zdrowotne programy profilaktyczne)</p> <p>– Unia Europejska</p>	<p>– budżety ww. resortów centralnych</p> <p>– środki z funduszy unijnych</p>

PRIORYTETY	KIERUNKI DZIAŁANIA	DZIAŁANIA SZCZEGÓŁOWE	PODMIOTY REALIZUJĄCE	ŹRÓDŁA FINANSOWANIA
		społecznymi nierównościami w zdrowiu	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Narodowy Fundusz Zdrowia</li> <li>- Ministerstwo Zdrowia (zdrowotne programy profilaktyczne)</li> <li>- Unia Europejska</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- budżety ww. resortów centralnych</li> <li>- środki z funduszy unijnych</li> </ul>



PRIORYTETY	KIERUNKI DZIAŁANIA	DZIAŁANIA SZCZEGÓŁOWE	PODMIOTY REALIZUJĄCE	ŹRÓDŁA FINANSOWANIA
		<p>2.6. Kontynuacja i rozwój sieciowych programów promocji zdrowia opartych na siedliskowym podejściu (setting approach):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• programu Zdrowe Miasta wiążącego działania na rzecz zdrowia i ochrony środowiska w środowisku miejskim;</li> <li>• programu Promocja Zdrowia w Miejscu Pracy promującego zdrowie w środowisku zatrudnienia oraz zdrowy styl życia poza miejscem pracy;</li> <li>• programu Szpitali Promujących Zdrowie oraz programu Szkół dla Zdrowia Europy (dawna sieć szkół promujących zdrowie)</li> </ul> <p>2.7. Kontynuacja i rozwój programu CINDI</p> <p>2.8. 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.</p> <p>2.9. Zwiększenie oferty dla międzysektorowych programów promocji zdrowia w ramach programów polityki zdrowotnej finansowanej przez resort zdrowia</p> <p>2.10. Kontynuacja i rozwój działań na rzecz promocji zdrowia świadczonych przez władze samorządowe, sektor pozarządowy i społeczności lokalne</p> <p>2.11. Rozwój różnych form poradnictwa wspierającego upowszechnianie prozdrowotnych stylów życia w populacji generalnej, w tym poradni zdrowia psychicznego</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Narodowy Fundusz Zdrowia</li> <li>- Ministerstwo Zdrowia (zdrowotne programy profilaktyczne)</li> <li>- Unia Europejska</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- budżety ww. resortów centralnych</li> <li>- środki z funduszy unijnych</li> </ul>

PRIORYTETY	KIERUNKI DZIAŁANIA	DZIAŁANIA SZCZEGÓŁOWE	PODMIOTY REALIZUJĄCE	ŹRÓDŁA FINANSOWANIA
	<p><b>3. Rozwój infrastruktury dla promocji zdrowia (zasoby ludzkie, instytucje, legislacja, system finansowania) oraz działań w obszarze opieki zdrowotnej</b></p>	<p>2.12. Opracowanie i wdrażanie programu promocji zdrowia dla osób 50+</p> <p>2.13. Wspieranie i rozwój programów bezpieczeństwa drogowego ze szczególnym uwzględnieniem programów adresowanych do populacji 50+</p> <p>3.1. Nasilenie działań na rzecz zwiększenia wyrównywania dostępu do świadczeń zdrowotnych i podnoszenia ich jakości</p> <p>3.2. 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"> <li>• Wprowadzenie konieczności minimalnych interwencji do praktyki lekarskiej</li> <li>• Rozwój poradnictwa</li> <li>• Rozwój mechanizmów współpracy między personelem medycznym a innymi specjalistami</li> <li>• Stworzenie warunków dla permanentnej edukacji z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki personelu medycznego i paramedycznego</li> <li>• 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.</li> </ul>		

**CEL IV. OKREŚLENIE KIERUNKÓW I ZASAD POLITYKI MIGRACYJNEJ PAŃSTWA POLSKIEGO W DOBIE INTEGRACJI EUROPEJSKIEJ**

<b>PRIORYTET IV.1. UTRZYMYWANIE WIĘZI Z POLAKAMI PRZEBYWAJĄCYMI ZA GRANICĄ, TRAKTOWANIE ICH JAKO SKŁADNIKA POLSKIEGO POTENCJAŁU LUDNOŚCIOWEGO</b>				
<b>CELE DO OSIĄGNIĘCIA</b>	<b>KIERUNKI DZIAŁAŃ</b>	<b>ROZWIĄZANIA SZCZEGÓŁOWE</b>	<b>PODMIOTY ODPOWIEDZIALNE</b>	<b>ŹRÓDŁO FINANSOWANIA</b>
<b>WSPIERANIE POLAKÓW PRZEBYWAJĄCYCH ZA GRANICĄ</b>	<p>1. Wspieranie edukacji i zrzeszeń Polaków przebywających za granicą,</p> <p>a) aktywizacja młodego pokolenia osób polskiego pochodzenia,</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 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;</p> <p>c) wspieranie nauczania języka polskiego w ramach obcych systemów oświaty;</p> <p>2. Wspieranie zrzeszeń Polaków przebywających za granicą</p> <p>a) organizacja doskonalenia zawodowego nauczycieli polonijnych i nauczania w języku polskim</p> <p>b) animowanie działalności kulturalnej na zaproszenie organizacji polonijnych .</p> <p>c) wyposażanie szkół polonijnych w podręczniki i pomoce dydaktyczne.</p>	<p>MSZ;MEN,MNiSW, MPiPS,</p> <p>MkiDN,MSiT,GUS (ORPEG) Ośrodek Rozwoju Polskiej Edukacji za Granicą MEN -</p>	<p>a) Środki będące w dyspozycji MSZ (DWP) dzielone na cztery fundusze polonijne: „szkolnictwo polskie za granicą” (4 405 000); „kultura i sztuka oraz pozostała działalność” (4 429 000); „kolonie i obozy dla młodzieży polonijnej w kraju” (614 000); „opieka nad miejscami pamięci narodowej” (500 000); plus dotacja przeznaczona na wsparcie TV Polonia (w 2011 roku 11.319.000</p> <p>b) Udzielanie pomocy finansowej przez MSZ (budżet państwa) stowarzyszeniom polonijnym na:</p>

<p><b>ZAPEWNIENIE POLAKOM OCHRONY I POMOCY KONSULARNEJ, CIĄGŁOŚCI INFORMACJI O KRAJU,</b></p>	<p>1. Działania w zakresie opieki konsularnej i działalności konsulatów</p> <p>a) działania informacyjne (kampanie informacyjne prowadzone w kraju i poza granicami kraju),</p> <p>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.),</p> <p>c) opracowanie programu działania na rzecz pomocy emigrantom ekonomicznym (przy współpracy międzyresortowej – przeciwko handlowi ludźmi, zwalczania bezdomności itd.).</p> <p>1. Wzmocnienie międzynarodowej pozycji Polski i poprawy jej wizerunku</p>	<p>1. Zapewnienie przez urzędy konsularne szerokiego dostępu do informacji o charakterze wielowymiarowym. osobom przebywającym za granicą.</p> <p>2. Umożliwienie dotarcia przez petenta do stosownej informacji (dot. wszelkiego rodzaju dokumentów wydawanych przez lokalne urzędy; dot. służby zdrowia i zabezpieczenia socjalnego; dot. miejscowych placówek oświatowych; dot. wszelkich kwestii prawnych, sądowniczych, odszkodowawczych; dot. panujących zwyczajów, zakazów oraz obowiązków w kraju przyjmującym)..</p> <p>1. Poszerzanie współpracy z partnerami z UE i z państw trzecich w zakresie postępowania kryzysowego z udziałem obywateli polskich.</p>	<p>MSZ</p>	<p>działalność programową, realizację zadań edukacyjnych, działania inwestycyjne</p>
---	---	---	------------	--

	<p>2. Ochrona polskich obywateli za granicą</p> <p>3. Współpraca z polską diasporą w państwach członkowskich UE oraz ochrona instytucjonalna polskich pracowników migrujących.</p>	<p>2. Analizowanie i reagowanie na nowe zjawiska dotyczące fale emigrantów (bezdomność, bezrobocie, problemy zdrowotne i społeczne, wzrost przestępczości);</p> <p>1. Współpraca 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.),</p> <p>a) Udzielanie pomocy przez owe stowarzyszenia Polakom będącym w trudnej sytuacji życiowej, uzależnionym i bezdomnym.</p> <p>b) 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 środki pieniężne na dofinansowanie ich bieżącej działalności. .</p>		
--	--	--	--	--

	<p>1. Zaangażowanie władz i instytucji kraju zamieszkania w rozwiązywanie problemów starej i nowej emigracji</p> <p>2. inspirowanie bezpośrednich kontaktów pomiędzy instytucjami polskimi, a instytucjami kraju (urzędowania),</p>	<p>1. Podnoszenie intensywności relacji politycznych oraz poziomu współpracy kulturalnej, naukowej, oświatowej, technologicznej z innymi krajami,</p> <p>2. Budowanie przychylności dla Polski i zapobieganiu powstawaniu i utrzymywaniu się negatywnych skojarzeń oraz stereotypów,</p> <p>3. Prezentacja Polski jako stabilnej, europejskiej demokracji,</p> <p>4. 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,</p> <p>5. 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,</p> <p>6. 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,</p>		
--	---	---	--	--

<b>PROMOCJA POLSKI NA ARENIE MIĘDZY-NARODOWEJ</b>	1. Włączenie Polaków przebywających za granicą do promocji krajowej produkcji i turystyki,	7) Promocja Polski jako kraju zaangażowanego w ruch międzynarodowej solidarności, udzielającego coraz większej pomocy rozwojowej. 8) Promocja polskich kandydatur do określonych funkcji, zadań, misji, itp.  1. 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 przyczynianiu się do wzrostu polskiego eksportu i/lub inwestycji, ew. zagranicznych inwestycji do Polski	MSZ	
<b>PRIORYTET IV.2. PRZESTRZENNA I ZAWODOWA ORIENTACJA DOTYCZĄCA OBSZARÓW I STRUKTURY WYJAZDÓW ZAROBKOWYCH, Z UWZGLĘDNIENIEM SYTUACJI NA LOKALNYCH RYNKACH PRACY</b>				
<b>CELE DO OSIĄGNIĘCIA</b>	<b>KIERUNKI DZIAŁAŃ</b>	<b>ROZWIĄZANIA SZCZEGÓŁOWE</b>	<b>PODMIOTY ODPOWIEDZIALNE</b>	<b>ŹRÓDŁO FINANSOWANIA</b>
<b>1.MONITOROWANIE PROCESÓW ZWIĄZANYCH Z EMIGRACJĄ ZAROBKOWĄ POLAKÓW</b>	1.1. Gromadzenie materiałów i informacji dotyczących m.in.: skali, struktury oraz warunków zatrudnienia migrantów;	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zbieranie materiałów i informacji dot. skali, struktury oraz warunków zatrudnienia migrantów z różnorodnych źródeł (placówki dyplomatyczno-konsularne, naukowe, partnerzy zagraniczni;</li> </ul>	MPiPS	

	<p>1.2. Monitorowanie, analiza i ocena strumieni i zasobów migracyjnych w krajach docelowych polskiej emigracji;</p> <p>1.3. Przegląd procesów społecznych związanych z emigracją,</p> <p>1.4. Monitorowanie działalności agencji pośrednictwa pracy;</p> <p>1.5. Podejmowanie działań interwencyjnych w sytuacjach kryzysowych;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analiza i ocena procesów migracyjnych na podstawie krajowych i zagranicznych publikacji naukowych, danych statystycznych, raportów, materiałów prasowych i internetowych oraz ich analiza i ocena;</li> <li>• Przegląd materiałów dotyczących skutków społecznych emigracji m.in. na poziomie regionów i gospodarstw domowych;</li> <li>• Inicjowanie dyskusji publicznych i uczestniczenie w konferencjach, seminariach oraz spotkaniach poświęconych problematyce emigracji;</li> <li>• 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);</li> <li>• W przypadku stwierdzenia naruszenia prawa w stosunku do emigrantów z Polski (np. sygnałów o dyskryminacji na rynku pracy w danym państwie przyjmującym): wyjaśnianie kwestii</li> </ul>		
--	--	--	--	--



		<p>problematicznych na poziomie dwustronnym, współpraca z Inspekcją Pracy oraz w razie potrzeby zgłaszanie zaistniałych naruszeń do odpowiednich instytucji UE.</p>		
<p><b>2. ROZPOWSZECHNIANIE INFORMACJI Z ZAKRESU EMIGRACJI ZAROBKOWYCH</b></p>	<p>2.1. Informowanie obywateli Polski na temat warunków pracy i pobytu w docelowych krajach emigracji Polaków</p> <p>2.2. Udostępnianie informacji na temat potencjalnych zagrożeń, jakie mogą napotkać obywatele Polski podejmujący pracę w danym państwie przyjmującym;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rozwijanie i udoskonalanie portalu EURES;</li> <li>• Publikowanie materiałów dotyczących warunków pracy i pobytu w krajach docelowych polskiej emigracji na stronach internetowych;</li> <li>• Przygotowywanie materiałów w formie ulotek, broszur itp. i ich kolportaż z udziałem m.in. placówek konsularnych, powiatowych urzędów pracy i organizacji pozarządowych;</li> <li>• 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.;</li> </ul>		

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Współpraca bilateralna z państwami przyjmującymi w celu tworzenia najlepszych kanałów informacyjnych dla emigrantów z Polski;</li> </ul>		
<b>3. WSPIERANIE MIGRANTÓW POWROTNYCH</b>	<p>3.1. Rozpowszechnianie informacji przydatnych dla osób planujących powrót do Polski,</p> <p>3.2. Współpraca z właściwymi instytucjami w zakresie tworzenia warunków ułatwiających migrantom powrót do kraju;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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 społecznego i opieki zdrowotnej oraz praktyczny poradnik psychologiczny;</li> <li>• Uwrażliwianie pracowników publicznych służb zatrudnienia na problemy osób, które wróciły z emigracji zarobkowej i mają trudności z adaptacją na lokalnym rynku pracy;</li> </ul>		
<b>4. ROZWIJANIE WSPÓŁPRACY POMIĘDZY INSTYTUCJAMI ZAANGAŻOWANYMI W PROBLEMATYKĘ MIGRACJI</b>	<p>4.1 Wskazanie podmiotu wiodącego w zakresie problematyki emigracji;</p> <p>4.2. Współpraca resortów zaangażowanych w tematykę emigracji Polaków;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opracowanie założeń co do koordynacji działań podmiotów zaangażowanych w problematykę emigracji</li> <li>• Przeprowadzenie debaty zmierzającej do wyłonienia podmiotu wiodącego w zakresie problematyki emigracji;</li> </ul>		

	<p>4.3. Współpraca z samorządem terytorialnym i organizacjami pozarządowymi w ramach działań na rzecz Polaków – migrantów zarobkowych przebywających za granicą.</p> <p>1. Powołanie instytucji o zbliżonym zakresie działania jak przedwojenny Syndykat Emigracyjny, w celu monitorowania procesów emigracyjnych</p> <p>2. Nadzór nad agencjami pośrednictwa pracy</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wspieranie działań podejmowanych przez samorządy społeczne i organizacje pozarządowe na rzecz polskich migrantów zarobkowych;</li> <li>• Współpraca administracji publicznej w zakresie emigracji zarobkowej z organizacjami pozarządowymi (np. zlecenie zadań publicznych, dofinansowywanie) ;</li> </ul>		
<b>PRIORYTET IV.3. WDROŻENIE POSTULATÓW DOTYCZĄCYCH IMIGRACJI W OBSZARZE „POLITYKA MIGRACYJNA POLSKI”</b>				
<b>CELE DO OSIĄGNIĘCIA</b>	<b>KIERUNKI DZIAŁAŃ</b>	<b>ROZWIĄZANIA SZCZEGÓŁOWE</b>	<b>PODMIOTY ODPOWIEDZIALNE</b>	<b>ŹRÓDŁO FINANSOWANIA</b>
<b>POLITYKA MIGRACYJNA DOSTOSOWANA DO PRIORYTETÓW RYNKU PRACY I KONKURENCYJNOŚCI POLSKIEJ GOSPODARKI</b>	<p>1. Wprowadzanie mechanizmów systematycznego monitoringu popytu i podaży na rynku pracy,</p> <p>2. Otwarcie dostępu do rynku pracy dla cudzoziemców legalnie przebywających w Polsce,</p> <p>3. Stosowanie ułatwień w dostępie do rynku pracy dla absolwentów polskich uczelni, pracowników wysoko wykwalifikowanych</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elastyczne reagowanie na zapotrzebowanie na pracowników o określonych kwalifikacjach</li> <li>• Uproszczenia przepisów dotyczących możliwości podejmowania pracy w Polsce przez</li> </ul>	MSZ, MPIPS, MF, MSW,	

<p><b>UPRZYWILEJOWANIE OKREŚLONYCH GRUP CUDZOZIEMCÓW W ZAKRESIE POBYTU, PRACY I NAUKI NA TERYTORIUM POLSKI</b></p>	<p>oraz cudzoziemców o pożądanym kwalifikacjach zawodowych,</p> <p>4. Stosowanie uzupełniającego charakteru zatrudniania imigrantów zarobkowych, względem pracowników lokalnych</p> <p>5. Utworzenie aktywnego systemu pozyskiwania pracowników cudzoziemskich (m. in. na podstawie bilateralnych umów międzynarodowych),</p> <p>6. Promowanie migracji cyrkulacyjnych, w tym w celu wykonywania pracy sezonowej,</p> <p>7. Rozwijanie mechanizmu uproszczonego podejmowania pracy w Polsce (system oświadczeń),</p> <p>1. Preferencyjne rozwiązania prawne w zakresie pobytu i pracy na terytorium RP dla wybranych grup cudzoziemców do których należą:</p> <p><b>- osoby pochodzenia polskiego,</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- studenci, naukowcy, absolwenci polskich uczelni,</li> <li>- cudzoziemcy prowadzący działalność gospodarczą, w szczególności kreującą nowe miejsca pracy,</li> <li>- imigranci zarobkowi o potrzebnych kwalifikacjach,</li> <li>- obywatele państw członkowskich UE,</li> </ul>	<p>cudzoziemców</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stosowanie ułatwień dla inwestorów</li> <li>• Reglamentacja w zakresie zatrudniania cudzoziemców przy jednoczesnym stosowaniu systemu zwolnień podmiotowych i przedmiotowych</li> <li>• Podpisywanie umów migracyjnych z tzw. „krajami trzecimi” w zakresie migracji zarobkowych</li> </ul> <p>1.1 Szczególne działania powinny być skierowane do cudzoziemców <b>polskiego pochodzenia</b>, ponieważ jest to grupa mająca wyjątkowe znaczenie dla polityki państwa i jego interesów, również z uwagi na uwarunkowania historyczne Polski.</p> <p>Do zadań w tym obszarze należy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- uregulowanie</li> </ul>	<p>MSZ, MPIPS, MF, MSW, MSWiN, MEN</p>	<p>MF, MSW, MSZ</p> <p>Częściowo finansowanie z opłat związanych z wystawianiem wiz i swego rodzaju „ podatku imigracyjnego</p>
--	--	---	--	---

	<p>członkowie ich rodzin,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- inni cudzoziemcy korzystający z zasady swobodnego przepływu osób</li> <li>- członkowie rodzin obywateli polskich oraz cudzoziemcy osiadli w Polsce, <ul style="list-style-type: none"> <li>- małoletni, w szczególności małoletni bez opieki,</li> <li>- cudzoziemcy wykazujący zainteresowanie procesem integracji w Polsce podejmujący działania w tym kierunku (np. nauka języka polskiego, aktywność społeczna itp.),</li> <li>- osoby objęte ochroną na terytorium RP,</li> <li>- przypadki humanitarne, medyczne, ofiary handlu ludźmi,</li> <li>- inne kategorie, które mogą być wyodrębnione na podstawie porozumień międzynarodowych, partnerstw na rzecz mobilności, itp.</li> </ul> </li> </ul>	<p>problematyki stwierdzania polskiego pochodzenia oraz uprawnień przysługujących osobom polskiego pochodzenia, w tym możliwości osiedlenia się w Polsce,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-poszerzenie kręgu osób mogących ubiegać się o uzyskanie stwierdzenia polskiego pochodzenia,</li> <li>- wprowadzenie preferencji i ułatwień dla cudzoziemców pochodzenia polskiego w zakresie możliwości uzyskania obywatelstwa polskiego,</li> <li>- zmiana przepisów dotyczących repatriacji w kierunku pozwalającym na skrócenie okresu oczekiwania na przyjazd repatriantów do Polski</li> </ul>		
--	---	---	--	--

**PRIORYTET IV.4. WSPIERANIE WSPÓŁCZESNYCH MIGRACJI EDUKACYJNYCH**

CELE DO OSIĄGNIĘCIA	KIERUNKI DZIAŁAŃ	ROZWIĄZANIA SZCZEGÓŁOWE	PODMIOTY ODPOWIEDZIALNE	ŹRÓDŁO FINANSOWANIA
<p><b>POBUDZENIE KONTAKTÓW MIĘDZYNARODOWYCH PLACÓWEK EDUKACYJNYCH</b></p> <p><b>WSPIERANIE MIGRACJI EDUKACYJNYCH</b></p>	<p>1.Zawieranie umów dwustronnych z krajami ościennymi i innymi zainteresowanymi wymianą międzynarodową uczniów i nauczycieli;</p> <p>1.Upowszechnianie informacji na temat możliwości studiowania w Polsce,</p> <p>2.Stworzenie kompleksowego systemu 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),</p> <p>3.Uproszczenie formalności związanych z uzyskiwaniem dokumentów pobytowych przez studentów i pracowników naukowych, przy jednoczesnym podjęciu działań zapobiegających wykorzystywaniu</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Uczestnictwo w wizytach studyjnych na temat edukacji;</li> <li>•Upowszechnianie informacji o programach wymiany w ramach Unii Europejskiej</li> <li>• Monitorowanie przez uczelnie procesu odbywania studiów przez cudzoziemców w Polsce</li> </ul>	<p align="center">MEN, MNiSW, MK i DN</p>	<p>Częściowe finansowanie przez wydawnictwa książkowe i prasowe oraz Unię Europejską</p>

<p><b>UTRZYMANIE SZKOLNICTWA POLSKIEGO ZA GRANICĄ I ZAPEWNIENIE EDUKACJI OBCOKRAJOWCOM W POLSCE.</b></p>	<p>ww. procedur wyłącznie w celu zalegalizowania pobytu</p> <p>4. 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.</p> <p>1. Promowania we współpracy z krajami ojczystymi i w koordynacji z normalnym kształceniem - nauki języka ojczystego oraz kultury kraju pochodzenia dla dzieci nią objętych.</p>	<p>Rozwijanie edukacyjnej integracji dzieci migrantów</p>		
--	---	---	--	--

**PRIORYTET IV.5. PODNIESIENIE STANU WIEDZY O WSPÓŁCZESNYCH PROCESACH MIGRACYJNYCH**

<p><b>CELE DO OSIĄGNIĘCIA</b></p>	<p><b>KIERUNKI DZIAŁAŃ</b></p>	<p><b>ROZWIĄZANIA SZCZEGÓŁOWE</b></p>	<p><b>PODMIOTY ODPOWIEDZIALNE</b></p>	<p><b>ŹRÓDŁO FINANSOWANIA</b></p>
<p><b>MONITOROWANI E PROCESÓW MIGRACYJNYCH</b></p>	<p>1. Bieżąca obserwacja ruchów migracyjnych (emigrantów i imigrantów), identyfikująca sposoby i formy mobilności, kierunki przemieszczeń ludności oraz podstawowe dane społeczno-demograficzne o osobach migrujących</p>	<p>Analiza i ocena procesów;</p>	<p>Komenda Główna Straży Granicznej, UdSC, MPiPS, MSZ, GUS, MNiSW, MEN, ZUS</p>	

	<p>2. Identyfikacja potrzeb, zawodów i kwalifikacji o szczególnym znaczeniu dla gospodarki i nauki oraz ocena skutków działalności cudzoziemców na polskim rynku pracy</p> <p>3. Budowa powiązanych systemów pozyskiwania danych na temat pobytu i pracy/ działalności cudzoziemca w zakresie stworzenia systemu rejestracji zatrudnienia obywateli państw trzecich</p> <p>4. Efektywny system regularnego monitoringu popytu na migrantów zarobkowych, który będzie stanowić podstawę kształtowania instrumentów polityki migracyjnej do zmieniających się uwarunkowań na rynku pracy</p> <p>5. Monitorowanie procesu odbywania studiów przez cudzoziemców w Polsce, poprzez stworzenie centralnego rejestru osób uczących się w placówkach szkolnictwa wyższego</p>	<p>Zbieranie materiałów i informacji z zakresu skali, struktury oraz warunków zatrudnienia migrantów z różnorodnych źródeł, takich jak: placówki dyplomatyczne - konsularne, instytucje naukowe, partnerzy zagraniczni;</p>	<p>MPiPS, MG, MNiSW, PIP, MSZ, MPiPS, MSW, UdSC ,Straż Graniczna, administracja samorządowa</p> <p>MNiSW</p> <p>Straż Graniczna, Urząd do Spraw Cudzoziemców, IOM</p> <p>MPiPS, Urząd do Spraw Cudzoziemców, administracja samorządowa</p>	
--	---	---	--	--



	<p>6. Monitorowanie zjawisk związanych z nieprzebraniem przez cudzoziemców przepisów związanych z pobytem na terytorium Polski</p> <p>7. Systematyczne badania na temat skuteczności przeprowadzanych dobrowolnych powrotów oraz pomocy reintegracyjnej</p> <p>8. System „monitorowania losów” cudzoziemca, którego pobyt został zalegalizowany w oparciu o przepisy abolicyjne. Regularne analizy dotyczące abolicji</p> <p>9. 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>Inicjowanie dyskusji publicznych i uczestniczenie w konferencjach, seminariach oraz spotkaniach poświęconych problematyce</p> <p>Przeгляд materiałów dotyczących skutków społecznych migracji</p>	<p>Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, MPiPS, Urząd do Spraw Cudzoziemców, MSZ, administracja samorządowa);</p> <p>MPiPS, MEN, MNiSW, MSZ, Kancelaria Prezesa Rady Ministrów</p>	
--	---	--	---	--

	<p>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>11. Precyzyjne określenie skali zjawiska emigracji zarobkowej oraz prowadzonej przez jej przedstawicieli działalności za granicą</p> <p>12. Badanie procesów społecznych w kraju związanych z podejmowaniem pracy za granicą</p>			
--	---	--	--	--

## PODSTAWY MONITORINGU I EWALUACJI

<b>CEL I. POPRAWA WARUNKÓW POWSTAWANIA I FUNKCJONOWANIA RODZIN ORAZ SPRZYJAJĄCYCH RODZENIU DZIECI I ZWIĘKSZANIU LICZBY URODZEŃ</b>		
<b>PRIORYTETY</b>	<b>WSKAŹNIKI</b>	<b>ŹRÓDŁO DANYCH/ CZĘSTOTLIWOŚĆ POMIARU</b>
<b>I. TWORZENIE WARUNKÓW SPRZYJAJĄCYCH POWSTAWANIU RODZIN, PRZEDE WSZYSTKIM POPRZEZ ZAWIERANIE MAŁŻEŃSTW I REALIZACJĘ PLANÓW PROKREACYJNYCH</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Liczba i współczynnik zawierania małżeństw</li> <li>2. Liczba i współczynnik rozwodów</li> <li>3. Odsetek matek młodocianych (do 17 lat)</li> <li>4. Wskaźnik umieralności niemowląt (na 1000 urodzeń żywych, wg przyczyn, wieku kobiety, wykształcenia, wykonywanej pracy, miejsca zamieszkania, regionu)</li> <li>5. Urodzenia z niską wagą (urodzenia z niską wagą poniżej 2,5 kg w relacji do:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- urodzeń ogółem</li> <li>- urodzeń żywych</li> </ul>               wg wieku kobiety, wykształcenia, wykonywanej pracy, miejsca zamieszkania, regionu)             </li> <li>6. Wcześnieństwo – liczba dzieci wcześniej urodzonych (poniżej 28. tygodnia ciąży) w stosunku do liczby urodzeń ogółem i żywych (wg wieku kobiety, wykształcenia, wykonywanej pracy, miejsca zamieszkania, regionu)</li> <li>7. Liczba pracujących absolwentów i stopa zatrudnienia</li> <li>8. Liczba bezrobotnych absolwentów i stopa bezrobocia</li> <li>9. Liczba pracujących i stopa zatrudnienia wg płci, wieku, stanu cywilnego, poziomu wykształcenia</li> <li>10. Liczba bezrobotnych i stopa bezrobocia wg płci, wieku, stanu cywilnego, poziomu wykształcenia</li> </ol>	<p style="text-align: center;"><b>Pkt. 1,2,3: Statystyka publiczna/co dwa lata</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Pkt. 4,5,6: Statystyka publiczna/ corocznie</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Pkt. 7,8,9,10,11: Co kwartał – badanie aktywności ekonomicznej ludności, GUS</b></p>

<b>CEL I. POPRAWA WARUNKÓW POWSTAWANIA I FUNKCJONOWANIA RODZIN ORAZ SPRZYJAJĄCYCH RODZENIU DZIECI I ZWIĘKSZANIU LICZBY URODZEŃ</b>		
<b>PRIORYTETY</b>	<b>WSKAŹNIKI</b>	<b>ŹRÓDŁO DANYCH/ CZĘSTOTLIWOŚĆ POMIARU</b>
	<b>11.</b> Liczba osób pracujących w niepełnym wymiarze czasu pracy według płci, wieku, liczby dzieci do lat 14.	
<p><b>II. POPRAWA WARUNKÓW FUNKCJONOWANIA RODZIN ORAZ ROZWOJU MŁODEGO POKOLENIA (WSPIERANIE RODZIN W INWESTOWANIU W MŁODE POKOLENIE)</b></p> <p><b>II. POPRAWA WARUNKÓW FUNKCJONOWANIA RODZIN ORAZ ROZWOJU MŁODEGO POKOLENIA (WSPIERANIE RODZIN W INWESTOWANIU W MŁODE POKOLENIE) - cd</b></p>	<p>1. Relacja przeciętnego dochodu rozporządzalnego w gospodarstwach domowych (według typu biologicznego rodziny i według wieku głowy gospodarstwa domowego) do przeciętnego dochodu rozporządzalnego gospodarstw domowych ogółem</p> <p>2. Liczba i odsetek rodzin z dziećmi (w wieku do lat 24. pozostających na utrzymaniu) pobierających świadczenia rodzinne</p> <p>3. Relacja świadczeń rodzinnych (przeciętna na rodzinę) do:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- płacy minimalnej</li> <li>- wynagrodzenia przeciętnego</li> <li>- dochodu rozporządzalnego</li> </ul> <p>4. Liczba osób korzystających z ulg podatkowych z tytułu wychowania dziecka</p> <p>5. Deficyt mieszkań:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- różnica między liczbą gospodarstw domowych a liczbą mieszkań</li> <li>- % gospodarstw domowych mieszkających samodzielnie</li> </ul> <p>6. Liczba osób na mieszkanie/ na izbę</p> <p>7. Przeciętne wydatki gospodarstwa domowego na stałe opłaty mieszkaniowe jako % ogółu wydatków</p>	<p><b>Pkt.4. Statystyka Ministerstwa Finansów/ corocznie</b></p> <p><b>Pkt.5,6. Narodowe Spisy Powszechne</b></p> <p><b>Pkt.7. Statystyka publiczna GUS- badania budżetów domowych</b></p>

<b>CEL I. POPRAWA WARUNKÓW POWSTAWANIA I FUNKCJONOWANIA RODZIN ORAZ SPRZYJAJĄCYCH RODZENIU DZIECI I ZWIĘKSZANIU LICZBY URODZEŃ</b>		
<b>PRIORYTETY</b>	<b>WSKAŹNIKI</b>	<b>ŹRÓDŁO DANYCH/ CZĘSTOTLIWOŚĆ POMIARU</b>
	<p>8. Korzystający z urlopów wychowawczych wg płci</p> <p>9. Liczba i % dzieci objętych opieką w żłobkach (0-2) ogółem, miasto, wieś</p> <p>10. Liczba i % dzieci objętych opieką w klubach dziecięcych (0-2)</p> <p>11. Liczba i % dzieci objętych opieką dziennych opiekunek (0-2)</p> <p>12. Liczba nowych stworzonych w ciągu roku miejsc w żłobkach i klubach dziecięcych</p> <p>13. % dzieci objętych opieką w przedszkolach (3-5) ogółem, miasto, wieś</p> <p>14. Odpłatność za przedszkole w %:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- płacy minimalnej</li> <li>- przeciętnego miesięcznego dochodu rozporządzalnego na osobę w gospodarstwie domowym</li> <li>- przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego netto</li> </ul> <p>15. Odpłatność za żłobek w %:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- płacy minimalnej</li> <li>- przeciętnego miesięcznego dochodu rozporządzalnego na osobę w gospodarstwie domowym</li> <li>- przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego netto</li> </ul> <p>16. Stopa ubóstwa biologicznego dzieci w wieku 0-14 lat</p> <p>17. Stopa ubóstwa biologicznego wśród młodzieży (15-19 lat)</p> <p>18. % młodzieży wychowującej się w rodzinach niepełnych</p>	<p><b>Pkt.8,9. Statystyka GUS/ corocznie</b></p> <p><b>Pkt.10,11,12,13. Statystyka GUS/corocznie</b></p> <p><b>Pkt.14,15. Szacunki oparte na badaniach i analizach, potrzeba odrębnych badań</b></p> <p><b>Pkt.16,17. Statystyka publiczna</b></p> <p><b>Pkt.18. Narodowy Spis Powszechny</b></p>



<b>CEL I. POPRAWA WARUNKÓW POWSTAWANIA I FUNKCJONOWANIA RODZIN ORAZ SPRZYJAJĄCYCH RODZENIU DZIECI I ZWIĘKSZANIU LICZBY URODZEŃ</b>		
<b>PRIORYTETY</b>	<b>WSKAŹNIKI</b>	<b>ŹRÓDŁO DANYCH/ CZĘSTOTLIWOŚĆ POMIARU</b>
	<p>7. Ściągalność alimentów w stosunku do orzeczonych rozwodów</p> <p>8. Liczba osób niepełnosprawnych pracujących wg płci, wykształcenia, stopnia i rodzaju niepełnosprawności</p> <p>9. Liczba osób niepełnosprawnych biernych zawodowo wg płci, wykształcenia, stopnia i rodzaju niepełnosprawności</p> <p>10. % osób niepełnosprawnych korzystających z usług pielęgnacyjnych</p> <p>11. Liczba dzieci w rodzinach zastępczych oraz w placówkach opiekuńczo-wychowawczych</p> <p>12. Liczba matek w hotelach</p> <p>13. Liczba skazanych prawomocnie za uchylanie się od obowiązku alimentacyjnego</p> <p>14. Liczba zgłoszeń na policję - interwencji domowych dotyczących przemocy rodzinie</p> <p>15. Liczba wyroków skazujących za przestępstwa przeciwko rodzinie, opiece i młodzieży</p> <p>16. Liczba orzeczeń sądów o ograniczeniu lub pozbawieniu władzy rodzicielskiej</p> <p>17. Liczba mieszkań socjalnych</p> <p>18. Świadczenia rodzinne (jak w punktach 2 i 3 w priorytecie II celu I)</p>	<p><b>Pkt.7. Statystyka Resortu Sprawiedliwości</b></p> <p><b>Pkt.8,9. Statystyka GUS-badania aktywności ekonomicznej ludności Polski</b></p> <p><b>Pkt.10,11,12. Statystyka resortowa Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, co rok</b></p> <p><b>Pkt.13,14,15,16. Statystyka Resortu Sprawiedliwości - co dwa lata</b></p>

CEL I. POPRAWA WARUNKÓW POWSTAWANIA I FUNKCJONOWANIA RODZIN ORAZ SPRZYJAJĄCYCH RODZENIU DZIECI I ZWIĘKSZANIU LICZBY URODZEŃ		
PRIORYTETY	WSKAŹNIKI	ŹRÓDŁO DANYCH/ CZĘSTOTLIWOŚĆ POMIARU
	<p>19. Podatki od dochodów osobistych (jak w punkcie 4 priorytet II celu I)</p> <p>20. Relacja liczby świadczeniobiorców z systemu świadczeń rodzinnych z pomocy społecznej do liczby mieszkańców Polski wg: liczby dzieci, miejsca zamieszkania (miasto-wieś), rodzaju świadczenia (pieniężne, niepieniężne, usługi)</p> <p>21. Relacja liczby świadczeniobiorców długotrwale (3 lata i więcej) korzystających z pomocy społecznej do wszystkich świadczeniobiorców wg liczby dzieci, miejsca zamieszkania (miasto-wieś), rodzaju świadczenia (pieniężne, niepieniężne, usługi)</p> <p>22. Relacja liczby podopiecznych samorządowej pomocy społecznej, którym przyznano usługi opiekuńcze do ogólnej liczby świadczeniobiorców</p> <p>23. Liczba i odsetek świadczeniobiorców korzystających z usług specjalistycznych pomocy społecznej</p> <p>24. Relacja liczby pracowników socjalnych do liczby świadczeniobiorców</p> <p>25. Liczba asystentów rodziny w samorządowej pomocy społecznej (w przeliczeniu na 100 podopiecznych)</p>	<p><b>Pkt.20,21,22,23,24,25. Statystyka Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej oraz obliczenia, corocznie</b></p>



<b>CEL I. POPRAWA WARUNKÓW POWSTAWANIA I FUNKCJONOWANIA RODZIN ORAZ SPRZYJAJĄCYCH RODZENIU DZIECI I ZWIĘKSZANIU LICZBY URODZEŃ</b>		
<b>PRIORYTETY</b>	<b>WSKAŹNIKI</b>	<b>ŹRÓDŁO DANYCH/ CZĘSTOTLIWOŚĆ POMIARU</b>
<b>ŚRODKI FINANSOWE NA POLITYKĘ RODZINNĄ</b>	1.Relacja wydatków publicznych na politykę rodzinną (rodzinę i dzieci) do PKB 2.Relacja wydatków publicznych na politykę rodzinną (rodzinę i dzieci) do ogółu wydatków publicznych 3.Relacja wydatków publicznych na żłobki i przedszkola do ogółu wydatków socjalnych; udział w budżetach samorządu 4.Relacja wydatków publicznych na ochronę zdrowia dzieci i młodzieży do ogółu wydatków socjalnych	<b>Pkt. 1,2,3,4. Statystyka publiczna/ corocznie</b>

## POSTULOWANE KIERUNKI BADAŃ I ANALIZ

CEL	PRIORYTET	DZIAŁANIA KIERUNKOWE	KIERUNKI BADAŃ I ANALIZ
<p><b>CEL I.</b></p> <p><b>TWORZENIE WARUNKÓW SPRZYJAJĄCYCH POWSTAWANIU RODZIN, PRZEDE WSZYSTKIM POPRZEZ ZAWIERANIA MAŁŻEŃSTW I REALIZACJĘ PLANÓW PROKREACYJNYCH</b></p>	<p><b>1. TWORZENIE WARUNKÓW SPRZYJAJĄCYCH POWSTAWANIU RODZIN, PRZEDE WSZYSTKIM POPRZEZ ZAWIERANIA MAŁŻEŃSTW I REALIZACJĘ PLANÓW PROKREACYJNYCH</b></p>	<p>Kształtowanie systemu wartości prorodzinnych w społeczeństwie; szczególnie wśród osób młodych.</p> <p>Sprzyjanie osiągnięciu samodzielności ekonomicznej i utrzymanie niezależności materialnej osób młodych</p>	<p>Badanie postaw i zachowań prokreacyjnych w społeczeństwie; Badanie postaw wobec małżeństwa, rodziny i dzieciństwa oraz zmian w hierarchii wartości w społeczeństwie;</p> <p>Badania uwarunkowań kulturowych, społecznych i ekonomicznych: realizacji podstawowych funkcji w rodzinach młodych; kształtowania się partnerskiego modelu rodziny.</p> <p>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.);</p> <p>Badania identyfikujące bariery aktywności w podejmowaniu działalności gospodarczej przez ludzi młodych;</p> <p>Badanie losów zawodowych absolwentów i skuteczności programów aktywizujących na rynku pracy wobec młodzieży</p>

			<p>Monitoring efektywności instrumentów kreowania popytu na mieszkania (ulg podatkowych, kredytów, mieszkaniowych rachunków oszczędnościowych itp.). Monitoring procesów realnych w powyższych obszarach</p>
<p><b>CEL I.</b></p> <p><b>TWORZENIE WARUNKÓW SPRZYJAJĄCYCH POWSTAWANIU RODZIN, PRZED WSZYSTKIM POPRZEZ ZAWIERANIA MAŁŻEŃSTW I REALIZACJĘ PLANÓW PROKREACYJNYCH</b></p>	<p><b>2. TWORZENIE WARUNKÓW SPRZYJAJĄCYCH ROZWOJOWI MŁODEGO POKOLENIA W RODZINIE, JAKO CZYNNIK POPRAWY JAKOŚCI KAPITAŁU LUDZKIEGO</b></p>	<p>Wspieranie rodzin w ponoszeniu kosztów utrzymania i wychowania dzieci w rodzinie</p> <p>Rozwój usług społecznych dla dzieci i młodzieży, jako sprzyjających rozwojowi młodej generacji i zwiększeniu gwarancji równych szans</p>	<p>Cykliczne analizy efektywności świadczeń rodzinnych, ich funkcji dochodowej, egalitaryzującej, stymulującej;</p> <p>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</p> <p>Badania uwarunkowań korzystania z różnych form opieki nad dzieckiem; monitoring zaspokojenia potrzeb na usługi placówek opiekuńczo-wychowawczych; (także dla realizacji zadań w pkt. 3);</p> <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),</p> <p>Monitoring warunków życia dzieci</p>
<p><b>CEL I.</b></p> <p><b>TWORZENIE WARUNKÓW SPRZYJAJĄCYCH POWSTAWANIU RODZIN, PRZEDE WSZYSTKIM POPRZEZ ZAWIERANIA MAŁŻEŃSTW I REALIZACJĘ PLANÓW PROKREACYJNYCH</b></p>	<p><b>3. ZAPOBIEGANIE WYKLUCZENIU I MARGINALIZACJI. INTEGRACJA SPOŁECZNA. POMOC RODZINOM W TRUDNYCH SYTUACJACH: UBOGIM, WIELODZIETNYM, NIEPEŁNYM, Z OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ, DOTKNIĘTYM DYSFUNKCJĄ LUB PATOLOGIĄ</b></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. Badania sytuacji społeczno-bytowej</p>

			<p>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>
<p><b>CEL I.</b></p> <p><b>TWORZENIE WARUNKÓW SPRZYJAJĄCYCH POWSTAWANIU RODZIN, PRZEDE WSZYSTKIM POPRZEZ ZAWIERANIA MAŁŻEŃSTW I REALIZACJĘ PLANÓW PROKREACYJNYCH</b></p>	<p><b>3. ZAPOBIEGANIE WYKLUCZENIU I MARGINALIZACJI. INTEGRACJA SPOŁECZNA. POMOC RODZINOM W TRUDNYCH SYTUACJACH: UBOGIM, WIELODZIETNYM, NIEPEŁNYM, Z OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNĄ, DOTKNIĘTYM DYSFUNKCJĄ LUB PATOLOGIĄ (cd.)</b></p>	<p>Zwiększanie aktywności rodzin i zakresu samopomocy w rozwiązywaniu własnych problemów</p> <p>Poprawa warunków mieszkaniowych rodzin</p>	<p>Badania efektywności świadczeń z pomocy społecznej wg cech demospołecznych świadczeniobiorców;</p> <p>Cykliczne badania sytuacji mieszkaniowej rodzin oraz ich potrzeb mieszkaniowych w celu określenia tendencji zmian w tym zakresie i kierunków oraz form działań niezbędnych dla ograniczania problemów mieszkaniowych tych rodzin (także dla realizacji zadań z pkt 1).</p> <p>Rodziny z dziećmi zagrożone eksmisją – studia przypadków</p>

<p><b>CEL II.</b></p> <p><b>TWORZENIE WARUNKÓW SPRZYJAJĄCYCH INTEGRACJI W STARZEJĄCYM SIĘ SPOŁECZENSTWIE</b></p>	<p><b>1.PRZECIWDZIAŁNIE UBÓSTWU, GWARANCJA DOCHODU ROZPORZADZELNEGO NA POZIOMIE ZAPEWNIJAJACYM SAMODZIELNOŚĆ FINANSOWĄ GOSPODARSTWOM DOMOWYCH, WARUNKI MIESZKANIOWE DOSTOSOWANE DO POTRZEB, POMOC W UTRZYMANIU MIESZKANIA, ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH, DOSTĘPNOŚĆ MIESZKAŃ CHRONIONYCH</b></p>	<p>Poszerzenie badań budżetów gospodarstw domowych z uwzględnieniem czynników różnicujących stopień zaspakajani 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 skald gospodarstwa) z innymi grupami gospodarstw domowych z uwzględnieniem obiektywnych miar ubóstwa ocenianego siła nabywczą, deprivacją materialną</p> <p>Badania zróżnicowań warunków życia osób starszych, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- badania zróżnicowania gospodarstw domowych wg grup decylowych</li> <li>- badania warunków życia osób starszych ( niepełnosprawnych) prowadzących samotnie gospodarstwo domowe</li> <li>- badania warunków życia osób pobierających świadczenia z KRUS--</li> </ul> <p>badania regionalnych zróżnicowań warunków życia ludzi starych</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- badania nad uwarunkowaniami i efektywnością uzupełniania dochodów ze świadczeń emerytalnych i rentowych dochodami z pracy</li> </ul>
--	--	--

		<p>Poprawa warunków mieszkaniowych</p>	<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. Wiek osób korzystających z różnych form pomocy</p> <p>Zmiany w statystyce pozwalające na uzyskanie informacji o stopniu zaspokojenia potrzeb mieszkaniowych osób starszych, niepełnosprawnych, niesamodzielnymi; 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> <p>Badania nad sytuacją mieszkaniową osób starszych zamieszkałych na wsi Systematyczne badania pozwalające na diagnozowanie: - potrzeb mieszkaniowych osób starszych, możliwości realizacji zróżnicowanych potrzeb ze względu na ich sytuację finansową</p>
--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- analizowanie skuteczności pomocy mieszkaniowej dla osób w zaawansowanym wieku</li> <li>- wykorzystanie istniejących zasobów mieszkaniowych i dostosowanie ich do potrzeb osób w zaawansowanym wieku i tworzenie odpowiedniej oferty mieszkaniowej</li> </ul>
	<b>3. DOSTĘP OSÓB NIESAMODZIELNYCH (NIEZDOLNYCH DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI DO USŁUG OPIKI, W TYM DŁUGOTERMINOWEJ)</b>		<p>Badania potencjału opiekuńczego rodzin nad osobami starszymi</p> <p>Badania pozarodzinnego zastępstwa w opiece nad osobami starszymi</p>
<b>CEL III.</b>  <b>POPRAWA STANU ZDROWIA LUDNOŚCI I OGRANICZANIE</b>	<b>1. POPRAWA STANU ZDROWIA LUDNOŚCI I OGRANICZANIE UMIERALNOŚCI</b>	<p>Poprawa stanu zdrowia kobiet przed ciążą, matek podczas ciąży, porodu i położu oraz dzieci przed urodzeniem i noworodków</p>	<p>Badania w zakresie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- wpływu cięcia cesarskiego na częstość powikłań przebiegu następnej ciąży i porodu</li> <li>- wpływu cięcia cesarskiego na zmiany planów prokreacyjnych</li> <li>- zależności pomiędzy małą masą urodzeniową a występowaniem chorób w wieku dojrzałym</li> <li>- medycznej, społecznej i psychologicznej analizy przyczyn i uwarunkowań różnic geograficznych występowania niepowodzeń prokreacji w Polsce</li> </ul>



	<p><b>2. POPRAWA OPIEKI NAD MATKĄ I DZIECKIEM</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- medycznych, społeczny i psychologicznych czynników ryzyka niepłodności</li> <li>- częstości występowania niepłodności małżeńskiej w Polsce</li> <li>- oceny bezpieczeństwa porodu w domu</li> <li>- przygotowania i wdrożenia modelu przyczynowej analizy zachorowań i zgonów matek</li> </ul> <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 IV. OKREŚLENIE KIERUNKÓW I ZASAD POLITYKI MIGRACYJNEJ POLSKI W DOBIE INTEGRACJI EUROPEJSKIEJ.**

- Badanie stosunku polskiego społeczeństwa do migrantów (emigrantów, imigrantów) oraz skuteczności prowadzonych kampanii na rzecz pozytywnego odbioru społecznego w stosunku do przebywających w Polsce imigrantów
- Precyzyjne określenie skali zjawiska emigracji zarobkowej oraz prowadzonej przez jej przedstawicieli działalności za granicą
- Badanie procesów społecznych w kraju związanych z podejmowaniem pracy za granicą