

RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA

**PERSPEKTYWY
DEMOGRAFICZNE JAKO
WYZWANIE DLA POLITYKI
LUDNOŚCIOWEJ POLSKI**



Redakcja naukowa

Józefina Hrynkiewicz, Alina Potrykowska

Warszawa 2016

Perspektywy demograficzne jako wyzwanie dla polityki ludnościowej Polski

Demographic Prospects as a Challenge to the Population Policy of Poland

Redakcja naukowa/Edited by Józefina Hrynkiewicz, Alina Potrykowska

Rządowa Rada Ludnościowa/The Government Population Council
Warszawa 2016

Recenzent

Prof. dr hab. Jerzy T. Kowaleski

Copyright by Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2016

Książka – ISBN 978-83-7027-621-8

CD – ISBN 978-83-7027-622-5

Projekt okładki

Lidia Motrenko-Makuch

Redakcja

Alina Potrykowska

Michał Budziński

Redakcja językowa

Władysława Czech-Matuszewska

Zdjęcia – Michał Kowalczyk (GUS)

Rządowa Rada Ludnościowa

00-925 Warszawa, Al. Niepodległości 208

Tel. (48) 22 608 3040, (48) 22 608 31 75, (48) 22 449 40 40 Fax (48) 22 608 38 87

SPIS TREŚCI

PRZEDMOWA – <i>Józefina Hrynkiewicz, Alina Potrykowska</i>	5
CZEŚĆ I. SYTUACJA DEMOGRAFICZNA POLSKI – OBECNIE I W PRZYSZŁOŚCI	13
1. Aktualna sytuacja demograficzna Polski – <i>Józefina Hrynkiewicz</i> ...	14
2. Sytuacja demograficzna Polski na tle Europy – <i>Joanna Stańczak, Dorota Szaltys</i>	24
3. Prognoza demograficzna Polski do roku 2050 – nowe ujęcie – <i>Małgorzata Waligórska, Janusz Witkowski</i>	50
4. Dyskusja	67
CZEŚĆ II. GŁÓWNE WYZWANIA DLA POLITYKI LUDNOŚCIOWEJ POLSKI	74
Wprowadzenie – <i>Janusz Witkowski</i>	75
5. Uwarunkowania dzietności w Polsce – <i>Bożenna Balcerzak-Paradowska</i>	77
6. Sytuacja ludzi starszych i niesamodzielných – <i>Józefina Hrynkiewicz</i>	92
7. Działania podejmowane przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w realizacji zadań polityki ludnościowej – <i>Elżbieta Bojanowska</i>	97
8. Poprawa stanu zdrowia ludności i ograniczenie umieralności – <i>Janusz Szymborski</i>	101
9. Działania podejmowane przez Ministerstwo Zdrowia w realizacji zadań polityki ludnościowej – <i>Jarosław Pinkas</i>	117
10. Polityka migracyjna Polski – <i>Alina Potrykowska</i>	121
11. Współczesna polityka migracyjna Polski? – <i>Paweł Hut</i>	137
12. Dyskusja	140
Podsumowanie – <i>Janusz Witkowski</i>	148
ZAKOŃCZENIE – <i>Józefina Hrynkiewicz</i>	150

LIST OF CONTENTS

FOREWORD – <i>Józefina Hrynkiewicz, Alina Potrykowska</i>	9
PART I. THE DEMOGRAPHIC SITUATION OF POLAND – PRESENT AND FUTURE	13
1. The current demographic situation of Poland – <i>Józefina Hrynkiewicz</i>	14
2. The demographic situation of Poland as compared to the rest of Europe – <i>Joanna Stańczak, Dorota Szaltys</i>	24
3. The population projection of Poland until 2050 – new approach – <i>Małgorzata Waligórska, Janusz Witkowski</i>	50
4. Discussion	67
PART II. MAJOR CHALLENGES TO THE POPULATION POLICY OF POLAND	74
Introduction – <i>Janusz Witkowski</i>	75
5. Fertility conditions in Poland – <i>Bożenna Balcerzak-Paradowska</i>	77
6. The situation of the elderly and dependent people – <i>Józefina Hrynkiewicz</i>	92
7. Activities taken by the Ministry of Family, Labour and Social Policy, aiming at the implementation of population policy objectives – <i>Elżbieta Bojanowska</i>	97
8. Improving the health of the population and reducing mortality – <i>Janusz Szymborski</i>	101
9. Measures taken by the Ministry of Health, aiming at the implementation of population policy objectives – <i>Jarosław Pinkas</i>	117
10. The migration policy of Poland – <i>Alina Potrykowska</i>	121
11. The contemporary migration policy of Poland? – <i>Paweł Hut</i>	137
12. Discussion	140
Conclusions – <i>Janusz Witkowski</i>	150
SUMMARY – <i>Józefina Hrynkiewicz</i>	151

PRZEDMOWA

Oddajemy do rąk Czytelników publikację zawierającą opracowania przygotowane na podstawie materiałów konferencji Rządowej Rady Ludnościowej pt. *Perspektywy demograficzne jako wyzwanie dla polityki ludnościowej Polski*, nad którą honorowy patronat objął Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej, Pan Marek Kuchciński. Konferencja odbyła się w gmachu Sejmu RP w dniu 26 kwietnia 2016 roku¹.

Rządowa Rada Ludnościowa, która działa już 42 lata, jest organem doradczym Prezesa Rady Ministrów w sprawach dotyczących zagadnień demograficznych i polityki ludnościowej. Do zadań Rządowej Rady Ludnościowej należy przedkładanie każdego roku Radzie Ministrów RP raportów o sytuacji demograficznej kraju; inicjowanie prac legislacyjnych i opiniowanie aktów prawnych w zakresie polityki ludnościowej; inicjowanie badań naukowych, w tym formułowanie tematyki i opiniowanie założeń metodycznych w dziedzinie demografii i polityki ludnościowej oraz współdziałanie z międzynarodowymi organizacjami w obszarze problematyki ludnościowej. Rada przygotowuje raporty i materiały, które przedstawiane są na forum międzynarodowym: Rady Europy, Unii Europejskiej, OECD, Eurostatu, a także Organizacji Narodów Zjednoczonych.

Na pilną potrzebę interdyscyplinarnego podejścia do procesów demograficznych zachodzących w naszym kraju zwracała uwagę Rządowa Rada Ludnościowa w swoich corocznych raportach o *Sytuacji demograficznej Polski*. Postulat ten znalazł również akceptację Komitetu Stałego Rady Ministrów.

Rządowa Rada Ludnościowa była inicjatorką organizacji I Kongresu Demograficznego, który odbywał się w latach 2001–2002 oraz II Kongresu Demograficznego zorganizowanego w latach 2012–2013. Oba kongresy stanowiły podstawę zainteresowania problematyką rozwoju demograficznego Polski parlamentarzystów, gremiów naukowych, rządowych, samorządowych, organizacji pozarządowych, Kościołów i możliwie wszystkich Polaków. Podczas oficjalnego otwarcia II Kongresu Demograficznego został zaprezentowany projekt *Założeń polityki ludnościowej*, nad którym toczyła się dyskusja w formie wymiany doświadczeń międzynarodowych oraz dyskusji panelowych poświęconych zagadnieniom szczególnie ważnym dla właściwego kształtowania polityki ludnościowej kraju.

¹ *Perspektywy demograficzne jako wyzwanie dla polityki ludnościowej Polski*, Konferencja Rządowej Rady Ludnościowej zorganizowana pod patronatem marszałka Sejmu Marka Kuchcińskiego (red. Z. Lutostańska), Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, Warszawa, 26 kwietnia 2016 r., 85 stron.

Rządowa Rada Ludnościowa przygotowuje obecnie aktualizację dokumentu *Założenia polityki ludnościowej*, co wymaga podjęcia dyskusji poświęconej perspektywom sytuacji demograficznej, stanowiącym wyzwanie dla polityki ludnościowej Polski.

Temu celowi przyświecała organizacja konferencji RRL **Perspektywy demograficzne jako wyzwanie dla polityki ludnościowej Polski**, w której uczestniczyli przedstawiciele najwyższych władz państwowych, ministrowie, parlamentarzyści, naukowcy, przedstawiciele uczelni i instytutów, członkowie Rządowej Rady Ludnościowej, przedstawiciele wojewodów, marszałków, samorządów lokalnych, GUS, urzędów statystycznych i in.

Niniejsza publikacja zawiera opracowania zaprezentowane podczas konferencji.

W części pierwszej pt. **Sytuacja demograficzna Polski – obecnie i w przyszłości** przedstawiamy sytuację demograficzną oraz prognozy zmian, także na tle demograficznej sytuacji Europy.

W rozdziale *Aktualna sytuacja demograficzna Polski*, Józefina Hrynkiewicz zwróciła uwagę na niekorzystne procesy tworzące dynamiczny obraz sytuacji demograficznej Polski (m.in. depopulacja określonych obszarów i regionów jako rezultat ubytku naturalnego i migracyjnego, depresja urodzeniowa, relatywnie wysoka częstość zgonów, niekorzystne aktualnie i w przyszłości oraz dla przyszłości przekształcenia w strukturze ludności według wieku).

W drugim opracowaniu *Sytuacja demograficzna Polski na tle Europy* Dorota Szałtys i Joanna Stańczak prezentują zjawiska i procesy demograficzne w kraju w szerszym, europejskim kontekście.

Małgorzata Waligórska i Janusz Witkowski w rozdziale *Prognoza demograficzna Polski do roku 2050 – nowe ujęcie* obok omówienia założeń i wyników prognozy liczby i struktury ludności Polski, sporządzonej w GUS w roku 2014, przedstawili wyniki prognozy ludności rezydującej w kraju, czyli zgodnie z rozporządzeniami Parlamentu Europejskiego i Rady Europy. Przeprowadzili też porównanie wyników obydwu wymienionych wersji prognozy.

Część pierwszą kończy dyskusja przedstawiająca pięć wypowiedzi wnoszących dodatkowe wątki i refleksje odnoszące się do rzeczywistości demograficznej.

Część druga pt. **Główne wyzwania dla polityki ludnościowej Polski** jest poświęcona wyzwaniom w polityce społecznej i gospodarczej, jakie płyną z sytuacji demograficznej. W tej części są zawarte fragmenty opracowywanych przez autorów od 2011 r. **Założeń polityki ludnościowej państwa**, które przy obecnym zrozumieniu problematyki demograficznej przez rząd będą dokończone i wdrożone jako program rządowy. Przedstawiono zagadnienia dotyczące rodziny, ludzi starych i niesamodzielnych, zdrowia oraz migracji.

Opracowanie Bożenny Balcerzak–Paradowskiej *Uwarunkowania dzietności w Polsce* zawiera m.in. omówienie, deklarowanych (w trakcie badania) przez mężczyzn i kobiety w wieku odpowiednim dla rodzicielstwa i macierzyństwa, powodów lub przyczyn rezygnacji z wydania na świat pierwszego lub kolejnego dziecka. Wśród 21 rozpatrywanych powodów najczęściej wymieniane były: niepłodność, trudne warunki bytowe, trudności godzenia pracy z rodzicielstwem, niepewna przyszłość, złe warunki mieszkaniowe, wysokie koszty wychowania, brak partnera/ki. Autorka zwraca uwagę na bezpośrednie i pośrednie cele polityki rodzinnej, które w rezultacie stwarzałyby warunki ożywienia małżeńskości i pro-kreacji.

Opracowanie Józefiny Hrynkiewicz *Sytuacja ludzi starszych i niesamodzielnych* traktuje o sytuacji osób niesamodzielnych w Polsce, zwłaszcza tych wywodzących się z grona osób starszych. Wskazuje także na konieczność kierowania pomocy publicznej w różnej formie do rodzin, w których takie osoby występują.

W rozdziale *Poprawa stanu zdrowia ludności i ograniczenie umieralności* Janusz Szymborski, po przeprowadzeniu analizy sytuacji zdrowotnej w kraju od początku XXI wieku, przedstawił główne priorytety zdrowia publicznego w polityce ludnościowej Polski.

W opracowaniu *Polityka migracyjna Polski* Alina Potrykowska wskazała, że Polska jest nadal krajem emigracyjnym zarówno w przypadku migracji stałych jak i czasowych. Przedstawiono niepożądane dla sytuacji demograficznej w kraju następstwa intensywnej migracji czasowych m.in. w postaci powiększającej się liczby urodzeń za granicą pochodzących od polskich matek przebywających tam czasowo. Omówiono także główne kierunki działań w zakresie polskiej polityki imigracyjnej w kontekście kryzysu migracyjnego w Europie.

Do omówionej problematyki każdego z celów **Założeń polityki ludnościowej Polski** odnieśli się przedstawiciele resortów, którzy zaprezentowali działania podejmowane przez ministerstwa, a ich celem było akcentowanie zagrożeń dla rozwoju demograficznego Polski oraz wskazywanie sposobów redukcji lub odwrócenia niekorzystnych zjawisk w procesach demograficznych.

Elżbieta Bojanowska, wiceminister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, omówiła działania podejmowane przez MRPiPS, m.in. funkcjonowanie Programu Rodzina 500+ i wspomaganie rodzin wielodzietnych poprzez ulgi podatkowe.

Jarosław Pinkas, wiceminister zdrowia, przedstawił działania podejmowane przez Ministerstwo Zdrowia w realizacji zadań polityki ludnościowej i zdrowotnej.

W wypowiedzi Pawła Huta, dyrektora Departamentu Analiz i Polityki Migracyjnej w MSWiA, na temat działań podejmowanych przez Ministerstwo

Spraw Wewnętrznych i Administracji w sprawie opracowania kompleksowej polityki migracyjnej Polski znalazł się m.in. apel o nową koncepcję polityki migracyjnej państwa polskiego. Na potrzebę modyfikacji tej polityki zwracała także uwagę w wypowiedzi zamykającej Konferencję prof. Józefina Hrynkiewicz, Przewodnicząca RRL.

Tę część pracy kończy szeroka dyskusja oraz zakończenie. W dyskusji siedmiu uczestników wniosło do treści Konferencji dodatkowe wątki i refleksje, takie m.in. jak: dostępność danych z zakresu statystyki społeczno-medycznej w przekrojach regionalnych, możliwości wydłużania okresu samodzielności osób po przekroczeniu przez nie progu starości, apel o promowanie rodzin funkcjonujących właściwie jako wzorców do naśladowania, organizacja instytucjonalnych form pomocy rodzinom opiekującym się osobami starszymi, potrzeba monitoringu procesów demograficznych na obszarach transgranicznych.

W zakończeniu Józefina Hrynkiewicz, Przewodnicząca RRL, podkreśliła, że materiały konferencji mogą być użyteczne i przydatne w kształtowaniu polityki społecznej i gospodarczej. Konferencja ta otworzyła cykl podobnych merytorycznie i tematycznie spotkań wojewódzkich w poszczególnych regionach kraju, odbywających się pod takim samym hasłem w 2016 r. i kolejnych, przewidywanych w 2017 roku.

Składamy serdeczne podziękowania Wszystkim, którzy przyczynili się do powstania tej publikacji.

Prof. dr hab. Józefina Hrynkiewicz, Przewodnicząca Rządowej Rady Ludnościowej

Dr Alina Potrykowska, Sekretarz Generalna Rządowej Rady Ludnościowej

FOREWORD

We hereby present our readers with a publication containing studies drawn up on the basis of materials presented at the Government Population Council's conference entitled *Demographic prospects as a challenge to the population policy of Poland*, over which an honorary patronage was assumed by the Marshal of the Sejm of the Republic of Poland – Mr Marek Kuchciński. The Conference took place in the building of the Polish Sejm on 26 April 2016.²

The Government Population Council, which has been active for 42 years, is an advisory body of the Prime Minister on matters related to demographic and population policy issues. The tasks of the Government Population Council include the submission of reports to the Council of Ministers of the Republic of Poland on the country's demographic situation, initiating legislative work and assessing legal acts on population policy, initiating scientific research, which involves formulating and assessing methodological assumptions in the field of demography and population policy, and cooperation with international organisations on population issues. The Council prepares reports and materials which are presented on international forum, at the level of the Council of Europe, the European Union, the OECD, Eurostat and the United Nations.

The Government Population Council has pointed out the need of developing an interdisciplinary approach to the demographic processes taking place in our country in its annual *Reports on the demographic situation of Poland*. This claim has also been approved by the Permanent Committee of the Council of Ministers.

The Government Population Council initiated the organisation of the 1st Demographic Congress, which took place in the years 2001–2002, and the 2nd Demographic Congress organised in the years 2012–2013. Both congresses formed a platform to draw the attention of MPs, scientific communities, the central and local government, NGOs, Churches and, possibly, all Polish citizens, to the subject of the demographic development of Poland. During the official opening of the 2nd Demographic Congress, the draft *Assumptions of the population policy* were presented and commented upon in the form of an exchange of international experiences and panel discussions focussing on issues

² See „Perspektywy demograficzne jako wyzwanie dla polityki ludnościowej Polski” (*Demographic prospects as a challenge to the population policy of Poland*), Konferencja Rządowej Rady Ludnościowej zorganizowana pod patronatem marszałka Sejmu Marka Kuchcińskiego (the conference of the Government Population Council, organised with an honorary patronage of Marshal of the Sejm of the Republic of Poland Marek Kuchciński), ed. by Z. Lutostańska, Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, Warszawa, April, 26, 2016, 85 pp.

with particular importance for the development of a sound population policy for Poland.

The Government Population Council is currently working on a revision of the document *The assumptions of the population policy*, which necessitates a discussion on the outlooks of the demographic situation, which constitute a challenge for Poland's population policy.

This was the underlying objective of the Government Population Council's conference entitled *Demographic prospects as a challenge to the population policy of Poland*, attended by representatives of the central national authorities, ministers, MPs, scientists, representatives of higher education institutions and institutes, members of the Government Population Council, representatives of voivodes, marshals, local government bodies, the Central Statistical Office, regional statistical offices, etc.

This publication contains an array of studies presented at the conference.

Part One, The demographic situation of Poland – the present and the future, features an outline of the current demographic situation and projected changes, also in comparison to the demographic situation of Europe.

In the chapter *The current demographic situation of Poland* Józefina Hryniewicz pointed out the unfavourable processes contributing to the dynamic structure of Poland's demographic situation (among others, depopulation of specific areas and regions due to natural and migration decrease, birth depression, a relatively high death rate, unfavourable current and future transformations in the population structure by age).

In the second study *The demographic situation of Poland in the European context* Dorota Szaltys and Joanna Stańczak present demographic phenomena and processes in the country in a broader European perspective.

In the chapter *Demographic projections for Poland by 2050 – a new approach*, Małgorzata Waligórska and Janusz Witkowski, apart from discussing the assumptions and results of the projection of Poland's population number and structure prepared by the CSO in 2014, presented the results of the projection of population residing in Poland, in line with the regulations of the European Parliament and the Council of Europe. The chapter also features a comparison of results of the two mentioned versions of the projection.

Part One ends with a discussion composed of five comments contributing further insights and reflections on the demographic situation.

Part Two, The major challenges to the population policy of Poland, deals with the challenges in the social and economic policy related to the demographic situation. It contains partly the *Foundations of the national population policy*, which have been developed since 2011 and are planned to be completed and implemented as a government programme, subject to the accurate under-

standing of the demographic issues. It also outlines problems related to the family, elderly and dependent people, health and migration.

The study by Bożenna Balcerzak-Paradowska entitled *Fertility conditions in Poland* contains, among others, a discussion of reasons or causes declared (during a survey) by men and women at an age suitable for parenthood and motherhood for deciding to not have a first child or further children. Among the 21 considered factors, the following were mentioned the most often: infertility, difficult living conditions, difficulties with reconciling work and parenthood, uncertain future, poor housing conditions, high costs of upbringing, and having no partner. The author emphasises the direct and indirect objectives of the family policy which could lead to a revival of nuptiality and procreation.

The study by Józefina Hrynkiewicz *The situation of the elderly and dependent persons* deals with the situation of dependent people in Poland, especially those from the group of elderly people. She also points to the necessity of providing social assistance in various forms for families of such persons.

In the chapter *Improving the health condition of the population and limiting the mortality*, Janusz Szymborski, after analysing the health situation in Poland from the beginning of the 21st century, presented the major priorities for public health within Poland's population policy.

In her study *The migration policy of Poland* Alina Potrykowska demonstrated that Poland is still an emigration country both in terms of permanent and temporary migrations. She also presented the negative consequences of temporary emigration for the demographic situation in Poland, among others, in the form of an increased number of children born by Polish mothers staying temporarily abroad. The study further discussed the courses of action taken within Poland's migration policy in the context of the migration crisis in Europe.

Each of the discussed objectives of *The assumptions of the population policy* were commented upon by the representatives of ministries, who presented measures implemented by them, with an aim of emphasising the threats to the demographic development of Poland and identifying the ways of reducing or reversing negative trends in demographic processes.

Elżbieta Bojanowska, Deputy Minister of Family, Labour and Social Policy, discussed the activities implemented by the Ministry, including the 500+ Programme and support for multi-child families through tax reliefs.

Jarosław Pinkas, Deputy Minister of Health, presented measures taken by the Ministry of Health in the implementation of the population and health policy.

The paper by Paweł Hut, Head of the Analyses and Migration Policy Department at the Ministry of the Interior and Administration, on measures taken by the Ministry of the Interior and Administration included a call for a new concept of migration policy for Poland. The need of modifying this policy was

also emphasised in the speech concluding the conference by Professor Józefina Hryniewicz, Chair of the Government Population Council.

This part ends with a detailed discussion and conclusion. During the discussion, the seven participants made additional comments and reflections, including the availability of data in the area of social and medical statistics in a regional scale, the possibility of extending the period of self-sufficiency of people after reaching the elderly age, a call for promoting properly functioning families as role models, organising institutionalised forms of assistance for persons caring for elderly people, and the need to monitor demographic processes in cross-border areas.

In the conclusion, Józefina Hryniewicz, Chair of the Government Population Council, emphasised that the conference materials may be useful in shaping the social and economic policy. The conference opened a series of meetings with similar subject-matter to be held at the voivodship level in various regions of the country under the same title in 2016 and 2017.

We would like to express our gratitude to all those who have contributed to the development of this publication.

Prof. Józefina Hryniewicz, PhD hab., Chair of the Government Population Council

Alina Potrykowska, PhD, Secretary General of the Government Population Council

CZEŚĆ I.

SYTUACJA DEMOGRAFICZNA POLSKI – OBECNIE I W PRZYSZŁOŚCI



Prof. dr hab. Józefina HRYNKIEWICZ

Rządowa Rada Ludnościowa

Uniwersytet Warszawski

1. Aktualna sytuacja demograficzna Polski

Przedstawiając aktualną sytuację demograficzną Polski³, skupię się na najważniejszych zagadnieniach.

W Polsce utrzymuje się od czterech lat ubytek rzeczywisty ludności (po wzroście w latach 2008–2011); w 2014 r. mieszkańców Polski było o 17 tys. mniej w porównaniu z 2013 rokiem. W 2014 r. liczba ludności wynosiła 38 479 tys., **w połowie 2015 r. – 38 457 tys.** (o 22 tys. mniej). Ubytek ludności to skutek rosnącego od 2008 r. ujemnego salda migracji zagranicznych oraz ubytku naturalnego. Stopa ubytku rzeczywistego ludności wyniosła $-0,04\%$ w 2014 r. i $-0,05\%$ w połowie 2015 r. (na każde 10 tys. ubyło odpowiednio 4 i 5 osób).

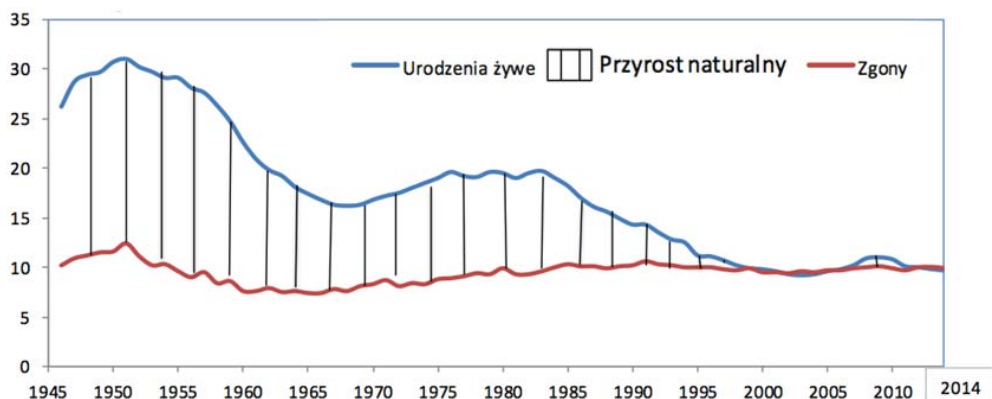
1. Spadek liczby ludności to wynik niekorzystnych tendencji w zakresie przyrostu naturalnego oraz migracji zagranicznych na pobyt stały. Największy ubytek naturalny ludności w powojennym rozwoju Polski wystąpił w latach 2012–2013 z powodu małej liczby urodzeń i wzrostu liczby zgonów – w 2013 r. zanotowano jedną z najniższych liczb urodzeń żywych (369,6 tys.) i jedną z najwyższych liczb zgonów (387,3 tys.). W 2014 r. liczba urodzeń była mniejsza od liczby zgonów o 1,3 tys. osób. W połowie 2015 r. ujemny przyrost naturalny wyniósł -13 tys. osób ($-0,7\%$). Lata te charakteryzowały się wzrostem liczby emigrantów oraz niewielką imigracją do Polski, saldo definitywnych migracji zagranicznych pozostaje ujemne (w 2014 r. wynosiło $-15,8$ tys. osób). Tak kształtujące się procesy pozwalają uznać, że **Polska znalazła się w kryzysie demograficznym.**

W latach 2002–2014 utrata ludności następowała w tych województwach co wcześniej (tj.: opolskie, łódzkie, śląskie, świętokrzyskie, lubelskie i podlaskie). Pozostałe, zwłaszcza największe wielofunkcyjne obszary aglomeracyjne, zyskiwały mieszkańców, głównie: Warszawa, Trójmiasto, Poznań, aglomeracja bydgosko-toruńska, Wrocław i Kraków, w mniejszym stopniu – tereny otaczające Szczecin, Olsztyn, Białystok, Lublin, Rzeszów, Łódź i Zieloną Górę (tzw. zjawisko suburbanizacji i „rozlewania się” miast – *urban sprawl*).

³ Opracowane na podstawie: *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2014–2015*, RRL, Warszawa 2015. Dane na podstawie: *Informacja o sytuacji społeczno-gospodarczej kraju w 2014 r., 2015 r.*, GUS, Warszawa, styczeń 2015 i lipiec 2015; Dane wstępne, stan 30 VI 2015, GUS; *Rocznik Demograficzny 2015*, GUS, Warszawa, październik 2015.

2. Polska wkroczyła w okres **kryzysu demograficznego**, który może mieć charakter trwały. Wskazują na to czynniki kształtujące zmiany w liczbie ludności; **od 2010 r. obniża się przyrost naturalny ludności** (w 2010 r. wynosił ok. 35 tys. osób, w 2011 r. – 12,9 tys., w 2012 r. – 1,5 tys., w 2013 r. ubytek naturalny wyniósł –17,7 tys., w 2014 r. –1,3, w połowie 2015 r. wzrósł 10-krotnie do poziomu minus 13 tys. osób). Przyrost naturalny w miastach w latach 2011 i 2012 był prawie zerowy, niemal cały przyrost zapewniała ludność wsi; w 2014 r. wynosił 0,7%, w miastach ubytek naturalny wyniósł –0,5%.

Wykres 1.1. Urodzenia i zgony w latach 1945–2014 (na 1000 mieszkańców)



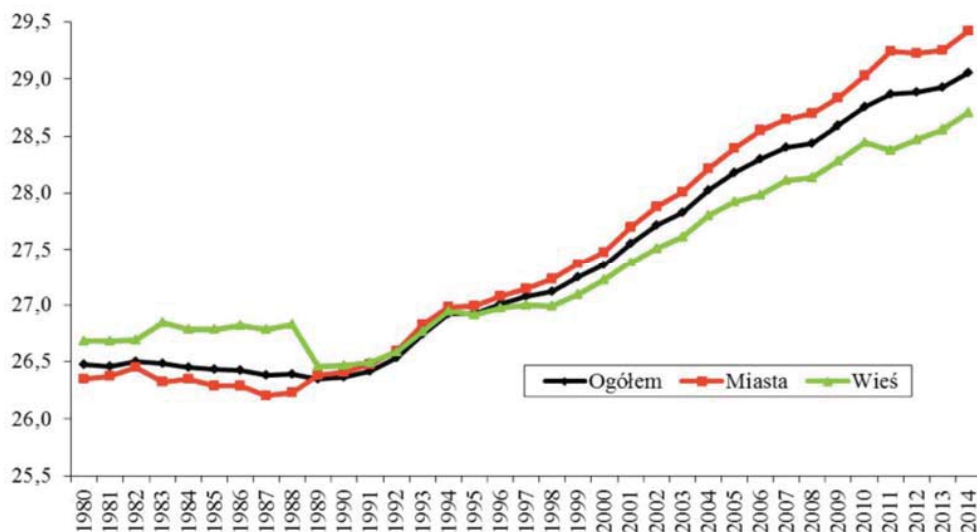
Źródło: *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2014–2015*, RRL, Warszawa 2015.

3. Skala przyrostu/ubytku naturalnego jest zróżnicowana terytorialnie; najlepiej różnice te ukazuje ujęcie na poziomie powiatów; przedział zmian kształtował się średnio w latach 2002–2014 od minus 3,99% w woj. świętokrzyskim do plus 3,32% w woj. mazowieckim (zróżnicowania względne ustabilizowane w porównaniu z danymi z poprzednich lat). **Największy ubytek naturalny ludności występuje w większości powiatów województw: podlaskiego, lubelskiego, łódzkiego, świętokrzyskiego, opolskiego, śląskiego i dolnośląskiego oraz w powiatach grodzkich.** Zróżnicowanie przestrzenne ubytku naturalnego utrwała się w czasie i występuje na tych samych obszarach. Stabilizuje się też zróżnicowanie terytorialne przyrostu naturalnego ludności w powiatach województw: pomorskiego, wielkopolskiego, kujawsko-pomorskiego, przeważającej części warmińsko-mazurskiego i małopolskiego oraz we fragmentach lubuskiego, dolnośląskiego, mazowieckiego i podkarpackiego.

4. Od ponad 20 lat utrzymuje się w Polsce **depresja urodzeniowa** – niska liczba urodzeń nie gwarantuje prostej zastępowalności pokoleń (deficyt w zastępowalności pokoleń wynosił w ponad 1/3 urodzeń: w 2012 r. dla Polski 375

dziewczynek na 1000 kobiet – w miastach 416 i na wsi 314). W 2014 r. współczynnik dzietności ogólnej wyniósł 1,29, co oznacza, że na 100 kobiet w wieku rozrodczym (15–49 lat) przypadało 129 urodzonych dzieci (w miastach – 122, na wsi – 139). Niekorzystny trend spadku liczby urodzeń żywych wiąże się z niekorzystnymi zmianami we wzorcu płodności oraz w strukturze wieku kobiet w okresie prokreacyjnym. Zmniejsza się liczba urodzeń wszystkich kolejności; obniżająca się płodność rozszerza się na coraz starsze grupy wieku. **Decyzje o urodzeniu dziecka odraczane są na późniejszy wiek** (średni wiek w momencie urodzenia pierwszego dziecka wzrósł do **27,4 lat w 2014 r.**, tj. o 3,7 roku w porównaniu z 2000 r.).

Wykres 1.2. Średni wiek matek w chwili rodzenia dzieci w latach 1980–2014



Źródło: *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2014–2015*, RRL, Warszawa 2015.

Od 2009 r. najwięcej dzieci urodziły kobiety z wykształceniem wyższym (ok. 50% w 2014 r.) i średnim (31% w 2014 r.), z zasadniczym zawodowym i podstawowym (19%). Utrzymuje się wzrost udziału urodzeń pozamażeńskich; w 2014 r. udział ten stanowił ponad 24,2% dzieci: w miastach ponad 26%, na wsi 21% (od 2000 r. wzrost prawie dwukrotny). **W 2014 r. urodziło się 376 tys. dzieci, co oznacza wzrost w porównaniu z poprzednim rokiem o ok. 6 tys.** po czterech latach spadku (liczba urodzeń żywych zmniejszyła się z 417,6 tys. w 2009 r. do 369,6 tys. w 2013 r.). **Najwyższy poziom urodzeń żywych (10,0–10,7‰) występuje w województwach (obejmujących obszary aglomeracji miejskich): mazowieckim, pomorskim, wielkopolskim, małopol-**

skim, **najniższy** w powiatach wschodnich woj. podlaskiego, w części zachodniopomorskiego, na południu dolnośląskiego, opolskiego, na północy śląskiego, w świętokrzyskim i sąsiadujących z nim powiatach woj. podkarpackiego i lubelskiego oraz w większości powiatów grodzkich.

5. Liczba zgonów wahała się od 370 do 390 tys. z niewielką tendencją wzrostową od 2011 roku. Zbliżony poziom umieralności jest obserwowany w miastach i na terenach wiejskich (w miastach wyniósł 9,9%, na wsi 9,7%). Według szacunków GUS w połowie 2015 r. zmarło 193 tys. osób, tj. o 4,7 tys. więcej niż w analogicznym okresie roku ubiegłego. **Poziom umieralności ogólnej w Polsce wykazuje znaczne zróżnicowania regionalne.** Międzywojewódzki zakres zróżnicowań standaryzowanego współczynnika umieralności (w celu wyeliminowania wpływu różnic w strukturze wieku ludności) kształtował się w 2011 r. od 893,6 w woj. podkarpackim do 1094,9 na 100 tys. ludności w woj. łódzkim. **Wysoka umieralność ludności występuje – poza łódzkim – w województwach: śląskim, lubuskim, lubelskim, warmińsko-mazurskim, zachodniopomorskim i kujawsko-pomorskim.**

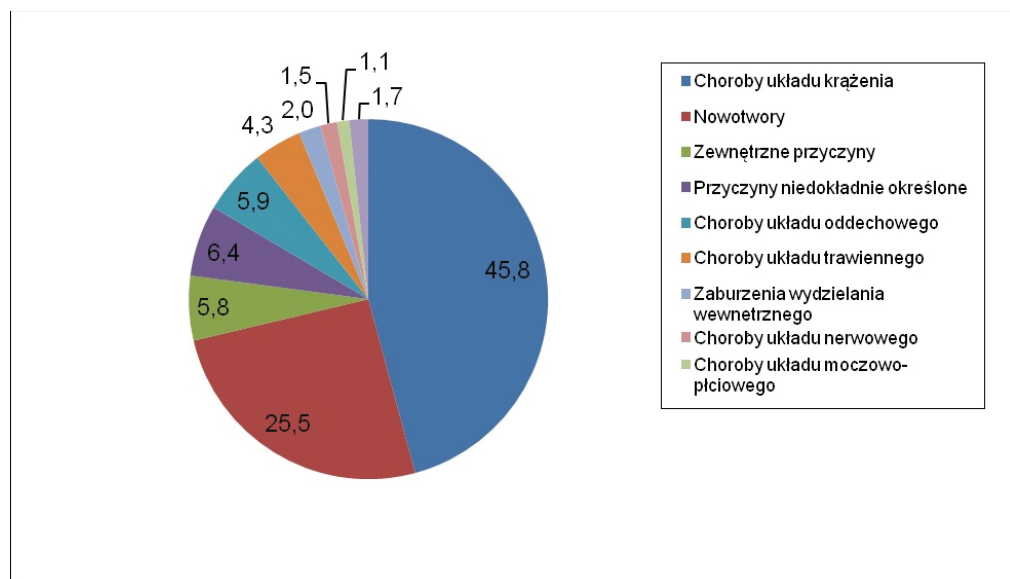
Na ogólny poziom umieralności pozytywnie wpływa obniżanie się **umieralności niemowląt** (dzieci do 1. roku). **Rok 2014 był kolejnym rokiem jej spadku: współczynnik umieralności niemowląt wyniósł 4,6 na 1000 urodzeń żywych**, obserwowany jest pozytywny trend obniżania się umieralności niemowląt – zmarło 1,6 tys. dzieci w wieku poniżej 1. roku życia. Współczynnik wyrażający liczbę zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych kształtował się na poziomie 4,2% (był o 0,4 pkt. niższy niż w analogicznym okresie ub. roku (wobec 4,6% w 2013 r., 8,1% w 2000 r. i 19,3% – w 1990 r.). W połowie 2015 r. wartość współczynnika obniżyła się do wartości 3,9%. **Dalsze obniżanie poziomu umieralności niemowląt w Polsce będzie coraz trudniejsze;** w systemie ochrony zdrowia muszą zostać podjęte radykalne programy w zakresie opieki nad matką i dzieckiem, aby uzyskać poziom krajów notujących największe osiągnięcia. Ochrona zdrowia w Polsce może traktować znaczący spadek umieralności niemowląt jako duże osiągnięcie, wartość współczynnika przewyższa jednak 2–3-krotnie wartości notowane w krajach europejskich, przodujących pod względem opieki medycznej nad matką i dzieckiem (gdzie osiąga się współczynniki 2–3%).

Umieralność niemowląt jest zróżnicowana przestrzennie. W 2014 r. współczynnik umieralności niemowląt kształtował się od 3,07% w woj. świętokrzyskim (sytuacja najkorzystniejsza) do 5,34% w zachodniopomorskim. Średni współczynnik umieralności z lat 2002–2013 kształtuje się od 4,94% w woj. opolskim (sytuacja najkorzystniejsza) do 6,75% w dolnośląskim (sytuacja najgorsza). Średnioroczny poziom zgonów niemowląt w ujęciu powiatowym w latach 2002–2014 kształtuje się od 3% do 10% (rozpiętość jest bardzo

duża). Niepokojąco wysoki poziom zgonów niemowląt trwale występuje w niektórych powiatach na obszarach tzw. ściany zachodniej oraz wschodniej. **Natężenie zgonów w całej populacji, także niemowląt, jest wyższe w porównaniu z krajami wysoko rozwiniętymi.**

Pozytywne zmiany w zakresie umieralności pozostają w ścisłym związku z ograniczaniem od wielu lat zgonów z powodu najważniejszej ich przyczyny – chorób układu krążenia; na początku lat 90. XX w. były one przyczyną ponad 52% zgonów, zaś w 2014 r. – 46%. Mimo pozytywnej zmiany **nadumieralność Polaków spowodowana chorobami układu krążenia** jest dwukrotnie wyższa w porównaniu z wieloma krajami Europy Zachodniej. Mniejsza poprawa dotyczy umieralności spowodowanej przyczynami zewnętrznymi. **Niekorzystnym zjawiskiem jest wzrost liczby zgonów z powodu chorób nowotworowych** (w 1990 r. stanowiły 20% zgonów, a w 2014 r. prawie 25%). **Wzrasta umieralność z powodu chorób układu trawiennego, nie zmniejsza się umieralność wywołana chorobami układu oddechowego.**

Wykres 1.3. Struktura zgonów według głównych grup przyczyn w 2013 r.

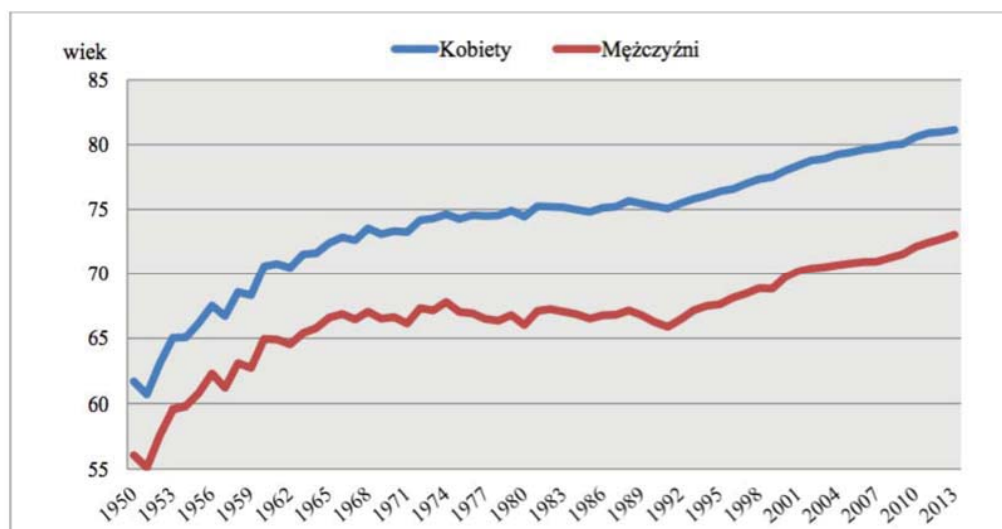


Źródło: *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2014–2015*, RRL, Warszawa 2015.

6. W roku 2014 nastąpił wzrost długości trwania życia Polaków; noworodek chłopiec w 2014 r. miał przed sobą 73,75 lat przeciętnego dalszego trwania życia, a dziewczynka – 81,61. Od 1992 r. przeciętne trwanie życia chłopca wydłużyło się prawie o 7 lat, a dziewczynki niemal o 6 lat. Wydłużanie dalszego

trwania życia Polaków przez wiele lat wynikało głównie ze spadku umieralności niemowląt; obecnie coraz większego znaczenia nabiera spadek natężenia zgonów wśród osób starszych.

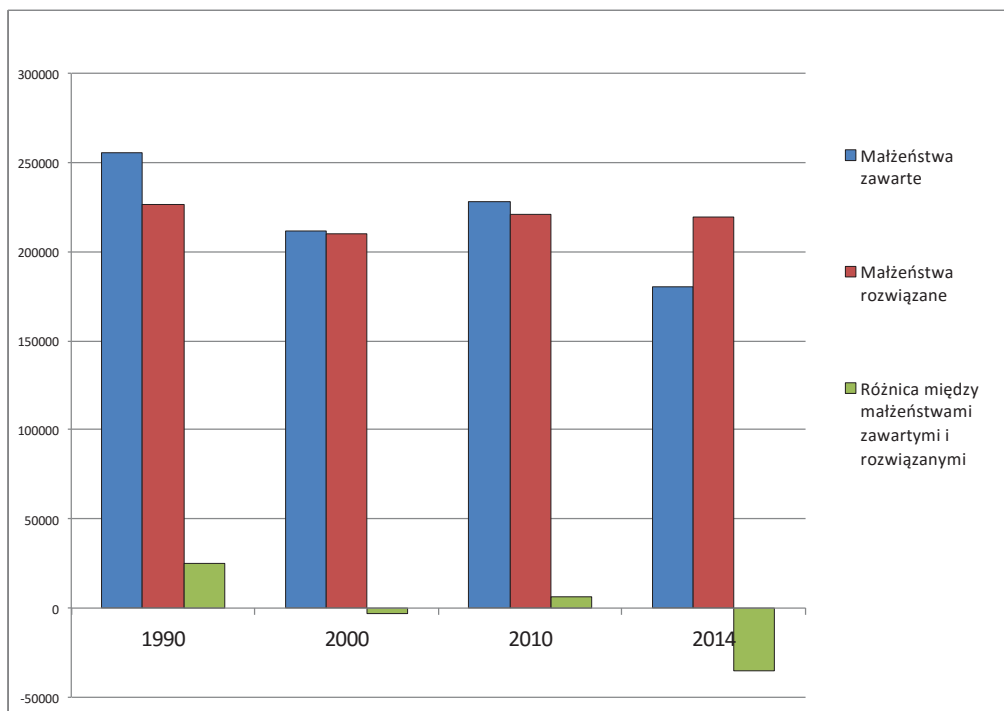
Wykres 1.4. Przeciętne trwanie życia w latach 1950–2013



Źródło: GUS.

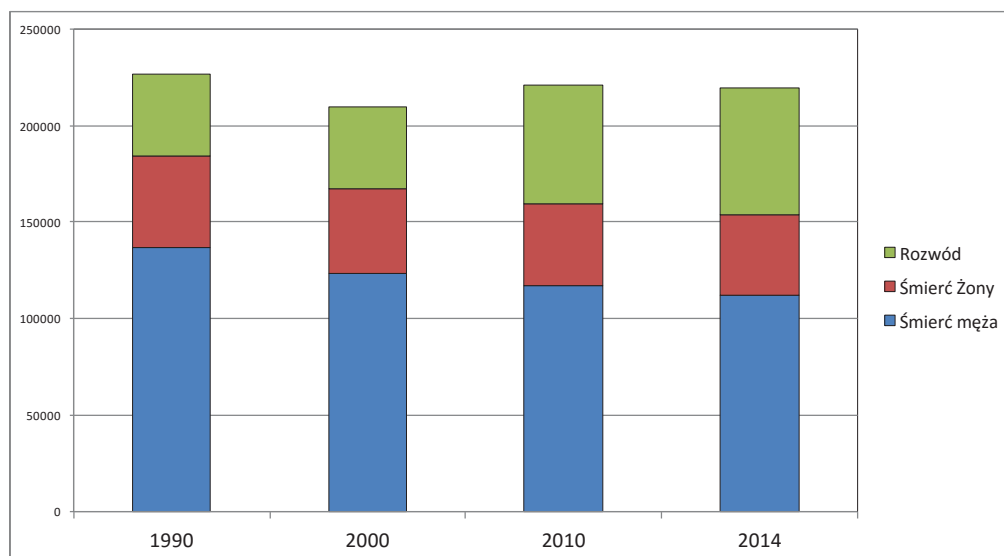
7. W procesach **tworzenia rodzin** przez minione cztery lata był obserwowany spadek liczby nowo zawartych małżeństw. W 2014 r. zawarto **188,5 tys. małżeństw** (o 8,1 tys. więcej niż w 2013 r.). Liczba zawieranych małżeństw ma w perspektywie 2–3 lat wpływ na liczbę urodzeń. W 2014 r. ok. 63% spośród nowo zawartych małżeństw stanowiły małżeństwa wyznaniowe, tj. zawarte w kościele (związku wyznaniowym), a następnie zarejestrowane w urzędzie stanu cywilnego (**na wsi – blisko 70% wszystkich związków**). **Maleje natężenie zawierania małżeństw w młodszych grupach wieku**, co należy wiązać z opóźnianiem decyzji o zawarciu małżeństwa, pozostawianiem w związkach nieformalnych lub rezygnacją z życia w związku małżeńskim. Od wielu lat udział pierwszych związków małżeńskich wśród ogółu zawieranych małżeństw wynosi ok. 82% w 2014 r. (na wsi ok. 87%). W warunkach swobody przemieszczania się ludności **małżeństwa Polaków z cudzoziemcami** nie są zjawiskiem znaczącym (w 2014 r. 3,4 tys. małżeństw, a w okresie 2001–2014 – 65,3 tys., z czego zdecydowaną większość stanowią związki Polek z cudzoziemcami z Europy Zachodniej).

Wykres 1.5. Bilans małżeństw w latach 1990–2014



Źródło: GUS.

Wykres 1.6. Małżeństwa rozwiązane według przyczyn w latach 1990–2014

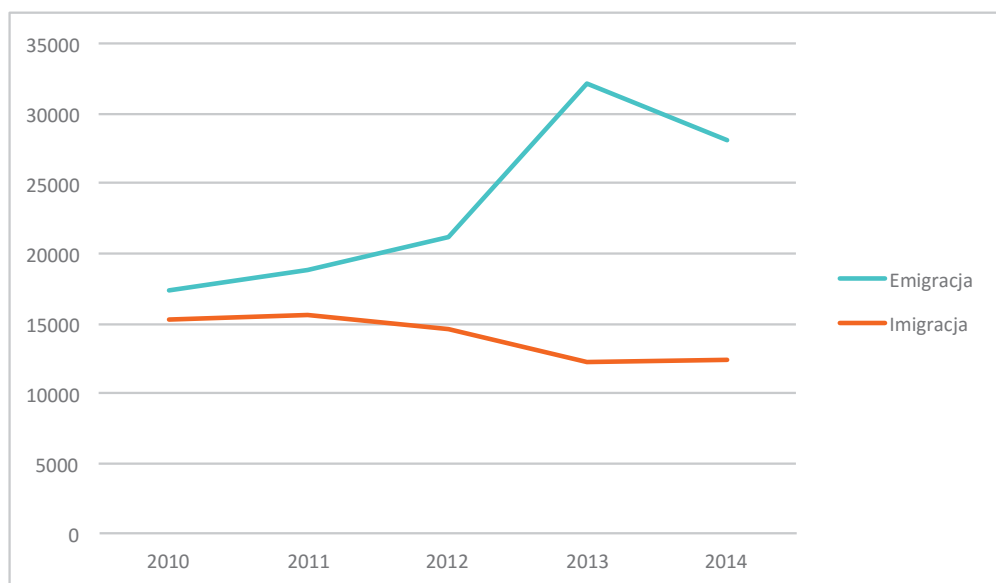


Źródło: GUS.

8. Rok 2014 to ósmy już z kolei rok, kiedy liczba małżeństw zakończonych rozwodem kształtuje się w granicach 65–66 tys. (najwyższa liczba rozwodów to 71,9 tys. w 2006 r.). W 2013 r. orzeczono 66,1 tys. rozwodów, podobnie w 2014 r. (ok. 66 tys.). **Separację** zastosowano w stosunku do ok. **2 tys.** małżeństw. Liczba rozwodów w miastach była prawie 3-krotnie wyższa niż na wsi. Konsekwencją rozwodów jest wychowywanie małoletnich dzieci w niepełnych rodzinach z powodu rozwodu rodziców; w 2014 r. było ich 55,2 tys. (o ok. 1,2 tys. więcej niż rok wcześniej).

9. Polska od wielu lat jest krajem emigracyjnym. Główną przyczyną emigracji jest różnica poziomu ekonomicznego Polski i krajów zachodnich. Skali emigracji nie określa statystyka wymeldowań i zameldowań wyjazdu za granicę, gdyż obejmuje ona niewielką ich część. Skalę emigracji Polaków można oceniać (oszacować) na podstawie danych spisów powszechnych ludności. Na tej podstawie stwierdza się, że **skala emigracji Polaków jest znacząca; w ostatnich latach istotnie wzrosła** (szczególnie po wstąpieniu Polski do UE

Wykres 1.7. Emigracja i imigracja na pobyt stały w latach 2010–2014



Źródło: *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2014–2015*, RRL, Warszawa 2015.

i otwieraniu unijnych rynków pracy). W 2002 r. poza granicami Polski przebywało 786,1 tys. osób, w 2014 r. poza miejscem zamieszkania ponad 3 miesiące było 2,1 mln, a pozostających poza krajem przez co najmniej rok – ok. 1,5 mln

osób. W 2014 r. liczba Polaków mieszkających w innych krajach członkowskich Unii Europejskiej przekroczyła 1,9 mln (najwięcej było w Wielkiej Brytanii, Niemczech i Irlandii); była to liczba najwyższa po akcesji Polski do UE. Emigracja zmniejsza znacznie potencjał demograficzny Polski, a jednocześnie zmniejsza skalę bezrobocia, ale tworzy też nowe problemy na rynku pracy; emigrują młodzi, dobrze wykształceni, o wysokich kwalifikacjach zawodowych (wielu podejmuje pracę poniżej kwalifikacji, które często traci bezpowrotnie). Innym, niedostatecznie poznanym i zbadanym problemem, jest imigracja zarobkowa w Polsce.

10. W wyniku procesów ruchu naturalnego (urodzeń i zgonów), wydłużania się trwania życia oraz migracji następują **zmiany w strukturze wieku**. Od 2010 r. **zmniejsza się liczba osób w wieku produkcyjnym** (18–59 lat kobiety i 18–64 mężczyźni). W 2014 r. osób w wieku produkcyjnym było 24 230,2 tys., tj. o prawie 192 tys. mniej niż przed rokiem. Najwyższy udział ludności w wieku produkcyjnym występuje w zachodniej części Polski, w dużych miastach i aglomeracjach miejskich (średni udział dla Polski w 2013 r. – 64%, w 2014 r. – 62,9%). Od początku XXI w. **zmniejsza się liczba dzieci i młodzieży** (0–17 lat); w roku 2014 ich udział w ogólnej liczbie ludności wyniósł **18,1%**, w 2013 r. – 18,2%, zaś w 2000 r. – 24,4% (wynik spadku urodzeń). Następuje przyspieszone **starzenie się ludności Polski**. Rośnie udział ludności w wieku poprodukcyjnym (kobiety – 60+, mężczyźni – 65+); od 2000 r. udział ten wzrósł z 14,8% do 18,4% w 2013 r. i 19,0% w 2014 roku. Nastąpił wzrost liczby osób w wieku sędziwym (80 i więcej lat) z prawie 860 tys. w 2002 r. do blisko 1,5 mln w 2014 r., tj. o 70%.

Od kilku lat **zmniejsza się liczba mieszkańców miast** w wyniku pogłębiającego się procesu dezurbanizacji (tzw. rozlewanie się miast i suburbanizacja). W związku z tym narastają problemy społeczne i gospodarcze (infrastrukturalne) w otoczeniu miast.

11. Bilans ludności Polski ukazuje wyniki dwóch ściśle ze sobą powiązanych procesów demograficznych: ruchu naturalnego i wędrownego, zaistniałych w Polsce w okresie 31 XII 2002 r. – 31 XII 2014 r.; przedstawia rozwój liczebny ludności i jego składniki oraz zmiany w strukturze populacji według płci i wieku. Dane dotyczące dynamiki liczby ludności są prezentowane w dwóch pięcioleciach: 2003–2007 i 2008–2012; liczby z lat 2013 i 2014 informują o obecnym stanie ludności. W pięcioleciu 2003–2007 liczba ludności w Polsce w niewielkim stopniu, bo o 102,9 tys. osób, się zmniejszyła. Był to rezultat ujemnego salda migracji zagranicznych, a także – w latach 2002–2005 – przewagi liczby zgonów nad liczbą urodzeń. W następnym pięcioleciu 2008–2012 wystąpiła odmiana tendencji – wzrost liczby ludności o 417,7 tys. osób. Do wzrostu przyczyniły się: zwiększony przyrost naturalny ludności (nadwyżka

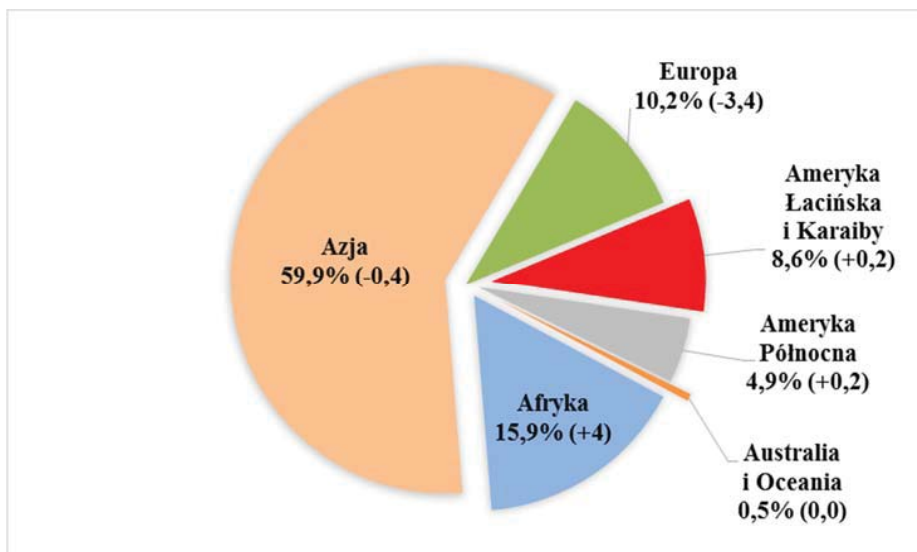
liczby urodzeń nad liczbą zgonów), a także znaczący w tych latach spadek ujemnego salda migracji zagranicznych. Dodatkowo ogólna populacja w tym okresie została powiększona o korektę stanu ludności (+329,9 tys. osób), opartą na wynikach spisu ludności z 2011 roku.

2. Sytuacja demograficzna Polski na tle Europy

Mieszkańców naszego globu nie przestaje przybywać. W ciągu ostatniego ćwierćwiecza liczba ludności wzrosła z 5,3 mld w 1990 r. do 7,3 mld w 2014 r., tj. o 37%. Jednakże tempo rozwoju demograficznego świata wyraźnie się zmniejszyło. Jeszcze na początku lat 90. ub. wieku średnioroczne **tempo przyrostu ludności** kształtowało się na poziomie ok. 1,6% (co oznacza, że średnio na każde 1000 ludności przybyło 16 osób), by w ostatnich pięciu latach osiągnąć poziom ok. 1,2%.

Tempo zaludniania świata jest oczywiście różne na poszczególnych kontynentach – najwyższe charakteryzuje Afrykę, gdzie w latach 1990–2014 liczba ludności wzrosła aż o 83%, w Australii o 44%, a w Ameryce Łacińskiej o 41%. Z kolei przyrost liczby ludności w Azji (36%), której mieszkańcy stanowią 60% ludności naszego globu, w sposób szczególny oddziałuje na rozwój światowej populacji.

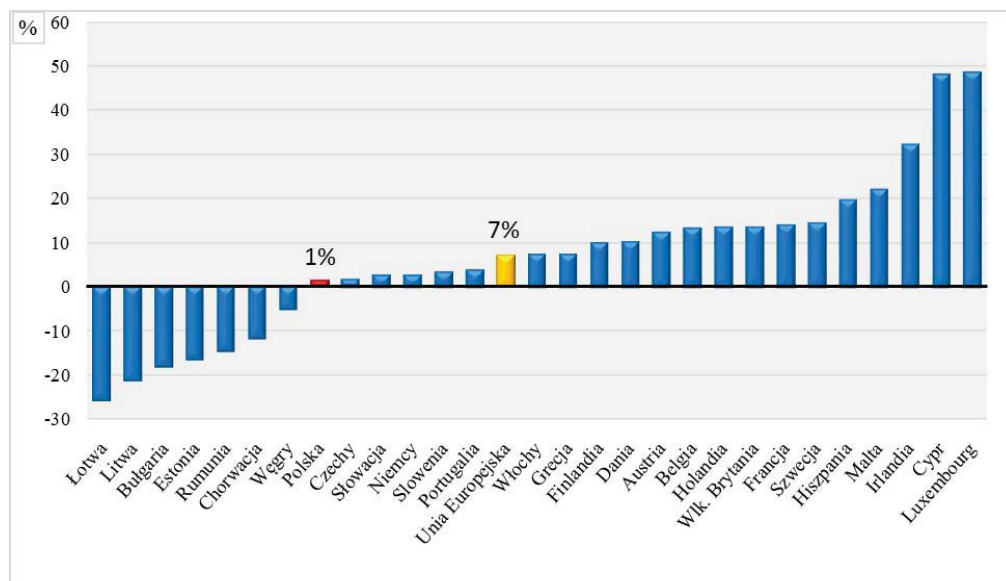
Wykres 2.1. Udział (w %) ludności poszczególnych kontynentów w 2014 r.
(w nawiasach zmiana udziału w stosunku do 1990 r.)



Źródło: *World Population Prospects: The 2015 Revision*, DVD Edition, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015).

Na tym tle Europa, z wyraźnie spadającą dynamiką przyrostu ludności, w skali globalnej zaczyna tracić na znaczeniu. Liczba ludności Europy wzrosła w ciągu 25 lat o niecałe 17 mln (2,4%) i w 2014 r. wynosiła 738 mln osób. W tym czasie liczba ludności krajów Unii Europejskiej wzrosła o 7% (do 508,5 mln), przy czym niewielkie populacje Luksemburga i Cypru prawie się podwoiły; o 1/3 wzrosła liczba ludności Irlandii, natomiast na Łotwie i Litwie liczba mieszkańców zmniejszyła się o ponad 20% (wykres 2.2).

Wykres 2.2. Przyrost/ubytok ludności w krajach UE w latach 1990–2014 (w %)



Źródło: opracowanie na podstawie danych bazy Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

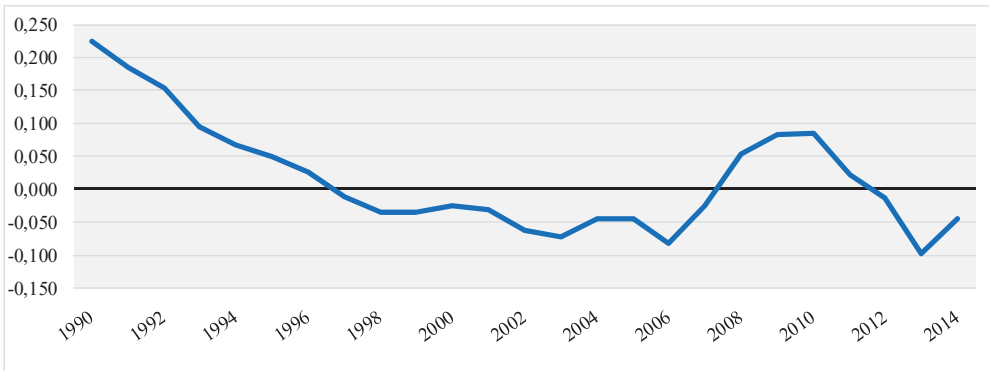
W latach 90. średnioroczne tempo przyrostu liczby mieszkańców Europy wynosiło ok. 0,77%, a obecnie kształtuje się na poziomie ok. 0,5%. Perspektywy dalszego rozwoju ludności Europy również nie są optymistyczne. Prognoza demograficzna opracowana w 2010 r. przez ONZ przewiduje, że przez kolejne 40 lat liczba ludności Europy znacznie systematycznie spadać, by w 2050 r. zmniejszyć się o ok. 4% i osiągnąć 707 mln osób. Zmiany w tempie rozwoju ludności widoczne są także w krajach Unii Europejskiej i EFTA⁴, aczkolwiek dynamika ich zaludnienia ma różne nasilenie. Najwyższe tempo przyrostu (ok. 1% rocznie) obserwuje się obecnie w Szwecji, Wielkiej Brytanii i Austrii,

⁴ EFTA – Europejskie Stowarzyszenie Wolnego Handlu ustanowione w 1960 r. w celu promowania wolnego handlu i integracji gospodarczej z korzyścią dla krajów należących do stowarzyszenia. Obecnie członkami EFTA są Islandia, Liechtenstein, Norwegia i Szwajcaria.

natomiast ubytek ludności – w krajach europejskich basenu Morza Śródziemnego (najszybszy w Grecji – ponad -1%), a także w krajach Europy Środkowo-Wschodniej (m.in. Łotwa, Litwa, Estonia, Bułgaria).

W ten kierunek zmian rozwoju demograficznego wyraźnie wpisuje się **Polska**. Jeszcze do połowy lat 80. ub. wieku nasz kraj należał do grupy krajów o wysokiej, sięgającej $0,90\%$ rocznie **dynamice wzrostu liczby ludności**, a dla całej dekady lat 80. wyniosła ona ok. $0,66\%$. Tymczasem już od początku obecnego stulecia rozpoczął się wyraźny proces ubytku ludności (średnioroczne tempo ubytku w latach 2000–2014 wynosiło ok. $-0,03\%$; wykres 2.3). Niemniej jednak Polska nadal jest krajem o dużym potencjale demograficznym; z liczbą rezydentów 38 005,6 tys.⁵ znajdujemy się obecnie na szóstym miejscu wśród krajów Unii Europejskiej. W końcu 2014 r. Unię zamieszkiwało 508 451 tys. rezydentów. Mieszkańcy Polski stanowili zatem $7,5\%$ całej populacji Unii.

Wykres 2.3. Tempo (stopa) przyrostu/ubytku ludności Polski w latach 1990–2014 (w %)

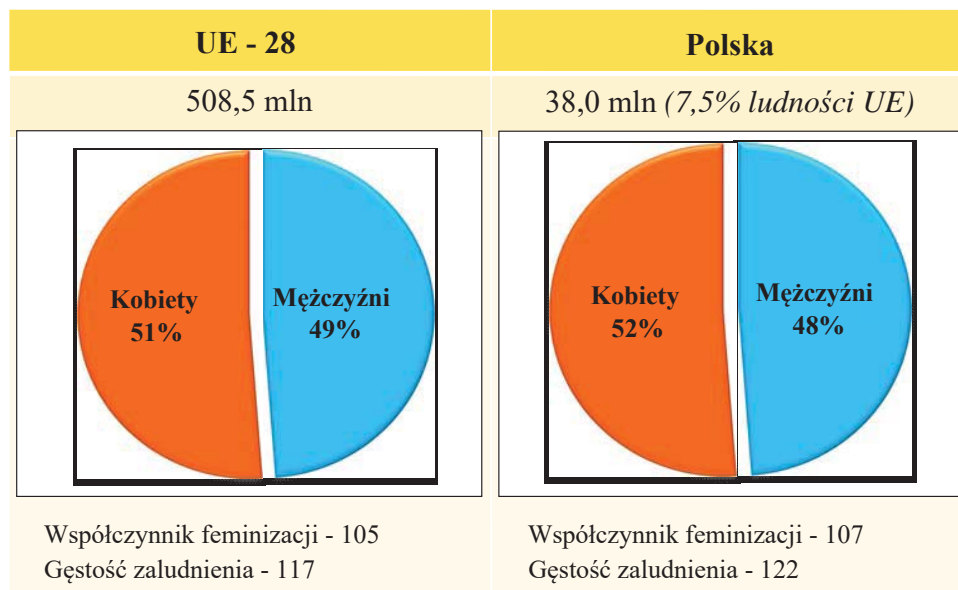


Źródło: opracowanie na podstawie danych bazy Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

Według **gęstości zaludnienia** plasujemy się w grupie średnio zaludnionych państw europejskich. Na 1 km^2 powierzchni Polski mieszkają 122 osoby, podczas gdy w UE – 117 osób (wykres 4). Do najbardziej zaludnionych krajów należą Malta (1340 osób na 1 km^2), Holandia (498), Belgia (369) i Wielka Brytania (264). Z kolei najłagodniej zaludnionymi państwami są Islandia (3 osoby na 1 km^2), Norwegia (17), Finlandia (18) oraz kraje nadbałtyckie: Litwa, Łotwa i Estonia (ok. 30 osób).

⁵ Przy wyodrębnianiu kategorii ludności rezydującej stosuje się kryterium przebywania/nieobecności w miejscu zamieszkania przez co najmniej 12 miesięcy.

Wykres 2.4. Ludność UE i Polski według płci w 2014 r.
(współczynnik feminizacji, gęstość zaludnienia)



Źródło: opracowanie na podstawie danych bazy Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

W całej Unii Europejskiej kobiety stanowią 51% populacji, a **współczynnik feminizacji** wynosi 105. Natomiast w Polsce – w ogólnej liczbie rezydentów kraju kobiety stanowią 52% i na 100 mężczyzn przypada ich 107 (wykres 2.4). Spośród krajów Unii jedynie w Luksemburgu zamieszkuje więcej mężczyzn niż kobiet (współczynnik feminizacji wynosi 99,8). Inne kraje, w których ten współczynnik osiąga najniższe wartości, to Malta i Szwecja (100,3). Zaś do krajów o najwyższej przewadze liczby kobiet nad liczbą mężczyzn należy zaliczyć Łotwę (118), Litwę (117), Estonię (114) i Portugalię (110).

Przemiany ludnościowe, a głównie ich dynamika, zależą od przebiegu podstawowych procesów demograficznych, tj. rozrodczości, umieralności oraz migracji zagranicznych. We wszystkich tych procesach zmiany obserwowane na świecie na przestrzeni ostatnich 25–30 lat były intensywne, wielokierunkowe, odznaczające się niejednorodnością. Szczególny wymiar zmiany te przyjmują w Europie. Obecnie w cywilizacji naszego kontynentu występują dwa typy zaludnienia: pierwszy – charakteryzujący społeczeństwa Europy Zachodniej (ze stałym przyrostem liczby mieszkańców) i drugi – cechujący kraje Europy Środkowej i Wschodniej (ze spadkiem liczby ludności). Źródła tych dysproporcji należy upatrywać w latach 90. XX w., tj. okresie głębokich przemian społecz-

no-ekonomicznych w krajach byłego bloku socjalistycznego. Przemiany te bez wątpienia spowodowały gwałtowne załamanie wszystkich obserwowanych wcześniej trendów demograficznych.

O rozwoju biologicznym populacji, a w konsekwencji o przyroście naturalnym, a przez to także o dynamice zaludnienia decydują przede wszystkim zmiany w modelu **tworzenia rodzin i ich rozpadu oraz w płodności**. W Europie, w tym i w Polsce, ten kierunek nie jest korzystny. W głównej mierze przejawia się on w malejącej liczbie zawieranych małżeństw, zakładaniu rodziny w coraz późniejszym wieku, a także – co najistotniejsze – w odkładaniu decyzji o posiadaniu pierwszego dziecka na późniejszy czas. W konsekwencji Europa na tle pozostałych regionów świata charakteryzuje się coraz niższą dzietnością.

Na przełomie lat 80. i 90. ub. wieku w Polsce powstawało rocznie ok. 250 tys. nowych **związków małżeńskich**; obecnie rejestrowanych jest ich niespełna 190 tysięcy. Współczynnik małżeństw kształtuje się poniżej 5‰, podczas gdy jeszcze 25 lat temu wynosił ponad 6‰. W okresie transformacji w Polsce zdecydowanie wzrósł wiek nowożeńców. Obecnie mężczyźni najczęściej żenią się „przed trzydzistką” (średnio w wieku 29 lat), a mediana wieku dla kobiet wychodzących za mąż wynosi ok. 27 lat. Na początku lat 90. ub. wieku prawie połowa mężczyzn zawierających małżeństwo nie przekraczała 25 lat, a obecnie jest to już tylko niespełna 17%. Wśród kobiet udział ten zmniejszył się z 73% do 34%. W konsekwencji nastąpiło przesunięcie grupy wieku najczęstszego zawierania małżeństwa z 20–24 do 25–29 lat, przy czym proces przesuwania się wieku zawierania małżeństw przyspieszył po 2000 roku.

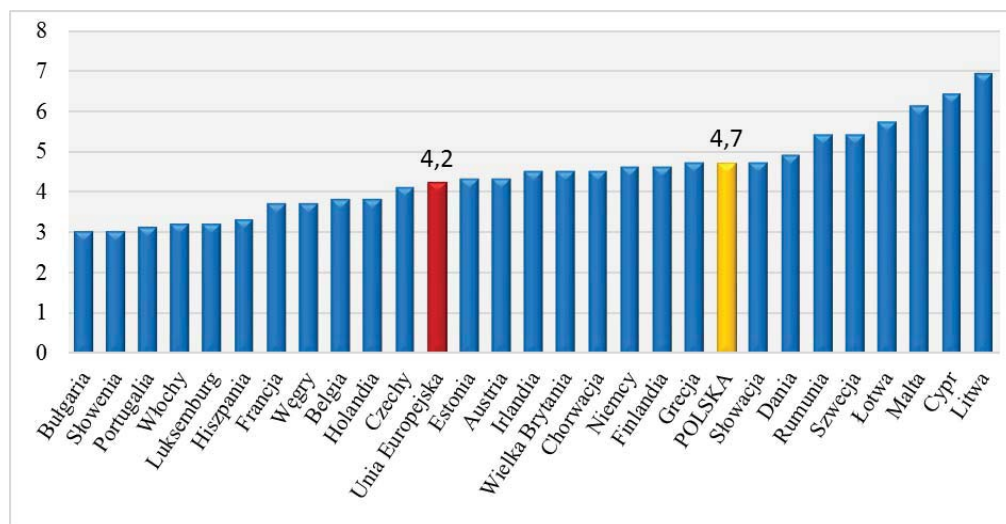
Wraz ze wzrostem wieku zawierania małżeństw zmianie uległa także struktura poziomu wykształcenia nowożeńców. Obecnie prawie połowa panien młodych legitymuje się wykształceniem wyższym (w 1990 r. udział ten wynosił tylko 4%, natomiast w 2000 r. – już 15%). Wśród mężczyzn dominuje wykształcenie średnie (40%), a studia wyższe ukończyło ponad 33% nowożeńców (wobec 5% na początku lat 90. oraz 13% w 2000 r.).

Przedstawione zmiany przekładają się także na wiek i strukturę wykształcenia matek rodzących swe pierwsze i kolejne dziecko, stanowiąc jednocześnie przykład przeobrażeń zachodzących w zachowaniach ludzi młodych, którzy, planując przyszłość, najpierw inwestują w siebie – w edukację, pracę – a dopiero potem w rodzinę.

Liczba małżeństw zmniejsza się także w innych krajach europejskich (wykres 2.5). W 2013 r. ponad 2,1 mln par w UE zawarło związek małżeński, tj. o prawie 0,4 mln mniej niż w 2000 roku. Współczynnik małżeństw wyniósł 4,2‰ – w porównaniu z 5,2‰ w 2000 roku. Najwyższe współczynniki małżeństw wśród państw członkowskich UE odnotowuje Litwa (6,9‰ w 2013 r.), Cypr (6,4‰) i Malta (6,1‰), a najniższe – Bułgaria i Słowenia (3,0‰), Portu-

galia (3,1) oraz Włochy i Luksemburg (3,2%). Zatem Polska, ze współczynnikiem 4,7‰, mieści się w pierwszej dziesiątce krajów o najwyższym współczynniku małżeństw.

Wykres 2.5. Współczynniki małżeństw w krajach UE w 2013 r.
(liczba małżeństw na 1000 ludności)



Źródło: opracowanie na podstawie danych bazy Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

Podobnie jak w Polsce, także w innych krajach UE wzrasta wiek zawierania małżeństw (o 1–4 lata w stosunku do obserwowanego w różnych krajach w 2000 r.). Średni wiek zawarcia pierwszego małżeństwa (średnia arytmetyczna) dla mężczyzn wyniósł co najmniej 30 lat we wszystkich państwach członkowskich UE, z wyjątkiem Polski (29 lat), Litwy i Rumunii (prawie 30 lat). Najwyższa średnia wieku dla mężczyzn została odnotowana w Szwecji (prawie 36 lat), a także w Danii, Hiszpanii i we Włoszech (ok. 34 lata). Dla kobiet niższy wiek zawarcia pierwszego małżeństwa odnotowano w Rumunii (26 lat), Polsce i Bułgarii (ok. 27 lat), natomiast najwyższy – w Irlandii (ponad 34 lata) oraz w Szwecji (33 lata) i Hiszpanii (32 lata). Jak wynika z przytoczonych danych, mężczyźni zawierający małżeństwo są na ogół starsi od kobiet o ok. 2–3 lata; wyjątkiem jest Irlandia, gdzie – statystycznie – pan młody był młodszy od swej wybranki o prawie rok.

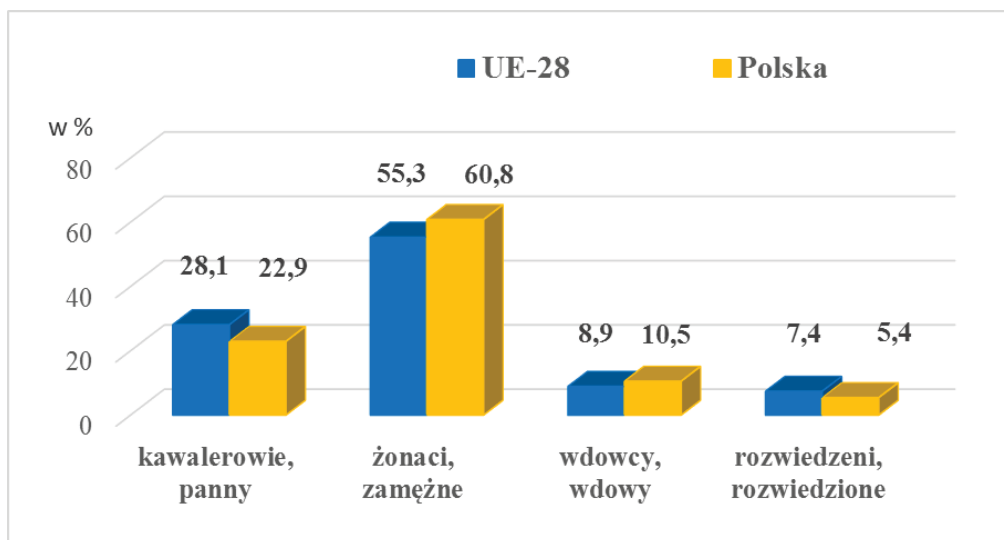
Równie niekorzystne tendencje obserwuje się w liczbie rozpadających się związków małżeńskich. W 2011 r. w krajach Unii Europejskiej odnotowano prawie 1 mln **rozwodów** (ponad 100 tys. więcej niż w 2000 r.), a współczynnik rozwodów wyniósł 2‰. W odniesieniu do liczby zawartych małżeństw oznacza

to, że w 2000 r. na 1 rozwód przypadały prawie 3 nowe małżeństwa, a w 2011 r. już tylko 2.

W 2013 r. najwyższe współczynniki rozwodów odnotowano na Łotwie (3,5‰), w Danii i na Litwie (3,4‰) oraz w Szwecji (2,8‰), natomiast najniższe – w Irlandii (0,6‰ w 2012 r.), na Malcie (0,8‰) i we Włoszech (0,9‰ w 2012 r.). Polska ze współczynnikiem 1,7‰ mieści się wśród dziewięciu krajów o najniższym współczynniku – oprócz wymienionych wyżej należą do nich jeszcze: Bułgaria, Rumunia, Grecja, Chorwacja i Słowenia.

Spadek liczby nowo zawieranych małżeństw, a także rosnąca liczba rozwodów przekładają się na **stan cywilny ludności** i jego strukturę (wykres 2.6).

Wykres 2.6. Ludność (w wieku 20 lat i więcej) według stanu cywilnego prawnego w 2011 r.



Źródło: opracowanie w oparciu o dane bazy Eurostatu – wyniki spisów powszechnych.

W krajach UE ponad połowa ludności (55,3%) w wieku 20 i więcej lat żyje w związkach małżeńskich. Kolejne grupy to: kawalerowie i panny – ponad 28%, osoby owdowiałe – prawie 9% i rozwiedzione – ponad 7%.

Odsetek osób pozostających w małżeństwie jest zróżnicowany w poszczególnych państwach członkowskich. Najwyższy – ponad 60% – odnotowano na Cyprze i Malcie oraz w: Grecji, Rumunii i Polsce. Kraje, w których mniej niż połowa ludności (w wieku 20 i więcej lat) pozostaje w prawnym związku małżeńskim, to: Estonia, Szwecja, Łotwa, Węgry i Finlandia oraz Słowenia.

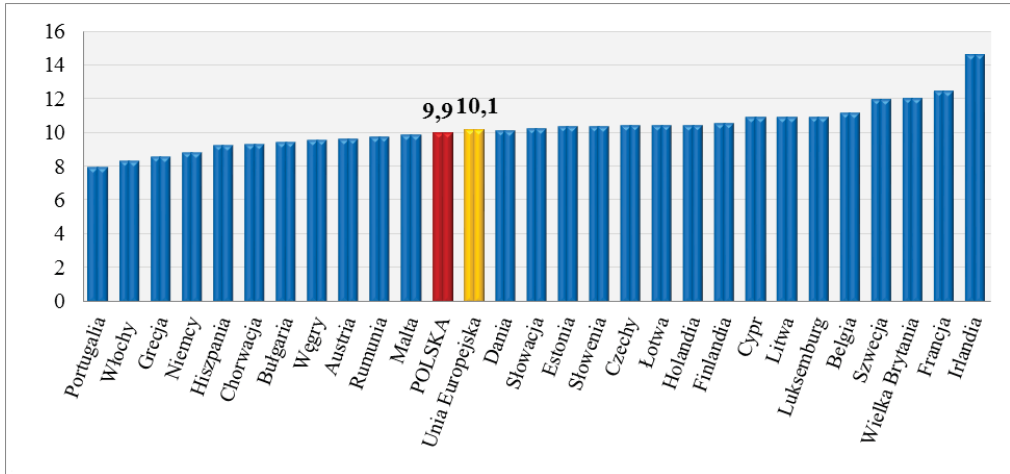
Najwięcej kawalerów i panien jest w Szwecji (37%), Słowenii, Finlandii, Estonii, a także w Irlandii i Francji. Najmniejszy odsetek (poniżej 25%) notują

kraje: Litwa (21%), Rumunia, Chorwacja, Polska oraz Cypr i Grecja (24%). Porównując udział osób owdowiałych – najczęściej (co najmniej 12%) takich osób jest w Bułgarii, na Litwie, na Węgrzech oraz w Chorwacji i Rumunii, a najmniej – poniżej 6% – na Cyprze i w Irlandii. Z kolei biorąc pod uwagę udział osób rozwiedzionych w krajach UE, najwyższe odsetki (13–15%) miały: Łotwa i Estonia oraz Czechy, zaś najniższe: Malta (niespełna 1%), Irlandia i Włochy.

Polska jest krajem o silnej tradycji rodzinnej, co znajduje odzwierciedlenie w strukturze ludności według stanu cywilnego (wykres 6). W 2011 r. wśród ludności w wieku 20 i więcej lat (jest to populacja licząca prawie 30 mln osób) prawie 61% pozostawało w prawnie zawartych związkach małżeńskich; wśród mężczyzn odsetek ten wyniósł 63%, a wśród kobiet nieco mniej – ponad 57%. Dodatkowo, kolejne ponad 2% populacji w wieku 20 i więcej lat deklarowało pozostawanie w związkach nieformalnych (kohabitacyjnych). Udział ten jest znikomy w porównaniu do średniej UE wynoszącej 9%. Najwyższe odsetki (co najmniej 14%) osób pozostających w związkach nieformalnych odnotowują takie kraje, jak: Szwecja, Estonia, Francja oraz Dania i Finlandia. Najniższe zaś (poniżej 3%) występują w Grecji, na Malcie i w Chorwacji. Warto podkreślić, że związki partnerskie są bardziej powszechne wśród osób młodych. Wśród ludności w wieku 20–29 lat – zgodnie z wynikami ostatnich spisów ludności przeprowadzonych w krajach UE – 15% pozostawało w związkach partnerskich, wśród 30–40-latków – niespełna 13% i tylko 4% wśród osób w wieku co najmniej 50 lat.

Europa (szczególnie zaś kraje UE) wyróżnia się w skali globalnej – jak wspomniano wcześniej – najniższym poziomem **rozrodczości**. Sama jest jednak wewnętrznie zróżnicowana. W ostatnich 30 latach poziom rozrodczości na naszym kontynencie systematycznie malał, aczkolwiek skala spadku była różna w zależności od kraju. W krajach, w których odpowiednio wcześniej rozwinięto szeroką politykę prorodziną, z wieloma instrumentami socjalnymi wspierającymi rodziny z dziećmi, niekorzystne tendencje dotyczące liczby urodzeń zostały zahamowane, w niektórych krajach wręcz odnotowano pewien wzrost urodzeń. W konsekwencji w Europie widać wyraźnie polaryzację zachowań pronatalistycznych: społeczeństwa o najwyższej rozrodczości w europejskiej części Zachodu to Irlandia (ponad 14 urodzeń na 1000 ludności w 2014 r.) oraz Francja, Wielka Brytania i Szwecja (po ok. 12‰), z kolei Portugalia, Włochy i Grecja z ok. ośmioma urodzeniami na 1000 ludności zajmują ostatnie pozycje w rankingu krajów UE (wykres 7). Polska ze współczynnikiem urodzeń na poziomie 9,9‰ plasuje się prawie na poziomie średniej krajów Unii Europejskiej, wynoszącej w 2014 roku 10,1‰.

Wykres 2.7. Współczynnik urodzeń w krajach UE w 2014 r.
(liczba urodzeń na 1000 ludności)



Źródło: opracowanie na podstawie danych bazy Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

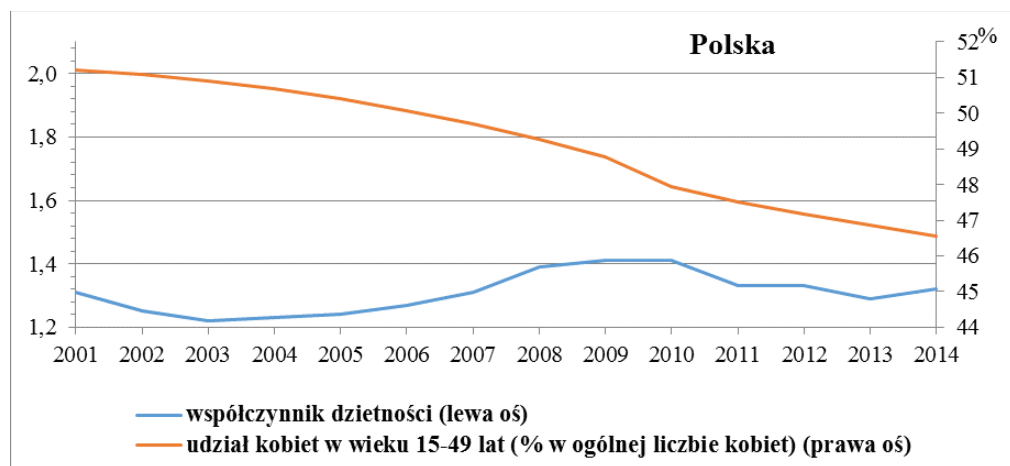
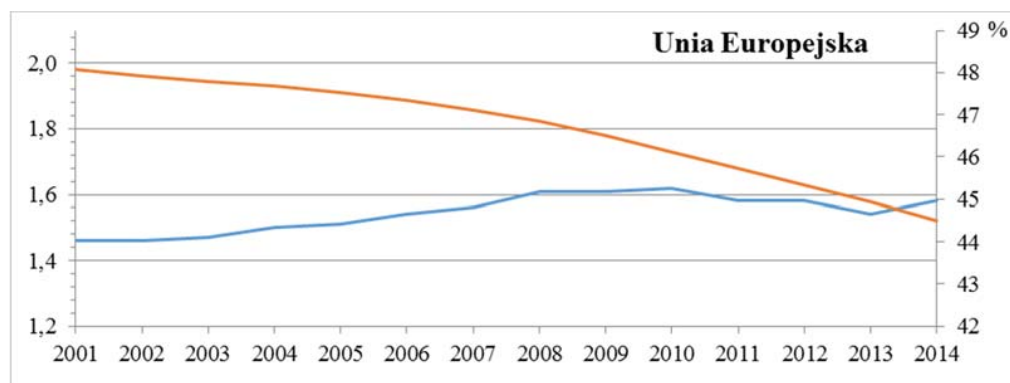
W pierwszych latach transformacji w Polsce rodziło się około 550 tys. dzieci rocznie, a współczynnik urodzeń żywych (na 1000 ludności) wynosił 10,2–10,6‰. Od 1992 r. rozpoczął się spadek liczby urodzeń – w 2014 r. zarejestrowano ich niespełna 370 tysięcy. Obecnie liczba urodzeń w Polsce jest o połowę niższa w stosunku do wielkości rejestrowanych podczas ostatniego wyżu demograficznego, tj. w pierwszej połowie lat 80. XX wieku (współczynnik urodzeń kształtował się wówczas na poziomie ponad 19‰).

Biorąc pod uwagę wzrost liczby i udziału kobiet w wieku rozrodczym (wykres 2.8), liczba urodzeń w Polsce powinna zacząć rosnąć już w połowie lat 90. ubiegłego stulecia. Byłaby to naturalna konsekwencja wejścia wówczas w wiek najwyższej płodności licznych roczników kobiet urodzonych w latach 70., a następnie w pierwszej połowie lat 80. ubiegłego wieku. Tymczasem obserwowano głęboką **depresję urodzeniową**, która trwała aż do 2003 r., kiedy to **współczynnik dzietności** osiągnął najniższą jak dotąd wartość – 1,222. W latach 2004–2009 nastąpił wzrost liczby urodzeń (do 418 tys.), spowodowany przede wszystkim realizacją urodzeń „odłożonych” – odnotowano zwiększenie się liczby i odsetka urodzeń drugich i kolejnych – w efekcie znacząco wzrosła liczba matek w wieku 30–40 lat. Kolejne cztery lata ponownie przyniosły mniejszą liczbę urodzeń.

W tym samym czasie współczynnik dzietności liczony dla całej UE wzrastał mimo szybszego niż w Polsce spadku udziału kobiet w wieku rozrodczym w ogólnej populacji (wykres 2.8). Konsekwencją przedstawionych zmian jest

utrzymujący się w Polsce od 1990 r. okres depresji urodzeniowej, kiedy to wartość współczynnika dzietności (określającego liczbę urodzonych dzieci przypadających na jedną kobietę w wieku rozrodczym 15–49 lat) spadła do poziomu poniżej 2 (1,99).

Wykres 2.8. Współczynniki dzietności kobiet i udział kobiet w wieku 15–49 lat w ogólnej liczbie kobiet w latach 2001–2014

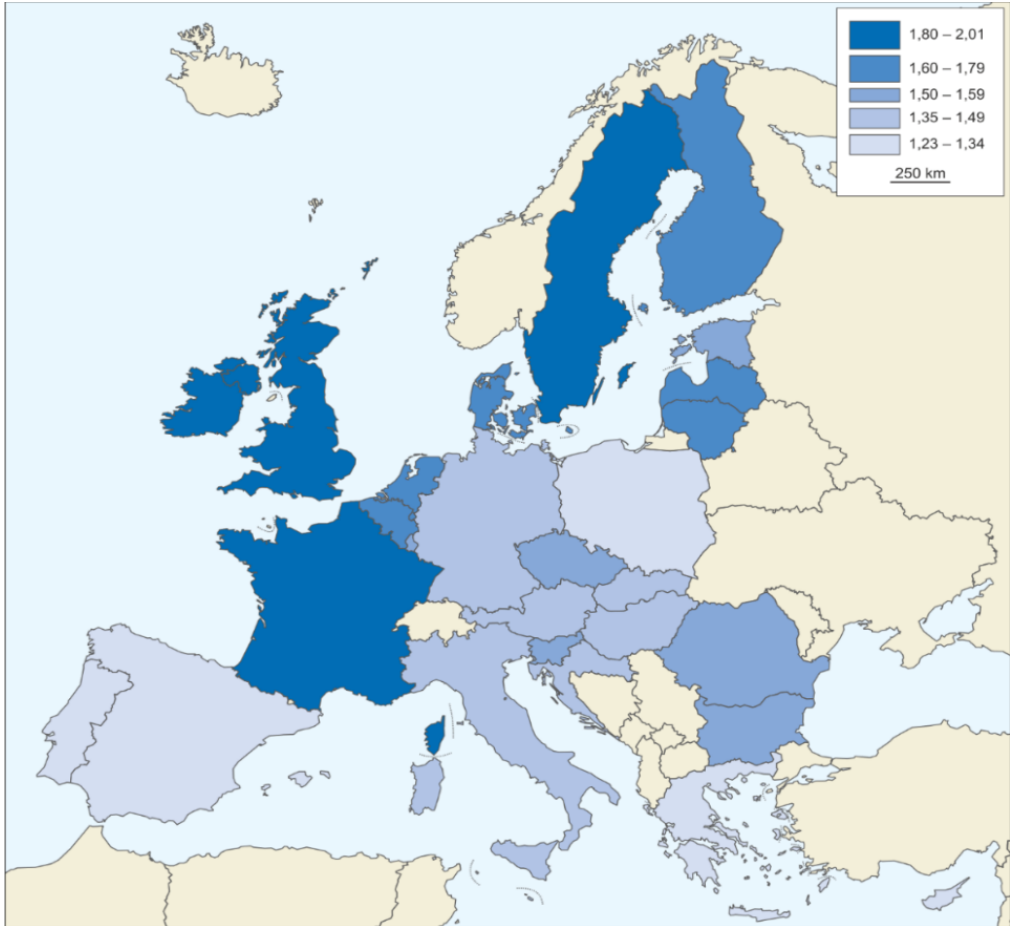


Źródło: opracowanie na podstawie danych bazy Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

W 2014 r. współczynnik dzietności dla Polski wyniósł 1,32 (rycina 2.1), a niższą dzietność niż w Polsce odnotowano jedynie w Portugalii (1,23), Grecji (1,3) i na Cyprze (1,31). Natomiast najkorzystniejsza sytuacja pod względem dzietności ma miejsce obecnie w krajach zachodniej i północnej Europy – Francji (2,01), Irlandii (1,94), Szwecji (1,88) oraz Wielkiej Brytanii (1,81).

Współczynnik dzietności dla UE-28 w 2013 r. wyniósł 1,54. Zatem żaden z krajów UE ani odrębnie, ani UE jako całość, nie osiąga obecnie prostej zastępowalności pokoleń, która wyraża się współczynnikiem 2,13–2,15.

Rycina 2.1. Współczynnik dzietności w krajach UE w 2014 r.



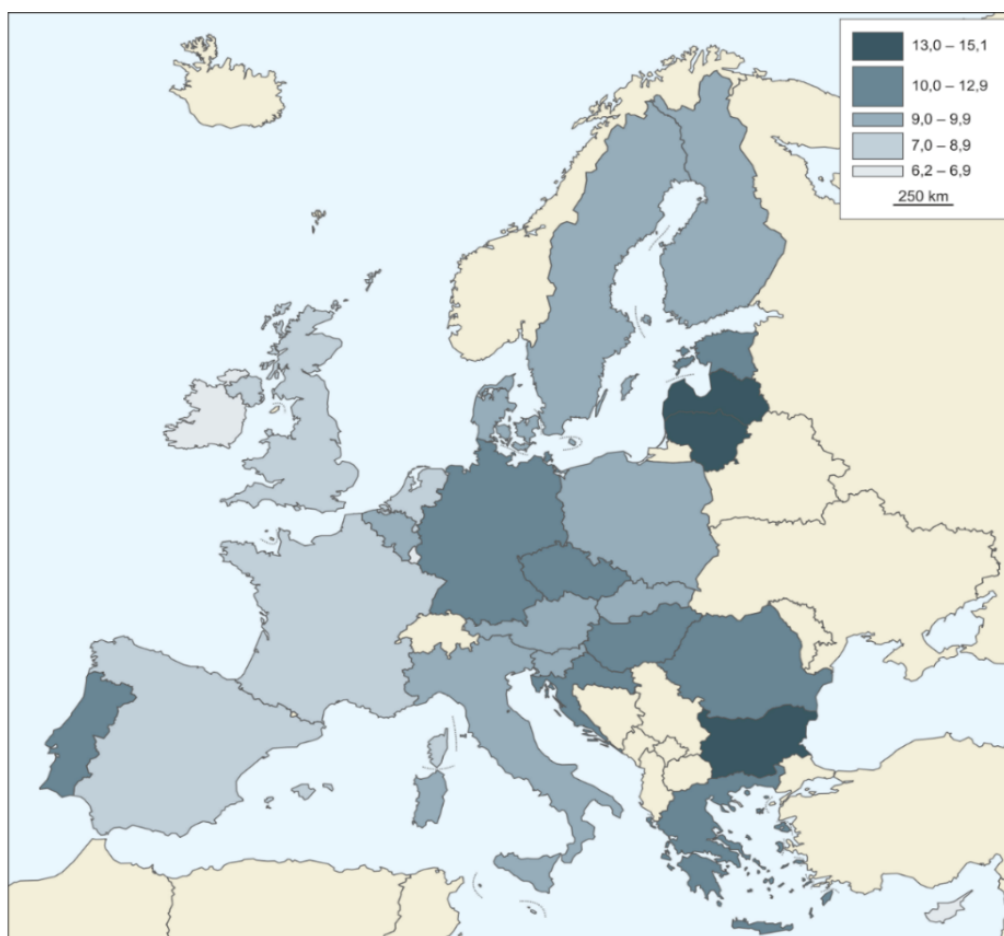
Źródło: opracowanie na podstawie danych bazy Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

Drugim procesem kształtującym dynamikę demograficzną jest **umieralność**. Proces ten w sposób oczywisty wpływa na zmniejszanie się populacji danego kraju, lecz podobnie jak przy urodzeniach – w skali świata – nie przebiega jednokierunkowo. Europa jest jedynym kontynentem, gdzie poziom umieralności wzrasta. Przyczyną tego stanu są struktura wieku i tempo starzenia się ludności Europy.

Na przestrzeni lat natężenie zgonów zarówno w Polsce, jak i średnio w UE nie zmieniało się istotnie, rosło dość równomiernie – tempo wzrostu było niewielkie i w miarę jednostajne. Ten powolny, ale jednostajny wzrost umieralności wynika w sposób naturalny ze struktury wieku ludności i wydłużającego się trwania życia, tj. z coraz większej liczby ludności w starszym wieku.

W 2014 r. umieralność w Polsce wyniosła 9,9 (rycina 2.2), co oznacza, że na każde 1000 ludności umarło 10 osób, tj. prawie tyle samo co średnio w UE (9,7). Najniższe **współczynniki zgonów** odnotowano na Cyprze oraz w Irlandii (odpowiednio 6,2 oraz 6,3), najwyższe – w Bułgarii (15,1) i na Łotwie (14,3).

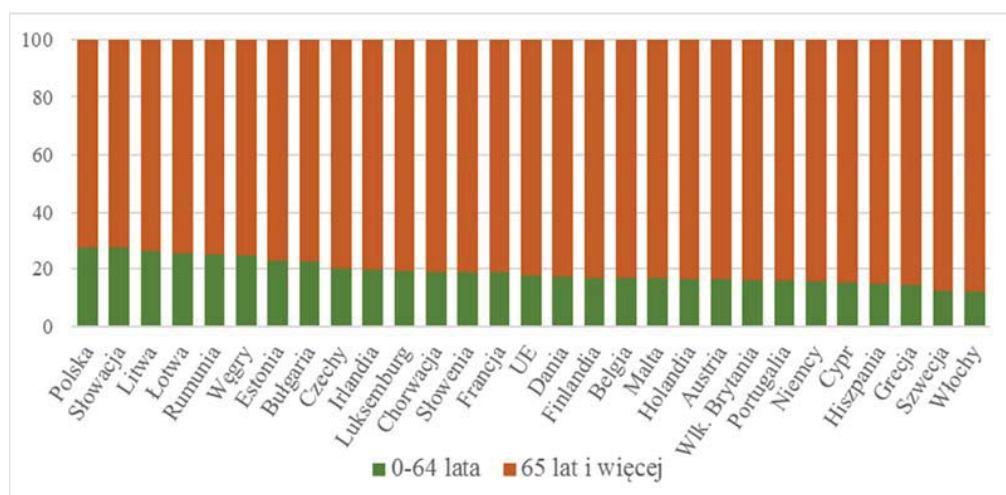
Rycina 2.2. Współczynnik zgonów w krajach UE w 2014 r.
(liczba zgonów na każde 1000 ludności)



Źródło: opracowanie na podstawie danych bazy Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

W Polsce mamy bardzo niekorzystną strukturę wieku osób zmarłych – jest to wynikiem przedwczesnej umieralności (wykres 2.9). W 2014 r. osoby zmarłe w wieku poniżej 65 lat stanowiły aż 28% wszystkich zmarłych – podobnie jak na Słowacji, a także na Litwie, Łotwie i na Węgrzech (po ok. 25%). Najniższy udział zanotowano we Włoszech i Szwecji (12%) oraz w Grecji (14%), natomiast średnia dla wszystkich krajów UE wyniosła 18%. Nadumieralność szczególnie dotyczy mężczyzn – w Polsce aż 38% umiera przed osiągnięciem 65. roku życia, a wśród kobiet 17% – i są to najwyższe udziały w całej UE.

Wykres 2.9. Struktura wieku osób zmarłych w UE w 2014 r.



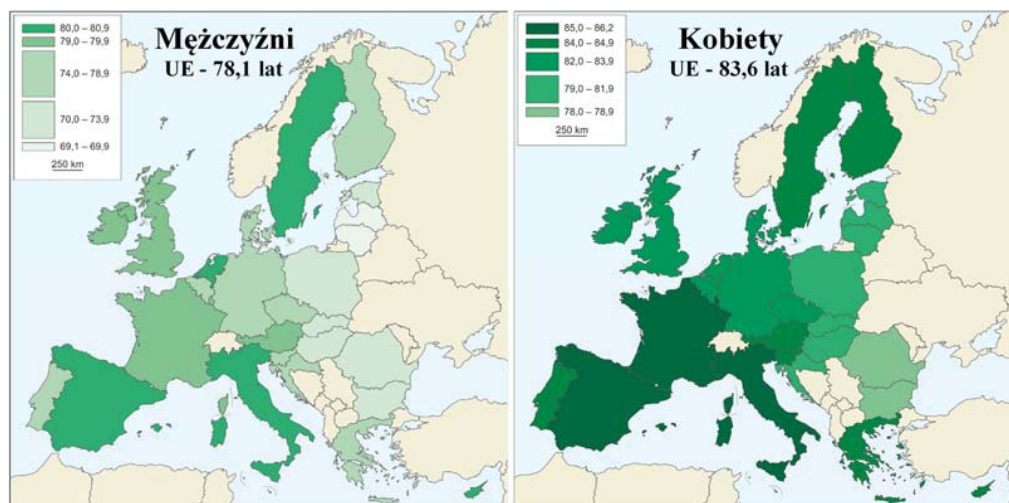
Źródło: opracowanie na podstawie danych bazy Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

Pozytywnym zjawiskiem jest obserwowany nieprzerwanie w Polsce **spadek umieralności niemowląt**. Współczynnik wyrażający liczbę zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych w 2014 r. wyniósł 4,2 i był o prawie połowę niższy niż na początku tego wieku oraz o ok. 15 punktów promilowych mniejszy niż notowany na początku lat 90. ub. wieku. Niemniej jednak umieralność niemowląt w dalszym ciągu jest wyższa niż średnia w UE (3,7‰). Najniższe współczynniki (poniżej 2‰) notują: Cypr i Słowenia oraz Finlandia i Szwecja (nieco ponad 2‰), a najwyższy – Rumunia (ponad 8‰) oraz Bułgaria (nieco poniżej 8‰).

Obserwowany od początku lat 80. ub. wieku ruch promocji zdrowego stylu życia, a także rozwój nowych technologii medycznych i nowoczesnych metod diagnostycznych, przyniósł w konsekwencji wyraźną poprawę parametrów **trwania życia** w krajach Europy. Jednakże i w tym przypadku w poszczegól-

nych krajach daje się zaobserwować duże zróżnicowanie przeciętnej długości trwania życia (rycina 2.3).

Rycina 2.3. Przeciętne trwanie życia w krajach UE w 2014 r.



Źródło: opracowanie na podstawie danych bazy Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

W krajach wysoko rozwiniętych, położonych głównie w zachodniej części Europy oraz w rejonie skandynawskim, ludzie żyją o kilka lat dłużej niż w krajach Europy Środkowej. Z kolei w porównaniu z krajami Europy Wschodniej różnica ta sięga nawet kilkunastu lat. Mężczyźni najdłużej żyją w krajach ciepłych: na Cyprze (w 2014 r. prawie 81 lat), we Włoszech i Hiszpanii (nieco ponad 80 lat), a najkrócej w Rosji – 63,4 lat. Wśród kobiet za długowieczne można uznać Hiszpanki i Francuzki (ok. 86 lat) oraz Włoszki i mieszkanki Luksemburga, których przeciętne trwanie życia wynosi co najmniej 85 lat. Najkrócej w Europie żyją Mołdawianki – niespełna 75 lat i Rosjanki – nieco ponad 75 lat. Średnia dla mieszkańców Unii Europejskiej to 83,6 lat dla kobiet i 78,1 lat dla mężczyzn.

Znamienny jest fakt, że w krajach, gdzie długość trwania życia jest stosunkowo niska, różnica między trwaniem życia mężczyzn i kobiet – poza nielicznymi wyjątkami – jest bardzo duża. Kraje, w których rozpiętość ta jest największa, to: Białoruś (12,1 lat), Rosja (11,8) i Litwa (11,1). Różnica ta jest nawet kilkakrotnie wyższa niż w Islandii, Liechtensteinie, Szwecji czy Holandii, gdzie jej wielkość nie przekracza 3,7 lat.

Mimo pozytywnych zmian przeciętnego trwania życia Polska nadal wypada niekorzystnie na tle czołówki krajów europejskich. Wiek dożywania dla mężczyzn wynosi 73,8, tj. o ponad 7 lat mniej niż na Cyprze, a dla kobiet – 81,6 lat

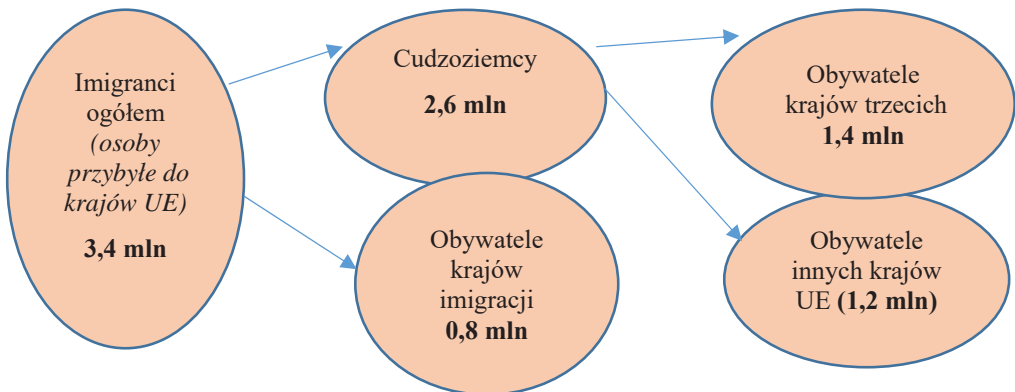
(mniej o ponad 4 lata od Hiszpanek). Wśród 40 krajów nasz kraj lokuje się dopiero w trzeciej dziesiątce: mężczyźni zajmują 27., kobiety natomiast 24. pozycję.

Poza procesami naturalnymi kolejnym elementem kształtującym zmiany w liczbie i strukturze ludności danego terytorium są **migracje**, odnoszące się zarówno do przepływów migracyjnych do/z Unii Europejskiej jako całego obszaru, jak i do przepływów między poszczególnymi krajami UE.

W latach 50–60. XX w. migracje zagraniczne w Europie stały się czynnikiem, który w sposób istotny zaczął wpływać na wielkość populacji i tempo jej zmian. Przemieszczenia międzynarodowe w krajach północno-zachodniej Europy wpływają znacząco na wzrost liczby ludności, przy czym w krajach południowych spowalniają spadek populacji, a w przypadku Europy Wschodniej przyspieszają ubytek ludności. Analiza zjawiska migracji zagranicznych w porównaniu z analizą takich procesów, jak umieralność i rozrodczość, jest znacznie trudniejsza, ze względu na fakt, że są one zjawiskiem wielowymiarowym.

W 2013 r. migracje między krajami Unii, jak również imigracja z krajów trzecich do UE, dotyczyły ok. 3,4 mln osób (wykres 10). Prawie ¼ imigrantów (około 836 tys.) stanowiły osoby, które przybyły do kraju członkowskiego UE, którego obywatelstwo posiadały (reemigranci lub dzieci obywateli urodzone za granicą). Pozostałe ¾ imigrantów (2,6 mln) stanowili cudzoziemcy, z czego: 1,4 mln stanowili obywatele krajów trzecich, 1,2 mln to osoby z obywatelstwem kraju członkowskiego UE innego niż ten, do którego przybyły, zaś około 10,5 tys. to bezpaństwowcy oraz osoby z obywatelstwem nieustalonym.

Wykres 2.10. Imigranci w UE w 2013 r.



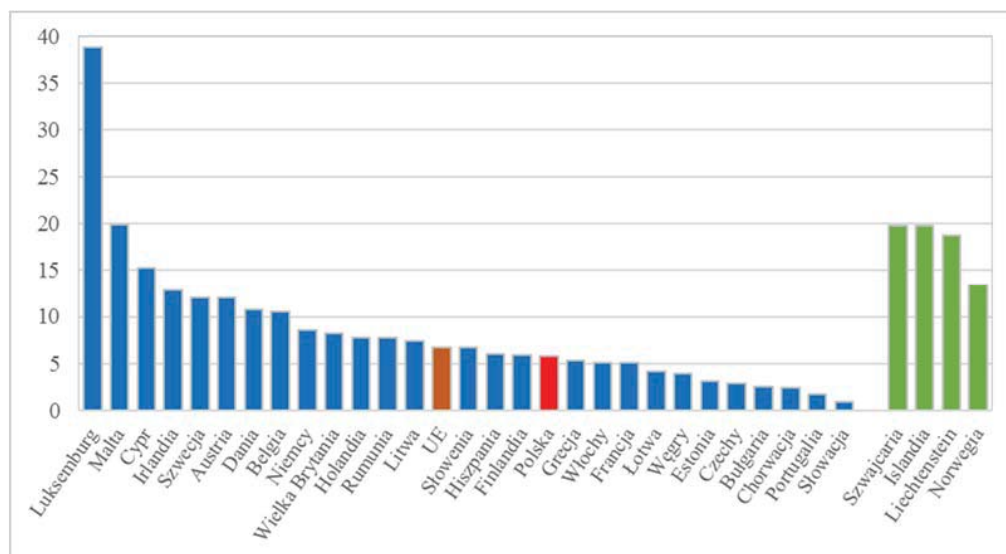
Źródło: opracowanie na podstawie danych bazy Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

Jednakże i w tym przypadku daje się zauważyć duże zróżnicowanie między krajami Europy. Polska wraz z większością krajów Europy Środkowej

i Wschodniej należy do krajów emigracyjnych. Otwarcie granic i dostęp do rynków pracy w UE zdecydowało kierunki migracji naszych mieszkańców, którzy w zdecydowanej większości wybierali jako kraj zamieszkania Wielką Brytanię, Niemcy i Irlandię. Bez wątpienia dalszy rozwój gospodarek krajów UE zależy będzie od imigracji, jednak dla Polski jest to problem kluczowy; jako kraj nie jesteśmy zbyt atrakcyjni dla cudzoziemców nie tylko ze względu na integrację ekonomiczną, ale także społeczną, kulturową, prawną oraz instytucjonalną. Polska nadal jest traktowana przez część cudzoziemców jako kraj tymczasowego pobytu, przystanek przed wyjazdem dalej, na Zachód.

Szacuje się, że w 2013 r. do Polski przybyło około 220 tys. osób – w większości byli to obywatele polscy powracający z emigracji. Największą liczbę imigrantów w 2013 r. odnotowano: w Niemczech (692,7 tys.), a następnie w Wielkiej Brytanii (526 tys.), Francji (332,6 tys.), we Włoszech (307,5 tys.) oraz w Hiszpanii (280,8 tys.). Pod względem liczebności najmniej imigrantów przybyło do Estonii (4,1 tys.), Słowacji (5,1 tys.) oraz na Łotwę i Maltę (odpowiednio 8,3 tys. oraz 8,4 tys.).

Wykres 2.11. Liczba imigrantów na 1000 mieszkańców w krajach UE oraz EFTA w 2013 r.



Źródło: opracowanie na podstawie danych bazy Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

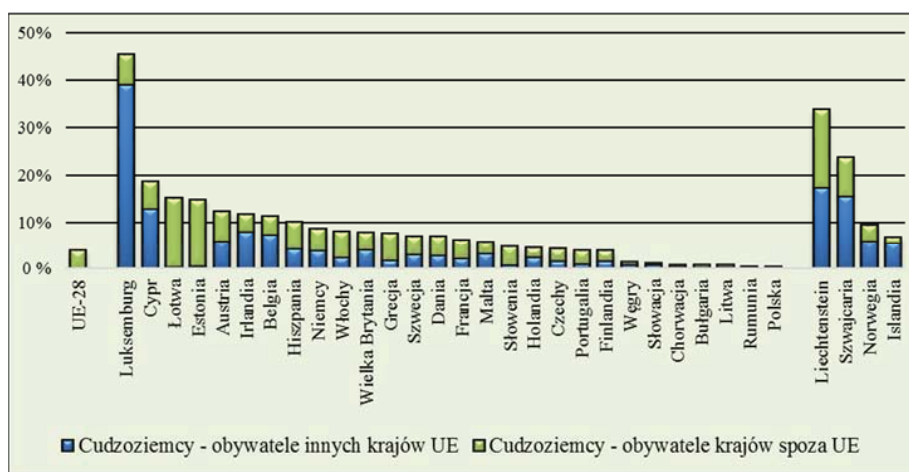
W ujęciu względnym (wykres 2.11), tj. w stosunku do populacji mieszkańców danego kraju, zdecydowanie najwyższy wskaźnik imigracji w 2013 r. odnotowano w Luksemburgu (39 imigrantów na 1000 mieszkańców), a następnie na Malcie (20), Cyprze (15) oraz w Irlandii (13). Najniższy wskaźnik odnoto-

wała Słowacja (1 imigrant na 1000 mieszkańców), nieznacznie wyższy Portugalia (1,7) oraz Chorwacja (2,4). Wskaźnik dla Polski wyniósł 6 imigrantów na 1000 mieszkańców. Średnia dla krajów UE-28 wyniosła nieco poniżej 7 imigrantów na 1000 mieszkańców. Natomiast wskaźnik imigracji w ujęciu względnym dla krajów EFTA zarysował się na dość wyrównanym poziomie – około 20 imigrantów na 1000 mieszkańców, z wyjątkiem Norwegii, dla której odnotowano wyraźnie niższy wskaźnik (13 imigrantów na 1000 mieszkańców).

Dodatkową charakterystykę ludności kraju można uzyskać w wyniku analizy kraju urodzenia i obywatelstwa. Dzięki tym informacjom możliwe jest wyodrębnienie pewnych subpopulacji z przeszłością migracyjną, tj. cudzoziemców urodzonych w kraju i za granicą oraz obywateli danego kraju urodzonych za granicą.

W 2013 r. łączna liczba cudzoziemców (osób niebędących obywatelami kraju zamieszkania) przebywających na terytorium państw członkowskich UE wyniosła 33,9 mln, co stanowiło 6,7% ludności UE-28. Ponad 40% z tej liczby (tj. 14,4 mln osób) stanowili obywatele innego państwa członkowskiego UE. W wartościach bezwzględnych największa liczba cudzoziemców przebywała w Niemczech (7,0 mln), w Wielkiej Brytanii (5,0 mln), we Włoszech (4,9 mln), w Hiszpanii (4,7 mln) oraz we Francji (4,2 mln). Cudzoziemcy przebywający w tych pięciu państwach członkowskich stanowili 76,1% łącznej liczby cudzoziemców zamieszkujących w UE-28. W wartościach względnych (wykres 2.12) krajem członkowskim UE z najwyższym odsetkiem cudzoziemców był Luksemburg – stanowili oni 45,3% ogółu ludności tego kraju.

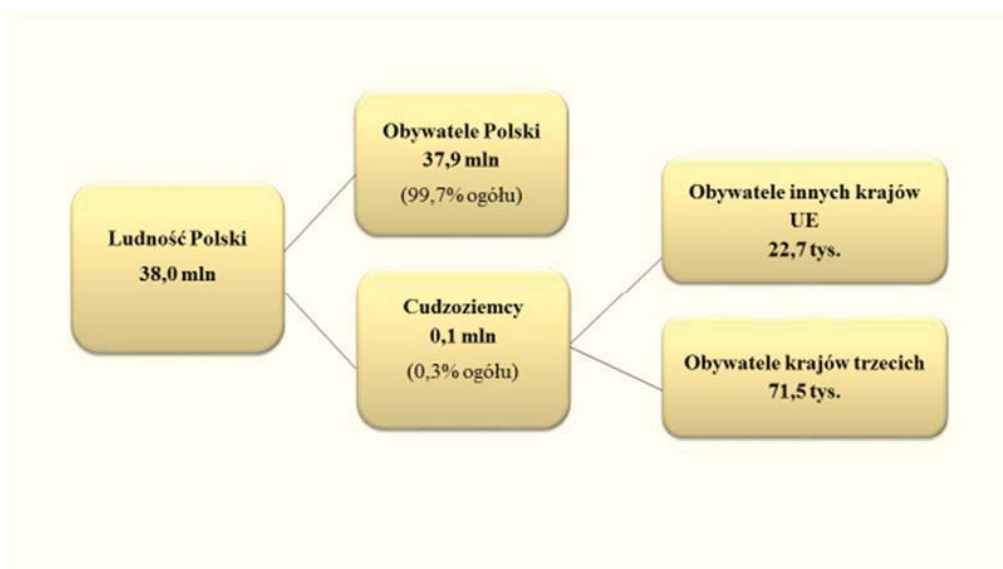
Wykres 2.12. Udział cudzoziemców w liczbie ludności rezydującej krajów UE i EFTA w 2014 r.



Źródło: opracowanie na podstawie danych bazy Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

Polska na tle innych krajów UE jawi się jako kraj jednolity narodowościowo (wykres 2.13). W 2014 r. udział mieszkających w naszym kraju cudzoziemców wynosił 0,3% ogółu ludności, a odsetek ludności urodzonej poza granicami Polski wynosił zaledwie 1,6%. Były to w większości osoby urodzone w krajach nienależących do UE (na Ukrainie, Białorusi, Litwie i w Rosji).

Wykres 2.13. Ludność Polski według obywatelstwa w 2014 r.

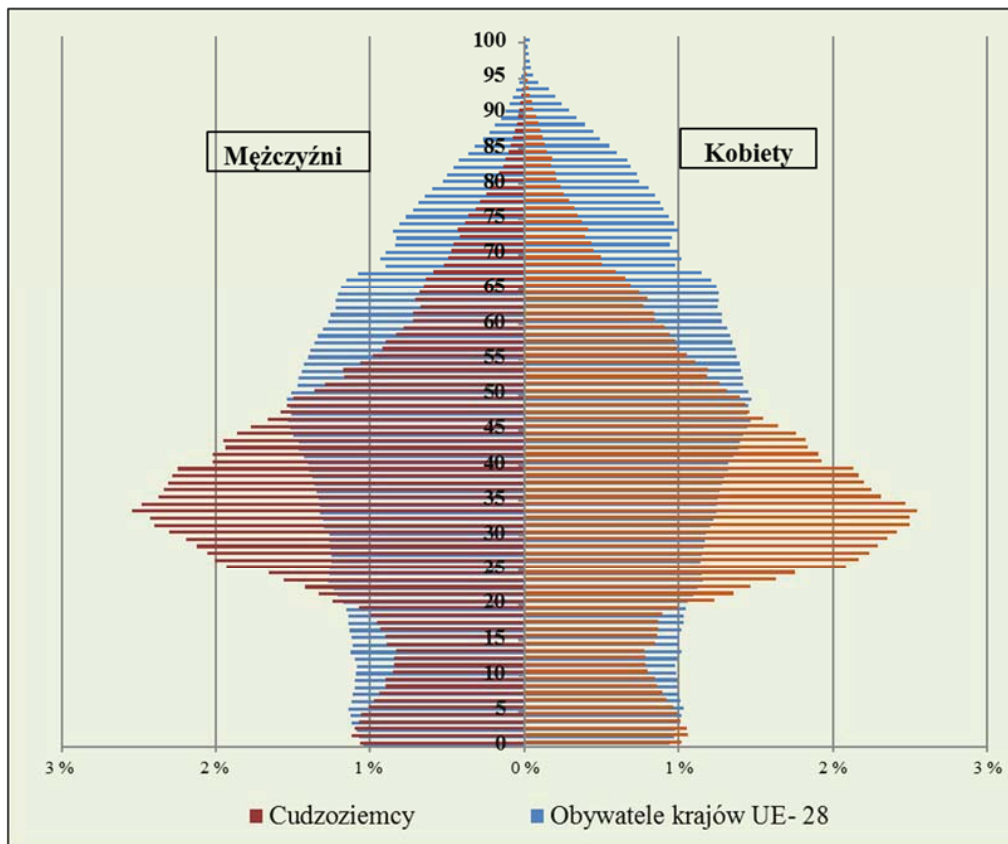


Źródło: opracowanie na podstawie danych bazy Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

Jedną z najważniejszych płaszczyzn przemian demograficznych są zmiany w strukturze wieku ludności. Główne wyzwanie wynikające z tych zmian to skala starzenia się społeczności Europy, w tym także zmiany w wielkości zasobów pracy oraz idące w ślad za tym skutki społeczno-ekonomiczne. **Europa jest najstarszym demograficznie kontynentem.**

Piramida wieku obywateli UE (wykres 2.14 – kolor niebieski) wyraźnie przyjmuje kształt wrzeciona z lekko zwężającym się dołem (ludzie młodzi) – jest nieco szersza dla wieku około 50 lat i naturalnie zwężająca się ku górze wskutek wymierania najstarszych roczników. Natomiast mieszkańcy Wspólnoty niebędący jej obywatelami (wykres 2.14 – kolor brązowy) tworzą zdecydowanie młodszą strukturę wieku, stanowiąc wypełnienie także na rynku pracy. Szczególnie duże różnice dotyczą udziału osób dorosłych (15–64 lata) i będących w starszym wieku (65 i więcej lat) w każdej z tych populacji (tabela 2.1).

Wykres 2.14. Piramida wieku mieszkańców UE (obywateli UE i cudzoziemców) w 2014 r.



Źródło: opracowanie na podstawie danych bazy Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

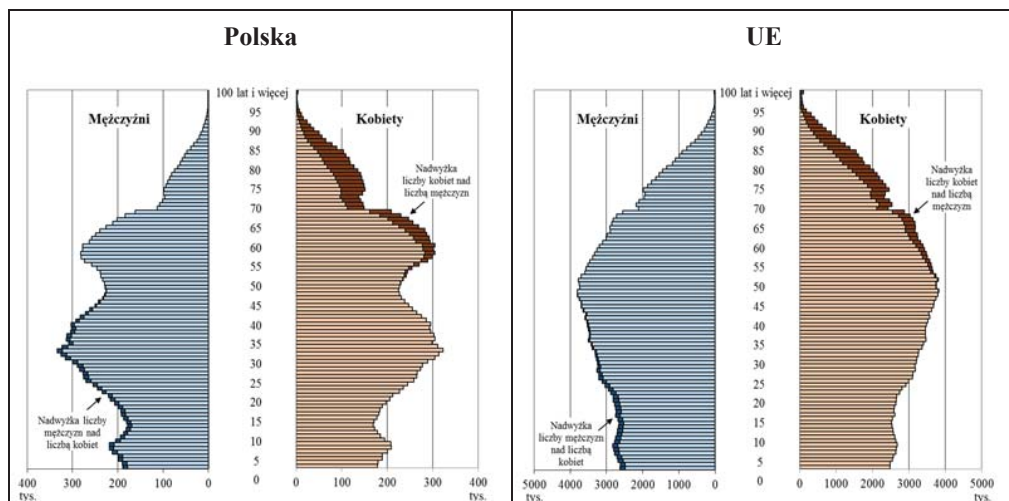
Tabela 2.1. Struktura wieku ludności Unii Europejskiej w 2014 r.

Mieszkańcy UE	Ogółem	Ludność w wieku		
		0–14 lat	15–64 lata	65 lat +
	<i>w procentach</i>			
Ludność UE ogółem	100,0	15,6	65,5	18,9
Obywatele UE (28)	100,0	15,7	64,6	19,7
Cudzoziemcy	100,0	14,2	77,7	8,1
Polska ogółem	100,0	15,0	69,6	15,4

Źródło: opracowanie na podstawie danych bazy Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

Mimo obserwowanego procesu starzenia się społeczeństwa mieszkańcy Polski – obecnie – są jeszcze relatywnie młodą populacją zarówno w odniesieniu do innych krajów UE, jak i na tle całej ludności Unii (wykres 2.15).

Wykres 2.15. Piramida wieku mieszkańców Polski i UE w 2014 r.



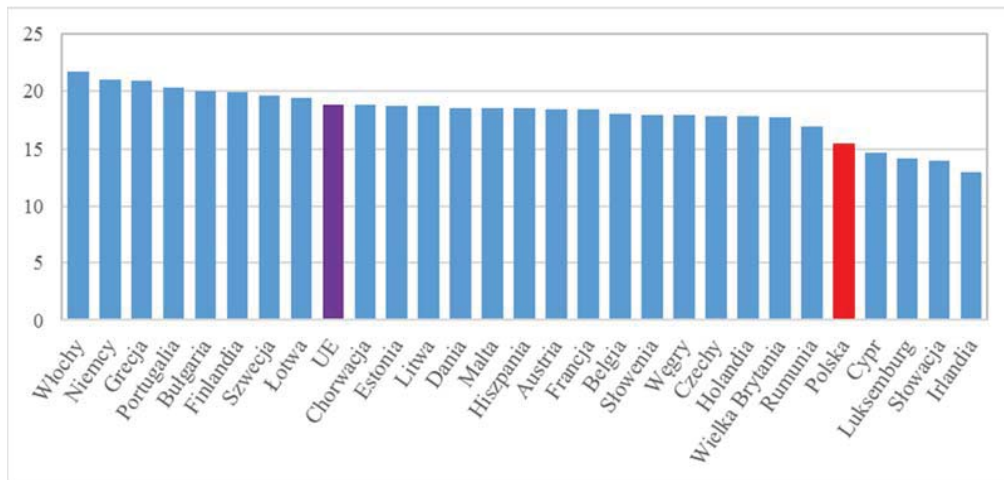
Źródło: opracowanie na podstawie danych GUS i bazy Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

Większość krajów Unii Europejskiej to kraje zawansowane w procesie starzenia się ludności. Występuje jednak zróżnicowanie dynamiki tego procesu wewnątrz kontynentu. Z porównania wartości miar świadczących o zaawansowaniu procesu starzenia się wynika, że spośród 28 krajów UE młodszy od nas są jedynie mieszkańcy Irlandii, Cypru, Słowacji i Luksemburga.

Podstawową z tych miar jest **współczynnik starości**, czyli udział ludności w wieku 65 i więcej lat w ogólnej populacji. Osoby w starszym wieku (65+) stanowią w Polsce ponad 15% ogólnej populacji, podczas gdy średnia dla całej UE wynosi prawie 19%, w tym wśród obywateli UE – prawie 20%, natomiast wśród cudzoziemców mieszkających w krajach UE współczynnik starości jest wyraźnie mniejszy i wynosi niespełna 8% (tabela 2.1 i wykres 2.15).

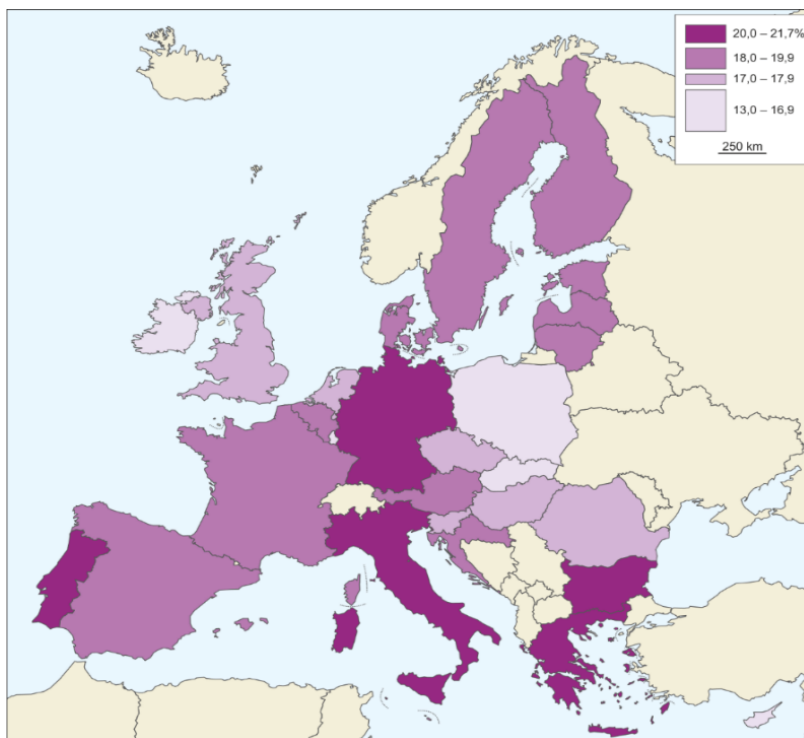
Najstarsi (wykres 2.16) są mieszkańcy Włoch (prawie 22% to osoby w starszym wieku) oraz Niemiec i Grecji (po ok. 21%), najmłodszy – mieszkańcy Irlandii (13%) oraz Słowacji i Luksemburga (po ok. 14%), a także Cypru (prawie 15%).

Wykres 2.16. Udział osób w wieku 65 i więcej lat w krajach UE w 2014 r.
(współczynnik starości)



Źródło: opracowanie na podstawie danych bazy Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

Rycina 2.4. Współczynnik starości w krajach UE w 2014 r.



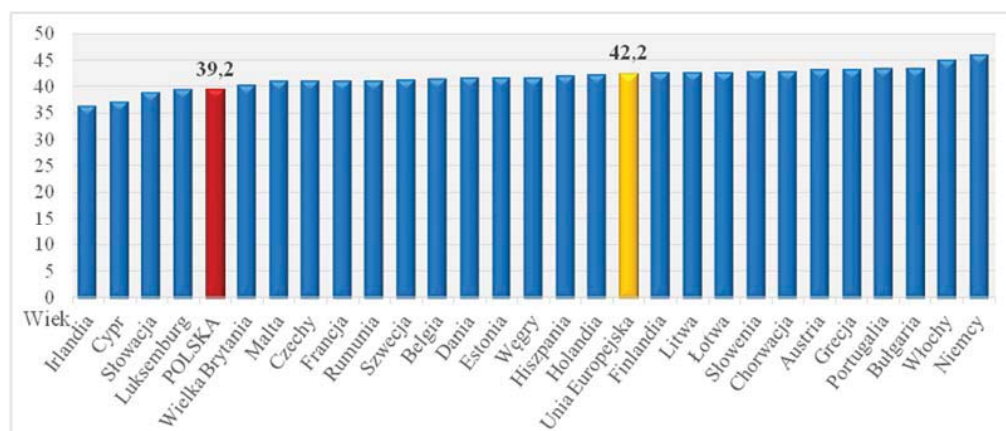
Źródło: opracowanie na podstawie danych bazy Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

Proces starzenia się ludności jest najbardziej intensywny w Europie Południowej i Zachodniej (rycina 2.4), gdzie około 1/5 mieszkańców to osoby w starszym wieku. Należy zaznaczyć, że w końcu lat 50. XX wieku ONZ – wyznaczając skalę starości demograficznej – za starą uznał populację, w której udział osób starszych (w wieku 65 i więcej lat) przekracza 7%. Obecnie, w „najmłodszym” kraju UE – Irlandii – odsetek ten wynosi 13%.

Kolejną miarą obrazującą zaawansowanie procesu starzenia się jest **mediana wieku** (wykres 2.17), czyli wiek, którego połowa danej populacji jeszcze nie osiągnęła, a druga połowa już przekroczyła.

W 2014 r. mieszkaniec Polski miał przeciętnie 39,2 lat. Dla mężczyzn parametr ten wyniósł 37,5 lat; kobiety są starsze – miały średnio 41 lat. Statystyczny mieszkaniec Unii Europejskiej był starszy o 3 lata – mediana wieku wynosiła 42,2 lat (dla mężczyzn – 40,8 i 43,6 – dla kobiet). Jak już wspomniano, najmłodsi są mieszkający w UE cudzoziemcy – statystycznie mieli 35,4 lat. Różnica wieku między najmłodszym a najstarszym pod względem wieku ludności państwem Unii Europejskiej wynosiła blisko 10 lat. Tą najwyższą medianą charakteryzują się Niemcy – prawie 46 lat, a najniższą Irlandczycy – 36 lat.

Wykres 2.17. Mediana wieku ludności krajów Unii Europejskiej w 2014 r.

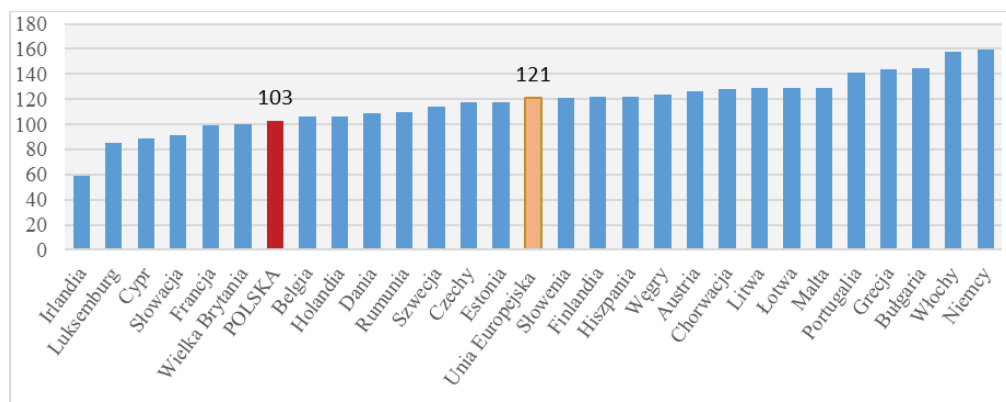


Źródło: opracowanie na podstawie danych bazy Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

Dla oceny poziomu zaawansowania procesu starzenia się ludności bardzo istotne są udziały w ogólnej populacji poszczególnych grup wieku obrazujące **zastępowalność pokoleń**. Jedną z nich jest **indeks starości** przedstawiający relację „pokolenia dziadków” (65 i więcej lat) do „pokolenia wnuczków” (0–14 lat). W przypadku Polski relacja tych wielkości wynosi 103 (wykres 2.18), co oznacza prawie równowagę liczebną między dziadkami i wnukami. Dodatkowo

wartość indeksu jest w dalszym ciągu bardzo korzystna w stosunku do średniej dla UE (121), jednak plasuje Polskę na gorszej pozycji niż w przypadku wskaźnika starości czy mediany wieku. Przyczyną tego stanu jest malejąca liczba dzieci (0–14 lat) wynikająca z coraz mniejszej liczby urodzeń przy rosnącej liczbie osób w wieku 65 i więcej lat – liczebność tej grupy osób będzie rosła ze względu na osiągnięcie tego wieku przez osoby urodzone w latach powojennego wyżu demograficznego, tj. w latach 50.

Wykres 2.18. Indeks starości w krajach Unii Europejskiej w 2014 r.



Źródło: opracowanie na podstawie danych bazy Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

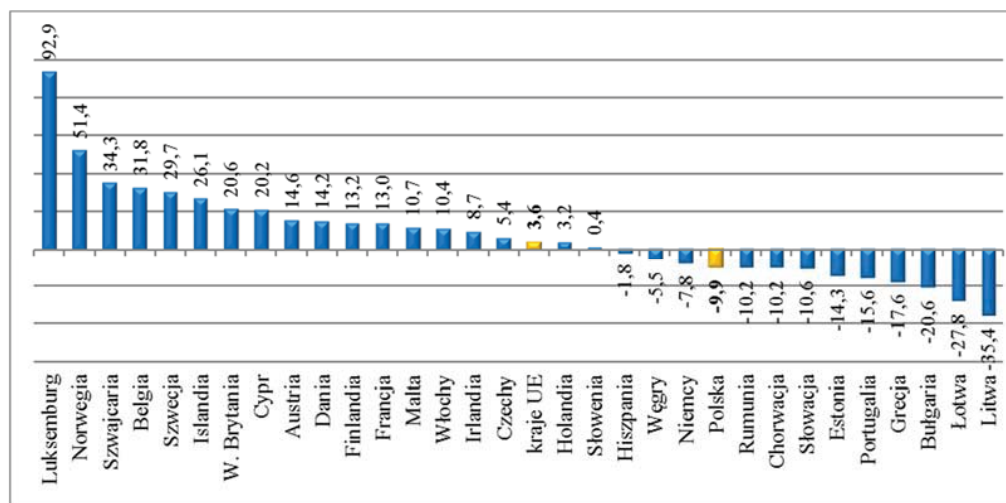
Najmniej korzystna relacja pokoleniowa występuje w Niemczech i we Włoszech, gdzie na 100 wnuczków przypada po prawie 160 dziadków, natomiast w Irlandii zdecydowanie przeważają dzieci – każdej setce z nich odpowiada ok. 60 dziadków.

Pozornie korzystna – w odniesieniu do innych krajów UE – obecna **sytuacja demograficzna Polski zmieni się diametralnie już w ciągu najbliższej dekady, a w 2050 r. Polska stanie się jednym z krajów Europy o najbardziej zaawansowanym procesie starzenia się populacji**. Według prognozy Eurostatu (wykres 2.19) do 2050 r. liczba ludności UE wzrośnie o 3,6%, jednak w Polsce zmaleje o ok. 10%.

Prognoza Eurostatu zakłada dla Polski rosnący (do poziomu ok. 1,68 w 2050 r.), chociaż **jeden z niższych** w porównaniu z innymi krajami Unii, **współczynnik dzietności**. Jednakże wzrost współczynnika nie przełoży się istotnie na zwiększenie liczby urodzeń ze względu na niewielką w tym czasie populację kobiet w wieku rozrodczym. Z kolei prognozowany dla Polski poziom umieralności nie będzie odbiegać od prognozy dla innych krajów. Skutkiem będzie wzrost odsetka osób w starszym wieku kosztem – przede wszystkim – udziału dzieci

i młodziży w ogólnej populacji, czyli pogłębienie procesu starzenia się ludności Polski.

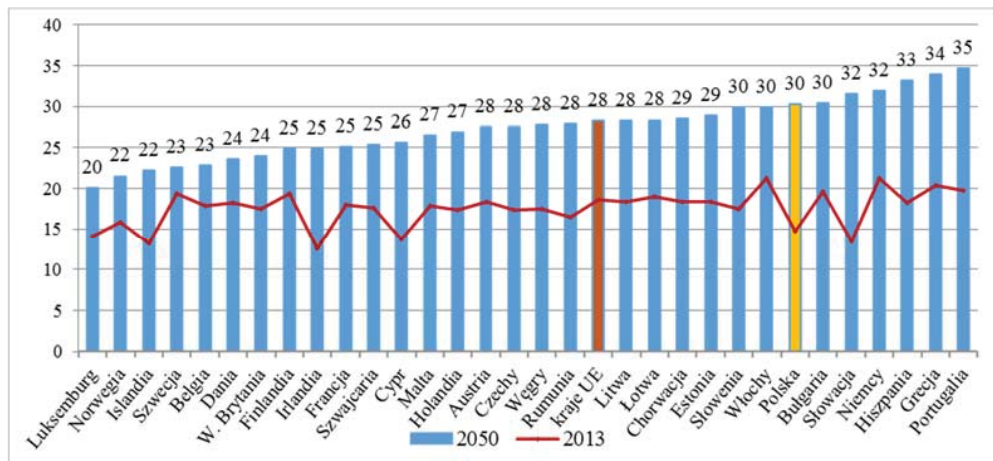
Wykres 2.19. Wzrost/spadek liczby ludności krajów UE w latach 2013–2050 (w %)



Źródło: opracowanie na podstawie danych bazy Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

Zgodnie z prognozą Eurostatu w 2050 r. **współczynnik starości** (odsetek osób w wieku 65 i więcej lat) dla całej Unii Europejskiej wyniesie nieco ponad 28% (wykres 2.20). Wzrośnie on we wszystkich krajach, ale w Polsce prawie dwukrotnie i wyniesie ponad 30%, co przesunie nas na siódmą pozycję wśród krajów Unii o najstarszej strukturze wieku (obecnie jesteśmy jednym z najmłodszych). Podkreślenia wymaga także udział w ogólnej populacji Polski najstarszej grupy osób (w wieku 80 i więcej lat), który obecnie wynosi niespełna 4%, a w 2050 r. – według prognozy Eurostatu – zwiększy się do prawie 10%. Jednakże będzie to jeden z niższych odsetków wśród krajów UE ze względu na utrzymywanie się opóźnień Polski w zakresie umieralności oraz prognozowane krótsze życie w stosunku do innych krajów – szczególnie starej Unii.

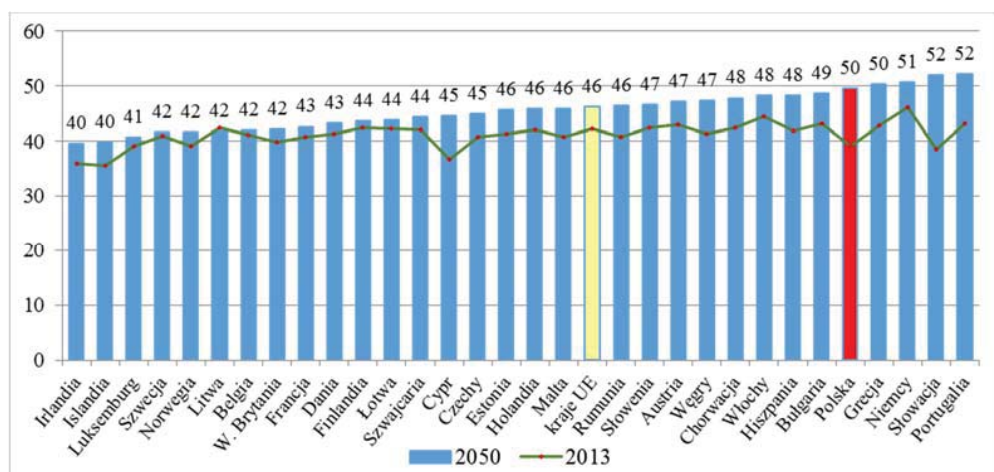
Wykres 2.20. Udział osób w wieku 65 i więcej lat w ogólnej populacji w krajach UE (2013 r. – dane rzeczywiste, 2050 r. – prognoza Eurostatu)



Źródło: Prognoza ludności na lata 2014–2050, GUS, Warszawa 2014.

W konsekwencji wzrośnie także **mediana wieku** – w Polsce do prawie 50 lat (z obecnych niespełna 40 lat) – i będzie to najwyższy, po Słowacji, prognozowany wzrost tego parametru (wykres 2.21). Mediana wieku dla całej UE wyniesie w 2050 r. nieco ponad 46 lat (wobec obecnych ok. 42 lat), a dla niektórych krajów zakłada się pozostanie jej na obecnym poziomie lub tylko nieznaczny wzrost (np. dla Litwy, Szwecji, Belgii, Finlandii, Danii).

Wykres 2.21. Mediana wieku ludności w krajach UE (2013 r. – dane rzeczywiste, 2050 r. – prognoza Eurostatu)



Źródło: Prognoza ludności na lata 2014–2050, ed. cit.

Przyszłość demograficzną Europy, zwłaszcza krajów Unii Europejskiej, cechują i cechować będą słabości. Należą do nich przede wszystkim:

- najniższa dynamika przyrostu ludności w skali globalnej i spadek w zaludnieniu świata,
- najniższy w skali świata współczynnik zastępowalności pokoleń,
- stosunkowo wysoki wskaźnik umieralności,
- najszybszy proces starzenia się społeczeństwa.

Szybkie starzenie się społeczeństw państw rozwiniętych stworzy już w niedalekiej przyszłości wiele problemów gospodarczych i społecznych, a na pracowników i pracodawców nałoży nowe, trudniejsze do udźwignięcia ciężary. Przed społeczeństwami UE staje zatem konieczność zapobieżenia lub przynajmniej osłabienia konsekwencji procesu starzenia się. Niektóre z państw UE podjęły te próby kilkadziesiąt lat temu, wdrażając działania prorodzinne w polityce społecznej, prowadząc umiejętną „selektywną” politykę imigracyjną, zasysającą imigrantów w celu łagodzenia konsekwencji tego procesu na rynku pracy.

Polska, dla której prognozy są obecnie niekorzystne, będzie musiała zmierzyć się ze wszystkimi problemami wynikającymi z niekorzystnych dla niej trendów demograficznych. Na ile podjęte reformy w zakresie tworzenia warunków sprzyjających powstawaniu rodzin, poprawy stanu zdrowia i ograniczania umieralności, a także prowadzenia zrównoważonej polityki migracyjnej oraz – co najważniejsze – zbudowania innowacyjnej gospodarki, pozwalającej na uzyskanie konkurencyjności w Europie, czy nawet na świecie, wpłyną na zniwelowanie obecnych słabości demograficznych naszego kraju? Odpowiedź na to pytanie leży w rękach zarówno decydentów, jak i polskiego społeczeństwa.

3. Prognoza demograficzna Polski do roku 2050 – nowe ujęcie⁶

3.1. Metoda prognozowania a przyszłość demograficzna

Prognoza demograficzna to przewidywanie najbardziej prawdopodobnego przebiegu procesów demograficznych i zmian w liczbie, rozmieszczeniu i strukturze ludności. O trafności prognozy demograficznej decydują:

- przyjęta metoda prognozowania,
- jakość (dokładność) danych wejściowych do prognozy w zakresie liczby i struktury ludności,
- trafność założeń dotyczących przyszłego kształtowania się procesów demograficznych, a więc stabilności i przewidywalności tendencji podstawowych czynników determinujących rozwój ludności oraz skuteczności podejmowanych działań w sferze polityki ludnościowej czy szerzej polityki rodzinnej.

Warto jednak podkreślić, że prognozy demograficzne charakteryzują się relatywnie dużo większym stopniem wiarygodności (trafności) niż prognozy rozwoju społecznego i gospodarczego, gdyż – przewidując przyszłą sytuację ludnościową – odwołują się w dużej mierze do żyjącej już populacji o na ogół dość dobrze rozpoznanych postawach i zachowaniach demograficznych. Z tego też względu analiza dotychczasowych trendów rozwoju ludności dostarcza bardzo ważnych przesłanek do budowania scenariuszy przyszłego kształtowania się procesów demograficznych⁷.

Nie oznacza to jednak, że w polskich warunkach prognozowanie demograficzne jest łatwe. W kolejnych okresach polskiej transformacji systemowej dość często zmieniały się bowiem postawy i zachowania demograficzne ludności. W takich uwarunkowaniach przewidywanie przyszłego rozwoju ludności wymaga szerokiej analizy różnych czynników determinujących ten rozwój, w szczególności w przypadku zjawisk demograficznych, które charakteryzują

⁶ Prognozę demograficzną do 2050 r. opracował zespół, w skład którego – obok kierującej pracami Małgorzaty Waligórskiej – wchodził: Zofia Kostrzeva, Maciej Potyra i Longina Rutkowska.

⁷ Tak też postąpiono przy opracowaniu prognozy do 2050 roku; zob. M. Waligórska, J. Witkowski: *Przyszłość demograficzna Polski do roku 2050 (w świetle najnowszej prognozy demograficznej)*, w: *Przemiany ludnościowe w Polsce. Przyszłość demograficzna*, pod redakcją Z. Strzeleckiego i E. Kowalczyka, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2014, s. 53–95.

się dużą dynamiką zmian (np. płodność czy migracje). Kształtowanie się tych procesów zależy w dużej mierze od indywidualnych decyzji, podejmowanych w zależności od konkretnej sytuacji politycznej, społecznej, gospodarczej i stanu prawnego. Z tego między innymi powodu przy opracowaniu prognoz demograficznych rozważa się wiele scenariuszy zmian i przyjmuje wariantowe założenia oddzielnie dla najważniejszych czynników determinujących sytuację ludnościową: dzietność, umieralność, migracje wewnętrzne i zagraniczne. W ten sposób powstają odmienne – w sensie przyszłego przebiegu rozwoju ludności oraz walorów analitycznych – projekcje demograficzne: ostrzegawcze, symulacyjne czy bazowe.

W niniejszym opracowaniu zaprezentowano dwie wersje prognozy dla dwóch kategorii ludności, a mianowicie dla ludności zdefiniowanej według kryteriów krajowych oraz dla ludności zgodnie z międzynarodową definicją ludności. Poza tym przedstawimy krótką symulację perspektyw demograficznych Polski w związku z nową polityką rodzinną realizowaną od kwietnia 2016 r. w ramach programu Rodzina 500+.

3.2. Rozwój ludności Polski według definicji krajowej

Krajowe zobowiązania ustawowe nakładają na GUS obowiązek regularnego dostarczania informacji na temat bieżącej i prognozowanej liczby ludności (według definicji obowiązującej w kraju). Zgodnie z tą definicją (krajową) do ludności kraju zaliczamy wszystkie osoby na stałe mieszkające w Polsce (zameldowane lub deklarujące pobyt stały) oraz stałych mieszkańców kraju przebywających za granicą, niezależnie od okresu przebywania. W inny sposób można więc powiedzieć, że jest to ludność zameldowana. Do tej kategorii zaliczamy również cudzoziemców przebywających na stałe w Polsce. Realizując swoje zobowiązania, GUS sporządził prognozę ludności według definicji krajowej dla Polski oraz województw i powiatów na lata 2014–2050.

Ta wersja prognozy jest już dość dobrze znana, gdyż była upowszechniona w 2014 roku i wielokrotnie analizowana. Przy opracowaniu założeń do tej prognozy wzięto pod uwagę dotychczasowe procesy rozwoju ludności oraz przewidywaną politykę ludnościową wynikającą z obowiązujących w tym czasie zasad polityki rodzinnej.

Ogólnie można przyjąć, że cały powojenny okres rozwoju ludnościowego Polski cechowały następujące prawidłowości:

- Przejście od dynamicznego rozwoju ludności po II wojnie światowej do wolniejszego rozwoju w kolejnych okresach, aż do ubytku ludności w ostatnich latach.

- Decydujące znaczenie dla rozwoju ludności miał ruch naturalny, a przede wszystkim liczba urodzeń.
- Spadek dzietności kobiet – najważniejsza cecha zmian – doprowadził do zawężonej zastępowalności pokoleń od początku transformacji systemowej.
- Systematyczna poprawa umieralności dopiero w okresie transformacji, ale ze spowolnieniem korzystnych zmian w ostatnich latach.
- Zmniejszanie się różnic w zachowaniach demograficznych ludności miast i wsi oraz poszczególnych regionów, choć w ostatnich kilku latach obserwuje się znaczne spowolnienie tej tendencji.
- Zmiana wzorców migracji wewnętrznych w kierunku mniejszej przestrzennej mobilności ludności.
- Intensyfikacja czasowej emigracji zagranicznej w okresie transformacji i po otwarciu rynków pracy przez kraje Unii Europejskiej.

Konsekwencją obserwowanych tendencji (procesów) były zmiany w strukturze wieku ludności w kierunku zmniejszania się udziału dzieci i młodzieży, a wzrostu odsetka starszych roczników wieku produkcyjnego i ludności w wieku poprodukcyjnym, z silnym przyrostem liczebności najstarszych roczników. Tak ukształtowane cechy dotychczasowego rozwoju demograficznego Polski stanowiły mało optymistyczne podstawy modelowania jego przebiegu w przyszłości.

Zgodnie z tymi założeniami⁸, najbardziej prawdopodobny przebieg procesów demograficznych (przyszłość demograficzna Polski) w prognozowanym okresie powinien charakteryzować się kilkoma ważnymi cechami przyszłej sytuacji demograficznej. Przewiduje się mianowicie, że do 2050 r. wystąpi:

- spadek liczby urodzeń z 369,6 tys. w 2013 r. do 254,7 tys. w 2050 r., czyli o 115 tys.
- wzrost liczby zgonów z 387,3 tys. w 2013 r. do 428,2 tys. w 2050 r., a więc o 40 tys.
- w efekcie wystąpi pogłębiający się ujemny przyrost naturalny (wykres 3.2), a wobec nieistotnego wpływu salda migracji zagranicznych także ujemny przyrost rzeczywisty ludności (o 212 tys. w 2050 r.).

⁸ M. Waligórska, J. Witkowski: *Przyszłość...*, ed. cit., s. 70–80.

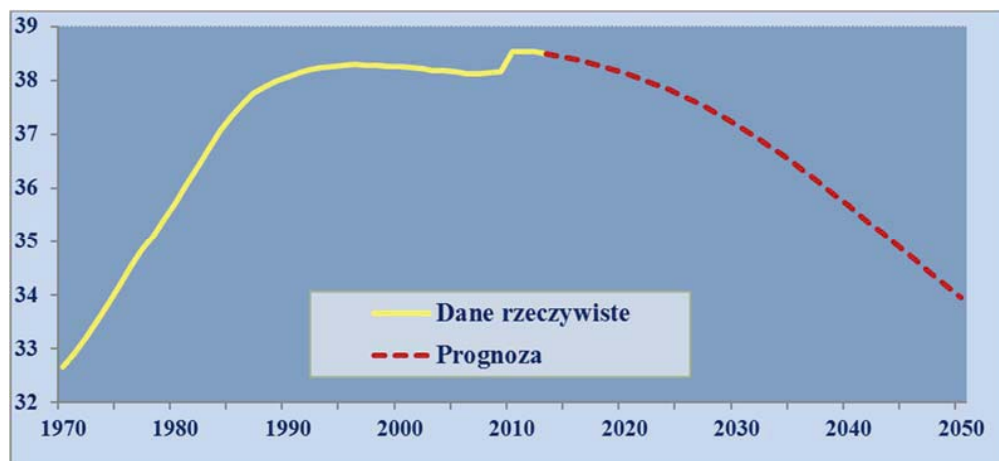
Tabela 3.1. Założenia ostateczne prognozy ludności Polski na lata 2014-2050

Wyszczególnienie	2013	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Współczynnik dzietności ogólnej	1,26	1,24	1,32	1,38	1,43	1,46	1,48	1,50	1,52
Średni wiek rodzenia	29,0	29,3	29,8	30,2	30,5	30,8	31,0	31,2	31,3
Przeciętne trwanie życia									
Mężczyźni	73,1	73,4	74,6	75,9	77,3	78,4	79,5	80,8	82,1
Kobiety	81,1	81,2	82,1	83,0	84,0	84,8	85,6	86,5	87,5
Saldo migracji zagranicznych (definitywnych) w tys.	-20	-10	-7	-5	-2	0	0	0	0

Źródło: GUS.

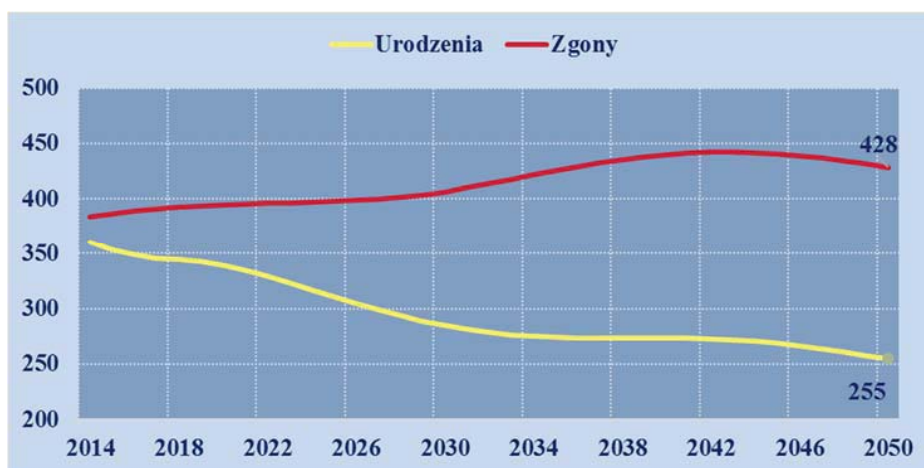
– systematyczny spadek liczby ludności z 38,5 mln w 2013 r. do około 34 mln w roku 2050, a więc o 4,5 mln osób (wykres 3.1);

Wykres 3.1. Prognoza ludność Polski na lata 2014-2050 (w mln)
(lata 1970–2013 – dane rzeczywiste)



Źródło: GUS.

Wykres 3.2. Prognozowane urodzenia i zgony w latach 2014–2050 (w tys.)



Źródło: GUS.

- istotne zmiany struktury populacji według wieku – postępujący proces starzenia ludności;
- niekorzystne zmiany liczby i struktury wg wieku kobiet w wieku rozrodczym (z 9,3 mln w 2013 r. do 5,8 mln w 2050 r.), a więc o 3,5 mln, w tym głównie ubytek liczby kobiet w wieku największej aktywności prokreacyjnej (wykres 3.3);

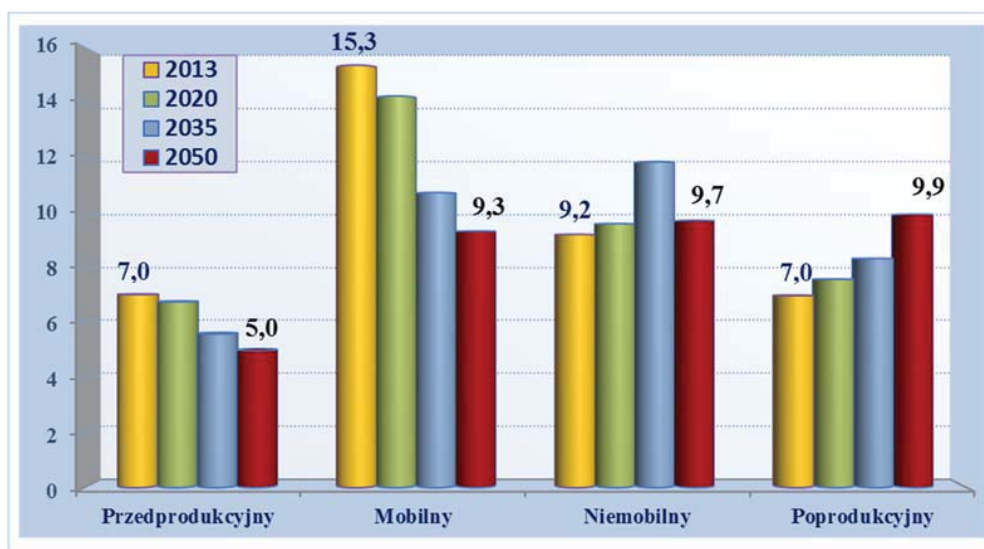
Wykres 3.3. Prognozowana liczba kobiet w wieku 15–24, 25–39, 40–49 lat w okresie 2014–2050 (w mln)



Źródło: GUS.

– niekorzystne zmiany liczby i struktury populacji według ekonomicznych grup wieku (wykres 3.4). Stosunkowo najmniejsze zmiany przewiduje się w przypadku populacji w wieku przedprodukcyjnym. Z demograficznego punktu widzenia nie będą to jednak zmiany korzystne, liczba ludności w wieku do 17 lat zmniejszy się bowiem z ok. 7 mln w 2013 r. do ok. 5 mln w 2050 r., a więc o ponad 2 miliony. W 2050 r. dzieci i młodzież będą stanowiły zaledwie 14,6% ogółu ludności, co w porównaniu z 2013 r. oznacza spadek o 3,6 pkt. proc. Niemal w całym prognozowanym okresie wystąpi systematyczny spadek liczby ludności w wieku produkcyjnym. Do 2040 r. liczba osób w tej kategorii wieku (wg aktualnie obowiązującego wieku emerytalnego) zmniejszy się o ponad 2,5 mln osób, a więc znacznie mniej niż według poprzednio obowiązującego wieku emerytalnego (wówczas ubytek wyniósłby prawie 4,9 mln osób). Z tytułu wydłużenia wieku emerytalnego ubytek ludności w wieku produkcyjnym będzie mniejszy o 2,3 mln osób. Najtrudniejsza jednak będzie dekada lat 40., gdyż liczba ludności w wieku produkcyjnym zmniejszy się prawie o 3 mln osób. Razem, w całym okresie objętym prognozą, liczba ludności w wieku produkcyjnym zmniejszy się z ok. 24,5 mln w 2013 r. do 19,0 mln osób w 2050 roku. Ubytek ludności w wieku produkcyjnym będzie więc nadal ogromny i wyniesie 5,5 mln osób. Zdecydowanie większy ubytek ludności w wieku produkcyjnym wystąpi w miastach (ponad 4,5 mln) niż na wsi (niecały 1 mln);

**Wykres 3.4. Ludność według ekonomicznych grup wieku (w mln)
(z uwzględnieniem zmian wieku emerytalnego)**



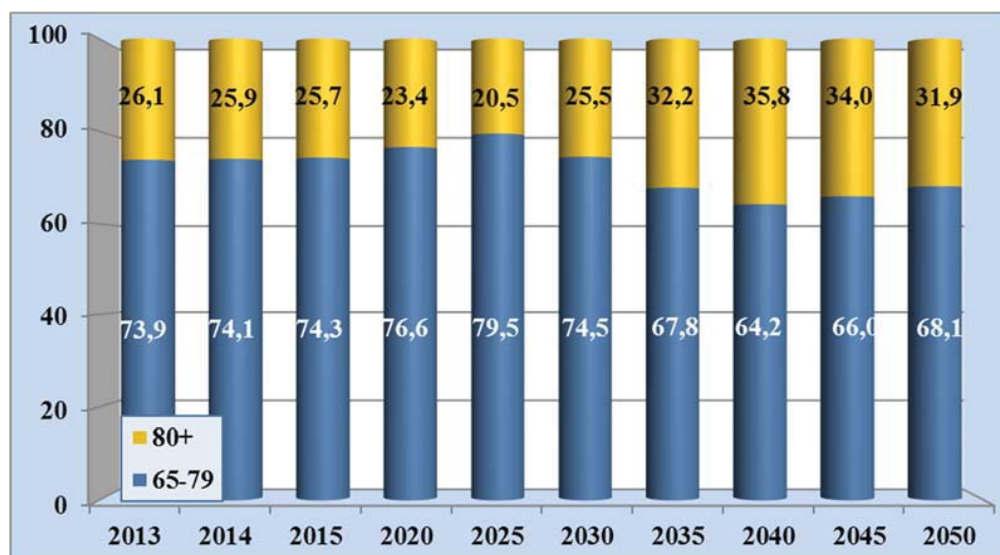
Źródło: GUS.

- przyspieszenie tempa procesu podwójnego starzenia (wykres 3.5). Zwiększy się nie tylko liczba i odsetek ludności w wieku 65 i więcej lat, ale także liczba i odsetek osób w wieku 80 i więcej lat (wśród całej populacji osób starszych – 65+).

Najbardziej prawdopodobne przeobrażenia w strukturze ludności według wieku spowodują więc:

- postępujący proces starzenia się ludności Polski,
- duży ubytek i starzenie się ludności w wieku produkcyjnym,
- malejącą liczbę dzieci i młodzieży,
- ubytek kobiet w wieku prokreacyjnym.

Wykres 3.5. Podwójne starzenie populacji



Źródło: GUS.

3.3. Prognoza ludności rezydującej (według definicji międzynarodowej)

Zobowiązania międzynarodowe, określone Rozporządzeniem PE i Rady UE (NR 1260/2013) obowiązującym od 13 grudnia 2013 r. w sprawie statystyk europejskich w dziedzinie demografii, obligują wszystkie kraje UE do przekazywania danych o „ludności zamieszkującej (rezydującej)”. Ludność rezydują-

ca Polski to ogół osób mieszkających/przebywających w Polsce przez okres co najmniej 12 miesięcy. Ludność ta obejmuje:

- stałych mieszkańców Polski (zameldowanych na stałe lub stale mieszkających bez zameldowania) z wyjątkiem tych, którzy wyjechali za granicę na okres co najmniej 12 miesięcy,
- osoby przybyłe z zagranicy na pobyt czasowy na okres co najmniej 12 miesięcy.

W Polsce prowadzone są prace (GUS) zmierzające do systematycznego sporządzenia bilansu ludności rezydującej na jak najniższym poziomie podziału administracyjnego. Głównym ich celem jest pozyskanie odpowiednich źródeł danych niezbędnych do szacowania liczby rezydentów. Te zobowiązania międzynarodowe dotyczą nie tylko informacji bieżących o liczbie tej kategorii ludności, ale także zakładają opracowywanie prognoz ludności rezydującej. GUS przygotował taką prognozę ludności rezydującej na poziomie krajowym na lata 2016–2050 z wykorzystaniem danych wejściowych o ludności rezydującej wg stanu w dniu 31 grudnia 2014 roku. Do jej opracowania przyjęto zmodyfikowane założenia płodności i umieralności prognozy ludności według definicji krajowej:

- płodność – modyfikacje dotyczyły wartości współczynnika dzietności oraz struktury wejściowych współczynników płodności według wieku i uwzględniały różnice między wartościami z prognozy 2014 r. a wyliczonymi dla ludności rezydującej;
- umieralność – utrzymano założenie o dystansie Polski w stosunku do rozwiniętych krajów europejskich na niezmiennym poziomie. Zmodyfikowane zostały wejściowe parametry danymi za 2014 r. oraz dokonano odpowiedniej korekty prawdopodobieństw przeżycia.

Tabela 3.2. Porównanie założeń dwóch prognoz

Prognoza wg definicji:	2013	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
	Współczynnik dzietności								
krajowej	1,26	1,24	1,32	1,38	1,43	1,46	1,48	1,5	1,52
międzynarodowej	x	1,34	1,41	1,45	1,48	1,51	1,52	1,54	1,55
	Saldo migracji zagranicznych w tys.								
krajowej	-20	-10	-7	-5	-2	0	0	0	0
międzynarodowej	x	-5	4	12	20	25	30	34	37

Źródło: GUS.

Prognoza uwzględnia migracje długookresowe, tj. migracje na pobyt stały oraz migracje na pobyt czasowy z zamiarem przebywania w Polsce/za granicą przez okres co najmniej 12 miesięcy:

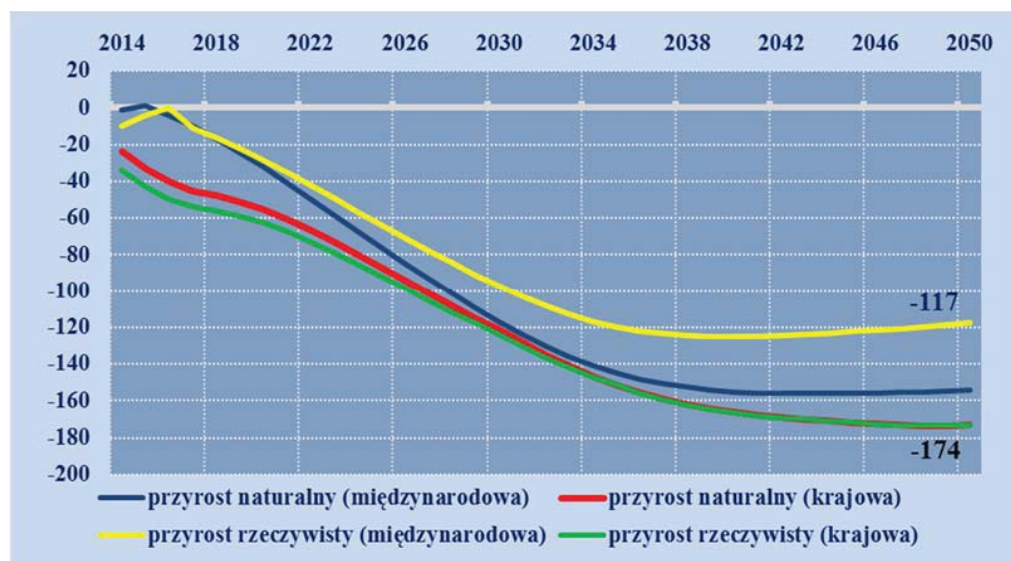
- dla imigracji – strukturę płci i wieku imigrantów przyjęto na podstawie imigracji rejestrowanych z lat 2011–2015,
- dla emigracji – założono stałe współczynniki intensywności wyjazdów osób w danym wieku, wyznaczone jako stałe z ostatnich lat.

Zgodnie z przyjętymi założeniami w całym okresie prognozy dzietność kobiet rezydentek będzie nieznacznie wyższa niż założona w prognozie ludności według definicji krajowej. Nie są to jednak różnice, które spowodowały istotne zmiany w przebiegu rozwoju liczby rezydentów w Polsce do 2050 roku. Z kolei w zakresie migracji zagranicznych począwszy od 2020 r. przyjęto rosnące, dodatnie saldo migracji (do 37 tys. w 2050 r.), co dla całego okresu spowoduje wzrost liczby ludności rezydującej o kilkaset tysięcy.

Wyniki prognozy rezydentów wskazują w istocie te same tendencje i zjawiska demograficzne, które wystąpiły w prognozie ludności według definicji krajowej, choć niektóre zmiany będą miały wolniejszy przebieg. Przewiduje się, że do 2050 r. wystąpi:

- spadek liczby urodzeń z 375,2 tys. w 2014 r. do 277,6 tys. w 2050 r. (-97,6 tys.);
- wzrost liczby zgonów z 376,5 tys. w 2014 r. do 432,0 tys. w 2050 r. (+55 tys.);
- od 2018 r. dodatnie saldo migracji zagranicznych (+37 tys. w 2050 r.);
- ujemny przyrost naturalny w całym prognozowanym okresie (-155 tys. w 2050 r.) oraz – mimo dodatniego salda migracji zagranicznych – ujemny przyrost rzeczywisty;
- systematyczny spadek liczby ludności do 34,9 mln w 2050 r. (-3150 tys.);
- istotne zmiany struktury populacji – postępujący proces starzenia ludności Polski;
- niekorzystne zmiany liczby i struktury według wieku kobiet w wieku rozrodczym;
- niekorzystne zmiany liczby i struktury populacji w podziale na ekonomiczne grupy wieku;
- przyspieszenie tempa procesu podwójnego starzenia.

Wykres 3.6. Przyrost naturalny i rzeczywisty według definicji krajowej oraz międzynarodowej (w tys.)



Źródło: GUS.

Wykres 3.7. Prognozowane stany ludności do 2050 r. według definicji krajowej oraz międzynarodowej (w tys.)



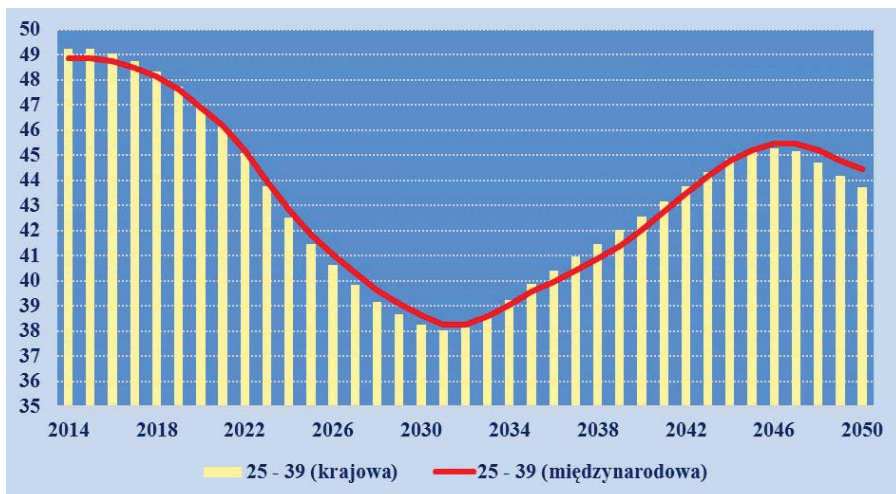
Źródło: GUS.

Tabela 3.3. Zmiany stanów ludności – prognoza ludności według definicji krajowej oraz międzynarodowej

Prognoza wg definicji:	2013	2014	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
	Ludność na 31 XII (w tys.)									
krajowej	38496	38462	38419	38138	37742	37185	36477	35668	34817	33951
międzynarodowej	x	38006	38002	37923	37675	37255	36694	36073	35454	34856
	Przyrost/ubytek ludności w stosunku do okresu poprzedniego (w tys.)									
krajowej	x	-34	-43	-281	-396	-556	-708	-809	-851	-867
międzynarodowej	x	x	-4	-79	-247	-421	-561	-621	-619	-598

Źródło: GUS.

Wykres 3.8. Udział procentowy kobiet w wieku 25-39 lat w ogólnej liczbie kobiet w wieku rozrodczym



Źródło: GUS.

Tabela 3.4. Prognoza ludności według definicji krajowej oraz międzynarodowej: starzenie się populacji

	Mediana		Wskaźnik starości demograficznej w %		Indeks starości		Obciążenie demograficzne					
							Ogółem		Przedprodukcyjnym		Poprodukcyjnym	
Prognoza według definicji krajowej (K) oraz międzynarodowej (M)												
	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M
2015	39,8	39,9	15,8	16	106	106	57	58	28	30	29	29
2020	41,9	41,8	18,9	19,1	127	125	60	65	28	30	32	36
2025	44,1	43,8	21,7	21,8	157	150	63	64	28	28	35	37
2035	48,6	47,9	24,5	24,2	197	187	62	63	25	26	37	37
2050	52,5	51,2	32,7	31,5	269	250	78	77	26	27	52	50

Źródło: GUS.

Porównując zjawiska demograficzne w obu kategoriach ludności, prognoza rezydentów wskazuje na:

- wyższy przyrost naturalny i rzeczywisty,
- wyższą liczbę ludności począwszy od 2027 r.,
- nieco bardziej korzystny udział kobiet w wieku 25–39 lat, szczególnie w latach 2020–2035 oraz po 2045 r.,
- nieco korzystniejsze relacje międzypokoleniowe oraz niższe obciążenie ludnością w wieku poprodukcyjnym pod koniec prognozowanego okresu.

3.4. Nowa polityka rodzinna – co przyniesie dla rozwoju demograficznego?

Problemy przyszłego rozwoju ludności Polski od lat znajdują się w centrum uwagi osób i zespołów odpowiedzialnych za politykę społeczną. Obecne zainteresowanie problemami demograficznymi, a dzięki temu odpowiednią rangę w polityce społecznej rządu kwestie te zyskały dzięki działalności Rządowej Rady Ludnościowej (RRL) oraz dzięki wysiłkom polskich demografów. Nie ulega jednak wątpliwości, że perspektywy demograficzne naszego kraju będą miały istotne znaczenie dla przyszłej polityki społecznej oraz gospodarczej. Sytuacja ludnościowa zawsze jest ważną przesłanką kreowania odpowiedniej strategii rozwoju i czynnikiem determinującym możliwości rozwiązywania różnych problemów społecznych. W tym duchu RRL sformułowała założenia polityki ludnościowej, które miały ułatwić podejmowanie kompleksowych działań w celu złagodzenia niekorzystnych tendencji w rozwoju ludności. Od pewnego czasu kolejne instrumenty polityki rodzinnej były stopniowo wdrażane z przekonaniem, że okażą się one skuteczne dla dalszego rozwoju demograficznego Polski. Jak do tej pory efekty tych działań w zakresie procesów demograficznych mają ograniczoną skuteczność. Kolejne lata nie przynosiły oczekiwanej (znaczącej) poprawy sytuacji demograficznej. Być może jest to rezultat fragmentarycznych działań, nie mających silnego wpływu na postawy demograficzne ludności Polski. Kolejnym instrumentem o szerokim zasięgu oddziaływania na warunki życia rodzin z dziećmi, zwłaszcza wielodzietnych, jest program Rodzina 500+. Z programem tym wielu polityków i ekspertów wiąże większe nadzieje na poprawę sytuacji demograficznej w Polsce, zwłaszcza w zakresie zwiększonej liczby urodzeń i spowolnienia ubytku ludności w naszym kraju.

W celu zobrazowania potencjalnych zmian w liczbie urodzeń i liczbie ludności przeprowadzono symulację projekcji rozwoju ludności w perspektywie do 2050 r., przyjmując założenia zwiększonej dzietności polskich kobiet do po-

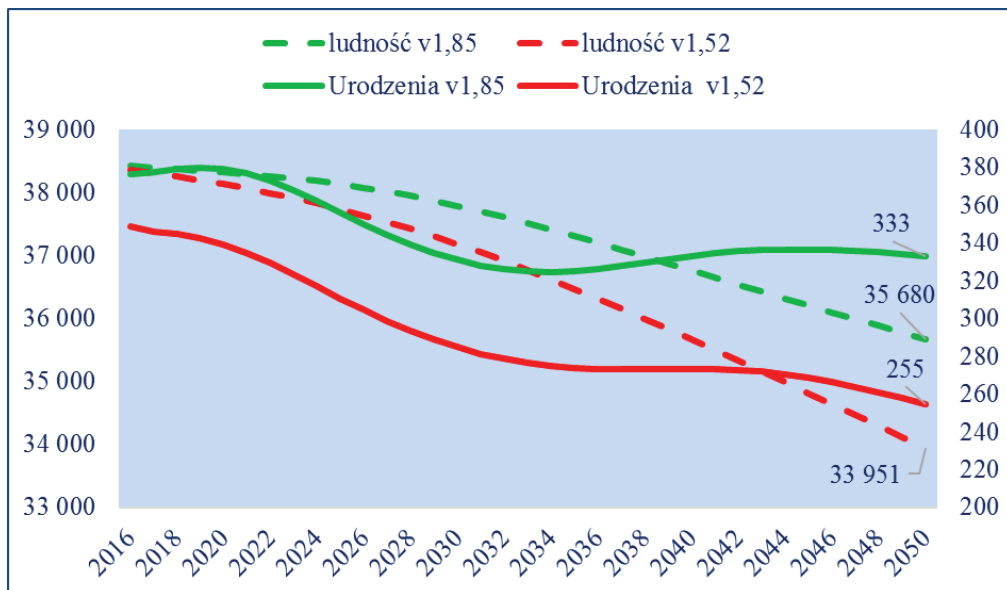
ziomu bardzo wysokiego, wykorzystanego w jednym z wariantów wcześniejszej prognozy ludności według definicji krajowej. Warto przypomnieć, że w obowiązującej prognozie przyjęto, w wariancie najbardziej prawdopodobnym, że współczynnik dzietności będzie systematycznie, ale powoli zwiększał się do poziomu 1,52 w 2050 roku. Według wariantu bardzo wysokiej dzietności poziom ten mógłby osiągnąć wartość 1,85, a więc znacznie wyższy (o 22%) niż w aktualnie obowiązującym wariancie prognozy. Pozostałe założenia dotyczące umieralności, migracji wewnętrznych i zagranicznych pozostały bez zmian. Założenie dotyczące dzietności jest bardzo optymistyczne, ale wykorzystaliśmy je dla potrzeb symulacji, aby pokazać czy jest szansa na odwrócenie niekorzystnych tendencji demograficznych w Polsce nawet przy dużym wzroście dzietności.

Zasadnicze pytanie, które nasuwa się w tym miejscu, dotyczy możliwego potencjalnego wzrostu dzietności kobiet w wyniku działania programu Rodzina 500+. W tej chwili nie ma żadnych przesłanek, aby odpowiedzialnie udzielić odpowiedzi na to pytanie. W naszym przekonaniu zwiększenie dzietności do bardzo wysokiego poziomu (1,85) będzie bardzo trudne do osiągnięcia, ale byłoby ogromnym sukcesem zarówno samego programu, jak i jego pozytywnych następstw w zakresie poprawy warunków życia ludności mających przecież wpływ na postawy prokreacyjne rodzin. Przyjrzyjmy się zatem, jakie znaczenie dla rozwoju ludności Polski do 2050 r. mogłaby mieć zwiększona dzietność do bardzo wysokiego poziomu.

Wyniki symulacji zostały zaprezentowane na wykresie 3.9. uwzględniającym zmiany w liczbie urodzeń oraz zmiany w liczbie ludności przy dwóch założeniach poziomu dzietności: dotychczasowego 1,52 oraz bardzo wysokiego dla potrzeb symulacji 1,85. Przypomnijmy, że w obu przypadkach założenia dotyczące umieralności oraz migracji są takie same, a zatem zmiany w przebiegu rozwoju ludności w wariancie symulacyjnym będą efektem wyłącznie podwyższonej dzietności.

Wyniki są interesujące, gdyż pokazują, że – po okresie zmniejszania się liczby urodzeń do 2034 r. (z 376 tys. do ok. 325 tys.) – w latach 2035–2045 spodziewany byłby nieznaczny wzrost liczby urodzeń do ok. 336 tys., a później stabilizacja na poziomie około 335 tys. urodzeń. Tak więc roczna liczba urodzeń do 2050 r. nie powróci do poziomu z obecnego okresu nawet pod wpływem działania programu Rodzina 500+. Będzie jednak większa niż liczba urodzeń wg wariantu obowiązującej prognozy (dzietność w 2050 r. na poziomie 1,52) o około 40–80 tys. rocznie, a za cały okres (2016–2050) o 1,8 mln osób.

Wykres 3.9. Prognozowane urodzenia i stany ludności według wariantu oficjalnego (v1, 52) oraz wariantu bardzo wysokich urodzeń (v1, 85)



Źródło: GUS.

Głównym efektem programu Rodzina 500+ może być zatem zwiększona dzietność kobiet do poziomu trudnego obecnie do przewidzenia, lecz z uwagi na malejącą liczbę kobiet w wieku rozrodczym (aż do przełomu lat 30. i 40. XXI wieku) liczba urodzeń może się zwiększyć (w stosunku do wariantu bez programu Rodzina 500+) w ograniczonym stopniu. Dopiero od połowy lat 30. (po 2034 r.) liczba urodzeń będzie się nieznacznie zwiększać, co będzie związane z powoli rosnącą liczbą kobiet w wieku prokreacyjnym oraz korzystnymi zmianami struktury kobiet w wieku prokreacyjnym, zwłaszcza w wieku największej płodności (25–34 lata). Taki rozkład w czasie zmian w liczbie urodzeń wynika z opóźnionych w czasie efektów programu Rodzina 500+ nie tylko w zakresie poziomu dzietności, ale także liczby kobiet w wieku rozrodczym. Można więc stwierdzić, że program Rodzina 500+ został wprowadzony zbyt późno w stosunku do potrzeb zahamowania (złagodzenia) niekorzystnych tendencji w kształtowaniu się liczby urodzeń w Polsce.

Zmiany liczby urodzeń, spowodowane wdrożeniem nowej polityki rodzinnej, mogą mieć – zgodnie z symulacją – wpływ także na zmiany liczby ludności Polski. Niestety, nie spowoduje ona zahamowania spadku liczby ludności, ale znacząco go spowolni, a efekty będą coraz większe w miarę upływu prognozowanego czasu. Dzięki temu liczba ludności w 2050 r. może wynieść 35,7 mln

osób, a więc o ponad 1,7 mln więcej niż według dotychczasowej prognozy (około 34 mln) – wykres 3.9.

Przebieg procesów demograficznych ma uwarunkowania długookresowe, a zatem wszelkie działania w sferze polityki rodzinnej i polityki ludnościowej muszą być podejmowane z dużym wyprzedzeniem. Jak wynika z naszej symulacji, pewne korzystne zmiany łagodzące niekorzystne tendencje demograficzne mogą się pojawić dopiero w trzeciej i czwartej dekadzie tego wieku. Do tej pory przebieg procesów ludnościowych będzie w dużym stopniu kontynuacją dotychczasowych trendów: w zakresie urodzeń, zgonów i częściowo migracji, co będzie miało wpływ na spadek liczby ludności (choć wolniejszy) i dość znaczące zmiany w strukturze ludności według wieku.

3.5. Dotychczasowe wyzwania wynikające z rozwoju demograficznego wciąż aktualne

W świetle przeprowadzonej symulacji oraz nowej prognozy ludności rezydującej można więc stwierdzić, że większość wyzwań, wynikających z rozwoju demograficznego Polski, jakie zostały sformułowane na podstawie analizy perspektyw demograficznych do 2035 r., w świetle poprzedniej prognozy demograficznej i nowszej prognozy demograficznej do 2050 r. nadal będzie aktualna⁹. Sprowadzają się one do następujących cech rozwoju ludności Polski do 2050 roku.

- Systematyczny ubytek liczby ludności naszego kraju jako rezultat głównie niskiej dzietności rodzin, nie gwarantującej prostej zastępowalności pokoleń. Nadal więc aktualne jest pytanie, czy ten trend rozwoju ludności jest akceptowalny dla polskiego społeczeństwa, czy też należałoby nadal wzmocnić pronatalistyczne elementy polityki prorodzinnej. Tylko długofalowa i konsekwentnie realizowana polityka społeczna sprzyjająca podejmowaniu decyzji prokreacyjnych ludności może przynieść pożądane efekty w przyszłości. Potrzebna jest zatem całościowa koncepcja takiej polityki, a następnie jej konsekwentna realizacja w praktyce. Wypracowane przez RRL założenia polityki ludnościowej mogą być dobrą podstawą do dalszych działań w tym zakresie.
- Drugi niezwykle ważny obszar zadań wynikających z przewidywanych trendów demograficznych to polityka społeczna wobec osób starszych. W tym zakresie nasza przyszłość jest już zdefiniowana i blisko 10-milionowa populacja osób starszych (w wieku poprodukcyjnym) jest przesądzona. Jest to po-

⁹ M. Waligórska, J. Witkowski, *Przyszłość demograficzna Polski do roku 2050*, op. cit., s. 93–95.

populacja, która charakteryzuje się specyficznymi potrzebami w wielu dziedzinach, zwłaszcza w sferze ochrony zdrowia, opieki społecznej, integracji ze społeczeństwem itp. Dostrzeżenie potrzeb tej populacji nie powinno być interpretowane wyłącznie w kategoriach obciążenia społecznego, ale także jako szansa na rozwój usług społecznych, na złagodzenie trudnej sytuacji na rynku pracy, na urzeczywistnienie słuszych założeń o konieczności przenoszenia efektów rozwoju gospodarczego na rozwój społeczny.

- Szczególnie dynamiczne zmiany wystąpią wśród ludności w wieku produkcyjnym. W istocie będą one ułatwiać rozwiązywanie problemu bezrobocia z uwagi na malejącą presję demograficzną na rynek pracy. Może pojawić się jednak inna trudność na rynku pracy, a mianowicie potencjalny niedobór podaży zasobów pracy związany z ogromnym ubytkiem ludności w wieku produkcyjnym. Działania zaradcze należy już planować, a głównym ich kierunkiem powinno być zwiększenie aktywności zawodowej ludności naszego kraju i to nie tylko w wieku produkcyjnym. W wielu krajach w poszukiwaniu dodatkowych rąk do pracy stwarza się odpowiednie możliwości (warunki) do kontynuowania pracy także po osiągnięciu wieku emerytalnego. Takiej potrzeby nie odczuwamy jeszcze w Polsce, ale – biorąc pod uwagę czekające nas zmiany demograficzne – pojawi się ona stosunkowo szybko.

*

Przewidywane trendy rozwoju ludności mogą ulec pewnej modyfikacji pod wpływem kompleksowej polityki ludnościowej. Jak wykazała przeprowadzona symulacja potencjalnych efektów wdrożonego programu Rodzina 500+, może wystąpić zwiększona dzietność kobiet w Polsce. Niezależnie jednak od skali zwiększonej dzietności będą kontynuowane dotychczasowe (niekorzystne) trendy procesów ludnościowych, ale w wolniejszym tempie.

W podsumowaniu warto raz jeszcze podkreślić ogromne znaczenie zmian sytuacji ludnościowej dla programowania przyszłego rozwoju społeczno-ekonomicznego. Dla większości obszarów tej polityki przyszłe trendy demograficzne są już w dużej części przesądzone i podejmowane obecnie działania aktywizujące (wzmacniające) politykę rodzinną tylko w ograniczonym stopniu zmodyfikują te wyzwania. Wciąż jednak wyzwania wynikające z procesu starzenia się społeczeństwa polskiego, dużych zmian w strukturze ludności według wieku, w tym malejącej liczby młodzieży oraz osób w wieku produkcyjnym, a także potrzeby kreowania pożądanej polityki migracyjnej, zwłaszcza w zakresie migracji zagranicznych, są aktualne i wymagają pilnego podjęcia.

4. Dyskusja

Dr Piotr ŁYSON – dyrektor Departamentu Badań Społecznych i Warunków Życia GUS

Konferencja dotyczy długookresowego rozwoju Polski. W tym kontekście, chciałbym, po pierwsze, poruszyć kwestię rodzin wielodzietnych, których udział w strukturze rodzin nie jest dziś duży. Jeśli jednak uwzględnimy prognozy wskazujące, jaki za 20 czy 30 lat będzie udział dzieci z tych rodzin w strukturze ludności, to należy stwierdzić, będzie on znacznie większy niż obecnie. Z tych rodzin, które dziś mają trójkę, czwórkę, pięcioro czy więcej dzieci, będzie pochodziła znaczna część osób, które kiedyś będą tworzyć rodziny i będą miały swoje dzieci. Jeżeli w tych rodzinach uda się ukształtować w dzieciach przekonanie, że warto kontynuować model stabilnej rodziny wielodzietnej z poprzedniego pokolenia, to ten model w następnym pokoleniu również będzie powielany, co prawdopodobnie w istotnym stopniu powinno się przyczynić do poprawy wskaźników, o których rozmawiamy.

Po drugie, program Rodzina 500+ trzeba postrzegać w kontekście znacznie szerszym, tj. szeroko rozumianego bezpieczeństwa warunków życia rodzin. Chodzi o to, żeby rodzina nie musiała się zastanawiać, czy będzie ją stać na ważne wydatki związane z jej funkcjonowaniem: czy będzie miała za co kupić to, co jest dla niej ważne, czy będzie miała gdzie mieszkać, gdzie się leczyć itp. Rodzina powinna uzyskać odpowiedni stopień bezpieczeństwa warunków życia.

Po trzecie, myślę, że bardzo są istotne szeroko rozumiane działania edukacyjne, począwszy od najmłodszego pokolenia, ale też dobrze rozumiane, mądre świadectwo rodzin, które starają się żyć według modelu stabilnej rodziny opartej na wierności, wspólnocie i gotowości przyjęcia dzieci. Myślę, że jeżeli ten wzorzec będzie przedmiotem mądrego świadectwa, a jednocześnie będzie mądrze upowszechniany m.in. przez instytucje edukacyjne, to w znacznym stopniu przyczyni się to do poprawy sytuacji demograficznej naszego kraju.

Po czwarte, jeżeli wziąć pod uwagę przyczyny rozwodów, to dwie z nich, stanowiące łącznie prawie połowę przyczyn, czyli niezgodność charakterów i nieporozumienia na tle finansowym, mogą być, jestem o tym głęboko przekonany, usunięte w drodze dobrego poradnictwa rodzinnego. Szersze wsparcie rodzin poradnictwem rodzinnym mogłoby zatem doprowadzić do tego, że zniknęłaby mniej więcej połowa rozwodów w Polsce, co oczywiście też w dzisiejszej perspektywie – również postrzegania owego świadectwa, jakie w tym pokoleniu dajemy dzieciom – może być inwestycją w przyszłe pokolenia i w rozwój Polski.

Jeśli chodzi o seniorów, warto się zastanowić, jak można w szerszym zakresie, poprzez dostosowanie reżimu, trybu wykonywania pracy, umożliwić osobom w podeszłym wieku dalsze wykonywanie pracy zawodowej – niekoniecznie w sztywnych godzinach pracy, niekoniecznie 40 godzin tygodniowo, 5 dni w tygodniu, czy 8 godzin dziennie. Myślę, że dalsze upowszechnianie elastycznego trybu wykonywania pracy – w niepełnym wymiarze czasu, częściowo pracy w domu – bardzo dobrze służyłoby uaktywnieniu starszej części naszego społeczeństwa, a także umożliwiłoby kobietom powrót na rynek pracy po okresie opieki nad małymi dziećmi.

W tej chwili ów powrót jest bardzo trudny, skoro jest alternatywa: albo nie pracować wcale, albo pracować 40 godzin tygodniowo. Tu mogę dodać, że z przeprowadzonego w 2013 roku badania budżetu czasu wynika, że 3/4 pracujących osób w Polsce, i częściej są to kobiety niż mężczyźni, pracuje niestety właśnie w tym sztywnym reżimie: 40 godzin tygodniowo, 8 godzin dziennie, 5 dni w tygodniu, ze stałą godziną przyjscia do pracy i wyjścia z pracy. To jest kompletny anachronizm i uważam, że rozprawiając się z tym systemem, uwolnimy znaczną część zasobów siły roboczej, które dziś są niestety zamrożone.

Odwołując się do wymiaru terytorialnego, chciałbym jeszcze zwrócić uwagę na wahadłową mobilność przestrzenną. Gdybyśmy w szerszym zakresie umożliwili ludziom szybkie i dobrze zorganizowane dojazdy do pracy, znacznie zmniejszyłaby się presja na zmianę miejsca zamieszkania i nastąpiłoby większe dopasowanie popytu i podaży pracy w układzie terytorialnym.

Krzysztof KWIATKOWSKI – Prezes Najwyższej Izby Kontroli

Jeśli kilka lat temu na moim miejscu występowałaby dowolna osoba, która byłaby prezesem NIK, to patrząc na takie programy, jak program Rodzina 500+, pewnie bardziej skupiałaby uwagę na kwestiach związanych z częścią kosztową i budżetową. W ostatnich latach staramy się szerzej spoglądać na problematykę funkcjonowania państwa. Patrę z nadzieją na program Rodzina 500+. Chciałbym zapewnić, że naczelny konstytucyjny organ kontroli państwowej będzie zwracał uwagę i podpowiadał, jak realizować ten program, żeby minimalizować ewentualne związane z nim zagrożenia dla budżetu państwa. Nikt dzisiaj, w obecnej sytuacji demograficznej Polski, nie może zapominać (mówię o instytucjach państwowych) o owym szerszym kontekście, o tym, jaka jest dzisiaj struktura wieku ludności, jaki jest potencjał demograficzny.

Gdy w 2014 r. kontrolowaliśmy politykę prorodziną państwa, stwierdziliśmy, że wiele różnych działań nie przełożyło się na to, na czym nam najbardziej zależy, czyli na wzrost liczby urodzeń. Mówię o tym, żeby zaznaczyć, że

każdy z programów prorodzinnych można skrytykować. Najnowszy program także jest krytykowany, ale zobaczymy – patrzymy na tę propozycję z nadzieją (mówię przynajmniej o swoich odczuciach). Ten program, z uwagi na wymierną bezpośrednią pomoc rodzinom, ma szansę doprowadzić do wzrostu liczby urodzeń.

Chciałbym państwa przekonać do jeszcze jednej kwestii – instytucja, którą reprezentuję, jest naprawdę dobrym partnerem do rozmowy o różnych fragmentach funkcjonowania państwa. Przyjrzelśmy się na przykład temu – a jeżeli popatrzymy na piramidę wieku, zobaczymy, jak ważne jest to zagadnienie – w jaki sposób państwo zajmuje się osobami starszymi. Przyjrzelśmy się, jak funkcjonuje opieka medyczna dla osób starszych, a w zasadzie jak dzisiaj, prawdę mówiąc, nie funkcjonuje. Co więcej, wszystkie przesłanki wskazują na to, że państwo powinno tę opiekę organizować w inny sposób. Jeżeli opieka geriatryczna może być tańsza, efektywniejsza, lepsza, a instrumenty, z których korzysta państwo, kontrakcji opieki medycznej przez system Narodowego Funduszu Zdrowia *de facto* deprecjonują ten system opieki w porównaniu z innymi, to osoba, która odpowiada za system opieki zdrowotnej czy współtworzy go, powinna wyciągnąć z tego odpowiednie wnioski. Przyglądamy się nie tylko administracji rządowej, ale mamy także cały blok zagadnień związanych z funkcjonowaniem jednostek samorządu terytorialnego, łącznie z tym, jak wygląda opieka nad osobami starszymi w domach pomocy społecznej, jak działa system wsparcia seniorów na poziomie gminy, czyli tam, gdzie oni przebywają. Zwracam także uwagę na inspekcje dotyczące systemu kontroli związanego z systemem edukacji, a także na to, że ten system musi ewoluować w powiązaniu ze zmianami w strukturze wieku.

Podsumowując, chciałbym przekonać do tego, że NIK jest partnerem, który może służyć wiedzą i pomocą. Zawsze podkreślam, że Najwyższa Izba Kontroli to nie jest organ ścigania, to nie jest prokuratura. Jeżeli mówimy o jakichś nieprawidłowościach, to nie po to, żeby deprecjonować działania osoby, która odpowiada za funkcjonowanie określonego obszaru państwa. Tak naprawdę w kontrolach NIK najważniejsze są wnioski i rekomendacje – i te dotyczące zmian przepisów prawa, i te dotyczące zmian organizacyjnych. Składam więc deklarację współpracy w tym zakresie. Informacje, które były tu prezentowane, będą dla mnie inspiracją w planowaniu pracy mojej instytucji, żeby mogła wspierać Rządową Radę Ludnościową w analizie i diagnozie w tych dziedzinach, które mogą być ważne dla podejmowania decyzji w przyszłości.

Prof. dr hab. Adam KURZYNOWSKI – Szkoła Główna Handlowa

Chciałbym zwrócić uwagę na trzy ważne tematy, które pojawiały się we wszystkich wystąpieniach: pierwszy to kwestia perspektywy demograficznej, drugi – problem rozwoju ludności, trzeci zaś – warunki rozwoju demograficznego w ujęciu lokalnym.

Tocząca się tu dyskusja w istocie dotyczy obecnego i przyszłego zasobu kapitału ludzkiego, bez którego nie ma możliwości rozwoju. Rzecz w tym, że to właśnie kapitał ludzki uruchamia wszystkie inne kapitały, które mamy do dyspozycji w określonym czasie i przy określonych możliwościach. Dlatego tak ważnym tematem w dyskusji – na świecie, w Unii Europejskiej i w Polsce – jest to, jaka będzie przyszłość demograficzna, bo od niej będą zależały warunki rozwoju. W związku z tym, warto zwrócić uwagę na dwie dalsze sprawy. Po pierwsze, rozwój demograficzny bardzo silnie wiąże się z rozwojem gospodarczym nie tylko ze względu na jakość i zasób kapitału ludzkiego, ale także przez wpływ na kształtowanie się rynków. Wiemy, że struktura demograficzna w istotny sposób kształtuje wszystkie rynki – rynek usług, rynek produktów; rynek krajowy i rynki międzynarodowe. W związku z tym odpowiednia struktura demograficzna i jej rozwój stanowią jeden z warunków zrównoważonego rozwoju.

Trzecia sprawa, na którą zwracano uwagę – szczególnie jej znaczenie podkreśliła prof. J. Hrynkiewicz – to analizy demograficzne w ujęciu lokalnym. Ponieważ rodziny żyją w określonych środowiskach, korzystają z określonej infrastruktury społecznej, zatem rozwój demograficzny pobudza także to, co dzieje się w dziedzinie infrastruktury lokalnej, tj. w gminie i w powiecie.

W trakcie badań w jednej z gmin w województwie mazowieckim, w połowie lat 90., gdy pytano rodziców, czy widzą tu przyszłość dla swoich dzieci – tylko 14% odpowiedziało „tak”. Można było więc założyć, że ci rodzice będą poszukiwać przyszłych możliwości rozwoju dla swoich dzieci na zewnątrz, poza własną gminą. Oczywiście nie zawsze tak się dzieje, ale jest to istotny sygnał ostrzegawczy. Ważna jest orientacja rodziny na środowisko, w którym żyje. Rodzina kształtuje w nim swoje warunki życia, licząc na to, że środowisko lokalne będzie się rozwijało.

Dzisiejszą konferencję należy więc także rozumieć jako ważną debatę o rozwoju lokalnym w gminie i w powiecie. To tam się dokonują wszystkie podstawowe procesy dotyczące życia rodzinnego. Ważna zatem jest nie tylko statystyka na poziomie kraju i województw; tę mamy dobrą. Należy więc więcej uwagi zwracać na lokalne dane statystyczne. Rodzina żyje w gminie, w gminie korzysta z infrastruktury społecznej i realizuje swoje rodzinne cele, w tym związane z dzietnością. Ważne jest to, jaką lokalne środowisko tworzy infrastrukturę, bo

to ona właśnie przez wiele lat będzie wspomagała rodzinę w realizacji jej funkcji i celów.

Aspekty lokalne stanowiły także bardzo ważny fragment dyskusji na II Kongresie Demograficznym. Wskazywano tam, że bez aktywnego udziału samorządów terytorialnych na różnych poziomach, czyli gminnych, powiatowych i wojewódzkich, nie będzie można zaspokoić wszystkich ważnych potrzeb rodzin, a to negatywnie wpłynie na procesy demograficzne.

Wspomniane wyżej aspekty rozwoju rodziny i jej funkcjonowania powinny być starannie rozważane na równi z ogólnie znanymi czynnikami zrównoważonego rozwoju. Czynnikiem demograficzny jest bowiem jednym z najważniejszych warunków realizacji tej koncepcji rozwoju społeczeństw.

Prof. dr hab. Jerzy RUNGE – Uniwersytet Śląski, Katedra Geografii Ekonomicznej

Sytuacja ludnościowa Polski jest tak naprawdę konsekwencją dwóch zjawisk, dwóch procesów. Pierwszy proces to wchodzenie wyżu demograficznego z lat 50. ubiegłego wieku – przechodzącego przez okres aktywności ekonomicznej, poczynając od lat 70. – w wiek emerytalny, w starość. Skutki gospodarcze i społeczne tego procesu można było przewidzieć; jest to opisane w literaturze, w wielu opracowaniach.

Druga rzecz, która być może dla wielu była zaskoczeniem, to pochodna procesu transformacji ustrojowo-gospodarczej końca lat 80. – zjawisko emigracji, wyjazdów za granicę, które w dużym stopniu determinowało sytuację ludnościową w Polsce, zwłaszcza w przypadku niektórych regionów, takich jak Opolszczyzna czy województwo śląskie.

Teraz obydwie te procesy rzutują nie tylko na sytuację na rynku pracy, lecz także na warunki mieszkaniowe, rozwój szkolnictwa, ochrony zdrowia i opieki społecznej. Dlatego instytucje rządowe, także Główny Urząd Statystyczny, powinny inicjować pewne działania, np. szerzej udostępniać materiały dotyczące danych ludnościowych, także w skali wewnątrzmięskiej. Chodzi o to, żeby można się było przyjrzeć zwłaszcza tym ośrodkom miejskim, które w okresie powojennym rozwijały się ludnościowo w krótkim czasie. W ich przypadku bowiem konsekwencje negatywnych trendów demograficznych, takich jak starzenie się, będą się zewnętrzniać w jeszcze większym stopniu, niż jest to prognozowane na poziomie ogólnokrajowym. Wystarczy spojrzeć na sytuację takich miast w województwie śląskim, jak Jastrzębie-Zdrój, Tychy, Dąbrowa Górnicza i Sosnowiec, gdzie proces starzenia się będzie zwielokrotniony w stosunku do prognozy, o której tu była mowa.

Dr hab. prof. IGiPZ PAN Przemysław ŚLESZYŃSKI – Instytut Geografii i Przestrzennego Zagospodarowania PAN

Chciałbym się z państwem podzielić dwiema refleksjami. Pierwsza związana jest z pytaniem – ilu ludzi w tej chwili mieszka w Polsce? Bo z jednej strony mamy statystykę dotyczącą oficjalnego zameldowania, a z drugiej wiadomo, że 2–2,1 mln Polaków przebywa za granicą, z czego ok. 1,5 mln dłużej niż 12 miesięcy. Jak więc właściwie ta ludność powinna być liczona, tym bardziej że ma to przecież zasadniczy wpływ na prognozy demograficzne Polski? Jeśli odejmiemy te 1,5 mln osób i weźmiemy pod uwagę, że ich dzieci nie urodzą się w Polsce, tylko gdzie indziej, to zaważy to w istotny sposób na naszych prognozach. Stąd kluczowa i otwarta pozostaje kwestia przewidywań. Chcemy, żeby były jak najlepsze i najdokładniejsze, ale one takie nie będą, jeśli nie będziemy uwzględniali faktu, że duża część mieszkańców Polski wyjechała i wiąże swoją przyszłość nie z Polską, tylko z zagranicą, chociaż osoby te pozostają w naszych rejestrach.

Druga refleksja dotyczy bardzo silnych zróżnicowań regionalnych i przestrzennych, które cechują Polskę. Charakteryzujemy się chyba największymi w Europie dysproporcjami tego typu. Te zróżnicowania są bardzo silne od wielu zresztą dekad. Są w kraju regiony i gminy, w których populacja osób starszych, w wieku 65 i więcej lat, osiągnęła 25–30%, a nawet rekordowo prawie 40% – jest taka gmina w północno-wschodniej Polsce, Dubicze Cerkiewne. Te procesy będą się pogłębiały, będzie dochodziło do jeszcze większych zróżnicowań, dysproporcji, a co za tym idzie, będzie coraz większa potrzeba podjęcia różnego rodzaju interwencji, także w ramach polityki regionalnej, polityki rozwoju. Powstaje zatem postulat, żeby politykę ludnościową silniej wiązać z polityką rozwoju, w znacznie większym stopniu niż obecnie. Potrzebna jest tu jedna skoordynowana polityka, która by wychodziła naprzeciw depopulacji, której się spodziewamy. Przewidujemy między innymi, wynika to z ostatniej prognozy GUS, że będą miasta, które w perspektywie roku 2050 stracą nawet 30–40% obecnej populacji. Są to na przykład miasta na Górnym Śląsku i w wielu innych miejscach kraju. Ten spadek może być jeszcze większy z powodów, o których mówiłem na początku, ale co istotne, będzie dotyczył, w różnej oczywiście skali, zdecydowanej większości miast i gmin Polski. Powstaje więc pytanie, czy te „kurczące się” miasta, gminy, powiaty i województwa będą w stanie utrzymać swoją bazę ekonomiczną i dochody, a tym samym zapewnić odpowiedni standard obsługi ludności? Czy w ogóle obecny szeroko rozumiany system administracyjno-terytorialny będzie wydolny, by zapewnić odpowiedni standard obsługi populacji, która będzie wymagała coraz większych kosztów właśnie ze względu na starzenie się ludzi, ich zwiększone potrzeby, konieczność zapewnienia im opieki itp.? Czy nie trzeba go będzie zmieniać i optymalizować? Myślę, że jest wiele wątków, które warto kon-

tynuować w najbliższym czasie. W tym kontekście jeszcze raz warto podkreślić, że należy zdecydowanie ściślej wiązać politykę ludnościową z polityką rozwoju, z dokumentami takimi jak „Koncepcja przestrzennego zagospodarowania kraju” czy innymi tego typu opracowaniami.

CZEŚĆ II. GŁÓWNE WYZWANIA DLA POLITYKI LUDNOŚCIOWEJ POLSKI



Wprowadzenie

Część II jest poświęcona wyzwaniom dotyczącym polityki ludnościowej, wynikającym z aktualnej i przyszłej sytuacji demograficznej. W części I zostały przedstawione zarówno fakty demograficzne dotyczące aktualnego rozwoju ludnościowego Polski, także na tle Europy, jak i przewidywane trendy rozwoju demograficznego Polski po to właśnie, aby wskazać na demograficzne uwarunkowania przyszłej polityki społecznej, gospodarczej i ludnościowej oraz na niezbędne kierunki pożądanych działań. Chodzi więc o uwarunkowania demograficzne przyszłego rozwoju naszego kraju.

Jak wynika z zaprezentowanych artykułów, jest wiele specyficznych cech rozwoju demograficznego Polski, które będą miały istotne znaczenie przy podejmowaniu określonych decyzji, w rozwiązywaniu ważnych problemów. Już w trakcie dyskusji, zaprezentowanej w części I, padały trafne i ważne stwierdzenia w tym zakresie, wspomniano kwestie dotyczące kapitału społecznego, kapitału ludzkiego, jakości populacji, potrzeb kształtowania odpowiedniego stanu zdrowia, wielu elementów warunków życia i otoczenia, które decydują o rozwoju zarówno ilościowym, jak i jakościowym naszej populacji, ale także będą decydowały o tym, jakie wyzwania przed nami staną w przyszłości.

Jednym z najważniejszych wyzwań, przed którymi stoi demograficzna racja naszego kraju, jest malejąca liczba ludności, która wynika przede wszystkim z niskiego poziomu dzietności – konsekwencją tego jest malejąca liczba urodzeń, która nie gwarantuje prostej zastępowalności pokoleń. To jest pierwszy element, stanowiący ważne wyzwanie dla naszej przyszłości.

Jest wiele czynników, które decydują o tym, jak zachowują się polskie rodziny, polskie kobiety w procesie prokreacyjnym. Niezwykle ważne jest rozpoznanie tych czynników warunkujących dzietność kobiet i sformułowanie na tym tle propozycji działań, udzielenie odpowiedzi na pytanie, w jakim zakresie powinniśmy realizować naszą politykę rodzinną, politykę ludnościową, aby procesy demograficzne lepiej się kształtowały, a jednocześnie żebyśmy mogli rozwiązać problemy wynikające z przyszłego rozwoju demograficznego.

W części II książki zostaną zaprezentowane założenia wynikające z dotychczasowych prac Rządowej Rady Ludnościowej. Naszym celem jest także dys-

kusja na temat kierunków działań praktycznych, zatem przedstawiciele resortów, których ta problematyka głównie dotyczy, ustosunkowują się do tych założeń i przedstawiają własne poglądy odnoszące się do proponowanych założeń polityki ludnościowej.

5. Uwarunkowania dzietności w Polsce

Przebieg procesów związanych z formowaniem się rodziny w Polsce, które obserwujemy od ostatniej dekady minionego wieku i w kolejnych dekadach XXI w., budzi niepokój o zagwarantowanie przynajmniej prostej zastępowalności pokoleń. Obniża się liczba rodzących się dzieci i spadają wskaźniki dzietności rodzin do poziomu, który daleko odbiega od zapewniającego zastępowalność pokoleń. Powoduje to brak równowagi między kolejnymi pokoleniami i prowadzi do zmian w strukturze ludności według wieku.

Liczba urodzeń w Polsce malała przez ponad dwie dekady (w okresie 1990–2007 spadła z 547,7 tys. do 387 tys.). Po przejściowym wzroście odnotowanym w latach 2009–2010 (419,3 tys. i 413,3 tys.) następował kolejny spadek liczby urodzeń do 369,6 tys. w 2013 roku. Wzrost liczby urodzeń w stosunku do roku poprzedniego odnotowano w 2014 r. (375,2 tys.)¹⁰.

Obniżały się wskaźniki dzietności (1,37 w 2000 r., 1,29 w 2013 r.) do poziomu znacznie odbiegającego od gwarantującego prostą zastępowalność pokoleń (2,1). W 2014 r. odnotowano lekką poprawę wskaźnika dzietności ogólnej (1,32), nadal jednak **należy on do jednego z najniższych w Europie**.

Na obniżanie się liczby rodzących się dzieci i wskaźników dzietności rodzin ma wpływ wiele czynników o charakterze demograficznym, ekonomicznym i społeczno-kulturowym. Należy jednak pamiętać, że ogólne liczby dotyczące urodzeń, stanowiące podstawę oceny przebiegu tych procesów, są następstwem indywidualnych, osobistych decyzji potencjalnych i rzeczywistych rodziców, które kształtują się pod wpływem różnorodnych czynników. W tekście zostaną przedstawione uwarunkowania, które – jak można oceniać na podstawie wyników badań – mają wpływ na decyzje prokreacyjne w wymiarze ogólnym.

5.1. Uwarunkowania demograficzne

Bezpośredni wpływ na przemiany wskaźników płodności i liczbę rodzących się dzieci mają zmiany wzorca zawierania małżeństw. Obniża się liczba zawieranych małżeństw, które są w Polsce nadal najczęstszą podstawą tworzenia ro-

¹⁰ Dane na podstawie: *Rocznik demograficzny*, wydania z lat 2000–2014, GUS.

dziny. Spadek liczby zawieranych małżeństw rozpoczął się od początku lat 90. ubiegłego wieku, jednak w okresie od 2004 r. do 2008 r. ten trend został na krótko zahamowany. Od roku 2009 ponownie zmniejszała się liczba zawieranych małżeństw (z 250,8 tys. do 180,4 tys. w 2013 r.). Jednak w 2014 r., po pięciu latach spadku, odnotowano lekki wzrost liczby zawieranych małżeństw do 188,5 tys. związków, tj. o ponad 8 tys. więcej niż rok wcześniej.

Obniżanie się liczby zawieranych związków małżeńskich wynika ze zmniejszania się liczby roczników w wieku aktywności matrymonialnej oraz ze spadku skłonności do zawierania małżeństw. O ile w latach 2004–2008 można było obserwować stopniowy wzrost skłonności do zawierania małżeństw (mierzonej liczbą małżeństw w przeliczeniu na 1000 ludności), to od roku 2009 skłonność ta wciąż maleje.

Decyzje o zawarciu związku małżeńskiego są odsuwane w czasie na później; związki małżeńskie zawierają coraz starsi nowożeńcy. Tak zwany wiek środkowy nowożeńców przesuwa się ku coraz starszym grupom. Na początku lat 90. ponad połowa mężczyzn zawierających małżeństwo nie osiągała wieku 25 lat, natomiast w 2000 r. stanowili oni 42% nowożeńców, a w 2014 r. było ich 15,5%. Wśród kobiet udział ten zmniejszył się z 73% w 1990 r. do 62% w 2000 r. i niespełna 32% w 2014 roku. Wiek środkowy nowożeńców-mężczyzn w 2014 r. wynosił w Polsce 29 lat (w 2004 r. – 26,7), a kobiet 26,9 lat (w 2004 r. – 24,7). Późniejsze zawieranie małżeństw oznacza zwykle niższą dzietność rodzin.

Związki partnerskie nie są w pełni „substytutem” małżeństw, częściej stanowią etap poprzedzający zawarcie małżeństwa. Zwiększa się wprawdzie liczba urodzeń pozamałżeńskich i ich udział w strukturze ogółu urodzeń (z 12,1% w 2000 r. do 24,25% w 2014 r.), badania wykazują jednak¹¹, że decyzje o dalszym powiększeniu liczebności rodziny odkładane są na okres formalnego uregulowania związku (zawarcia małżeństwa). Związki partnerskie często nie mają również cech trwałości, co wpływa na postawy i decyzje prokreacyjne.

Narasta zjawisko niestabilności rodziny. Wyrazem tego jest wzrost liczby rozwodów w Polsce – chociaż wciąż przy niższych niż w Europie Zachodniej wskaźnikach rozpadu małżeństw. W 2000 r. na 1000 nowo zawartych małżeństw wskaźnik rozwodów wyniósł 202,6, w 2004 r. – 293,2 i wzrósł do 366,6 w 2013 r. W roku 2014 odnotowano minimalną poprawę sytuacji: wskaźnik ten spadł do poziomu 312,8. Nie można jednak jeszcze ocenić, czy jest to początek pozytywnego trendu w tym zakresie i zmniejszania się zarówno liczby, jak i wskaźnika rozpadu małżeństw.

¹¹ A. Matysiak, M. Mynarska, *Urodzenia w kohabitacji: wybór czy konieczność?*, [w:] *Nowe wzorce formowania i rozwoju rodziny w Polsce*, A. Matysiak (red.), Wyd. Scholar, Warszawa 2014.

Rozwiązanie małżeństwa oznacza przerwanie realizacji prokreacyjnej funkcji rodziny. Zwiększa się liczba samotnych rodziców, którzy mają przeciętnie mniejszą liczbę dzieci, oraz ich udział w strukturze ogółu rodzin z dziećmi (głównie matek).

Wpływ na zawieranie małżeństw, na dzietność (także na funkcjonowanie rodziny) mają procesy migracyjne, zwłaszcza emigracja Polaków za granicę. Oznacza to odpływ potencjału demograficznego – osób młodych w wieku aktywnego rodzicielstwa. Ubytki te nie są rekompensowane potencjałem ludności napływowej.

5.2. Powody rezygnacji z urodzenia dziecka

Posiadanie dzieci jest niemal powszechnie deklarowaną potrzebą młodych i dorosłych generacji. Ponad 80% spośród tych osób, które nie mają jeszcze dzieci, chciałoby je mieć. Także większość rodzin z jednym dzieckiem planuje potomstwo. **Najczęściej jest deklarowana chęć posiadania dwójki dzieci**¹². Preferowana liczba potomstwa w znacznym stopniu odbiega jednak od faktycznie posiadanej.

Procesy demograficzne dotyczące zawierania/rozpadu małżeństw i dzietności rodzin kształtują się pod wpływem **wielu czynników**, identyfikowanych jako bariery realizacji planów prokreacyjnych przez osoby w wieku aktywnego rodzicielstwa. Powody rezygnacji z urodzenia dziecka przedstawia tabela 5.1.

Część przyczyn braku decyzji o posiadaniu dziecka/kolejnego dziecka ma charakter obiektywny i wiąże się – z jednej strony – ze stanem zdrowia (niepłodność), obawami o dziedziczenie chorób genetycznych, z drugiej – wynika z sytuacji osobistej (brak partnera/partnerski lub ich niechętny stosunek do posiadania dziecka).

Jednak większość wskazań, jeśli chodzi o przyczyny rezygnacji z urodzeń, wiąże się z szeroko rozumianymi warunkami materialnymi („trudne warunki bytowe” wymieniło od 33% do 75% respondentów, zależnie od płci i liczby posiadanych już dzieci) – tab. 5.1.

¹² *Rodzina – jej współczesne znaczenie i rozumienie*, Komunikat z badań CBOS, BS/33/2013, marzec 2013 (http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K_033_13.PDF – data dostępu: 19.08.2016).

Tabela 5.1. Powody rezygnacji z urodzenia dziecka w Polsce (w %)

Powód rezygnacji z dziecka	Liczba dzieci na utrzymaniu							
	brak dzieci		1 dziecko		2 dzieci		3+ dzieci	
	M	K	M	K	M	K	M	K
Niepłodność	30	34	16	15	8	20	0	5
Ryzyko chorób genetycznych	14	15	14	16	16	17	6	22
Trudne warunki bytowe	35	33	44	47	49	57	75	63
Trudności godzenia pracy z rodzicielstwem	21	22	12	24	17	23	7	9
Niepewna przyszłość	30	23	35	31	40	41	49	46
Niechętna dzieciom postawa partnera/ /partnerki	5	4	3	4	3	1	3	3
Za krótki urlop macierzyński	3	2	3	6	4	7	0	1
Za krótki urlop wychowawczy	0	0	4	3	0	4	2	0
Za niski zasiłek	3	9	5	9	10	11	18	5
Złe warunki mieszkaniowe	17	15	24	17	27	22	47	33
Żłobki/przedszkola (brak).....	5	7	8	9	9	9	0	0
Zagrożenie dla dzieci (np. narkomania)	1	2	2	2	2	2	9	6
Dzieci odbierają swobodę życiową	15	7	5	3	5	2	3	3
Chęć robienia kariery zawodowej	6	6	3	6	2	5	0	5
Łatwe zapobieganie ciąży	1	1	0	1	1	1	0	0
Odraczania decyzji o prokreacji	10	14	8	7	5	3	4	2
Dzieci niepotrzebne na starość	0	0	0	0	0	0	0	0
Wysokie koszty wychowania	15	15	27	25	28	26	30	25
Brak partnera/partnerki	13	20	23	21	16	12	21	17
Dzieci to zbyt duża odpowiedzialność	12	8	7	4	7	4	6	12
Inny powód	7	6	4	6	7	2	5	13

Uwaga: procent wskazań poszczególnych powodów wśród osób stanowiących rezerwę prokreacyjną¹³ ze względu na liczbę dzieci na utrzymaniu i płęć.

Źródło: *Niska dzietność w Polsce w kontekście percepcji Polaków. Diagnoza Społeczna 2013*, Raport tematyczny, I.E. Kotowska (red.), Warszawa 2014, s. 79.

¹³ Za rezerwę demograficzną (rezerwę prokreacyjną) badacze prowadzący analizy w ramach *Diagnozy Społecznej* uznali tych respondentów, którzy odpowiedzieli twierdząco na pytanie, czy wymienione przyczyny rezygnacji z dziecka/kolejnego dziecka dotyczą ich w sposób bezpośredni (*Niska dzietność...*, op. cit., s. 73).

Determinanty materialne

Warunki życia rodzin różnicuje¹⁴ posiadanie źródeł dochodu, w tym z tytułu pracy, lub ich brak, liczba osób, w tym dzieci pozostających na utrzymaniu, a także posiadanie własnego mieszkania i jego wyposażenie w dobra trwałe. Istotnymi czynnikami zróżnicowania sytuacji finansowej rodzin z dziećmi jest więc status ekonomiczny rodziców na rynku pracy, kategoria ekonomiczna gospodarstwa domowego oraz takie czynniki demograficzne, jak: liczba dzieci, wykształcenie i wiek głowy gospodarstwa domowego oraz miejsce zamieszkania (miasta, ich wielkość mierzona liczbą mieszkańców – 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 wskaźnika zatrudnienia ludności, zwłaszcza ludności w wieku produkcyjnym, 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 r. do 65,3% w 2011 r. (średniorocznie). W roku 2014 wskaźnik zatrudnienia wyniósł 66,1% dla ogółu osób w wieku produkcyjnym (w tym dla mężczyzn 69,5%, dla kobiet 62,3%), a w roku 2015 odpowiednio 71,2% i 64%¹⁵.

Mimo poprawy sytuacji na rynku pracy, w dalszym ciągu aktywność zawodowa determinuje postawy matrymonialne i prokreacyjne, zwłaszcza młodych osób. Wydłuża się okres nauki przygotowującej do wejścia na rynek pracy; wyższe wykształcenie nadal postrzegane jest jako warunek uzyskania lepszej pracy i ochrona przed bezrobociem. Młodzi Polacy poszukują pracy dającej im satysfakcję materialną, oczekują też możliwości optymalnej realizacji swoich aspiracji zawodowych i życiowych. Takie postawy przyczyniają się do odkładania w czasie decyzji matrymonialnych i prokreacyjnych. Osiągnięciu stabilizacji materialnej i życiowej nie sprzyja wysokie bezrobocie wśród młodzieży ani podejmowanie pracy w oparciu o niestandardowe (mniej stabilne) formy zatrudnienia (praca na czas określony, praca na podstawie umowy cywilnoprawnej).

¹⁴ Zróżnicowanie sytuacji rodzin wynika przede wszystkim z nierówności rozkładu dochodów, którego podstawowym miernikiem jest współczynnik Giniego. W 2013 r. wartość współczynnika Giniego wynosiła 30,7 i była zbliżona do średniej w Unii Europejskiej (30,5). Należy odnotować, że w porównaniu z 2008 r. nastąpił w Polsce spadek wartości tego wskaźnika o 1,3 pkt. (*Ubóstwo w Polsce w latach 2013 i 2014*, GUS, Warszawa 2015, s. 43).

¹⁵ *Aktywność ekonomiczna ludności Polski*, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/pracujacy-bezrobotni-bierni-zawodowo-wg-bael/aktywnosc-ekonomiczna-ludnosci-polski-iii-kwartal-2015-r-,4,18.html> (data dostępu: 17.06.2016).

Status osoby pracującej nie ma charakteru trwałego w przypadku zatrudnienia na podstawie niestandardowych (atypowych) form. Spośród ogółu pracujących w 2015 roku 3494 tys. osób (26% ogółu¹⁶ pracowników najemnych) posiadało umowę na czas określony. W tej grupie przeważali mężczyźni; ich udział wynosił 52,9%, wobec 47,1% kobiet. Odsetek pracujących w Polsce na podstawie różnego rodzaju umów czasowych utrzymywał się na najwyższym poziomie wśród krajów UE¹⁷.

Umowa o pracę na czas określony osłabia poczucie stabilizacji zatrudnienia. Takie poczucie mają też osoby zatrudnione na podstawie umów cywilnoprawnych. Wzrasta udział osób zatrudnionych w takiej formie. W 2011 r. zatrudnionych tak było 1,8% ogółu pracujących, w 2013 r. – 2,2%, w 2015 r. – 1,5%. Inne formy umowy krótkookresowej obejmowały w 2011 r. 2,4%, w 2013 r. 3,2%, a w 2015 r. 3,5% pracujących. Praca bez formalnej umowy dotyczyła w 2011 r. 2,8% pracujących, w 2013 r. – 2,4%, w 2015 r. – 2,6%. Praca świadczona na podstawie innych form niż umowa o pracę na czas nieokreślony zwiększa ryzyko bezrobocia w ciągu dwóch lat. W przypadku umowy na czas określony dotyczy to 9,2% zatrudnionych w tej formie, 10,6% tych, którzy świadczą pracę na podstawie umowy cywilnoprawnej, i 15,7% pracujących bez formalnej umowy. W przypadku zatrudnionych na czas nieokreślony ryzyko to dotyczy 2,8%¹⁸.

Na mniejsze uczestnictwo w rynku pracy nadal narażone są osoby młode. Wskaźnik zatrudnienia dla osób w wieku 20–24 lata wyniósł w 2015 r. (I kwartał) 39,3%, a stopa bezrobocia 20%. Lepsza sytuacja jest w grupie 25–29 lat, dla której wskaźnik zatrudnienia wyniósł 76,9% (stopa bezrobocia 10,7%). Nadal jest to jednak jeden z najniższych wskaźników wśród grup w wieku mobilnym zawodowo (do 50. roku życia). Także umowy na czas określony są najpopularniejsze wśród osób poniżej 25. roku życia (ok. 44%)¹⁹.

Jako przyczyny rezygnacji z realizacji planów prokreacyjnych wymienia się często wysokie koszty wychowania dzieci, niepewną przyszłość, złe warunki mieszkaniowe, trudności w godzeniu pracy z rodzicielstwem. Znaczenie tych przyczyn wzrasta wraz ze zwiększaniem się liczby posiadanych już dzieci.

Liczba dzieci w rodzinie determinuje bowiem poziom życia rodziny i możliwości zaspokojenia potrzeb członków rodziny, przede wszystkim dzieci. Obecność kolejnego dziecka w rodzinie obniża o około 20–30% poziom dochodu na

¹⁶ Udział pracowników zatrudnionych w tej formie wzrasta. W 2013 r. stanowili 18% ogółu pracujących (*Diagnoza społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków*, J. Czapiński, T. Panek (red.), Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2013).

¹⁷ *Diagnoza społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków*, J. Czapiński, T. Panek (red.), Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2015, s. 17.

¹⁸ *Diagnoza społeczna 2013*, op.cit., s. 144.

¹⁹ Tamże.

jedną osobę, będącego wyznacznikiem możliwości zaspokojenia potrzeb członka rodziny (por. tab. 5.2).

Tabela 5.2. Różnice wysokości dochodu rozporządzalnego na 1 osobę w rodzinnych gospodarstwach domowych według typu rodziny w 2014 r.

Wyszczególnienie	Małżeństwa /związki nieformalne bez dzieci	Małżeństwa /związki nieformalne z 1 dzieckiem	Małżeństwa /związki nieformalne z 2 dziećmi	Małżeństwa /związki nieformalne z 3 i więcej dziećmi	Samotni rodzice z dziećmi
Dochód w zł	1900,43	1539,14	1225,99	806,50	1068,35
Małżeństwa/związki nieformalne bez dzieci=100%	100,0	81,0	64,5	42,4	56,2
Małżeństwa z 1 dzieckiem=100,0%	123,4	100,0	79,6	52,4	69,4

Źródło: obliczenia własne na podstawie: *Budżety gospodarstw domowych w 2014 r.*, GUS, Warszawa 2014 (tabl. 20, s. 110).

Jako przyczynę rezygnacji z urodzenia dziecka/dzieci wymieniane są wysokie koszty ich utrzymania. Dotychczasowe badania i obserwacja procesów realnych wskazują, że zaspokojenie potrzeb dzieci jest w rodzinach traktowane priorytetowo. Dotyczy to zdecydowanej większości rodzin, niemniej jednak część z nich nie może ich zaspokoić ze względu na ograniczenia finansowe²⁰. Dotyczy to nawet takich podstawowych potrzeb, jak wyżywienie. Ponad 3% gospodarstw rodzinnych z co najmniej jednym dzieckiem na utrzymaniu nie było w stanie zapewnić swoim dzieciom przynajmniej co drugi dzień posiłku z mięsa, drobiu, ryby (lub odpowiednika wegetariańskiego) i prawie tyle samo nie mogło pozwolić sobie na zapewnienie dzieciom świeżych owoców lub warzyw przynajmniej kilka razy w tygodniu.

Czynnikiem determinującym trudności w zaspokojeniu potrzeb żywnościowych jest liczba dzieci: wspomniane niedobory w składzie wyżywienia dotyczyły 8,5% rodzin mających na utrzymaniu troje i więcej dzieci.

Ograniczenia finansowe rodzą trudności związane z zakupem wszystkich potrzebnych podręczników dla dzieci uczęszczających do szkół w ponad 5% gospodarstw domowych z co najmniej jednym dzieckiem na utrzymaniu, znacznie częściej (14%) ma to miejsce w rodzinach wielodzietnych, jeszcze częściej (17,5%) zgłaszali ten problem rodzice samotnie wychowujących dzieci.

Zajęcia uzupełniające (doksztalcanie z przedmiotów objętych zajęciami obowiązkowymi, korepetycje, kursy przygotowujące do egzaminów) dają możli-

²⁰ *Warunki życia rodzin w Polsce*, GUS, Warszawa 2014, s. 40–50.

wość wyrównania szans edukacyjnych dziecka. Z przyczyn finansowych rezygnuje z nich część rodzin z dziećmi (15,6%), co trzecia rodzina wielodzietna (35,1%) i ponad co piąta (22,4%) rodzina samotnych rodziców z dziećmi.

Zajęcia nadobowiązkowe (sportowe, muzyczne, plastyczne) pozwalają na zaspokojenie zainteresowań dziecka, rozwój jego umiejętności i talentu, tworzą warunki racjonalnego spędzania wolnego czasu. Ze względów finansowych rezygnuje z nich 14,9% rodzin z dziećmi (29,7% rodzin wielodzietnych i 20,7% samotnych rodziców).

Trudności z zaspokojeniem potrzeb dzieci ze względów finansowych związane są także ze sferą zdrowia, wówczas gdy wizyty u lekarza, a szczególnie u stomatologa są płatne. Rezygnuje z nich odpowiednio 5,9% i 6,5% ogółu rodzin z dziećmi i rodzin zamieszkałych na wsi. I w tym przypadku częściej są to rodziny wielodzietne; z płatnych wizyt u lekarzy rezygnuje 9,9%, a u dentysty – 14%. Ograniczenie zaspokojenia potrzeb w zakresie ochrony zdrowia dzieci obejmuje także zakup leków, witamin i innych preparatów leczniczych, z których rezygnowało 3,2% rodzin z dziećmi, przy czym w rodzinach wielodzietnych w takiej sytuacji było 6,7%.

W co trzecim gospodarstwie domowym z dziećmi na utrzymaniu (33%) rezygnuje się z wysłania dzieci przynajmniej na tygodniowy wypoczynek raz w roku. Dotyka to szczególnie dzieci wychowujących się na wsi (42,2%, w mieście – 27,1%). Najmniejsze możliwości zapewnienia dzieciom wypoczynku w tej postaci mają rodziny wielodzietne: z wyjazdów wypoczynkowych rezygnuje 62% rodzin mających na utrzymaniu troje i więcej dzieci.

Ograniczany jest także udział dzieci w różnego rodzaju wyjściach i imprezach organizowanych przez szkoły, jeśli wiąże się to z koniecznością wniesienia opłat. Rezygnacja taka dotyka dzieci z 7,3% gospodarstw domowych, częściej zamieszkałych na wsi (9,2%), najczęściej z rodzin wielodzietnych (18%).

Z powodów finansowych 6% rodzin nie zapewnia swoim dzieciom zabawek i gier, które mają rówieśnicy. Dotyka to częściej rodzin wiejskich (8,3%). Podobnie wygląda sytuacja, jeśli chodzi o zakup sprzętu rekreacyjno-sportowego; rezygnuje z tego także 6% rodzin. I w tych przypadkach rezygnują częściej rodziny wielodzietne (14,7% z zakupu zabawek i gier, 13% z zakupu sprzętu sportowo-rekreacyjnego) oraz rodzice samotnie wychowujący dzieci (odpowiednio: 12,3% i 18,0%).

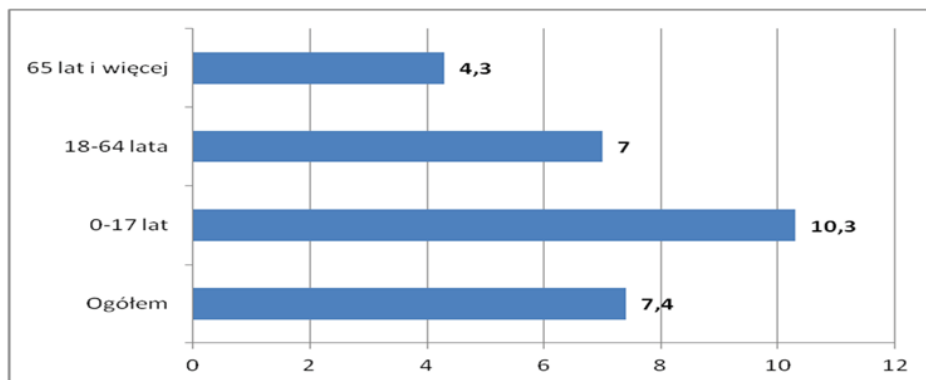
Określenie „niepewna przyszłość” jest niejednoznaczne; jego rozumienie przez poszczególnych respondentów (czy ich grupy) może być zróżnicowane. Na potrzeby niniejszego artykułu nadamy mu znaczenie „materialne”, związane z określoną sytuacją dochodową, od której w dużym stopniu zależy możliwość zaspokojenia potrzeb członków rodziny, zwłaszcza dzieci i realizacja planów związanych z ich przyszłością.

Brak możliwości zaspokojenia potrzeb integracyjnych, niezbędnych dla prawidłowego rozwoju dzieci, pojawia się wśród rodzin żyjących w sferze niedostatku, wyznaczonej przez poziom minimum socjalnego²¹. W 2014 r. obejmowała ona 16,5 mln osób, przede wszystkim z rodzin wielodzietnych (57% rodzin z trójkiem dzieci i 77% z czworgiem i większą liczbą dzieci), samotnych rodziców (45,5%), z osobą niepełnosprawną (54%), żyjących na terenach wiejskich (57%). Ale poziomu minimum socjalnego nie osiągało również 27% rodzin z jednym dzieckiem i 39% z dwojgiem dzieci. **W sferze niedostatku żyła w 2014 r. ponad połowa (52%) dzieci i młodzieży poniżej 18. roku życia.**

„Niepewna przyszłość” wiąże się niewątpliwie z życiem w sferze ubóstwa. Co istotne, wzrasta odsetek osób żyjących w sferze skrajnego ubóstwa. W roku 2010 poniżej minimum egzystencji (ubóstwo skrajne) żyło 5,8% osób w gospodarstwach domowych, w 2014 r. – 7,4%. Zagrożenie ubóstwem skrajnym dotyka częściej rodzin wielodzietnych (11,2% z trójkiem dzieci, 27% z czworgiem i więcej dzieci), z osobą niepełnosprawną, zwłaszcza z niepełnosprawnym dzieckiem (15%), zamieszkałych na terenach wiejskich (12%). Natomiast poniżej ustawowej granicy ubóstwa (wyznaczonej przez kryterium dochodowe uprawniające do świadczeń z pomocy społecznej) w 2014 r. żyła blisko co dziesiąta rodzina z dwojgiem dzieci na utrzymaniu, co piąta z trójkiem dzieci i blisko połowa rodzin mających czworo i więcej dzieci.

Grupą najbardziej zagrożoną ubóstwem są dzieci do lat 18; w 2014 r. poniżej granicy minimum egzystencji (ubóstwo skrajne) było co dziesiąte dziecko w wieku 0–17 lat (10,3%; dla ogółu osób wskaźnik ten wynosił 7,4%).

Wykres 5.1. Zasięg ubóstwa skrajnego według grup wieku w 2014 r. (% osób w gospodarstwie domowym)



Źródło: *Ubóstwo w Polsce w latach 2013 i 2014*, GUS, Warszawa 2016, s. 12.

²¹ *Ubóstwo w Polsce w latach 2013 i 2014*, ed. cit., s. 31–38.

Barierą dla realizacji planów prokreacyjnych są **warunki mieszkaniowe**. Ulegają one stopniowej poprawie; według wyników badania EU-SILC 2011 prawie 82%²² rodzinnych gospodarstw domowych zamieszkiwało lokal, który był ich własnością, lub dysponowało spółdzielczym własnościowym prawem do lokalu, lecz małżeństwa (i związki nieformalne) z dziećmi na utrzymaniu rzadziej niż ogół gospodarstw domowych dysponowały własnym mieszkaniem lub domem (77,3%). Na części rodzin ciąży obowiązek spłaty kredytu hipotecznego; wśród ogółu gospodarstw było to 10,9%, wśród rodzin z dziećmi blisko co piąta z nich (18,6%) obciążona była spłatą takiego kredytu.

Najczęściej własnym mieszkaniem dysponowały małżeństwa z dwójką dzieci na utrzymaniu (90,2%). Spośród małżeństw z jednym dzieckiem własnym mieszkaniem dysponowało 55%, w rodzinach wielodzietnych (3 i więcej dzieci na utrzymaniu) – 64,5%. Mieszkanie własne lub własnościowe prawo do lokalu spółdzielczego miało 66,2% matek samotnie wychowujących dzieci. Własnym mieszkaniem (lub własnościowym prawem do lokalu) nie dysponowała zatem blisko połowa małżeństw z jednym dzieckiem oraz co trzecia rodzina wielodzietna i co trzecia samotna matka.

Bariery instytucjonalne

Jako kolejny powód rezygnacji z posiadania dzieci są wymieniane – sformułowane w ogólny sposób – **trudności w godzeniu pracy zawodowej z obowiązkami rodzinnymi** (tab. 5.1). Wiąże się je najczęściej z problemami rodziców pracujących z zapewnieniem opieki nad małym dzieckiem (dziećmi). Doprecyzowania tych trudności przez respondentów cytowanych badań można dopatrywać się we wskazaniach, takich jak: „za krótki urlop macierzyński”, „za krótki urlop wychowawczy”, „niedostatek żłobków i przedszkoli”. Wymienia je stosunkowo nieliczny odsetek badanych, co można wiązać ze znacznymi pozytywnymi zmianami, jakie nastąpiły w ostatnich latach, w wymiarze urlopu macierzyńskiego (rodzicielskiego), zapewniającego możliwość sprawowania opieki nad małym dzieckiem przez 52 tygodnie. Poprawiła się sytuacja w zakresie liczby żłobków i przedszkoli, jakkolwiek nie w pełni odpowiada ona jeszcze na potrzeby rodziców. W tym kontekście trudności w godzeniu pracy zawodowej z obowiązkami rodzinnymi mają szerszy wymiar: mogą się wiązać z opieką nad dziećmi starszymi, ale też coraz częściej z opieką nad starszymi, niesamodzielnymi członkami rodziny. Także samo wydłużenie urlopu pozwalającego na osobistą opiekę nad dzieckiem i wynikająca z tego okresowa dezaktywizacja

²² W 2002 r. wskaźnik ten wynosił 70%. Por. *Warunki życia...*, op. cit., s. 51.

zawodowa jednego z rodziców może rodzić obawy przed obniżeniem dochodu rodziny, obniżeniem kwalifikacji zawodowych, osłabieniem pozycji zawodowej.

Zidentyfikowane w toku badań w ramach *Diagnozy Społecznej* działania wskazywane najczęściej jako ułatwiające matkom powrót do pracy to – według liczby wskazań – stworzenie warunków pracy w dogodnych dla nich godzinach (elastyczny czas pracy) lub w niepełnym wymiarze czasu oraz zapewnienie opieki dzieciom do lat 7 (są to czynniki wymieniane zarówno w badaniach z 2013 r., jak i 2015 r.²³).

Bariery kulturowe

Zwolennicy tradycyjnego modelu rodziny zwracają uwagę, że barierą zwiększenia dzietności rodzin jest aktywność zawodowa kobiet. W związkach, w których kobiety pracują zawodowo, powinny one być rzadziej zainteresowane zwiększeniem obowiązków wynikających z posiadania i wychowywania dziecka (dzieci). Tymczasem odsetek osób planujących (pierwsze lub kolejne) dziecko jest w rodzinach o modelu tradycyjnym (z niepracującą zawodowo matką) niemal taki sam (36%) jak w modelu, w którym kobieta pracuje zawodowo (38%). Zatem model rodziny w stosunkowo niewielkim stopniu wpływa na deklaracje co do planów posiadania dzieci. Równie często deklaracje takie składane są przez te rodziny, w których kobieta pracuje zawodowo, i przez te, w których zajmuje się domem. Najczęściej natomiast plany dotyczące posiadania w przyszłości potomstwa wyrażają badani deklarujący model partnerski (43%)²⁴.

Przyczyny, które można wiązać ze zmianami światopoglądowymi, indywidualizmem i dążeniem do samorealizacji, są bardziej widoczne wśród osób bezdzietnych. Taki powód rezygnacji z posiadania potomstwa lub zwiększenia liczebności rodziny, jak „dzieci odbierają swobodę życia”, zaznaczały się wyraźniej wśród bezdzietnych mężczyzn.

Także chęć robienia kariery zawodowej jest relatywnie rzadką przyczyną rezygnacji z urodzenia dziecka/dzieci. W przypadku bezdzietnych kobiet i mężczyzn dotyczyło to 6% tej zbiorowości. Wśród osób posiadających dzieci znaczenie tej przyczyny było mniej istotne w przypadku mężczyzn niż kobiet. Znaczenie pracy zawodowej jako czynnika ograniczającego plany prokreacyjne malało wraz z wiekiem potencjalnych rodziców²⁵.

²³ *Diagnoza Społeczna 2015*, ed. cit., s. 140.

²⁴ *Postawy prokreacyjne Polaków*, Komunikat z badań CBOS, BS/4/2010, Warszawa 2010.

²⁵ *Niska dzietność w Polsce...*, op. cit., s. 79–80.

5.3. Cele polityki rodzinnej i kierunki rozwiązań

W świetle deklarowanych powodów rezygnacji z urodzeń dzieci, stanowiących bariery zwiększania dzietności, należy podkreślić, że działania na rzecz realizacji celów polityki rodzinnej powinny mieścić się nie tylko w ramach polityki ukierunkowanej bezpośrednio na rodzinę (**bezpośrednia polityka rodzinna**), ale także mieć szerszy charakter, związany z innymi politykami publicznymi: rynku pracy, dochodową, mieszkaniową itp. (**pośrednia polityka rodzinna**).

Celem polityki rodzinnej, spójnym z celami polityki ludnościowej²⁶, powinno być zatem **tworzenie warunków sprzyjających zakładaniu rodzin przez zawieranie związków małżeńskich i realizację planów prokreacyjnych**. W ramach realizacji tak szeroko rozumianego celu należy **tworzyć warunki sprzyjające samodzielności ekonomicznej młodego pokolenia i uzyskaniu ekonomicznej samodzielności rodzin**. Służyć temu powinno wzmacnianie szans zatrudnienia i utrzymania się na rynku pracy młodych pracowników oraz tworzenie warunków sprzyjających ich stabilizacji zatrudnienia, m.in. przez ograniczanie skali zatrudnienia na podstawie umów cywilnoprawnych i na czas określony.

Kolejny kierunek działania – w ramach pośredniej polityki rodzinnej – wiąże się z polityką mieszkaniową przyjazną rodzinie, ułatwiającą rozwiązanie sprawy samodzielności zamieszkania przez rozwijanie na szczeblu lokalnym różnych form budownictwa mieszkaniowego, uwzględniających zróżnicowane możliwości finansowe rodzin. To także działania na rzecz wspierania społecznego budownictwa czynszowego na wynajem.

W ostatnich latach wprowadzono wiele zmian w rozwiązaniach mających na celu **ułatwienie w zakresie godzenia ról zawodowych z opieką nad niesamodzielnymi członkami rodziny**, głównie dziećmi. Niezbędne jest zatem monitorowanie i ocena ich skuteczności w kontekście wpływu na decyzje prokreacyjne. Aby stworzyć zachętę do podjęcia decyzji o urodzeniu drugiego i kolejnych dzieci, można rozważyć zróżnicowanie długości urlopu rodzicielskiego zależnie od liczby posiadanych dzieci, na przykład preferencyjny wymiar przy urodzeniu drugiego, trzeciego i kolejnego dziecka.

W sytuacji niedoboru opieki żłobkowej i przedszkolnej należy dokonać weryfikacji zasad korzystania z urlopów wychowawczych, wprowadzając np. częściową rekompensatę zarobków utraconych na skutek okresowej dezaktywizacji. Świadczenie z tego tytułu można by traktować jako kontynuację wypłaty

²⁶ Cele i kierunki działań są zbieżne z zawartymi [w:] *Rekomendacje Rządowej Rady Ludnościowej w zakresie polityki ludnościowej Polski*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2014; zostały one częściowo zmodyfikowane ze względu na zmiany niektórych, postulowanych wcześniej rozwiązań.

dokonywanej w okresie urlopu rodzicielskiego, z zastosowaniem regresji wysokości świadczenia w okresie urlopu wychowawczego. Inną propozycją jest uelastycznienie zasad korzystania z urlopu wychowawczego przez stopniowe podwyższanie wieku dziecka jako kryterium uprawniającego do korzystania z urlopu wychowawczego (obecnie do ukończenia 5 lat) przy obowiązującym wymiarze tego urlopu.

W celu zapewnienia możliwości wyboru między opieką rodzinną i pozarodzinną należy zapewnić dalszy rozwój różnych form pozarodzielskiej opieki nad małym dzieckiem (żłobki, kluby dziecięce, opiekunki i inne). Powinien temu towarzyszyć rozwój jakościowy tych usług, czyli zapewnienie ich wysokiego standardu. Bezdyskusyjna wydaje się potrzeba dalszego zwiększenia liczby placówek przedszkolnych, pełniących nie tylko funkcję opiekuńczą wobec dzieci, ale przede wszystkim funkcję edukacyjną i egalitaryzującą, pozwalającą na wyrównywanie szans dzieci pochodzących z zaniedbanych środowisk.

Ułatwieniu dostępu do placówek opiekuńczych, zwłaszcza dzieciom ze środowisk mniej zamożnych, powinny służyć zmiany w zakresie opłat za usługi opiekuńcze. Można rozważyć wprowadzenie bonu opiekuńczego lub 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).

Faktyczne ułatwienia w godzeniu pracy zawodowej z życiem rodzinnym zależą od postaw pracodawców. Niezbędny jest zatem rozwój zatrudnienia przyjaznego rodzinie; popularyzacja idei, promocja dobrych praktyk. Większe zaangażowanie pracodawców w tworzenie infrastruktury opiekuńczej, np. zakładanie międzyzakładowych żłobków i przedszkoli, wymaga odpowiednich zachęt. Mogą to być ulgi podatkowe dla pracodawców podejmujących takie działania, jak również dla tych, którzy dofinansowują opiekę w żłobkach i przedszkolach dla dzieci swoich pracowników.

Zarówno polityka rodzinna, jak i ludnościowa musi mieć swój wymiar jakościowy. Równoległe do działań na rzecz zwiększenia dzietności rodzin trzeba podjąć takie, które zapewnią dzieciom dobre warunki rozwoju. Ważnym celem obu polityk jest zatem **tworzenie warunków sprzyjających rozwojowi młodego pokolenia**.

Zgodnie z konstytucyjną zasadą pomocniczości, to rodzina jest odpowiedzialna za swój los i losy swoich członków, a państwo i inne podmioty wkraczają tam, gdzie rodzina napotyka trudności. **Wspieranie rodziny w ponoszeniu kosztów utrzymania i wychowania dzieci**, traktowanych jako inwestycja w młode pokolenia, powinno w pierwszym rzędzie polegać na wzmocnieniu znaczenia dochodów z pracy jako głównej podstawy egzystencji rodzin. Może to polegać np. na zmianach w zakresie ustalania wysokości płacy minimalnej

czy podwyższeniu minimalnych stawek godzinowych. I w tym przypadku mamy do czynienia z pośrednią polityką rodzinną.

Bezpośrednim wsparciem przez państwo rodzin wychowujących dzieci są świadczenia pieniężne. W tym zakresie dokonano zasadniczej zmiany, przyznając świadczenie wychowawcze o szerokim zakresie podmiotowym (dla wszystkich rodzin wychowujących dwoje i większą liczbę dzieci bez względu na dochód rodziny, a dla rodzin z jednym dzieckiem – przy spełnieniu kryterium dochodowego) i w znaczącej wysokości (500 zł miesięcznie na każde dziecko). Wysokie nakłady finansowe, jakie pociąga za sobą wypłata tego świadczenia, stwarzają potrzebę monitorowania skuteczności świadczenia pod kątem wpływu na decyzje prokreacyjne i poprawę diety oraz pod kątem wpływu na zaspokojenie potrzeb dzieci. Wyniki monitoringu powinny stanowić podstawę ewentualnych weryfikacji zasad przyznawania świadczenia. Propozycja, która się obecnie nasuwa na etapie obowiązującego stanu prawnego, to wprowadzenie obligatoryjnej zasady indeksacji wysokości świadczenia i progów dochodowych uprawniających do świadczeń rodziny z jednym dzieckiem i dzieckiem niepełnosprawnym, tak aby zapobiec utracie realnej wartości świadczenia. Inna propozycja to podniesienie i zróżnicowanie wysokości świadczenia wychowawczego dla dziecka niepełnosprawnego, zależnie od rodzaju i stopnia niepełnosprawności.

Stalej, faktycznej indeksacji wymagają świadczenia rodzinne i progi dochodowe uprawniające do ich otrzymania. Zapobiegnie to – z jednej strony – osłabieniu znaczenia świadczeń w dochodach mniej zamożnych rodzin, z drugiej – zmniejszaniu się kręgu korzystających.

Inną formą finansowego wspierania rodzin są ulgi na dzieci w systemie podatku dochodowego. Ich wysokość powinna być weryfikowana co rok, w celu zapobiegania spadkowi ich realnego znaczenia. Stymulatorem zachowań podatkowych, mających na utrzymaniu dzieci, są ulgi z tytułu określonych wydatków na cele prorozwojowe. Ich przywrócenie wymaga poważnego rozważenia.

Nawiązując do samoodowiedzialności rodziny za losy swoich członków, należy rozważyć tworzenie zachęt do wzmacniania przezorności rodziców w zakresie zabezpieczenia niespodziewanych wydatków oraz wydatków edukacyjnych wspomagających „start” młodzieży w dorosłe życie. Mogą to być fundusze/konta oszczędnościowe dla dzieci tworzone na zasadach preferencyjnych i wspomagane/uzupełniane dotacją ze środków publicznych lub wolne od podatku. Mogłaby to być na przykład forma docelowego „zagospodarowania” świadczenia wychowawczego.

Priorytetową formą wspierania rodziny w wychowaniu dzieci i zapewnieniu im optymalnych warunków rozwoju powinny być usługi społeczne dla dzieci i młodzieży: opiekuńcze, edukacyjne, zdrowotne, sportowe, kulturalne, rekrea-

cyjne. Chodzi zarówno o ich rozwój ilościowy, jak i podnoszenie jakości, a przede wszystkim o zapewnienie dostępu dzieciom z różnych środowisk na zasadzie wyrównywania szans rozwojowych i – w rezultacie – życiowych. W realizację tego celu należy włączyć inne podmioty polityki rodzinnej, przede wszystkim samorządy lokalne. To na nich powinna opierać się polityka rodzinna w wymiarze lokalnym, zapewniająca stosowanie rozwiązań adekwatnych do zróżnicowanych i zindywidualizowanych potrzeb rodzin zamieszkałych na danym terenie, traktowana jako polityka o szerszym zakresie podmiotowym, nie tylko skoncentrowana na rodzinach będących beneficjentami pomocy społecznej. Zapoczątkowane już w wielu środowiskach zmiany sposobu myślenia o polityce rodzinnej, wykraczające poza traktowanie jej jako polityki socjalnej, wymagają szybkiego upowszechnienia.

Prof. dr hab. Józefina HRYNKIEWICZ
Przewodnicząca Rządowej Rady Ludnościowej
Uniwersytet Warszawski

6. Sytuacja ludzi starszych i niesamodzielnych

1. **Proces starzenia się ludności to wynik zmian demograficznych** w procesach ruchu naturalnego, wydłużania przeciętnego dalszego trwania życia oraz migracji. W pracach dotyczących procesów starzenia się ludności wielu autorów stara się unikać pojęć „stary” i „starszy”, zastępując je określeniami: senior, seniorzy lub osoby trzeciego oraz czwartego wieku. Bez względu na sposób opisywania sytuacji zaawansowany wiek życia może prowadzić do utraty samodzielności i niezależności, do ograniczonej sprawności fizycznej, nierzadko też umysłowej. Unikanie pojęć „stary”, „starość” w opisie sytuacji najstarszego pokolenia nie zmienia stanu, jedynie utrwała negatywny stereotyp, gdy przeciwstawia się „złą” starość – „dobrej” młodości. Narastającego w Polsce problemu opieki nad osobami niesamodzielnymi nie da się nadal ukrywać, gdyż **wzrasta populacja osób starych, w wieku zaawansowanym, a tym samym rośnie liczba osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji.**

2. W analizach i założeniach polityki ludnościowej jest konieczne **wyodrębnienie kategorii osób niesamodzielnych**, co pozwoli na pełniejsze poznanie struktury osób w zaawansowanym wieku w związku z przedłużającym się czasem trwania życia, w tym na poznanie skali występowania ryzyka utraty zdolności do samodzielnej egzystencji osób w zaawansowanym wieku. Wyniki pogłębionej analizy pozwolą na określenie skali potrzeb i koniecznych form opieki nad osobami niesamodzielnymi w zaawansowanym wieku. Ich sytuacja jest zróżnicowana ze względu na: wiek, płeć, stan cywilny, stan rodziny, rodzaj gospodarstwa domowego, wykształcenie, zawód, stan zdrowia, poziom sprawności (stopień ograniczenia sprawności i samodzielności), dochody, miejsce zamieszkania, indywidualne potrzeby oraz wiele innych cech. Wyodrębnienie grupy osób niesamodzielnych pozwoli na bliższe poznanie przyczyn niesamodzielnności, 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.

3. W dotychczasowej praktyce polityki społecznej **osoby niezdolne do samodzielnej egzystencji** włączone są do kategorii osób: 1) starych (niesamo-

dzielni ze względu na kondycję psychofizyczną, np. osoby z chorobą Alzheimera, z demencją, w bardzo zaawansowanym wieku z daleko posuniętymi objawami starzenia się), 2) niepełnosprawnych z powodu skutków wypadku, chorób somatycznych, chorób psychicznych, wad wrodzonych²⁷. Wyodrębnienie kategorii osób niesamodzielnych spośród ludzi starych i niepełnosprawnych – w aktualnych założeniach polityki ludnościowej – jest uzasadnione istotnym zróżnicowaniem: od niepełnosprawności ruchowej (co nie zawsze musi oznaczać niesamodzielność) do całkowitej niesamodzielności z powodu choroby psychicznej (pomimo pełnej sprawności ruchowej). Wiele osób niesamodzielnych (np. z powodu wypadków, podeszłego wieku) to „ofiary” nieskutecznego działania i wadliwej organizacji systemu opieki medycznej: braku kompleksowej zintegrowanej wielo- i wysokospecjalistycznej opieki nad pacjentem, przedłużających się proceduralnych postępowań w organizacji leczenia i rehabilitacji, których 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. Liczba osób niesamodzielnych (niezdolnych do samodzielnej egzystencji), potrzebujących codziennej (stałej) opieki innych osób będzie w Polsce rosła.

4. Procesy starzenia się populacji są naturalnym zjawiskiem wynikającym z upływu czasu życia człowieka. Wzrost udziału najstarszej populacji w strukturze ludności będzie zwiększać rozmiar zadań opieki nad osobami starszymi i starymi. Opieka nad osobą niesamodzielną musi być wykonywana przez opiekuna osobiście. Nie można jej sprawować za pomocą nowoczesnych technologii komunikacyjnych, informacyjnych lub urządzeń technicznych. Wzrost zadań opieki wynika ze zmian w rodzinach, w środowiskach. Powstają problemy wymagające pilnej odpowiedzi na pytania: **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? Z przyczyn demograficznych i społecznych zmniejsza się potencjał opiekuńczy rodziny; stają się one mniej liczne, kontakty w nich są mniej intensywne, następuje osłabienie więzi krewniaczych, rozpadają się rodziny wielopokoleniowe, zanikają kręgi rodzinne (także z powodu emigracji**

²⁷ Według szacunków Eurostatu mężczyźni w Polsce przeżywają w zdrowiu (bez ograniczonej sprawności) 81% długości życia, kobiety – 77%. Osoby w wieku 65 lat mogą oczekiwać, że mniej niż połowę dalszego życia przeżyją w zdrowiu (kobiety 7,5 roku, czyli 39%, mężczyźni 6,7 lat, tzn. 45%). Por. szerzej: *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, praca zbiorowa pod red. B. Wojtyniaka i in., NIZP – PHZ, Warszawa 2012, s. 12 i nast.

zarobkowej wewnętrznej/krajowej i zewnętrznej/zagranicznej). Liczba osób potrzebujących opieki będzie rosła, natomiast liczba osób zobowiązanych i jednocześnie zdolnych do udzielenia opieki (z przyczyn demograficznych) sukcesywnie będzie się zmniejszać. Usługi opieki w coraz większym zakresie muszą być organizowane i dostarczane poza rodziną. W Polsce utrzymuje się powszechnie przekonanie, że opieka nad osobą starą i niesamodzielną „należy do rodziny”. Potwierdzają to badania, 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”.

5. 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. Nie ma w Polsce wiedzy o tym, jaki jest potencjał opiekuńczy rodzin; nie wiadomo, jakimi możliwościami opieki dysponują rodziny²⁸. Nie ma (nie było) dotychczas badań i analiz zawierających ważne informacje o wielkości (i wartości) potencjału opiekuńczego rodziny. Zorganizowanie i wdrożenie systematycznego badania (monitoringu) oraz systematyczna ocena potencjału opiekuńczego rodziny jest bardzo pilnym zadaniem, gdyż z przyczyn demograficznych następuje naturalne zmniejszanie się potencjału opiekuńczego rodzin. „Wymusi” to zastępowanie opieki rodziny – opieką instytucji; funkcje wypełniane dotychczas przez rodziny musi przejąć państwo i instytucje publiczne. Do zaprojektowania systemu finansowania i organizacji opieki potrzebna jest ocena potencjału opiekuńczego rodzin. Tymczasem takich badań nikt dotychczas w Polsce nie prowadził, gdyż ich wyniki nikomu nie były potrzebne; wciąż bowiem funkcjonuje w Polsce mit „troskliwej rodziny”, dającej opiekę osobie niesamodzielnej.

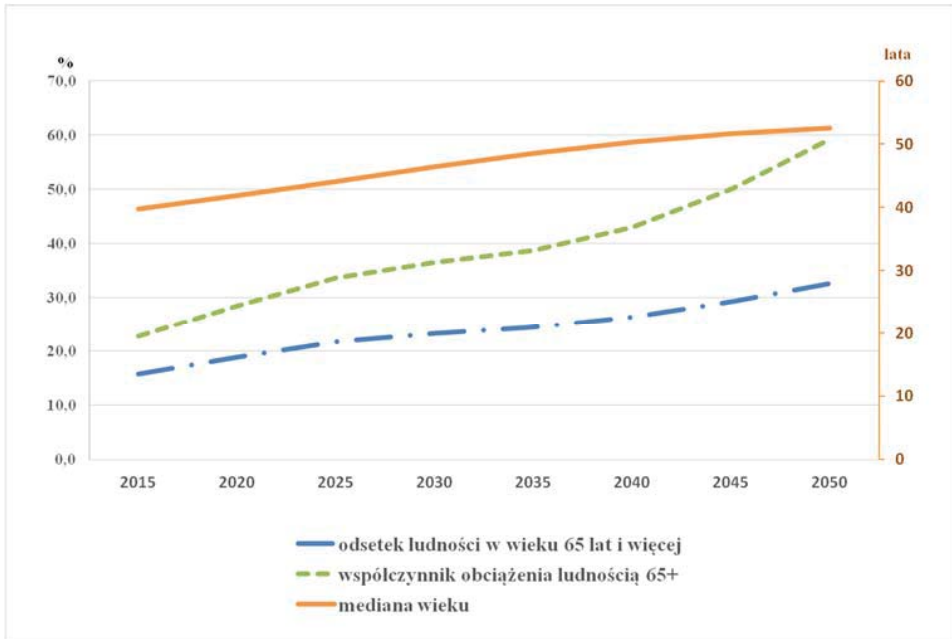
6. W warunkach rosnącej skali oraz kosztów **mit „rodzinnej opieki”** nie zastąpi profesjonalnego systemu pozarodzinnego. Zmienia się też charakter więzi rodzinnych, rodzina staje się bardziej mobilna, dezorganizuje się, bywa też obciążona problemami określanymi mianem patologii społecznej. Zdolność rodziny w zakresie realizacji zadań opieki nad swoimi chorymi i niesamodzielnymi oraz najstarszymi członkami poważnie się ogranicza. 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 istocie iluzoryczne). Brakuje nie tylko usług kosztownej

²⁸ Por. M. Eichler, B. Pfau-Effinger, *Challenges and Perspectives for the European Welfare*, [w:] *Challenges and Perspectives for the European Welfare States*, ed. by Bent Greve, Wiley & Sons, 2010.

opieki specjalistycznej. W środowiskach lokalnych nie ma sieci wsparcia rodzin sprawujących opiekę nad osobami niesamodzielnymi. Nie ma skutecznego systemu leczenia i rehabilitacji oraz pielęgnacji, które skutecznie ograniczałyby stopień niepełnosprawności i niesamodzielnosci osób starszych.

7. Opieka rodziny musi być coraz częściej **zastępowana opieką osób spoza rodziny lub opieką organizowaną przez instytucje**. Skala pozarodzinnego zastępstwa w opiece wskutek zmian jest trudna do oceny bez starannego, pogłębionego badania jakościowego na poziomie środowisk lokalnych. Następuje wzrost zapotrzebowania na wiele usług; powstaje rynek pracy, usług i towarów związany z opieką nad osobami starszymi, niepełnosprawnymi i niesamodzielnymi. Rynek ten jest niedostatecznie poznany; nie jest znana ani wielkość zatrudnienia, ani potrzeby wynikające ze skali potrzeb opieki. Szczególnym problemem staje się organizacja opieki na osobami niezdolnymi do samodzielnej egzystencji z powodu zaawansowanego wieku lub/i złego stanu zdrowia. W większości przypadków osoby niesamodzielne potrzebują specjalistycznej pielęgnacji i usług, których na ogół nie może dostarczyć rodzina; usługi takie muszą być świadczone przez profesjonalne służby lub/i instytucje.

Wykres 6.1. Wybrane miary starzenia się ludności według prognozy GUS



Źródło: *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2014–2015*, RRL, Warszawa 2015.

8. Starzenie się ludności ma ogromne **konsekwencje dla położenia gospodarstw domowych**, wydatków finansów publicznych oraz rynku towarów i usług. Opieka nad niesamodzielnymi członkami rodziny ogranicza możliwości utrzymania zatrudnienia osobom podejmującym obowiązki opieki. Wskutek zaprzestania pracy zarobkowej przez opiekuna obniżają się dochody gospodarstw domowych, a jednocześnie rosną wydatki w związku z zapewnieniem opieki. Wzrasta zapotrzebowanie na usługi ochrony zdrowia, opieki, pomocy w utrzymaniu gospodarstwa domowego, rehabilitacji, pielęgnacji. W bliskim czasie konieczny będzie rozwój różnych usług (w tym publicznych usług specjalistycznych) dla osób starych, niesamodzielnych, w zaawansowanym wieku, organizowanych poza rodziną. Problem ten wymaga podjęcia poważnej publicznej debaty, jak zapewnić pomoc i opiekę tym, którzy stają się w pewnej fazie swojego życia niesamodzielnymi.

Elżbieta BOJANOWSKA

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

7. Działania podejmowane przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w realizacji zadań polityki ludnościowej

Moje uwagi odnoszą się do dwóch wątków podejmowanych w dyskusji, do ważnych kwestii społecznych, które dotyczą z jednej strony niskiej dzietności, a z drugiej – wzrastającej liczby osób starszych. Współczynnik dzietności, na co wskazywano, systematycznie spada od 1997 roku. Obecnie oscyluje wokół wartości 1,29. W odpowiedzi na to wyzwanie głównym celem podejmowanych działań powinno być stworzenie polskim rodzinom warunków zachęcających do podejmowania decyzji o rodzicielstwie.

Wsparcie rodzin musi mieć charakter wielowymiarowy. Jego istotnym elementem jest pomoc finansowa. Z badania opinii publicznej wynika, że sytuacja materialna jest postrzegana jako jeden z tych czynników, które wpływają na zachowania prokreacyjne. Aż 85% respondentów badanych w ramach „Diagnozy społecznej 2013” wskazuje, że ważnymi bądź bardzo ważnymi powodami, dla których Polacy nie decydują się na posiadanie dziecka, są: trudna sytuacja materialna, brak pracy i niepewność zatrudnienia. W związku z tym rząd zaproponował program, który ma zapewnić bezpieczeństwo warunków życia, bezpieczeństwo warunków materialnych. To program „Rodzina 500+”. Został on opracowany właśnie z myślą o tym, aby poprzez zmniejszenie obciążenia finansowego rodziny, związanego z wychowaniem dzieci, umożliwić realizację planów prokreacyjnych i zachęcić do podejmowania decyzji o posiadaniu większej liczby dzieci. Dziś trudno odpowiedzieć w sposób jednoznaczny, na ile transfery pieniężne wprost przełożą się na wzrost dzietności, niemniej jednak na podstawie wszystkich dostępnych badań można wnioskować, że wsparcie, pierwsze takie wsparcie finansowe polskich rodzin, będzie miało pozytywny wpływ na współczynnik dzietności.

Obok programu Rodzina 500+ mamy także świadczenie rodzicielskie w wysokości 1000 zł wypłacane rodzicom, którzy nie mają uprawnień do zasiłku macierzyńskiego. Ważne jest również wsparcie w postaci rozwoju usług społecznych, z których korzystają rodziny z dziećmi, ale także polityka rynku pracy, ponieważ poziom dochodów i stabilność zatrudnienia są jedną z tych determinant, które decydują o rodzicielstwie.

Wśród stosowanych w Polsce, podobnie jak i w innych krajach Unii Europejskiej, instrumentów polityki rodzinnej należy wymienić m.in.: ułatwienie dostępu do instytucji opieki nad dzieckiem, urlopy z tytułu opieki nad dzieckiem czy ulgi podatkowe dla rodziców. Badania jednoznacznie wskazują na silny pozytywny związek między dostępnością miejsc opieki nad dziećmi, szczególnie w placówkach finansowanych ze środków publicznych, a więc relatywnie tanich, a wysokim poziomem dzietności. Dlatego pomoc dla rodzin nie będzie ograniczała się do wymiaru finansowego, ale zakłada również rozwój usług opieki nad małymi dziećmi. Należy tu wymienić m.in. resortowy program rozwoju instytucji opieki nad dziećmi w wieku do lat trzech „Maluch”. W 2016 r. w ramach tego programu jest przeznaczony 151 mln zł na dofinansowanie tworzenia czy też funkcjonowania już istniejących miejsc opieki nad małymi dziećmi. Planowane jest w roku 2016 wspieranie tych ośrodków, które są ośrodkami mniejszymi, które gorzej sobie radzą z zapewnieniem miejsc opieki dla małych dzieci. Należy również zwrócić uwagę na rodziny wielodzietne, na ulgę podatkową na pierwsze i drugie dziecko, która wynosi 1112 zł, na trzecie – ok. 2000 zł, zaś na czwarte i kolejne dziecko – do 2700 zł. Kontynuowana jest również realizacja programu Karta Dużej Rodziny.

Drugim zagadnieniem ważnym dla rodzin jest stabilizacja zatrudnienia. W związku z tym należy tu wspomnieć m.in. o wprowadzonym obowiązku odprowadzania składek na ubezpieczenie od umów zlecenia do poziomu minimalnego wynagrodzenia czy też obowiązku pisemnego potwierdzenia pracownikowi przed dopuszczeniem do pracy podstawowych ustaleń związanych z zawarciem umowy o pracę. Pośrednio także ma prorodzinny charakter projekt wprowadzenia przepisów dotyczących gwarancji minimalnego wynagrodzenia na poziomie 12 zł za godzinę w przypadku umów zawieranych na podstawie przepisów prawa cywilnego.

Zdajemy sobie sprawę, że polityka społeczna, w tym polityka rodzinna, musi mieć charakter kompleksowy. Znalazło to odzwierciedlenie w przyjętym przez Radę Ministrów 16 lutego 2016 r. „Planie na rzecz odpowiedzialnego rozwoju”. Plan ten m.in. wskazuje na opracowanie kompleksowego programu demograficznego, a więc także dotyczącego różnych aspektów wsparcia rodzin. Po zakończeniu prac związanych z wdrażaniem ustawy o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci planuje się powołanie zespołu do spraw opracowania horyzontalnej polityki demograficznej państwa; w ramach pracy zespołu m.in. zostanie przygotowany dokument określający długofalową politykę rodzinną państwa.

Drugi obszar, na który wskazała prof. J. Hrynkiewicz, dotyczy osób starszych i osób niesamodzielnych. Jedną z ważniejszych kwestii jest wzrost udziału

w populacji osób, które będą wymagać wsparcia w podstawowych czynnościach życia codziennego i nie będą w stanie samodzielnie funkcjonować bez pomocy osób trzecich zarówno w środowisku domowym, jak i społecznym. Konsekwencją tego jest konieczność budowy zdecentralizowanego, kompleksowego, spójnego systemu opieki nad osobami starszymi i niesamodzielnymi.

W literaturze przedmiotu przyjmuje się, że niesamodzielność to wynikająca z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu w następstwie choroby bądź urazu niezdolność do samodzielnej egzystencji, która powoduje konieczność stałej bądź długotrwałej opieki i pomocy osób drugich w wykonywaniu czynności dnia codziennego w zakresie odżywiania, przemieszczania się, pielęgnacji ciała oraz zaopatrzenia gospodarstwa domowego. W wielu krajach (m.in. w Hiszpanii, Czechach, w Niemczech czy w krajach skandynawskich) już są wdrożone odpowiednie systemy opieki. W polskim systemie prawnym dotąd nie zdefiniowano pojęcia niesamodzielności. Występuje jedynie bliskoznaczne pojęcie niezdolności do samodzielnej egzystencji. System orzekania o niepełnosprawności dzieli przede wszystkim orzecznictwo: dla celów pozarentowych bądź rentowych. Orzecznictwo ZUS-owskie wyróżnia kategorię osób niezdolnych do pracy i samodzielnej egzystencji. Z kolei, powiatowe zespoły orzekania o stopniu niepełnosprawności orzekają o trzech stopniach niepełnosprawności: znacznym, umiarkowanym i lekkim. Przynajmniej sporą część osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności można uznać za osoby niesamodzielne, dlatego tak trudno jest ustalić liczbę osób niesamodzielnych, są to bowiem osoby o orzeczonej niezdolności do samodzielnej egzystencji lub/i mające znaczny stopień niepełnosprawności. Należy jednocześnie zaznaczyć, że prawdopodobieństwo bycia osobą niesamodzielną wzrasta wraz z wiekiem, szczególnie – widać to w badaniach – po 75. roku życia.

W raporcie Komisji Europejskiej za 2013 r. (jest to raport z 2015 r.) szacowana liczba osób niesamodzielnych w Polsce to ok. 2600 tysięcy. Komisja Europejska przyjmuje, że za osobę niesamodzielną uznaje się osobę ze znacznym stopniem ograniczenia w wykonywaniu codziennych czynności ze względu na długotrwałe problemy zdrowotne. Dlatego też polityka społeczna wobec osób starszych musi uwzględniać, po pierwsze, tworzenie warunków do zaspokojenia różnego rodzaju potrzeb, biorąc pod uwagę złożoną i różnorodną sytuację osób starszych, po drugie, kształtowanie odpowiednich relacji międzypokoleniowych i solidarności międzypokoleniowej, po trzecie, musi zapobiegać automarginalizacji osób starszych. Jednocześnie przy kształtowaniu tej polityki musimy uwzględniać fakty, a mianowicie samotne zamieszkiwanie, czyli singularyzację starości, zjawisko podwójnego starzenia się, feminizację starości czy też wertykalizację sieci rodzinnej, czyli zmniejszanie się liczebności kolejnych pokoleń przy jednoczesnym zwiększaniu się liczby żyjących pokoleń. Musimy pamiętać

o ewaluacji, jakiej podlegał model rodziny – zmniejszyła się liczba gospodarstw domowych złożonych z małżeństwa/partnerów oraz dzieci, natomiast wzrosła liczba gospodarstw złożonych z samotnego rodzica i dzieci, a jednocześnie wzrosła liczba gospodarstw jednoosobowych. Dlatego w ramach kształtowanej polityki niezbędne są: rozwijanie usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania oraz profesjonalne służby.

W obecnym systemie funkcjonują m.in. dzienne domy pobytu dla seniorów. Realizowany jest program dotyczący aktywności społecznej osób starszych (ASOS). Jeden z priorytetów, który jest rozwijany w roku 2016, to m.in. zwiększanie dostępności oraz podniesienie jakości usług społecznych na rzecz osób starszych. W tegorocznej edycji, 2016 r., programu ASOS, w porównaniu z latami 2012–2015 zmianie uległa alokacja środków w ramach budżetu dedykowanego w podziale na poszczególne priorytety konkursu: zmiana dotyczyła zwiększenia środków przeznaczonych na realizację usług społecznych z 15% do 40% ze względu na duże zapotrzebowanie seniorów na usługi społeczne realizowane w lokalnym środowisku.

W MRPiPS trwają także prace nad kolejnymi rozwiązaniami:

- rządowym projektem zmieniającym ustawę o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz ustawę o świadczeniach przedemerytalnych; przewiduje on możliwość nabycia prawa do zasiłku dla bezrobotnych oraz świadczenia przedemerytalnego przez osoby uprawnione do świadczenia pielęgnacyjnego oraz specjalnego zasiłku opiekuńczego i zasiłku dla opiekuna z tytułu sprawowania opieki nad osobą niepełnosprawną, które to osoby utraciły wskazane świadczenie na skutek śmierci osoby, nad którą sprawowana była opieka, lub z powodu utraty ważności orzeczenia o jej niepełnosprawności bądź stopniu niepełnosprawności;
- zmianami ustawy o świadczeniach rodzinnych, których celem jest wykonanie wyroków Trybunału Konstytucyjnego z 2014 r., czyli ujednoczenie prawa do świadczenia pielęgnacyjnego dla opiekunów dorosłych osób niepełnosprawnych niezależnie od momentu powstania ich niepełnosprawności.

Celem polityki, która będzie kształtowana, jest przede wszystkim stworzenie na poziomie lokalnym spójnego i kompleksowego systemu pomocy i opieki nad osobami starszymi i niesamodzielnymi, systemu, który również uwzględniłby ich opiekunów. Wydaje się zatem, że model rodziny musi być obudowywany systemem wsparcia ze strony państwa, samorządu, trzeciego sektora i rynku, rodzina zaś powinna być traktowana jako najważniejsze sprzymierzeniec instytucji i organizacji udzielających pomocy. Jest to szczególnie ważne nie tylko ze względu na racjonalne wykorzystanie zasobów ludzkich, ale także ze względów ekonomicznych.

8. Poprawa stanu zdrowia ludności i ograniczenie umieralności

Wprowadzenie

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 zwiększenie częstości i zmianę struktury chorób, znacząco podnoszą koszty leczenia i zagrażają równowadze systemów 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 pomaga w leczeniu chorób oraz stwarza szanse poprawy stanu zdrowia ludności i ograniczenia umieralności²⁹. W obliczu tych wyzwań Unia Europejska przyjęła na lata 2008–2013 trzy cele strategiczne:

- 1) poprawa stanu zdrowia w starzejącej się Europie przez promocję zdrowia i zapobieganie chorobom;
- 2) ochrona obywateli przed zagrożeniami dla zdrowia;
- 3) wspieranie rozwoju dynamicznych systemów zdrowotnych i nowych technologii.

W 2014 r. Parlament Europejski i Rada (UE) ustanowiły Trzeci Program działań Unii w dziedzinie zdrowia na lata 2014–2020³⁰. Jest to nieodłączny element programu „Europa 2020: Strategia na rzecz inteligentnego i zrówno-

²⁹ Decyzja nr 1350/2007/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 23 października 2007 r. ustanawiająca drugi wspólnotowy program działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008–2013, Dz. Urz. UE L 301 z 20 listopada 2007 r.

³⁰ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) NR 282/2014 z dnia 11 marca 2014 r. w sprawie ustanowienia Trzeciego Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia (2014–2020) oraz uchylające decyzję nr 1350/2007/WE.

ważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu”. Cele ogólne Programu to: poprawa zdrowia obywateli Unii i zmniejszenie nierówności w zdrowiu przez promowanie zdrowia, zachęcanie do innowacji w dziedzinie zdrowia, zwiększanie stabilności systemów zdrowotnych oraz ochrona obywateli Unii przed poważnymi transgranicznymi zagrożeniami zdrowotnymi. Właściwie ukierunkowane inwestycje na rzecz promowania zdrowia i profilaktyki chorób mogą – w obliczu przemian demograficznych i procesu starzenia się społeczeństwa – doprowadzić do zwiększenia liczby „lat zdrowego życia” i do stworzenia warunków, aby osoby starsze mogły cieszyć się zdrowym i aktywnym życiem mimo upływu lat. Uwzględnienie zasady „zdrowie we wszystkich politykach” stanowi nieodzowny warunek efektywności tych inwestycji. Choroby przewlekłe są przyczyną ponad 80% przypadków przedwczesnych zgonów w UE i dlatego Program ma identyfikować, upowszechniać i promować wdrażanie opartych na dowodach i dobrych praktykach, efektywnych kosztowo, sposobów promowania zdrowia i profilaktyki chorób. Skuteczna profilaktyka jest warunkiem zwiększenia finansowej stabilności systemów opieki zdrowotnej. Środki powinny być przeznaczone w szczególności na ograniczanie najważniejszych czynników ryzyka, których zdrowotne następstwa kumulują się w wieku starszym, takich jak: palenie tytoniu, zażywanie narkotyków, nadużywanie alkoholu, nieprawidłowe nawyki żywieniowe, otyłość i brak aktywności fizycznej, jak również HIV/AIDS, gruźlica i wirusowe zapalenie wątroby. Program powinien przyczyniać się do profilaktyki chorób we wszystkich jej aspektach (pierwszego, drugiego i trzeciego stopnia) oraz w całym cyklu życia, do promowania zdrowia i rozwijania środowiska sprzyjającego zdrowemu stylowi życia, z uwzględnieniem podstawowych czynników o charakterze społecznym i środowiskowym, w tym problematyki płci, jak również wpływu pewnych rodzajów niepełnosprawności na zdrowie. Cele ogólne mają być realizowane za pośrednictwem celów operacyjnych i zadań szczegółowych, których skuteczność oceniana jest za pomocą wielu mierników³¹.

W Polsce podstawą koncepcji powiązania zdrowia publicznego z polityką ludnościową jest dorobek I i II Kongresu Demograficznego. W debacie inauguracyjnej I Kongres Demograficzny (12 września 2001 r.) podkreślono, że złożona sytuacja demograficzna kraju w okresie dokonujących się zmian systemowych oraz konieczność łagodzenia jej skutków wymaga podejmowania różnorodnych i harmonijnych działań we wszystkich sferach życia społeczno-ekonomicznego, w szczególności zaś w edukacji, w polityce na rzecz zdrowia i w polityce społecznej. Za jeden z najistotniejszych warunków prawidłowego rozwoju procesów demograficznych uznano długoterminową koncepcję poprawy stanu zdrowia

³¹ Tamże.

społeczeństwa opartą na promocji zdrowia, wychowaniu prozdrowotnym, kształtowaniu i upowszechnianiu stylu życia sprzyjającego zachowaniu zdrowia, w tym poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie³². Trwająca ponad rok debata zaowocowała pogłębieniem diagnozy i opracowaniem rekomendacji do działań w ważnych obszarach zdrowia publicznego. Podczas sesji końcowej podsumowującej dorobek Kongresu (25 listopada 2002 r.) Prof. Zbigniew Religa zwrócił uwagę na konieczność realizacji programów zdrowotnych przynoszących potwierdzone naukowo efekty i obejmujących zadania z zakresu prewencji pierwotnej (eliminowanie czynników ryzyka), prewencji wtórnej (wczesne wykrywanie czynników ryzyka i chorób) oraz nowoczesnego leczenia³³. Praktycznym efektem debat kongresowych stały się podjęte przez zespół ekspertów prace nad *Założeniami polityki ludnościowej w Polsce*, które w 2004 r. zyskały akceptację Rządowej Rady Ludnościowej i zostały przekazane Radzie Ministrów³⁴. Pośród czterech celów ogólnych bezpośrednio zdrowia publicznego dotyczył cel III – „Poprawa stanu zdrowia ludności i ograniczanie umieralności”, który zawierał cztery cele priorytetowe:

- 1) poprawa opieki medycznej nad matką i dzieckiem,
- 2) ograniczanie zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia,
- 3) ograniczanie zachorowalności i umieralności z powodu chorób nowotworowych,
- 4) promocja zdrowia jako czynnik poprawy zdrowia ludności i związanej z nim jakości życia.

W wyniku prac eksperckich poprzedzających II Kongres Demograficzny³⁵ oraz debat kongresowych (2012 r.) przygotowano nową wersję *Założeń...*, w których powołany przez przewodniczącego RRL zespół ekspertów w Celu III – „Poprawa stanu zdrowia ludności i ograniczanie umieralności” zawarł sześć celów priorytetowych:

- 1) poprawa opieki medycznej nad matką i dzieckiem,
- 2) ograniczanie zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia,

³² W. Zatoński, *Kształtowanie się sytuacji zdrowotnej ludności Polski – uwarunkowania, zagrożenia i problemy*, w: *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku*, I Kongres Demograficzny w Polsce, Sesja Końcowa, Tom XVII, Z. Strzelecki (red.), Rządowa Rada Ludnościowa, RCSS, Warszawa 2003.

³³ *Problemy demograficzne Polski przed wejściem do Unii Europejskiej. Demographic Problems of Poland before the Accession to the European Union*, Z. Strzelecki (red.), PWE, Warszawa 2003.

³⁴ *Założenia polityki ludnościowej w Polsce*, w: *Sytuacja demograficzna Polski – Raport 2004*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2006.

³⁵ *Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa*, J. Szymborski (red.), Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2012.

- 3) ograniczanie zachorowalności 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.

W roku 2016 zostały podjęte prace nad aktualizacją *Założeń...* z zamiarem przekazania ich Rządowi RP jako podstawy do opracowania Narodowego Programu Polityki Ludnościowej*. W niniejszym opracowaniu zawarto ogólną ocenę kształtowania się sytuacji zdrowotnej ludności Polski w ostatnim 15-leciu, omówiono w syntetycznej formie zaktualizowane priorytety zdrowia publicznego w polityce ludnościowej Polski, a także zaproponowano tezy do merytorycznej dyskusji na temat roli sektora zdrowia w polityce ludnościowej.

8.1. Ogólna ocena sytuacji zdrowotnej ludności Polski

W analizie sytuacji zdrowotnej w kontekście polityki ludnościowej Polski należy mieć na uwadze zmieniającą się w czasie ostatniego ćwierćwiecza 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 niedokrwiennej serca, co przyczyniło się do stałego wzrostu przeciętnej długości życia. Te korzystne zmiany były efektem zarówno realizowanych pro-

* **Zespół ekspertów RRL:** *prof. Bogdan Chazan*, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach, Rządowa Rada Ludnościowa; *dr Joanna Didkowska*, Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów, Centrum Onkologii – Instytut; *prof. Wojciech Drygas*, Zakład Epidemiologii, Prewencji Chorób Układu Krążenia i Promocji Zdrowia, Instytut Kardiologii w Warszawie; *prof. Mirosław Jarosz*, Instytut Żywności i Żywienia; *dr Jacek Moskalewicz*, Zakład Badań nad Alkoholem i Toksykomaniami, Instytut Psychiatrii i Neurologii; *dr Iwona Paradowska-Stankiewicz*, Zakład Epidemiologii, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH; *Krzysztof Przewoźniak*, Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów Centrum Onkologii – Instytut; *dr Włodzimierz Sekula*, Instytut Żywności i Żywienia, RRL; *dr Zofia Słońska*, Zakład Epidemiologii, Prewencji Chorób Układu Krążenia i Promocji Zdrowia, Instytut Kardiologii w Warszawie, RRL; *dr Urszula Sulkowska*, Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów Centrum Onkologii – Instytut; *prof. Janusz Szymborski*, GUS – RRL, Katedra Zdrowia Publicznego Wszechnica Polska SW w Warszawie; *prof. Jacek Wciórka*, I Klinika Psychiatryczna, Instytut Psychiatrii i Neurologii; *prof. Witold Zatoński*, Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów, Centrum Onkologii – Instytut, RRL.

gramów polityki zdrowotnej państwa, jak i prozdrowotnych zmian w stylu życia ludności, zwłaszcza wzrostu spożycia tłuszczów roślinnych³⁶.

W kolejnej dekadzie, obejmującej początek XXI wieku, odnotowano w Polsce pewne niepokojące trendy zdrowotne³⁷, co wyrażało się m.in.:

- 1) utrzymywaniem się dysproporcji przewidywanej długości życia w stosunku do przeciętnych wskaźników w krajach Unii Europejskiej; przeciętne dalsze trwanie życia noworodka płci męskiej w 2010 r. wynosiło 72,1 lat, natomiast przeciętne dalsze trwanie życia noworodka płci żeńskiej – 80,6 lat;
- 2) zmniejszeniem długości trwania życia w wyniku przedwczesnej umieralności; fakt ten powinien stanowić istotne wyzwanie dla polityki zdrowia publicznego w kontekście polityki ludnościowej, przedwczesna umieralność dotyczy bowiem populacji o decydującym potencjale prokreacyjnym; w 2009 r. przedwczesna umieralność przed 65. rokiem życia powodowała w Polsce redukcję oczekiwanej długości życia aż o 6,42 lat (średnia dla krajów – członków UE od 2004 r. lub od 2007 r. – 6,53 lat, średnia dla „starych” krajów UE – 4,04 lat);
- 3) silnym różnicowaniem długości życia przez czynniki społeczne, w tym wykształcenie i warunki bytu;
- 4) spowolnieniem spadku przedwczesnej umieralności z powodu chorób układu krążenia – schorzenia te były w analizowanej dekadzie znacznie częstszą przyczyną przedwczesnych zgonów mieszkańców Polski niż przeciętnie w UE;
- 5) wysoką śmiertelnością chorych z udarami mózgu przy stosunkowo niskiej na tle innych krajów śmiertelności szpitalnej w Polsce z powodu zawału serca;
- 6) gorszymi wynikami leczenia nowotworów w Polsce niż w krajach Europy Zachodniej, choć w pierwszej dekadzie XXI wieku uwidocznił się pewien postęp; wskaźniki przeżywalności znacznie poprawiły się u mężczyzn (z 32,9% – w latach 2000–2002 do 37,3% – 2003–2005); u kobiet poprawa była nieco mniejsza (odpowiednio z 51,2% do 53,5%);
- 7) wysokimi wskaźnikami przedwczesnych zgonów kobiet z powodu nowotworów, przy czym nie zmniejszającą się umieralnością kobiet z powodu raka sutka, a śmiertelnością z powodu raka szyjki macicy zmniejszającą się bardzo powoli i wysoką na tle większości krajów UE;
- 8) 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

³⁶ *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, P. Goryński, B. Wojtyniak (red.), Narodowy Instytut Zdrowia – PZH, Warszawa 2008.

³⁷ *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, P. Goryński, B. Wojtyniak, B. Moskalewicz (red.), Narodowy Instytut Zdrowia – PZH, Warszawa 2012.

w UE (wśród zewnętrznych przyczyn zgonów dominujące znaczenie miały wypadki drogowe, w wyniku których ginęło jednak coraz mniej osób; mimo trendu spadkowego na uwagę zasługiwał wciąż wysoki udział pieszych (32% w 2010 r.) w liczbie osób zabitych w wypadkach drogowych, w tym osób starszych wiekiem; znaczenia nabierały zgony z powodu samobójstw, których częstość w pierwszej dekadzie XXI w. wzrastała);

- 9) znacznym wzrostem liczby leczonych w psychiatrycznej opiece zdrowotnej, na co złożyły się pogorszenie kondycji psychicznej oraz wysoki poziom konsumpcji alkoholu i innych substancji psychoaktywnych;
- 10) dużą częstością hospitalizacji najmłodszych roczników, poniżej piątego roku życia, przy znacznie rzadszej hospitalizacji osób najstarszych, powyżej 75. roku życia, co sytuację w Polsce różniło od większości krajów UE;
- 11) wyższą niż przeciętna w krajach UE zapadalnością na wiele chorób zakaźnych mimo stałej poprawy sytuacji epidemiologicznej; niewystarczającym rozwojem diagnostyki laboratoryjnej i jej zbyt małą dostępnością, co utrudniało rozpoznanie sytuacji epidemiologicznej niektórych chorób i opóźniało wypracowywanie skutecznych metod zapobiegania tym chorobom; niską wiarygodnością danych epidemiologicznych, w tym danych z rejestracji zachorowań;
- 12) 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 dwóch; zagrożeniami epidemicznymi na oddziałach położniczo-noworodkowych;
- 13) utrzymującym się problemem niepłodności będącej w dużym stopniu następstwem planowania potomstwa w późnych latach życia oraz chorób przenoszonych drogą płciową;
- 14) brakiem koordynacji oraz nadzoru nad realizacją zadań w zakresie opieki nad matką i dzieckiem przez organy założycielskie, brakiem dostępności do edukacji rodziców, niską w wielu miejscach jakością opieki okołoporodowej;
- 15) zaniedbaniami zdrowia młodzieży, mimo iż ten okres życia decyduje o kapitale zdrowotnym, z jakim młodzi ludzie wchodzi w dorosłość;
- 16) nierównym dostępem dzieci i młodzieży szkolnej do profilaktycznej opieki zdrowotnej sprawowanej przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzy dentyistów i pielęgniarki; istotną wadą tej organizacji było znaczne rozproszenie podmiotów świadczących usługi w zakresie profilaktyki, a także instytucji sprawujących nadzór nad tymi podmiotami;
- 17) nasilającą się od 2002 r. dysfunkcją systemu publicznej ochrony zdrowia, czego wyrazem były: 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, geriatrycznych i wysoko specjalistycznych; do tej dysfunkcji systemu przyczyniała się także migracja lekarzy i pielęgniarek, spowodowana brakiem satysfakcji finansowej pracowników ochrony zdrowia.

Rządowa Rada Ludnościowa w stanowisku na temat bezpieczeństwa zdrowotnego (2008 r.) zwracała uwagę na to, że wydatki na ochronę zdrowia w Polsce zarówno w przeliczeniu na jednego mieszkańca, jak i jako procent PKB należą do jednych z najniższych w krajach Unii Europejskiej³⁸. Na podstawie dogłębnej analizy aktualnej sytuacji i wyważenia proporcji między obciążeniem publicznym, obciążeniem państwa a obciążeniem indywidualnym na zdrowie, RRL postulowała podjęcie systemowych zmian w ochronie zdrowia, mających na celu m.in. zwiększenie możliwości dostępu pacjentów do świadczeń zdrowotnych, zniesienie limitów w dostępności do świadczeń, podniesienie jakości świadczeń medycznych, dokonanie rzeczywistej wyceny świadczeń zdrowotnych, zwiększenie limitów przyjęć na studia medyczne (lekarze, pielęgniarki), a także połączenie tych działań z reorientacją opieki medycznej i dostrzeżeniem istotnej roli zdrowia publicznego w systemie ochrony zdrowia.

Jak pokazuje porównanie wyników Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (European Health Interview Survey – EHIS)³⁹, przeprowadzonego przez Główny Urząd Statystyczny (GUS) w latach 2009 i 2014, a także analiza danych zamieszczonych w publikacjach RRL⁴⁰ oraz w opracowaniach instytutów naukowo-badawczych⁴¹, Ministerstwa Zdrowia (MZ) i Głównego Inspektoratu Sanitarnego (GIS), w pięcioleciu 2010–2014 zaobserwowano poprawę sytuacji w pewnych obszarach ochrony zdrowia i utrzymywanie się problemów w innych sferach:

³⁸ *Stanowisko Rządowej Rady Ludnościowej w sprawie „Bezpieczeństwo zdrowotne ludności Polski”*, RRL, Warszawa, 20 listopada 2008 r.

³⁹ *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.*, GUS, Warszawa 2015.

⁴⁰ *Zachorowalność i umieralność na nowotwory a sytuacja demograficzna Polski*, A. Potrykowska, Z. Strzelecki, J. Szymborski, J. Witkowski (red.), RRL, Warszawa 2014; *Zachorowalność i umieralność na choroby układu krążenia a sytuacja demograficzna Polski*, Z. Strzelecki, J. Szymborski (red.), Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2015.

⁴¹ *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjo-demograficznych. Wyniki badań HBSC 2014*, J. Mazur (red.), Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2015.

- 1) subiektywna ocena stanu zdrowia mieszkańców Polski nieznacznie się poprawiła i tylko niespełna co trzeci mieszkaniec naszego kraju ocenił swoje zdrowie poniżej oceny dobrej; mimo poprawiającej się subiektywnej oceny stanu zdrowia 59% osób dorosłych zadeklarowało występowanie w ciągu ostatnich 12 miesięcy dolegliwości zdrowotnych lub chorób przewlekłych; pod koniec 2014 r. w Polsce żyło około 4,9 mln osób niepełnosprawnych (o prawie 353 tys. mniej niż w 2009 r.), co piąta osoba z tej grupy nie miała prawnego statusu osoby niepełnosprawnej; poprawa subiektywnej oceny zdrowia dotyczy także dzieci, jednak aż co czwarte dziecko w Polsce cierpi na przewlekłą chorobę;
- 2) nadmierną masę ciała ma już 62% dorosłych mężczyzn i 46% kobiet, przy czym proporcja masy ciała do wzrostu kwalifikuje częściej niż co szóstego mężczyznę i co siódmą kobietę do kategorii osób otyłych; według EHIS u dzieci nie odnotowano wzrostu średniej masy ciała, a nawet niewielkie jej obniżenie;
- 3) zmniejszył się nieznacznie odsetek osób dorosłych palących tytoń – codziennie pali 29% dorosłych mężczyzn i 17% kobiet (w 2009 r. 31% dorosłych mężczyzn i 18% kobiet), jednak w grupie pięćdziesięciolatków (50–59 lat) jest to prawie 36% mężczyzn i 27% kobiet;
- 4) odsetek osób dorosłych regularnie pijących napoje alkoholowe uległ niewielkiej zmianie (spadł z 74% do 72%), a w strukturze rejestrowanej konsumpcji alkoholu dominuje picie piwa (blisko 60% konsumpcji), wysoko-procentowe trunki stanowią ponad jedną trzecią, a wino mniej niż 10%;
- 5) wyraźnie zwiększa się liczba kobiet regularnie wykonujących badania cytologiczne (wzrost o 6 pkt. proc.) i badania mammograficzne (wzrost o blisko 7 pkt. proc.), niemal co piąty dorosły mieszkaniec Polski został chociaż 1 raz przebadany w kierunku wykrycia raka jelita grubego, wykonując kolonoskopię lub badanie obecności krwi utajonej w kale, ponadto co trzeci co najmniej 40-letni mężczyzna miał wykonane badanie lekarskie prostaty;
- 6) prawie co czwarty mieszkaniec Polski potrzebujący pomocy doświadczył opóźnień w dostępie do opieki zdrowotnej z powodu zbyt długiego okresu oczekiwania na wizytę, natomiast brak środków finansowych deklarowała co trzynasta osoba potrzebująca opieki medycznej (sprawowanej przez lekarza) i co dziewięta osoba potrzebująca opieki dentystycznej; z kolei trudności z wykupieniem leków przepisanych na receptę deklarowała co dwunasta osoba;
- 7) odnotowano systematyczny spadek natężenia zgonów i wydłużanie się przeciętnego dalszego trwania życia Polek i Polaków, co jest efektem utrzymywania się malejących trendów natężenia zgonów z powodu chorób układu krążenia i z przyczyn zewnętrznych, a także niektórych chorób nowotworo-

wych – udział zgonów wywołanych tymi przyczynami w 2013 r. wyniósł 77,1% (w 2010 r. wynosił 77,6%); jednak ciągle utrzymuje się, a nawet narasta zjawisko nadumieralności mężczyzn – w roku 2014 natężenie zgonów mężczyzn, mierzone współczynnikiem standaryzowanym, było o 88% wyższe niż wśród kobiet;

- 8) w zakresie sprawozdawczości występują narastające trudności dotyczące kompletności i jakości przekazywanych statystyce danych medycznych o zgonach – Polska jest wprawdzie krajem o 100% kompletności rejestracji zgonów, ale jest jednak również krajem o bardzo niskiej jakości informacji o przyczynach zgonów; z danych dotyczących 2013 r. wynika, że w przypadku prawie 30% zgonów (ponad 114 tys.) lekarze orzekający zgon nieprawidłowo opisali jego przyczyny (w 2000 r. takie przypadki dotyczyły niespełna 25% ogółu zgonów w Polsce);
- 9) rok 2014 był kolejnym, w którym zwiększyła się długość życia Polaków – przeciętne dalsze trwanie życia noworodka płci męskiej wynosiło 73,8 lat, noworodka płci żeńskiej – 81,6 lat; nie oznacza to jednak dłuższego życia w dobrym zdrowiu, przeciętna długość życia bez niesprawności w latach 2006–2013 wzrosła bowiem o 0,8 roku dla mężczyzn, a u kobiet uległa skróceniu o 0,2 roku, podczas gdy w tym samym okresie długość życia noworodka płci męskiej wzrosła o 1,77, a noworodka płci żeńskiej o 1,36 roku; niepokojącym zjawiskiem są bardzo duże dysproporcje w średniej długości życia oraz w poziomie umieralności między poszczególnymi regionami kraju, niektórymi miastami, a nawet dzielnicami dużych miast;
- 10) w Polsce dokonano znaczącego postępu w leczeniu pacjentów hospitalizowanych z powodu zawału serca, jednak nadal wskaźniki zachorowalności oraz odległe wyniki leczenia zawałów są dalece niekorzystne w porównaniu z krajami UE15; nie istnieje nowoczesny, zintegrowany system organizacji i realizacji kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej i prewencji poszpitalnej, np. tylko 22% chorych po zawale serca objętych jest kompleksową rehabilitacją kardiologiczną; w tym tylko 6% pacjentów powyżej 80. roku życia;
- 11) Rosnącym problemem zdrowia publicznego są w Polsce choroby zakrzepowe naczyń, udary mózgu i nadciśnienie tętnicze, a także wzrost liczby nagłych zgonów sercowych, szczególnie wśród mężczyzn; zwraca przy tym uwagę fakt, że według EHIS niemal co piętnasty dorosły mieszkaniec Polski nigdy nie miał mierzonego ciśnienia krwi i najwięcej takich przypadków odnotowano wśród młodzieży w wieku 15–19 lat – dotyczy to co trzeciego młodego człowieka i od dwudziestu lat sytuacja ta nie ulega poprawie;
- 12) dzięki realizacji od 2003 r. Programu POLKARD, a wcześniej w latach 1993–2001 Narodowego Programu Ochrony Serca i Naczyń, dokonał się w Polsce prawdziwy przełom w kardiologii i kardiochirurgii, jednak poziom

- finansowania Programu systematycznie się obniża – w 2010 r. przeznaczono na ten cel 30 mln zł, a w 2013 r. trzykrotnie mniej; niedostateczne finansowanie negatywnie rzutuje przede wszystkim na wykonanie zadań z zakresu epidemiologii, promocji zdrowia i profilaktyki chorób układu krążenia;
- 13) od 1965 r. ogólna liczba nowotworów złośliwych w Polsce znacząco wzrosła – według danych Krajowego Rejestru Nowotworów bezwzględna liczba pierwszorazowych zgłoszeń zachorowania na nowotwory złośliwe w populacji mężczyzn w 1965 r. wynosiła 17 023 przypadków, w 2013 r. zaś 78 236 przypadków, w populacji kobiet było to odpowiednio 20 621 oraz 78 251 przypadków;
 - 14) przyrost liczby zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe w Polsce w ostatnim półwieczu wynika głównie ze zwiększania się liczby ludności po 65. roku życia oraz częstego narażenia populacji na czynniki rakotwórcze, przede wszystkim związane ze stylem życia Polaków, w tym paleniem tytoniu;
 - 15) niski w porównaniu z innymi krajami odsetek wczesnych rozpoznań nowotworów złośliwych – zwłaszcza raka szyjki macicy, piersi, jelita grubego – jest m.in. spowodowany niedostatecznym przygotowaniem lekarzy rodzinnych i innych specjalistów oraz niewystarczającym upowszechnieniem metod wczesnego rozpoznawania raka; związane jest to m.in. z ograniczonym finansowaniem prewencji pierwotnej i wtórnej nowotworów złośliwych, a także z niewystarczającym rozwojem edukacji onkologicznej w polskim środowisku medycznym; istotną przyczyną takiej sytuacji są także poważne zaniedbania w promocji zdrowego stylu życia ludności;
 - 16) godny odnotowania jest fakt utrzymywania się od 2011 r. współczynnika umieralności niemowląt poniżej 5 na 1000 urodzeń żywych – przy czym w 2013 r. po raz pierwszy w historii zarówno współczynnik zgonów dziewczynek, jak i chłopców nie przekroczył granicy 5‰; w roku 2014 obserwowano dalszy spadek umieralności niemowląt – 1583 zgony, tj. 4,2‰ (w miastach 4,1‰, na wsi 4,4‰); w ostatnich latach, w porównaniu z okresem wcześniejszym, obserwowany jest także znaczący spadek wartości współczynnika umieralności okołoporodowej: z 6,8 ‰ w 2010 r. do 5,6‰ w 2014 r.;
 - 17) istotnym problemem medycyny perinatalnej jest stały wzrost liczby urodzeń drogą cięcia cesarskiego; w 2011 r. – 35,4% porodów, a w 2014 r. aż 42% porodów odbyło się przez cesarskie cięcie; wpływa to niekorzystnie na zdrowie kobiet, przyczynia się do zmniejszenia ich płodności i pogorszenia sytuacji demograficznej;
 - 18) w ostatnim pięcioleciu utrzymuje się także stosunkowo duża liczba urodzeń dzieci z niską masą – poniżej 2500 g; w 2014 r. odnotowano 22 211 urodzeń

z niską masą, co stanowiło 5,9% ogółu urodzeń żywych, podobnie jak rok wcześniej, natomiast 27 215 dzieci (ok. 7,3% ogółu urodzeń żywych) przyszło na świat przedwcześnie – przed 37. tygodniem ciąży i był to wzrost (w porównaniu z rokiem poprzednim) o 1091 dzieci przedwcześnie urodzonych; konieczna jest analiza sytuacji w tym zakresie, przygotowanie i zrealizowanie przedsięwzięć w kierunku zmniejszenia odsetka wcześniactwa, a także hipotrofii płodu;

- 19) zdrowie dzieci i młodzieży szkolnej pozostaje poza głównym nurtem zainteresowania medycyny, zarówno w odniesieniu do systemowych działań w obszarze promocji zdrowia oraz profilaktyki zagrożeń zdrowotnych i chorób, jak i skoordynowanej opieki leczniczej, mimo że wyniki EHIS oraz Międzynarodowe Ankiety Badania nad Zachowaniami Zdrowotnymi Młodzieży Szkolnej (HBSC) wyraźnie wskazują na takie potrzeby;
- 20) od 2011 r. notuje się pewne oznaki ożywienia debaty na temat poprawy opieki zdrowotnej nad osobami starszymi, czemu towarzyszą podjęte działania w zakresie organizacji opieki geriatrycznej, tworzenia infrastruktury szpitalnej i poradnianej, rozwoju przed i podyplomowego kształcenia personelu medycznego; z perspektywy demograficznej i zdrowia publicznego aktualnym wyzwaniem pozostaje uzupełnienie obowiązującego dotychczas w odniesieniu do populacji osób starszych paradygmatu integracyjnego i nadanie równoprawnego znaczenia idei zdrowego, aktywnego, twórczego starzenia się, m.in. przez systemowe działania w zakresie promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej, profilaktyki zagrożeń i chorób;
- 21) następuje znaczący wzrost rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych – w latach 1997–2014 liczba pacjentów w opiece ambulatoryjnej zwiększyła się z około 750 tys. do ponad 1,5 mln, w opiece całodobowej liczba pacjentów zwiększyła się prawie o połowę; wskaźnikiem pogorszenia kondycji psychicznej populacji jest najwyższy w historii wskaźnik samobójstw, których liczba wśród mężczyzn wzrosła w latach 2007–2012 o blisko 25%;
- 22) mimo stabilnej i korzystnej w Polsce sytuacji epidemicznej większości chorób zakaźnych, schorzenia te nadal stanowią i będą stanowić ważny problem zdrowia publicznego, co wynika m.in. z tego, że w miejsce starych, dobrze poznanych chorób, pojawiają się inne, nowe zagrożenia, takie jak: AH1N1 pdm09, gorączki krwotoczne, SARS, MERS CoV, zakażenia wirusem Zika, oraz choroby zawlekane do kraju w wyniku podróży i migracji; do innych ważnych wyzwań, które wymagają zdecydowanych działań specjalistów w obrębie istniejących regulacji prawnych należą: zakażenia szpitalne, antybiotykooporność oraz narastanie aktywności ruchów antyszczepionkowych;
- 23) aktualnym wyzwaniem zdrowia publicznego pozostaje nie w pełni zado-walająca czułość systemu nadzoru, w tym systemu monitorowania sytu-

acji epidemiologicznej HIV/AIDS, jak również stosunkowo niska jakość danych pochodzących z rejestracji zakażeń i chorób zakaźnych, w tym zakażeń szpitalnych, chorób przenoszonych drogą płciową i gruźlicy;

- 24) po 20 latach niemości legislacyjnej, 11 września 2015 r. została uchwalona ustawa o zdrowiu publicznym, co powinno stanowić ważny krok na rzecz budowy nowoczesnego systemu zdrowia publicznego na podstawie rzetelnej oceny aktualnej sytuacji zdrowotnej ludności Polski oraz uwzględniającego prognozowany wzrost natężenia chorób przewlekłych i niepełnosprawności, związany m.in. z rozwojem procesów demograficznych.

8.2. Priorytety zdrowia publicznego w polityce ludnościowej Polski

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

- 1) poprawa opieki nad matką i dzieckiem;
- 2) ograniczenie zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia;
- 3) ograniczenie zachorowalności i umieralności z powodu chorób nowotworowych;
- 4) poprawa stanu zdrowia psychicznego;
- 5) ograniczenie zachorowalności i umieralności z powodu przewlekłych chorób niezakaźnych dzięki poprawie żywienia i zwiększeniu aktywności fizycznej społeczeństwa;
- 6) profilaktyka i zwalczanie zakażeń, chorób infekcyjnych oraz zagrożeń transgranicznych;
- 7) promocja zdrowia jako strategia rozwiązywania współczesnych problemów zdrowotnych.

W obecnej wersji projektu *Założeń...* w trzecim celu głównym, pt. „Poprawa stanu zdrowia ludności i ograniczanie umieralności”, utrzymano zatem sześć z przyjętych w 2012 r. priorytetów zdrowia publicznego oraz dodano problem zakażeń, chorób infekcyjnych i zagrożeń transgranicznych. Zagadnienia te są wzajemnie powiązane przez:

- a) koncentrację na czynnikach ryzyka, które w większości są wspólne,

- b) położenie nacisku na profilaktykę chorób i zagrożeń zdrowotnych na każdym etapie życia,
- c) docenienie roli promocji zdrowia jako strategii rozwiązania problemów zdrowotnych, daleko wykraczającej poza sferę medycyny naprawczej.

Zaproponowane priorytety zdrowia publicznego mają istotne powiązania z realizacją trzech pozostałych celów głównych **Założeń polityki ludnościowej Polski**:

Z pierwszym celem głównym pt. „Tworzenie warunków sprzyjających powstawaniu rodzin, przede wszystkim poprzez zawieranie małżeństw i realizację planów prokreacyjnych” bezpośredni związek ma poprawa opieki medycznej nad matką i dzieckiem, natomiast zagadnienia ograniczenia zachorowań na przewlekłe choroby niezakaźne, w tym choroby układu krążenia i nowotwory złośliwe, poprawy stanu zdrowia psychicznego, poprawy żywienia i aktywności fizycznej oraz nowoczesna promocja zdrowia łączą się z wieloma kierunkami działań na rzecz optymalizacji warunków powstawania i funkcjonowania rodzin oraz przeciwdziałania problemom rozrodczości.

Z drugim celem głównym pt. „Tworzenie warunków sprzyjających integracji w starzejącym się społeczeństwie – zmniejszenie skali zagrożenia wykluczeniem społecznym ludzi starszych, niesamodzielnych i niepełnosprawnych” łączą się wszystkie przyjęte priorytety zdrowia publicznego, nie wykluczając priorytetu ukierunkowanego na poprawę opieki medycznej nad matką i dzieckiem (płodowe przyczyny problemów zdrowotnych w dorosłości i w starości). Ekspertki zdrowia publicznego są zgodni co do celowości uzupełnienia paradygmatu integracyjnego w odniesieniu do osób starszych o zagadnienia związane ze zdrowym starzeniem się.

Z czwartym celem głównym *Założeń...* pt. „Określenie zasad i kierunków polityki migracyjnej państwa polskiego w dobie integracji europejskiej” wiąże się priorytet zdrowia publicznego dotyczący zakażeń i chorób infekcyjnych, co jest uzasadnione m.in. koniecznością stałego czuwania nad zapobieganiem tym zagrożeniom związanych z przemieszczaniem się ludności w Europie (zagadnienie uwypuklone w III Programie Zdrowia UE). Istotna jest także potrzeba odniesienia się w ramach doktryny migracyjnej Polski do problemów związanych z emigracją wykwalifikowanego personelu medycznego, w tym lekarzy i pielęgniarek, oraz z napływem do Polski lekarzy z innych krajów.

Każdy z siedmiu priorytetów zdrowia publicznego zawiera uszczegółowione dane pozwalające na pogłębioną diagnozę przedmiotowej problematyki. Na tej podstawie zostały sformułowane rekomendacje kierunkowe i zadania realizacyjne ze wskazaniem adresatów i postulowanych źródeł finansowania. Zaproponowano także kierunki dalszych prac analityczno-badawczych.

8.3. Rola sektora zdrowia w polityce ludnościowej: tezy do dyskusji

Zdrowie publiczne, definiowane jako nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia oraz promowania zdrowia przez organizację zbiorowych wysiłków społeczeństwa, zawiera ważne 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.

Wszystkie sektory mają do odegrania ważną rolę w poprawie stanu zdrowia ludności i ograniczeniu umieralności w kontekście polityki ludnościowej. Przykładowo istotną funkcję ma do spełnienia Ministerstwo Finansów, co wynika m.in. z faktu, iż powinno ono posiadać informacje o nakładach finansowych rządu na zdrowie publiczne jako całości. Nie chodzi jednak tylko o nakłady finansowe. Wszystkie rządy stosują środki prawne i inne sposoby ochrony swych obywateli w różnych obszarach, a zdrowie publiczne dotyczy wielu z nich, na przykład polityki żywieniowej i rolnictwa, polityki transportowej, ochrony środowiska, mieszkalnictwa, bezpieczeństwa, polityki edukacyjnej czy polityki fiskalnej. W związku z rozwojem procesów demograficznych istnieją przesłanki do ściślejszej integracji polityki społecznej i polityki zdrowotnej. Potrzeba wspólnej pracy na rzecz polityki ludnościowej wykracza poza struktury resortowe i obejmuje np. media i organizacje III sektora.

Jest oczywiste, iż sektor zdrowia ma do odegrania kluczową rolę w ochronie zdrowia ludności zarówno jako **dostawca** podstawowych i specjalistycznych świadczeń, jak i **stymulator oraz katalizator** działań na rzecz zdrowia we wszystkich sektorach rządowych. Wiadomo, że odpowiednia opieka zdrowotna nie może ograniczać się do zapewnienia określonej liczby świadczeń i środków; chodzi także o jakość porad i obsługi, przy czym nie można przecenić roli odpowiednio wykształconego i przeszkolonego personelu medycznego. Politycy mają do dyspozycji szeroki wachlarz instrumentów: inicjatywa legislacyjna, regulaminy, zmiany organizacyjne, kształcenie zawodowe, edukacja publiczna, środki fiskalne, alokacja środków budżetowych, finansowanie akcji medialnych, polityka społeczna, ochrona środowiska itd. Na przykład w wielu krajach – i w Polsce – wysoce efektywnym sposobem ograniczenia palenia papierosów okazał się wzrost akcyzy na tytoń. Z kolei wprowadzenie przepisów nakazujących stosowanie pasów bezpieczeństwa przyczyniło się do znaczącego ograniczenia liczby poszkodowanych w wypadkach drogowych.

Od polityków zarządzających ochroną zdrowia, zatroskanych także o politykę ludnościową Polski, można oczekiwać dopilnowania, aby ustawa o zdrowiu publicznym i jej podstawowe narzędzia realizacyjne, jakim jest np. Narodowy Program, nie ograniczały się infrastrukturalnie, organizacyjnie, legislacyjnie, finansowo i kadrowo do obszaru medycyny naprawczej i uwzględniały budowę infrastruktury, podstaw legislacyjnych, rozwiązań organizacyjnych, zapewnienie finansowania i kadr dla promocji zdrowia w obszarze zdrowia publicznego. Na podobnych zasadach powinien być zbudowany Narodowy Program Zdrowia i Rozwoju Dzieci i Młodzieży, ukierunkowany m.in. na utrzymanie wysokiego priorytetu dla perinatologii, zaproponowanie nowych, efektywnych rozwiązań w opiece zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą szkolną. Zasadna z punktu widzenia zdrowia publicznego i polityki ludnościowej jest, jak się wydaje, zmiana podejścia do roli i zadań medycyny pracy, a także położenie nacisku na problematykę zdrowego starzenia się.

Rządowa Rada Ludnościowa od wielu lat wskazuje, że celami strategicznymi polityki zdrowia publicznego w obrębie polityki ludnościowej państwa powinny być przede wszystkim działania wielosektorowe umożliwiające poprawę zdrowotnych warunków powstawania i funkcjonowania rodzin oraz podnoszenie poziomu urodzeń (wzrost dzietności), poprawa stanu zdrowia i ograniczanie umieralności populacji dzieci i młodzieży, kobiet i mężczyzn w wieku prokreacyjnym, a także poprawa stanu kondycji zdrowotnej starszego pokolenia.

W celu zaspokojenia istotnych z punktu widzenia polityki ludnościowej potrzeb zdrowotnych społeczeństwa wymagana jest zmiana modelu i statusu promocji zdrowia w krajowym systemie ochrony zdrowia. Oznacza to, że obok systemu opieki medycznej powinien funkcjonować skoordynowany, efektywny system zdrowia publicznego – oba te systemy zorientowane na poprawę stanu zdrowia populacji, w szczególności matki i dziecka, zapobieganie niepełnosprawności i niezdolności do samodzielnej egzystencji, szczególnie osób starszych wiekiem, oraz na ograniczanie liczby zgonów, zwłaszcza przedwczesnej umieralności.

Współpraca zdrowia publicznego, w tym promocji zdrowia oraz opieki medycznej, jest niesłychanie ważna z punktu widzenia zwalczania głównych przyczyn przedwczesnej umieralności. Eksperti Amerykańskiego Towarzystwa Kardiologicznego (AHA) oraz autorzy 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 profi-

laktyki. Także w *Europejskim Kodeksie Walki z Rakiem* zostały uwypuklone zadania zdrowia publicznego w zakresie prewencji chorób nowotworowych.

Poważne wyzwania dla polityki zdrowia publicznego są związane z kształtowaniem się demograficznej przyszłości Polski⁴². Badanie wykonane na podstawie prognoz demograficznych GUS (do 2035 r. oraz do 2050 r.) wskazują, że zmiany przewidziane prognozą będą miały znaczący wpływ na sytuację zdrowotną ludności. Tylko z powodu starzenia się populacji zwiększy się znacznie odsetek osób potrzebujących podstawowej i specjalistycznej opieki medycznej. Jeżeli nie zaistnieją inne czynniki – o charakterze pozytywnym, oddziałujące w odwrotnym kierunku – znacznie pogorszy się stan zdrowia populacji, wzrośnie odsetek osób obarczonych niepełnosprawnością i chorobami przewlekłymi, co zwiększy zarówno potrzeby, jak i wydatki na świadczenia medyczne oraz usługi opiekuńcze⁴³.

W piśmiennictwie światowym kwestionowana jest teza, iż starzenie się populacji odgrywa główną rolę w gwałtownym zwiększaniu kosztów opieki medycznej i związanych z tym problemów w funkcjonowaniu ochrony zdrowia. Podkreśla się natomiast istotny wpływ trudno poddającego się kontroli wzrostu cen leków i sprzętu medycznego oraz kosztów administracyjnych⁴⁴. Wydaje się więc uzasadnione twierdzenie, że wyzwaniom wynikającym z rozwoju procesów demograficznych w Polsce powinna sprostać odpowiednia polityka zdrowotna nakierowana zarówno na systemowe, adresowane do ludności na wszystkich etapach życia, działania w zakresie promocji zdrowia, profilaktyki zagrożeń i chorób oraz restytucji zdrowia, jak i na racjonalizację gospodarki lekami, aparaturą i sprzętem medycznym oraz na optymalizację kosztów administracyjnych⁴⁵.

⁴² *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2012; *Zdrowe starzenie się: Biała księga*, B. Samoliński, F. Raciborski (red.), Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2013; J. Didkowska, *Prognozy rozwoju chorób nowotworowych w Polsce*, w: *Zachorowalność i umieralność na nowotwory a sytuacja demograficzna Polski*, A. Potrykowska, Z. Strzelecki, J. Szymborski, J. Witkowski (red.), Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2014.

⁴³ J. Szymborski, G. Marciniak, *Zdrowotne następstwa przemian demograficznych w Polsce*, „Studia Ekonomiczne”, nr 223/15, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, Katowice 2015.

⁴⁴ J.R. Beard, D.E. Bloom, *Towards a comprehensive public health response to population ageing*, www.thelancet.com, opublikowane online 6.11.2014, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61461-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61461-6).

⁴⁵ *Strategy and Action Plan for Healthy Ageing in Europe, 2012–2020*, WHO, Regional Committee for Europe, Sixty-second session, Malta, 10–13 września 2012 r.

Jarosław Pinkas

Sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia

9. Działania podejmowane przez Ministerstwo Zdrowia w realizacji zadań polityki ludnościowej

Na wstępie odniosę się do słów prof. J. Hryniewicz: „pora podjąć debatę”. Może jest właśnie pora na to, abyśmy wrócili do spuścizny Profesora Zbigniewa Religi, który praktycznie dzięki współpracy z prof. J. Hryniewicz i prof. A. Wilmowską skończył prace nad ustawą pielęgnacyjną – nad dokumentem dającym, perspektywę wszystkim ludziom niepełnosprawnym w Polsce, ale także mającym wpływ na rozwój gospodarki, wpisującym się w ogólnoswiatowy trend *silver economy*.

Resort zdrowia składa się z dwóch filarów. Pierwszy filar to medycyna naprawcza, immanentnie związana z nakładami. Jeżeli chcemy osiągnąć poprawę stanu zdrowia populacji, musimy po prostu wyłożyć na to więcej pieniędzy. A 4,7% PKB na zdrowie to bardzo mało w Europie. I to niesłychane, że za takie pieniądze można mieć zupełnie przyzwoite efekty zdrowotne. One oczywiście są dobre dlatego, że wielu profesjonalistów medycznych, lekarzy, pielęgniarek i wszystkich innych pracowników służby zdrowia, naprawdę rzetelnie pracuje. Obawiam się jednak, że zaczniemy mieć istotne problemy, dlatego iż, z jednej strony, pojawiają się nowe drogie technologie medyczne, a z drugiej – społeczeństwo się starzeje, co powoduje, że tych środków na leczenie będzie za mało. A więc jednym z głównych zadań ministra zdrowia, ale także całego rządu, jest znalezienie środków na to, żebyśmy rzeczywiście zbliżyli się do nakładów na zdrowie na poziomie 6% PKB. I to jest główne założenie resortu zdrowia – znaleźć pieniądze na służbę zdrowia. Zdrowie kosztuje, nie da się tego zrobić za pomocą dobrych intencji. Musimy także umieć dobrze kupować świadczenia zdrowotne, ale ich wolumen jest ewidentnie związany z ilością posiadanych środków.

Drugi filar to zdrowie publiczne (i tym się zajmuję w resorcie). Jest tu wiele programów, które – gdy je zrealizujemy – przyczynią się do poprawy sytuacji demograficznej. W tej chwili jest opracowywany Narodowy Program Zdrowia (NPZ), odbywają się kolejne spotkania Rady do spraw Zdrowia Publicznego, podczas których następuje „dopinanie” Programu. NSP zawiera sześć celów operacyjnych. Te wszystkie cele są zbieżne z 12 punktami, które zostały przedstawione przez prof. J. Szymborskiego. Wszystko to jest idealnie zgrane z opiniami ekspertów i z tym, co zostało wypracowane przez Rządową Radę Ludnościową.

Idziemy tutaj absolutnie równolegle i nie ma takiego problemu, żebyśmy nie wiedzieli, co jest na końcu drogi, bo to jest bardzo ważne. Musimy to mieć precyzyjnie zaprogramowane.

Jednym z celów operacyjnych jest program prokreacyjny. Zdrowie prokreacyjne – coś, o czym w poprzednich latach zapomniano – to także kwestia związana z odpowiednim dostępem do profilaktyki, mądrej i mądrze wdrażanej promocji, kwestia zapanowania w Polsce mody na to, by mieć dziecko we wcześniejszym wieku. I to jest także związane z działaniami innych resortów. Mamy w tej chwili w Polsce poważny problem: 30-latkowie uważają, że praca jest ważniejsza, a przy braku poczucia stabilności społecznej decyzje o prokreacji są odkładane na przyszłość. I co dzieje się później? Zdarzają się dramaty związane z problemami z płodnością. To jest istotny i obszerny problem, który należy rozwiązać. I tu jest już pole dla medycyny.

Program prokreacyjny jest jednym z filarów Narodowego Programu Zdrowia, ważnym elementem całości zagadnień, którymi się zajmujemy. Chodzi mi o program edukacyjny, informujący o tym – o czym teraz się nie mówi – co trzeba zrobić, żeby móc zająć w ciąży w odpowiednim czasie, jaki styl życia trzeba prowadzić, żeby osiągnąć sukces prokreacyjny.

Druga sprawa to jest, niestety, kwestia dużej grupy par, które mają problemy z płodnością. Pierwszy raz w Polsce wprowadzamy kompleksowe działania w postaci narodowego programu prokreacyjnego, który na początku będzie polegał na budowie infrastruktury potrzebnej do całościowych działań i opieki nad parą. Andrologia, psychologia, wszystkie posunięcia związane z procesem leczniczym dotyczącym kobiety – to dopiero przyniesie sukces. W 97% ten sukces można osiągnąć za pomocą rozsądnego, racjonalnego ciągu zdarzeń, a nie za pomocą niewyobrażalnie drogiej procedury *in vitro*. Odniesiemy ten sukces, jeżeli skutecznie skoordynujemy działania/procedury lecznicze w ośrodkach referencyjnych. W każdym mieście, w którym jest uczelnia medyczna, znajdzie się taki ośrodek, którego ważnym zadaniem będzie także upowszechnianie wiedzy. Wszyscy studenci medycyny, wszyscy lekarze zajmujący się tym zagadnieniem powinni stosować jeden wspólny wzór, oczywiście ciągle aktualizowany, żeby osiągnąć ten sukces.

Do tej pory takiego programu nie było. On jest już prawie gotowy. Mamy na to pieniądze, współpracujemy z NFZ i wiemy, że nawet z zasobem środków, który w tej chwili mamy w systemie, jesteśmy w stanie osiągnąć sukces w tej dziedzinie. Natomiast na budowę infrastruktury potrzebne są pieniądze z budżetu, które do tej pory były przeznaczone na program *in vitro*.

W tej chwili najbardziej istotne jest podjęcie działań na rzecz zmniejszenia i zaprzestania palenia papierosów. 20 lat temu wdrożono pierwszą ustawę antytytoniową, która jest jednym z większych polskich sukcesów, bo 20 lat temu

50% populacji paliło papierosy, a w tej chwili pali 30%, oczywiście pali dramatycznie dużo. Wdrażanie dyrektywy jest bardzo skomplikowane. Naruszamy bowiem wiele interesów (przemysłowych, gospodarczych).

W tym miejscu muszę jednak stwierdzić, że minister K. Radziwiłł na pewno będzie w tej kwestii niezwykle pryncypialny. Polska kiedyś będzie krajem wolnym od tytoniu. Za 30 lat krajem wolnym od tytoniu ma być Finlandia, ale dzięki pryncypialnej polityce całego rządu. Mam wrażenie, że nas też na to stać, żebyśmy – może nawet wcześniej – byli krajem wolnym od tytoniu.

Jeżeli chodzi o cały ciąg zdarzeń dotyczących zdrowia psychicznego, to kompletnie zmieniamy podejście do tego zagadnienia. Już niedługo zrealizujemy pilotażowy program psychiatrii środowiskowej, skoordynowanych działań na rzecz pacjentów psychiatrycznych. Odejdziemy wreszcie od nadmiernych ilości hospitalizacji, zapewnimy dostępność i to, że będzie wyznaczona osoba/lekarz na stałe odpowiedzialna za leczenie pacjenta. Środki finansowe będą przeznaczone dla tych podmiotów, które zapewnią kompleksową opiekę i koordynację procesu leczniczego.

W MZiOS zajmujemy się także niezmiernie ważnym zagadnieniem, jakim jest liczebność i jakość kadry medycznej. Niestety znajdujemy się w końcu Europy, jeżeli chodzi o liczbę lekarzy i pielęgniarek. W tej chwili robimy wszystko, żeby naprawić tę sytuację. Już w roku 2016 przyjmujemy na uczelnie 18% studentów więcej. Oczywiście efekty będą widoczne dopiero za 6 lat, ale będą one lepsze niż do tej pory, dlatego że dajemy naszym lekarzom lepszą perspektywę zdobycia umiejętności zawodowych, przede wszystkim praktycznych (powrót do staży). Nasze działania mają służyć osiągnięciu wysokiej jakości szeroko rozumianej kadry medycznej.

Zajmujemy się także tym, żeby pewne biurokratyczne sprawy przestały być traktowane jako istotne działania lekarskie. Chcemy, żeby lekarz zajmował się przede wszystkim pacjentem i by środowisko lekarskie zostało uwolnione od absurdalnej ilości działań biurokratycznych. Stąd prace zespołów, które mają to analizować, dążąc do zlikwidowania różnego typu absurdów, głównie sprawozdawczych, które funkcjonują w systemie.

Instytut Matki i Dziecka pracuje nad pierwszą ustawą o medycynie szkolnej. Nikt do tej pory tego nie zrobił. Mamy publiczne instytuty, które są naprawdę znakomitym orężem dla resortu zdrowia i które wiedzą, co mają zrobić, żeby ten program wreszcie naprawić.

W Ministerstwie Zdrowia pracujemy także nad nową formułą podstawowej opieki zdrowotnej. Lekarz rodzinny wreszcie będzie miał odpowiednie kompetencje. Oczywiście nie należy tego mylić z kwalifikacjami, bo nasi lekarze rodzinni je posiadają. W Polsce mamy dwukrotnie za mało lekarzy rodzinnych. Musimy racjonalnie kierować na rezydentury tych lekarzy, którzy są najważ-

niejsi w systemie, czyli lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Potrzebne są nie tylko odpowiednie kompetencje, ale także odpowiednie możliwości prowadzenia diagnostyki i terapii, żebyśmy odwrócili dramatyczny trend, jaki mamy w kraju, że opieka medyczna to jest opieka specjalistyczna, a nie POZ. Trzeba przypomnieć, że osiemdziesięcioma procentami wszystkich zdarzeń medycznych jest w stanie zająć się lekarz rodzinny.

Każdy lekarz w Polsce musi mieć umiejętności z dziedziny geriatrici. Wiemy, że nie przygotujemy takiej ilości kadry, żeby każda osoba starsza miała swojego geriatrę i dlatego każdy polski lekarz, od pracującego w POZ do ortopedy, musi mieć odpowiednie umiejętności w tej dziedzinie. Mamy taki zamysł, żeby utworzyć instytut gerontologii, by nie odchodząc od kształcenia geriatrów stworzyć jednak coś interdyscyplinarnego. Oczywiście potrzebne tu będzie współdziałanie z resortem pracy i z demografami. Dzięki wspólnym, interdyscyplinarnym działaniom, będzie można podejmować racjonalne decyzje.

Wszystko to, co robimy w resorcie zdrowia, ma służyć koordynacji i kompleksowości. Pacjent musi mieć przewodnika po systemie, nie może być jego zakładnikiem. Przestaniemy wreszcie kupować procedury, a kupimy ciąg zdarzeń. Tak jak przedstawiłem to w przypadku leczenia psychiatrycznego, tak samo kupimy ciąg zdarzeń związanych z onkologią, także z diabetologią. Chcemy tworzyć narodowe programy, uzyskując na to środki z budżetu i stopniowo zastępować środki ubezpieczeniowe środkami budżetowymi, pewnie do jakichś granic. To wszystko jest przed nami.

Omówienie spraw realizowanych w ciągu pierwszych miesięcy pracy obecnego rządu zajęłoby dużo miejsca. Mam poczucie niedosytu, ale mam też poczucie dobrze spełnionego obowiązku, bo wszystkie te cele, które prof. J. Szyborski przedstawił, są realizowane przez resort zdrowia.

10. Polityka migracyjna Polski

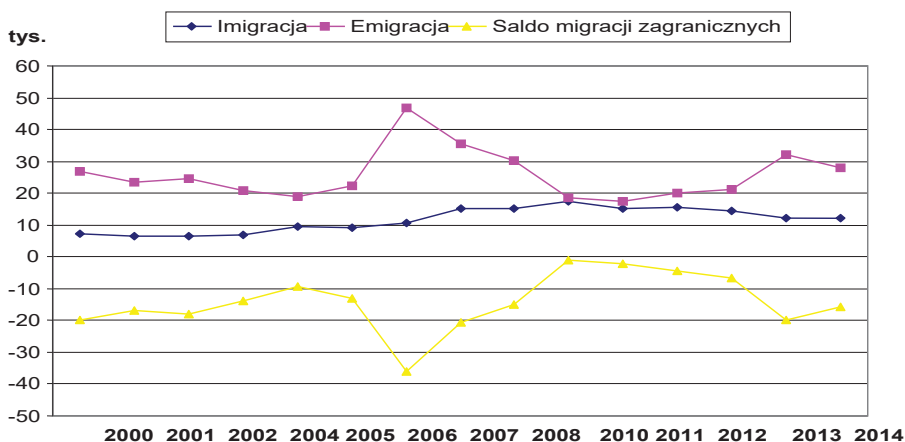
10.1. Emigracja

Akcesja Polski do Unii Europejskiej w 2004 r. wymusiła pewne uporządkowanie działań w zakresie polityki migracyjnej, lecz one nie nabrały całościowego charakteru. W konsekwencji utrwalających się trendów zarówno emigracyjnych jak i imigracyjnych, sformułowanie klarownych zasad polityki migracyjnej staje się coraz trudniejsze⁴⁶. Polska jest krajem emigracyjnym. Po wejściu do Unii Europejskiej zanotowano znaczny odpływ obywateli do innych państw członkowskich. Różnica potencjału ekonomicznego Polski i krajów zachodnich jest główną przyczyną tego zjawiska, którego skali nie oddaje statystyka wymeldowań i zameldowań z powodu wyjazdu za granicę. Obejmuje ona jedynie niewielką część takich migracji. Saldo definitywnych migracji zagranicznych pozostaje ujemne (w 2014 r. wynosiło minus 15,8 tys.).

Skalę czasowych emigracji Polaków można oceniać (szacować) na podstawie wyników powszechnych spisów ludności oraz dokonywanych po nich szacunków. Od 2002 r. liczba osób przebywających czasowo za granicą znacznie wzrosła – szczególnie po akcesji Polski do UE i sukcesywnym znoszeniu barier w dostępie do rynków pracy krajów Unii Europejskiej (tab. 10.1). W roku 2002 poza granicami Polski przebywało 786,1 tys. mieszkańców, natomiast w 2015 r. (wg szacunków GUS) liczba Polaków mieszkających czasowo za granicą (powyżej trzech miesięcy) wyniosła już ok. 2,4 mln (o 77 tys., tj. 3,3% więcej niż w 2014 r.), zaś pozostających poza krajem przez co najmniej rok – około 1,5 mln (była to liczba najwyższa po akcesji Polski do UE).

⁴⁶ A. Potrykowska, *Określenie zasad i kierunków polityki migracyjnej Polski w dobie integracji europejskiej*, w: *Rekomendacje Rządowej Rady Ludnościowej w zakresie polityki ludnościowej Polski*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2014, s. 162–281.

Wykres 10.1. Migracje zagraniczne na pobyt stały w latach 2004–2014



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

W Europie w 2015 r. przebywało około 2098 tys. osób, przy czym zdecydowana większość – około 1983 tys. – przebywała w krajach członkowskich UE. Liczba ta zwiększyła się o 82 tys. w stosunku do 2014 roku. Spośród krajów UE nadal najwięcej osób przebywało w Wielkiej Brytanii (720 tys.), Niemczech (655 tys.), Holandii (112 tys.) oraz w Irlandii (111 tys.) i we Włoszech (94 tys.). W 2015 r. odnotowano znaczący wzrost liczby Polaków przebywających w Niemczech oraz w Wielkiej Brytanii, czyli w głównych krajach docelowych emigracji z Polski w ostatnich latach. W przypadku Niemiec liczba ta wzrosła o 41 tys., tj. prawie o 7%. Pełne otwarcie niemieckiego rynku pracy, sąsiedztwo z Polską, niska stopa bezrobocia w Niemczech (w grudniu 2015 r. – 4,4%) sprawiają, że Polacy coraz chętniej wyjeżdżają do tego kraju. W Wielkiej Brytanii odnotowano wzrost o 35 tys. (5,1%). Wielka Brytania w dalszym ciągu pozostaje na pierwszym miejscu, ale różnica liczebności przebywających czasowo Polaków w obydwu krajach się zmniejsza. Niewielki wzrost liczby Polaków zaobserwowano również w Belgii, Holandii, Szwecji, Austrii, Danii oraz Francji. Jednocześnie nastąpił dalszy wzrost liczby osób przebywających w krajach europejskich nie należących do UE, w tym w Norwegii – w 2015 r. przebywało (tym kraju 84 tys. osób).

Tabela 10.1. Szacunek emigracji z Polski na pobyt czasowy w latach 2004–2015*
Liczba osób (w tys.) przebywających za granicą w końcu roku
(stan na dzień 31 grudnia)

Kraj	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ogółem	1 000	1 450	1 950	2 270	2 210	2 100	2 000	2 060	2 130	2 196	2 320	2 397
Europa	770	1 200	1 610	1 925	1 887	1 765	1 685	1 754	1 816	1 891	2 013	2 098
Unia Europejska (27 krajów)**	750	1 170	1 550	1 860	1 820	1 690	1 607	1 670	1 720	1 789	1 901	1 983
Austria	15	25	34	39	40	36	29	25	28	31	34	36
Belgia	13	21	28	31	33	34	45	47	48	49	49	52
Cypr	.	.	.	4	4	3	3	3	2	1	1	1
Czechy	.	.	.	8	10	9	7	7	8	8	9	9
Dania	.	.	.	17	19	20	19	21	23	25	28	30
Finlandia	0,4	0,7	3	4	4	3	3	2	2	3	3	3
Francja	30	44	49	55	56	60	60	62	63	63	63	64
Grecja	13	17	20	20	20	16	16	15	14	12	9	8
Hiszpania	26	37	44	80	83	84	48	40	37	34	32	30
Holandia	23	43	55	98	108	98	92	95	97	103	109	112
Irlandia	15	76	120	200	180	140	131	120	118	115	113	111
Niemcy	385	430	450	490	490	465	440	470	500	560	614	655
Portugalia	0,5	0,6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Szwecja	11	17	25	27	29	31	33	36	38	40	43	46
Wielka Brytania	150	340	580	690	650	595	580	625	637	642	685	720
Włochy	59	70	85	87	88	88	92	94	97	96	96	94
Kraje spoza UE	20	30	60	65	67	75	78	85	96	102	112	115
w tym Norwegia	.	.	.	36	38	45	50	56	65	71	79	84

Oznaczenia: * dane dotyczą liczby osób przebywających za granicą czasowo: dla lat 2002–2006 r. dolną cezurą czasową dla okresu nieobecności – powyżej 2 miesięcy; dla lat 2007–2015 – powyżej trzech miesięcy; ** do 2006 r. 25 krajów.

Źródło: Informacja o rozmiarach i kierunkach czasowej emigracji z Polski w latach 2004 – 2015, GUS, Warszawa,

Skala emigracji Polaków na dłuższy pobyt za granicą (lub na stałe) jest stonkunkowo duża i w latach 2014–2015 dalej się pogłębiała⁴⁷. Taka skala emigracji

⁴⁷ Podstawą szacunku za lata 2004–2008 były wyniki NSP 2002, Podstawą szacunków dla lat 2011–2014 i korekty danych za lata 2009 i 2010 był ostatni spis ludności przeprowadzony w 2011 r. oraz zagraniczne źródła danych. Uwzględniane są również wyniki badań statystycznych GUS opartych na źródłach administracyjnych (obejmujących osoby, które zgłosiły wyjazd czasowy za granicę w ewidencji gminy) oraz badań prowadzonych w gospodarstwach domowych. Szacunek za lata 2009–2014 został sporządzony z wykorzystaniem danych NSP 2011.

z jednej strony uszczupla potencjał demograficzny Polski, z drugiej zaś zmniejsza skalę bezrobocia, ale tworzy nowe problemy na rynku pracy. Ujemną stroną tego procesu jest bowiem skala wyjazdów młodych dobrze wykształconych mieszkańców Polski w wieku mobilnym i osób o wysokich kwalifikacjach zawodowych, którzy niejednokrotnie podejmując pracę poniżej swoich kwalifikacji, nie wykorzystują ich w kraju docelowym i tracą je bezpowrotnie. **Liczba wyjazdów przewyższyła liczbę powrotów⁴⁸, a szanse na powrót tych młodych ludzi do ojczyzny są niewielkie. Są to ogromne straty potencjału ludzkiego dla Polski.**

Dominują migracje zarobkowe – to większość (90%), a także, coraz częściej, migracje osiedleńcze oraz z powodów rodzinnych⁴⁹. Wyjeżdżają za granicę ludzie młodzi w wieku prokreacyjnym i znajdują tam dogodne warunki do założenia lub powiększenia rodziny. 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. Należy podkreślić, iż coraz więcej wyjazdów wiąże się z powiększaniem rodzin, bo wiemy o tym, iż za granicą Polki rodzą więcej dzieci – w ostatnich latach za granicą urodziło się ich ponad 200 tysięcy. Szczególnie jest to widoczne w Wielkiej Brytanii. Należy zaznaczyć, że dzieci rodzą się nie tylko w rodzinach, które przebywają czasowo w danym kraju, ale również wśród tych, które opuściły Polskę na stałe.

Według danych brytyjskich kobiety urodzone w Polsce urodziły w Anglii i Walii w latach 2005–2015 prawie 184 tys. dzieci⁵⁰, w tym w latach 2008–2015 – prawie 162 tys. Liczba urodzeń dzieci ojców urodzonych w Polsce wyniosła w latach 2008–2015 prawie 127 tys. Ponadto, w Szkocji w ostatnich latach rodziło się rocznie około 2 tys. dzieci z matek urodzonych w Polsce

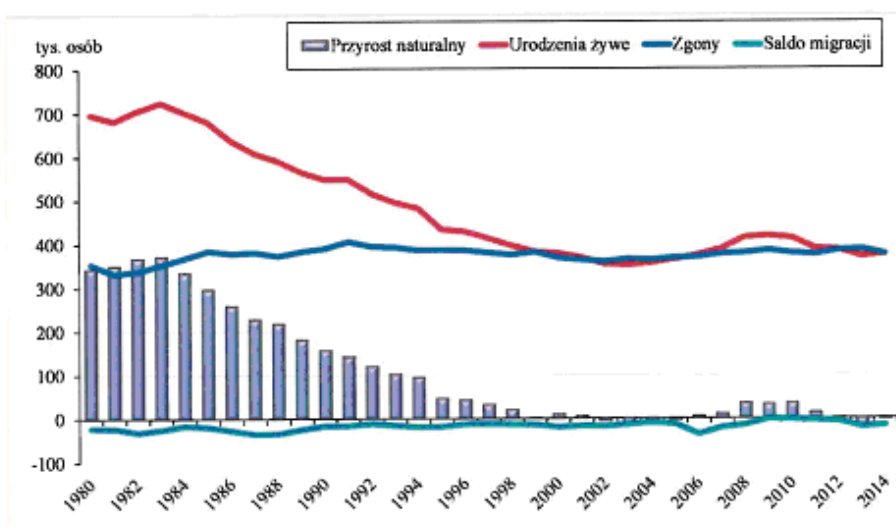
⁴⁸ Wyhamowanie powrotów było spowodowane prawdopodobnie faktem zmniejszenia się potencjalnego zasobu osób, które nie osiągnęły w kraju wyjazdu stabilizacji zawodowej oraz zadowalającego poziomu życia. Polacy, którzy mają ustabilizowaną sytuację ekonomiczną w kraju goszczącym, zdecydowali się na pozostanie w nim. Wielu młodych w dalszym ciągu widzi szanse na poprawę swojej sytuacji życiowej za granicą i podejmuje decyzję o wyjeździe na pewien czas z kraju. 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 to być związane z utratą sieci kontaktów społecznych w ojczyźnie czy deprecjacją kapitału ludzkiego w wyniku wykonywania pracy znacznie poniżej kwalifikacji. Por. K. Iglicka, *Powroty Polaków po 2004 roku: w pętli pułapki migracji*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2010, s. 28–38.

⁴⁹ J. Balicki, M. Dębski, M. Pawlus, *Wpływ migracji na trwałość związków rodzinnych (wybrane zagadnienia)*, w: *Migracje zagraniczne a polityka rodzinna*, J. Szymborski, A. Potrykowska (red.), „Biuletyn RPO – Materiały”, nr 66.

⁵⁰ D. Szałyts, Z. Kostrzewa, *Migracje zagraniczne w Polsce, [w:] Sytuacja demograficzna Polski, Raport 2015–2016*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2016 (<http://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/livebirths/bulletins/parentscountryofbirthenglandandwales/previousReleases> – data dostępu: 10.09.2016 r.).

(podczas gdy np. w 2005 r. tylko niewiele ponad 0,1 tys.)⁵¹. Według statystyk niemieckich, w latach 2013–2015 urodziło się w Niemczech 13,7 tys. dzieci z polskim obywatelstwem, przy czym liczby te z każdym rokiem rosną. W 2015 r. odnotowano 5,5 tys. takich urodzeń.⁵² Zasób dzieci imigrantów z Polski rośnie również w Norwegii – na początku 2016 r. ich liczba była szacowana na ok. 10 tys., podczas gdy jeszcze w 2012 r. na 4,8 tys. Część dzieci urodzonych za granicą jest meldowana w Polsce, przy czym nie jest do końca pewne, czy wszystkie te dzieci przebywają w Polsce.

Wykres 10.2. Ruch naturalny i saldo migracji zagranicznych ludności w latach 1980–2014



Źródło: GUS

Na wykresie 10.2 można zaobserwować nakładanie się ujemnych wartości, ubytku naturalnego i ujemnego salda migracji zagranicznych ludności – na dolnej linii. Wyraźnie uwidacznia się wpływ tych migracji na rozwój ludnościowy.

⁵¹ D. Szałtys, Z. Kostrzewa, op. cit.: „W ciągu trzech ostatnich lat (2013–2015) kobiety urodzone w krajach UE (poza Wielką Brytanią) urodziły w Szkocji 12,8 tys. dzieci, w tym matki z Polski – 6,2 tys., tj. 49%. W 2015 r. dzieci urodzone przez matki przybyłe z Polski stanowiły prawie 4% wszystkich dzieci urodzonych w Szkocji”. (<http://www.nrscotland.gov.uk/statistics-and-data/statistics/statistics-by-theme/vital-events/general-publications/vital-events-reference-tables/2015/section-3-births> – data dostępu: 10.09.2016 r.).

⁵² Tamże; „W przypadku Niemiec dane te nie odzwierciedlają dokładnie urodzeń w rodzinach imigrantów z Polski, m.in. ze względu na to, że wielu imigrantów ma podwójne obywatelstwo – polskie i niemieckie”.

Masowa emigracja, jaka wystąpiła po akcesji Polski do Unii Europejskiej, związana ze stopniowym otwieraniem się unijnych rynków pracy (choć w rzeczywistości masowy odpływ Polaków do państw UE rozpoczął się jeszcze przed 1 maja 2004 r.), musi powodować głębokie i długofalowe konsekwencje w życiu poszczególnych jednostek, rodzin, regionów i całego społeczeństwa.

Wzorce migracyjne są bardzo silnie związane z sytuacją regionalną w kraju. Emigracja jest bardzo zróżnicowana przestrzennie według regionów, z których wyjeżdżają Polacy. Zdecydowana większość emigrantów (blisko 2/3) pochodzi z miast. Najmniejszy odpływ (w stosunku do liczby mieszkańców) dotyczył województwa mazowieckiego, chociaż liczba osób, które wyjechały z tego województwa jest znaczna. Średni odpływ ludności szacowany jest na 6%–7% populacji, natomiast emigracja z Opolszczyzny dotyczy prawie 17% ludności, Podkarpacia i województwa świętokrzyskiego – ponad 12%, Podlasia – 10%. Sytuacja przedstawia się jeszcze bardziej dramatycznie, gdy weźmiemy pod uwagę odpływ ludności w wieku mobilnym⁵³. Jeśli chodzi o rozwój regionów, to szczególnie należałoby zwrócić uwagę na fakt, iż w ostatnich latach emigracja, wyjazdy Polaków na stałe – rozwój tych niekorzystnych zjawisk zaznacza się nie tylko w tradycyjnych regionach emigracyjnych, jak Opolszczyzna, Podlasie, Podkarpacie czy Małopolska, lecz także w województwach przygranicznych: zachodnich, szczególnie w zachodniopomorskim, oraz w lubuskim i warmińsko-mazurskim.

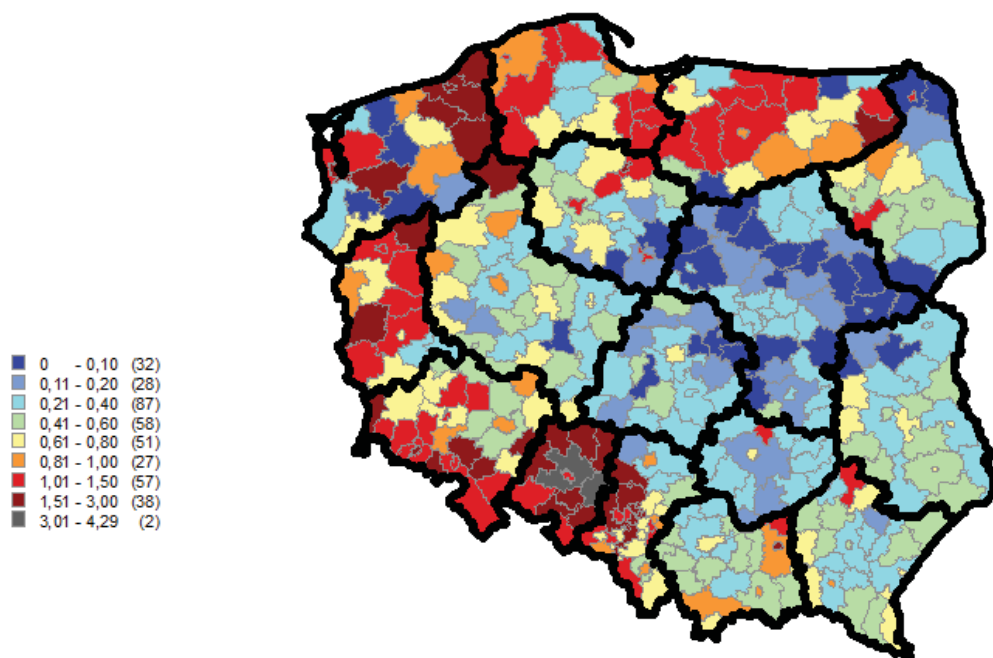
Należałoby wspierać rozwój tych regionów z punktu widzenia nie tylko pomocy dla rodzin, czyli ochrony rozwoju demograficznego, lecz także wsparcia społecznego⁵⁴. Tam ma miejsce bardzo wiele niekorzystnych zjawisk społecznych oraz demograficznych, zwłaszcza jeśli chodzi o ich skalę.

W województwach tych migracje są istotnym czynnikiem oddziałującym negatywnie na rozwój regionalny, co oznacza, że odpływy ludności następują z regionów o gorszej kondycji, o mniejszym potencjale rozwojowym. Wzmocnienie polityki na rzecz rozwoju potencjału tych regionów powinno być działaniem priorytetowym rządu.

⁵³ Znaczne odpływy, a tym samym straty migracyjne są największe na Opolszczyźnie, gdzie ubytek populacji w wieku 18–44 lata wynosi ponad 34%, w województwie świętokrzyskim – 24%, a podkarpackim – ponad 22%

⁵⁴ P. Kaczmarczyk, *Ekonomiczny wymiar współczesnych wyjazdów zagranicznych – skutki mobilności na poziomie makro- i mikrospołecznym*, [w:] *Współczesne migracje zagraniczne Polaków. Aspekty lokalne i regionalne*, P. Kaczmarczyk (red.), OBM UW, Warszawa 2008; I. Grabowska, *Społeczno-ekonomiczne efekty migracji międzynarodowych Polaków: kariery zawodowe i kapitał ludzki*, [w:] *Migracje i polityka migracyjna*, Studia Biura Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu, 2014, 4 (40), s. 81–103.

Rycina 10.1. Migracje zagraniczne na pobyt stały, emigracja ludności z powiatów w 2014 r. (na 1000 ludności)



Źródło: *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2014-2015*, RRL, Warszawa 2015.

Zjawisko emigracji zarobkowej samo w sobie nie jest negatywne, jednak rozmiary obecnej emigracji, zwłaszcza osób będących w wieku prokreacyjnym, które nie założyły jeszcze własnych rodzin w kraju, mogą spowodować określone reperkusje dla społeczeństwa i gospodarki w przyszłości. Nasilenie emigracji przy obecnie istniejących trendach demograficznych w kraju – 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.

Skala wyzwań, przed jakimi stoi Polska, wymusza prowadzenie przemyślnych działań zarówno w dziedzinie migracji, jak i polityki prorodzinnej oraz zwiększania poziomu aktywności zasobów siły roboczej.

Spowodowane określoną sytuacją widoczne zmiany nastąpiły w sferze polityki publicznej państwa prowadzonej w obszarze migracji. Postulowana przez Rządową Radę Ludnościową konieczność stworzenia sformalizowanej polityki migracyjnej jest odbiciem zmian, które zaszły w ostatnich latach w podejściu państwa do problematyki migracji.

Tymczasem w polityce migracyjnej stosunkowo niewiele miejsca, zakładając raczej mało aktywną politykę agend państwa, poświęcano zagadnieniom związanym z emigracją Polaków⁵⁵. Uwzględniając nawet fakt, że procesy emigracyjne w demokratycznym społeczeństwie funkcjonującym w ramach jednolitego rynku europejskiego nie mogą podlegać odgórnemu zarządzaniu, **dostrzegamy tu jednak słabość polityki migracyjnej państwa. Zaniechania w tej dziedzinie mogą kosztować bardzo dużo i będą dotyczyć wielu powiązanych ze sobą obszarów.**

Zagadnieniu temu nadaliśmy rangę priorytetu. Należy uwzględnić m.in. możliwość pogłębiania się i tak niekorzystnych trendów demograficznych, ryzyko społecznej i gospodarczej marginalizacji niektórych regionów, utratę kapitału ludzkiego czy też rozpad więzi międzyludzkich na poziomie rodzin i lokalnych społeczności. **Należy prowadzić w tym obszarze bardziej zdecydowaną politykę, która nie pozwoliłaby zmarnować potencjału ludzkiego ogromnej rzeszy młodych Polaków, którzy zdecydowali się w ostatnich latach na wyjazd z kraju, a także uwzględniła wszystkie osoby mające polskie korzenie, niezależnie od posiadanego obywatelstwa.**

Podzespół ds. migracji⁵⁶ w wyniku przeprowadzonych dyskusji zaproponował **uznanie spraw migracyjnych za ważny składnik polityki ludnościowej w Polsce**, a w jego obrębie przyjęcie pięciu następujących priorytetów w obszarach: 1) podejścia do diaspory, 2) procesów migracji zarobkowej, 3) kompleksowego ujmowania procesów imigracyjnych, 4) repatriacji, 5) edukacji i podniesienia stanu wiedzy o współczesnych procesach migracyjnych.

Głównym priorytetem jest utrzymywanie więzi z Polakami przebywającymi za granicą i traktowanie ich jako składnika polskiego potencjału ludnościowego.

Cele do osiągnięcia:

- 1. Wspieranie Polaków przebywających za granicą.**
- 2. Współpraca z polską diasporą w państwach członkowskich UE i państwach trzecich oraz ochrona instytucjonalna polskich pracowników migrujących.**

⁵⁵ *Polityka migracyjna Polski – stan obecny i postulowane działania* (2011), Międzyresortowy Zespół do Spraw Migracji (wersja 31.07.2012).

⁵⁶ Cele i kierunki działań są zbieżne z zawartymi w: *Rekomendacje Rządowej Rady Ludnościowej w zakresie polityki ludnościowej Polski*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2014; zostały one częściowo zmodyfikowane ze względu na zmiany niektórych, postulowanych wcześniej rozwiązań.

Główne kierunki działań:

- Wzmacnianie kontaktów z organizacjami polonijnymi oraz działania w ramach polskiej polityki zagranicznej na rzecz poprawy sytuacji i wizerunku Polaków mieszkających za granicą, w tym przeciwdziałania możliwościom stosowania praktyk dyskryminacyjnych w stosunku do Polaków przebywających w krajach emigracji.
- Uzyskanie wszechstronnej informacji: w zakresie nadzoru nad agencjami pośrednictwa pracy; na temat potencjalnych zagrożeń, jakie mogą napotkać obywatele Polski podejmujący pracę w danym państwie przyjmującym; praktyczne porady mające na celu przestrzeganie przed nieuczciwymi pośrednikami/pracodawcami itp.

3. Ograniczanie emigracji zarobkowej naszych rodaków oraz tworzenie warunków do ich powrotów i wspieranie migrantów powrotnych

Główne kierunki działań:

- Rozpowszechnianie informacji przydatnych dla osób planujących powrót do Polski.
- Prowadzenie polityki informacyjnej o możliwościach aktywności ekonomicznej w Polsce.
- Współpraca z właściwymi instytucjami w zakresie tworzenia warunków ułatwiających migrantom powrót do kraju.
- Wspieranie adaptacji dzieci migrantów powrotnych do polskiego systemu szkolnictwa.
- Wspieranie przebywających w kraju rodzin emigrantów (m.in. problem sierot migracyjnych lub tzw. Eurosieroctwa)⁵⁷.

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.

Coraz wyraźniej rysujące się problemy demograficzne naszego kraju, w świetle których do roku 2050 należy się spodziewać znaczącej depopulacji Polski (ok. 4,5 mln osób) oraz spadek udziału osób w wieku produkcyjnym przy jednoczesnym wzroście udziału ludności powyżej 60. roku życia, stawia Polskę w bardzo trudnej sytuacji, której skutki dla przyszłych pokoleń będą

⁵⁷ A. Potrykowska, *Migracje zagraniczne w Polsce*, w: *Migracje zagraniczne a polityka rodzinna*, J. Szymborski, A. Potrykowska (red.), „Biuletyn RPO – Materiały”, 2009, nr 66; B. Walczak, *Spoleczne, edukacyjne i wychowawcze konsekwencje migracji rodziców i opiekunów prawnych uczniów szkół podstawowych, gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych*, Rzecznik Praw Dziecka, Pedagogium, Wyższa Szkoła Pedagogiki Resocjalizacyjnej w Warszawie, Warszawa 2008.

bardzo trudne do udźwignięcia. Głęboki niż demograficzny z lat 90. oraz utrzymująca się silna emigracja młodych ludzi będą powodować – już w nieodległej perspektywie – coraz większe utrudnienia w rozwoju demograficznym, na rynku pracy oraz w systemie zabezpieczenia społecznego. Przede wszystkim starzenie się społeczeństwa oraz zmniejszanie się liczby ludności Polski, będące skutkiem przemian demograficznych, w perspektywie średnio- i długookresowej będzie negatywnie oddziaływało nie tylko na rynek pracy, a także na szkolnictwo wyższe, stabilność finansową systemu zabezpieczenia społecznego oraz systemu opieki zdrowotnej. Jeżeli masowa emigracja czasowa będzie trwała, perspektywy demograficzne Polski wyraźnie się zmieniają, zaś najważniejsze problemy ludnościowe, tj. depopulacja i starzenie się ludności naszego kraju, się pogłębią⁵⁸. Spadek dzietności wynoszący obecnie jedynie 1,29 urodzin na kobietę, przy jednoczesnym wzroście skali migracji Polaków do państw Unii Europejskiej, wywołują potrzebę realizacji procesu uzupełniania niedoborów na rynku pracy, który w naszym kraju już się rozpoczął.

W tej sytuacji Polska stoi wobec wyzwań, do których, między innymi, należy zaliczyć działania mające na celu zwiększenie dzietności Polek, ograniczanie emigracji zarobkowej naszych rodaków oraz tworzenie warunków do ich powrotów, a także zwiększenie skali imigracji pracowniczych cudzoziemców do Polski⁵⁹.

Polityka migracyjna powinna być zatem tylko uzupełnieniem odpowiedniej polityki rodzinnej, która pozwoliłaby zwiększyć dzietność, oraz polityki aktywizacji zawodowej grup społecznych pozostających poza rynkiem pracy. Pozytywną strategią w tej sferze jest obecnie **realizowany przez rząd program Rodzina 500+** i wspomaganie rodzin wielodzietnych poprzez ulgi podatkowe. Duże znaczenie dla sytuacji demograficznej będzie miała także nieznaną w tej chwili liczba osób, które zdecydują się na powrót z emigracji. Decydującym czynnikiem będzie tu ocena porównawcza dokonana przez potencjalnych reemigrantów sytuacji społeczno-ekonomicznej w Polsce oraz w państwie aktualnego pobytu. Dlatego należy tworzyć warunki mające wpływ nie tylko na wzrost imigracji, lecz zwłaszcza reformy sprzyjające reemigracji (powrotom)

⁵⁸ Wynika to zarówno z masowego charakteru emigracji czasowej oraz jej selektywności ze względu na młody wiek emigrantów. „Efekt takiego odpływu byłby dalekosiężny, ponieważ w jego wyniku zmniejszyłaby się również liczba dzieci i młodzieży żyjącej w Polsce. Ewentualne powroty przyczyniłyby się do złagodzenia tych negatywnych tendencji, w szczególności spadku liczby ludności Polski, ale ich wpływ na osłabienie starzenia się ludności byłby krótkookresowy. W długim okresie – począwszy od lat 2040. – powroty emigrantów czasowych do kraju przyczyniłyby się do wzrostu liczby i odsetka osób w wieku 65 lat i więcej.” Por. A. Fihel (2015) *Wpływ czasowych migracji zagranicznych na perspektywy demograficzne Polski*, „Wiadomości Statystyczne” 2015, LX, 7, s. 74–89.

⁵⁹ *Społeczne skutki poakcesyjnych migracji ludności Polski*, Raport, Komitet Badań nad Migracjami PAN, Warszawa 2014; M. Okólski, *Polityka migracyjna a Pendolino*, „Biuletyn Migracyjny” 2014, nr 50, grudzień.

Polaków pracujących za granicą, a przede wszystkim godziwe warunki życia w kraju⁶⁰, które skłonią młodych Polaków do pozostawania w ojczyźnie.

10.2. Imigracja

Polska jest jednym z tych krajów europejskich, których sytuacja migracyjna jest stabilna i nie ulega znaczącym zmianom, choć od wielu lat napływ cudzoziemców powoli i systematycznie się zwiększa, ale w dalszym ciągu Polska pozostaje krajem homogenicznym, gdzie udział cudzoziemców w całości społeczeństwa jest najniższy w całej UE i nie przekracza 2%. Dominują migracje obywateli państw trzecich graniczących z naszym krajem na wschodzie, w szczególności Ukrainy, a granica ta jest jednocześnie zewnętrzną granicą Unii Europejskiej.

Mimo wzrostu skali imigracji, z jaką mamy do czynienia obecnie, szczególnie z Ukrainy, ma ona jeszcze ograniczony wpływ na życie gospodarcze i społeczne naszego kraju. W ostatnich latach nastąpił wzrost liczby cudzoziemców zainteresowanych pobytem i osiedleniem się w Polsce, a sytuacja w tym zakresie w latach 2014 i 2015 zaczęła dynamicznie się zmieniać, zdominował ją bowiem zwiększony napływ obywateli Ukrainy.

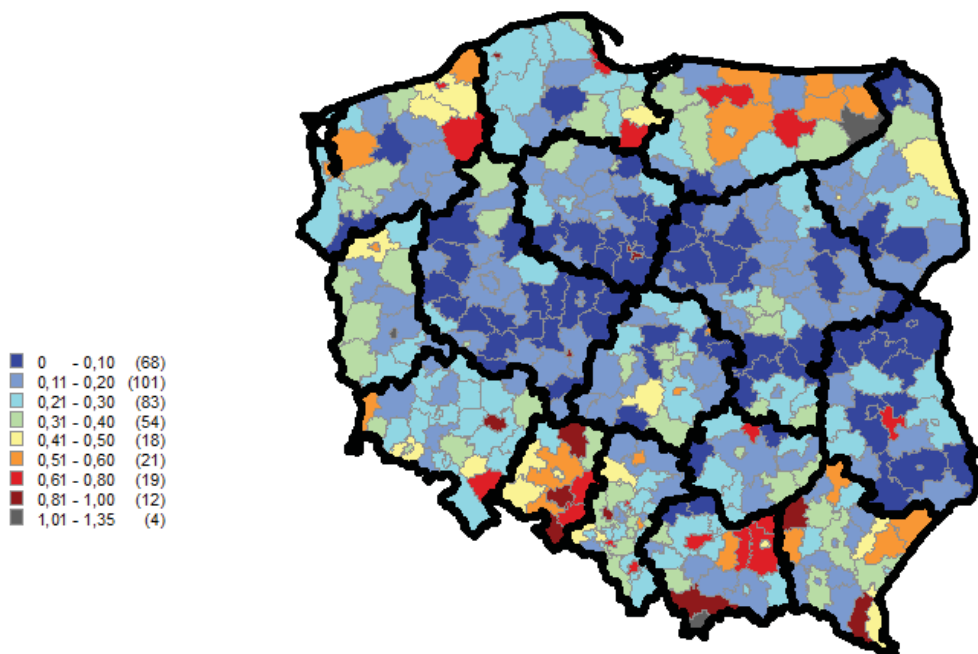
Rozmieszczenie cudzoziemców na terenie kraju nie jest równomierne. Zdecydowana większość imigrantów (prawie 82%) przebywa w miastach. Ponad połowa koncentruje się w największych aglomeracjach miejskich i dużych miastach na terenie czterech województw (mazowieckiego, dolnośląskiego, małopolskiego i śląskiego). Najwięcej, bo ponad ¼, imigrantów przebywa na terenie woj. mazowieckiego (przede wszystkim w Warszawie); 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%. Analiza regionalnego rozmieszczenia cudzoziemców pokazuje, że istotnym czynnikiem mającym wpływ na miejsce zatrudniania cudzoziemców jest poziom wynagrodzeń. Występuje bardzo wyraźna korelacja: im wyższe średnie wynagrodzenia w województwie, tym większy popyt na pracowników z zagranicy⁶¹. Oznacza to, że imigranci kierują się bezpośrednio tam, gdzie nie tylko istnieją miejsca pracy, ale również najwyższe wynagrodzenia, co zwiększa ich zysk netto z imigracji.

⁶⁰ Istotną wagę rząd przywiązuje do polepszenia warunków mieszkaniowych i rozwojowych młodych ludzi i rodzin wielodzietnych oraz osób znajdujących się w trudnej sytuacji materialnej, w tym do wdrożenia programu **Mieszkanie+** oraz do realizacji **społeczno-gospodarczego programu odpowiedzialnego rozwoju**.

⁶¹ *Migracje zagraniczne ludności. Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2013.

Rycina 10.2 przedstawia międzypowiatowe zróżnicowania nasilenia napływu ludności z zagranicy w 2014 r. Obserwacja tak rejestrowanych migracji zagranicznych na pobyt stały dostarcza wyłącznie informacji o atrakcyjności pewnych obszarów w Polsce jako punktów docelowych imigracji.

Rycina 10.2. Imigracja ludności z zagranicy na pobyt stały do powiatów w 2014 r. (na 1000 ludności)



Źródło: *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2014-2015*, RRL, Warszawa 2015.

Analiza taka wskazuje również obszary, których mieszkańcy mają specyficzne powiązania zagraniczne pozwalające im na emigrację, jak również reemigrację, czyli powrót do kraju na stałe z zagranicy. Największe nasilenie napływu ludności z zagranicy występuje w województwach przygranicznych, tj. w powiatach województw: opolskiego, małopolskiego, warmińsko-mazurskiego, śląskiego, dolnośląskiego, lubuskiego, podkarpackiego, zachodniopomorskiego. Z kolei mniejszym względnym poziomem napływu legitymowały się prawie wszystkie powiaty z terenu województw „wewnętrznych”. Część z nich to regiony o ograniczonej atrakcyjności pod względem poziomu rozwoju gospodarczego, pozostałe zaś to powiaty grodzkie (oraz te otaczające Warszawę) i duże regiony, w których imigranci osiedlali się na pobyt stały. Tym samym imigracja

ma charakter wyspowy – dotyczy tylko pewnych części kraju, podczas gdy w innych regionach obecność obcokrajowców jest incydentalna.

W 2015 r. liczba cudzoziemców, którzy posiadali ważne dokumenty uprawniające do pobytu na terytorium RP (niezależnie od rodzaju) wzrosła o blisko 37 tys. osób, z ponad 175 tys., według stanu na koniec 2014 r., do prawie 212 tys. na koniec 2015 r. (poza osobami przebywającymi na podstawie wiz)⁶². Dane o dokumentach pobytu informują o tym, ile osób ma prawo przebywać na terenie Polski, nie świadczą jednak o tym, ile osób faktycznie przebywa⁶³. Najliczniej w Polsce reprezentowani są obywatele: Ukrainy, Niemiec, Białorusi, Rosji, Wietnamu, Włoch i Chin. Wzrost ten wynika przede wszystkim z imigracji zarobkowej cudzoziemców do Polski opierającej się na uproszczonej procedurze, której podstawę stanowią oświadczenia pracodawców o zamiarze zatrudnienia cudzoziemca. Obecnie instrument ten staje się najważniejszy w legalizacji pobytu cudzoziemców związanej z podejmowaniem przez nich pracy. Zanotowano rekordową liczbę rejestrowanych oświadczeń o zamiarze zatrudnienia cudzoziemca w Polsce; dotyczy to głównie Ukraińców pracujących czasowo w naszym kraju. Pod koniec 2015 r. zarejestrowano ponad 782 tys. oświadczeń pracodawców – w 2014 r. było ich ponad 331 tys., co oznacza wzrost aż o 136% (prawie 98% to Ukraińcy, którzy dominują na polskim rynku pracy).

Jeśli chodzi o miejsce imigrantów na rynku pracy, to od wczesnych faz transformacji rysuje się wyraźnie dualna struktura imigracji. Z jednej strony do pracy w Polsce przybywają wysoko wykwalifikowani specjaliści z UE i krajów najlepiej rozwiniętych (jest to często powiązane z inwestycjami zagranicznymi w Polsce), a z drugiej – w sektorach prac nisko płatnych (m.in. w rolnictwie, budownictwie, czy sektorze usług domowych) zatrudnienie znajdują imigranci z krajów trzecich – mniej rozwiniętych. Należy zwrócić uwagę na coraz wyraźniejsze przesłanki wykształcania się w Polsce heterogenicznej struktury rynku pracy, co oznacza m.in., że imigranci mają tendencję do skupiania się w sektorach rynku pracy wymagających niskich kwalifikacji, a określone części rynku pracy mogą być uzależnione od cudzoziemskiej siły roboczej⁶⁴.

Według szacunków liczba imigrantów zarobkowych w Polsce w roku 2016 znacznie wzrosła, co może oznaczać, że polski rynek pracy jest atrakcyjny, szczególnie dla mieszkańców Ukrainy, gdzie sytuacja nie tylko militarna, ale

⁶² W pierwszym półroczu 2016 r. notowano dalszy wzrost liczby ważnych dokumentów; pod koniec okresu osiągnęła ona 224,7 tys.

⁶³ Dodatkowo należy zaznaczyć, że obywatele UE, którzy zarejestrowali swój pobyt, otrzymują dokument potwierdzający prawo pobytu w Polsce bez terminu jego ważności; osoba taka mogła opuścić nasz kraj, ale zachowując ważny dokument pobytu pozostaje ujęta w powyższych statystykach.

⁶⁴ K. Pędziwiatr, *Imigranci w Polsce i wyzwania integracyjne*, [w:] *Migracje i polityka migracyjna*, Studia Biura Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu, 2014, 4 (40), s. 135–153.

i gospodarcza nie jest ustabilizowana. Coraz większe zainteresowanie cudzoziemców studiami w Polsce postrzegane jest jako efekt zarówno otwarcia się polskich uczelni na potrzeby studentów zagranicznych (m.in. poprzez coraz bogatszą ofertę studiów w języku angielskim), jak i aktywnej promocji polskich uczelni za granicą. W przypadku obywateli Ukrainy, którzy stanowią prawie 50% wszystkich studiujących w Polsce studentów, dodatkowym czynnikiem zachęcającym do podejmowania kształcenia na polskich uczelniach jest stosunkowo szeroka oferta stypendialna, w szczególności ukierunkowana na osoby deklarujące polskie pochodzenie.

Jakkolwiek obserwuje się wzrost liczby obywateli Ukrainy zainteresowanych statusem uchodźcy, to wnioski o ochronę stanowiły tylko 4,5% postępowań prowadzonych wobec obywateli Ukrainy (w 2014 r. – 7,5%); większość z nich wnioskowała o zezwolenia na pobyt umożliwiający podjęcie pracy i samodzielne utrzymanie rodziny. Obywatele Ukrainy, którzy przez wiele lat przebywali w Polsce na podstawie zezwoleń na pobyt czasowy, zdecydowali się na pozostanie w naszym kraju na stałe, przy czym 91% to osoby polskiego pochodzenia (3141, w tym 2397 z Kartą Polaka).

Zgodnie z realizacją postanowień Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie udzielania pomocy Polakom zamieszkałym za granicą w zachowaniu ich związków z narodowym dziedzictwem kulturowym, do zawartych w niej celów należy także wzmocnienie więzi łączących Polaków na Wschodzie z Macierzą oraz wsparcie ich starań o zachowanie języka polskiego oraz kultywowanie tradycji narodowej. Jest to ważny kierunek działalności organów państwa. Zgodnie z konstytucyjną zasadą, w świetle której osoby pochodzenia polskiego mogą osiedlić się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na stałe, w 2015 r. w Polsce zamieszkało prawie 7 tys. osób, głównie z Ukrainy i Białorusi.

Obecnie przygotowwany projekt nowelizacji ustawy o repatriacji Polaków z terenów b. Związku Radzieckiego, a także znowelizowana ustawa o Karcie Polaka (w maju 2016 r.) powinny ułatwić proces osiedlania się w Polsce cudzoziemców oraz osób polskiego pochodzenia i ich rodzin.

Istnieje potrzeba kompleksowej polityki migracyjnej Polski zwłaszcza w kontekście polityki imigracyjnej. Polityka taka wymaga nowego spojrzenia na imigrantów jako na grupy, które będą się stopniowo organizować, a następnie jako diaspory będą przyciągać swoich rodaków. Polityka imigracyjna powinna zawierać aspekt osiedlenia, a docelowo dla części osób – naturalizacji.

Głównymi kierunkami działań w zakresie polityki imigracyjnej są:

1. Uprzywilejowanie określonych grup cudzoziemców w zakresie pobytu, pracy i nauki na terytorium Polski (osoby pochodzenia polskiego; studenci, naukowcy, absolwenci polskich uczelni; cudzoziemcy prowadzący działalność

gospodarczą, w szczególności kreującą nowe miejsca pracy, imigranci zarobkowi o potrzebnych kwalifikacjach i in.).

2. Działania skierowane do cudzoziemców polskiego pochodzenia.
3. Polityka imigracyjna dostosowana do priorytetów rynku pracy i konkurencyjności polskiej gospodarki⁶⁵.
4. Zwiększenie skuteczności działań w zakresie przeciwdziałania nielegalnej migracji.
5. Stworzenie spójnej polityki integracji społecznej w Polsce różnych kategorii cudzoziemców⁶⁶.

Komponent migracyjny powinien być zatem znaczącym elementem odrębnej, całościowej polityki ludnościowej, bez której nie będzie możliwe określenie skali i potrzeb w zakresie pozyskiwania imigrantów. W tym kontekście można stwierdzić, że **bez polityki ludnościowej nie jest możliwe prowadzenie ukierunkowanej polityki migracyjnej jako instrumentu mającego wpływ na sytuację demograficzną kraju.**

10.3. Kryzys migracyjny w Europie

Obecna sytuacja migracyjna w Europie, która wywołała w ostatnim okresie napływ ponad 1,2 mln osób, stanowi bezprecedensowe wyzwanie dla krajowych i europejskich instytucji, dla polityków, mediów i społeczeństw. Jej skutki to między innymi: zachwianie się porządku prawnego, trudne spory polityczne oraz napięcia społeczne. Biorąc pod uwagę europejski charakter kryzysu migracyjnego oraz podejmowane działania zarówno na forum instytucji Unii Europejskiej, jak i na poziomie krajów członkowskich, Polska stoi na stanowisku, że podstawowym elementem odpowiedzi na kryzys powinno być wzmocnienie ochrony granicy zewnętrznej Unii Europejskiej i doprowadzenie do respektowania przez wszystkie państwa posiadające granicę zewnętrzną UE przepisów dotyczących kontroli napływu, rejestrowania i identyfikacji osób ubiegających się o ochronę międzynarodową⁶⁷. Polska nie leży bezpośrednio na głównym szlaku obecnej fali migrantów, nie jest też dla nich krajem docelowym. W 2015 r. liczba złożonych wniosków o udzielenie ochrony międzynarodowej wyniosła ponad 12 tys. osób, z czego prawie 8 tys. złożyli obywatele Rosji, głównie narodowości czeczeńskiej, ponad 2 tys. – obywatele Ukrainy, a niecałe

⁶⁵ M. Duszczyk, *Polska polityka imigracyjna a rynek pracy*, IPS, UW, Warszawa 2012.

⁶⁶ J. Balicki, M. Chamarczuk (red.), *Wokół problematyki migracyjnej. Kultura przyjęcia, II Kongres Demograficzny*, tom VII, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2013.

⁶⁷ P. Hut, A. Sadowski, (2016), *Kryzys migracyjny*, [w:] *Sytuacja demograficzna Polski, Raport RRL 2015-2016*, Warszawa 2016.

300 – obywatele Syrii. W roku 2015 liczba wniosków wzrosła o 49% w stosunku do 2014 roku.

Z danych Urzędu do Spraw Cudzoziemców wynika, że ochroną międzynarodową i krajową na początku 2016 r. objęto ok. 5,6 tys. osób. Ważny dokument pobytu ze względu na posiadany status uchodźcy miało 1359 osób. Wśród nich było 509 obywateli Rosji, 287 obywateli Syrii, 135 obywateli Białorusi. Ponad 2 tys. osób (głównie obywatele Rosji) było objętych ochroną uzupełniającą. Ponadto prawie 1,8 tys. cudzoziemców posiadało zezwolenie na pobyt ze względów humanitarnych (wprowadzone ustawą o cudzoziemcach w maju 2014 r.). Wśród tej grupy najliczniejsi byli obywatele: Rosji, Armenii, Ukrainy i Gruzji⁶⁸.

Mimo iż napływ uchodźców do Polski w skali europejskiej nie jest znaczący, nie zmienia to faktu, że bezprecedensowy kryzys migracyjny ma wpływ na sytuację naszego państwa, a Polska nie może być wobec niego obojętna. Ważne działania, które mają na celu zwiększenie bezpieczeństwa naszych obywateli oraz ochronę wschodniej granicy państwa, stanowiącej jednocześnie granicę strefy Schengen. Jest to granica bezpieczna, choć presja migracyjna związana z konfliktem na Ukrainie oraz problemami gospodarczymi w regionie postsowieckim jest coraz bardziej odczuwalna.

⁶⁸ D. Szałtys, Z. Kostrzewa, *Migracje zagraniczne w Polsce*, [w:] *Sytuacja demograficzna Polski, Raport RRL 2015-2016*, Warszawa 2016.

Dr hab. Paweł Hut

Dyrektor Departamentu Analiz i Polityki Migracyjnej
Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji

11. Współczesna polityka migracyjna Polski?

Reprezentuję Departament Analiz i Polityki Migracyjnej MSWiA, którym kieruję od niedawna. Wyzwanie kierowania tym departamentem podjąłem z pełną premedytacją i z pełną świadomością, więc postaram się, aby zagadnienia związane z problematyką migracyjną były realizowane w sposób inny niż do tej pory, bo uważam, że w tej dziedzinie sporo trzeba zmienić. Po pierwsze, na ile wolno odnosić się do współczesności, a po drugie, czy w ogóle możemy mówić o polityce migracyjnej Polski?

Nawiązując do wcześniejszych wystąpień, chcę powiedzieć, że polityka ludnościowa, która przekłada się w późniejszym czasie na strukturę ludności, ma dwa elementy, wśród których nas interesuje polityka migracyjna. Moglibyśmy się też odwoływać do polityki antynatalistycznej i pronatalistycznej. Polityka migracyjna ma związek z poszczególnymi politykami – ludnościową, gospodarczą, rynku pracy, edukacyjną, zdrowotną i innymi.

Polityka migracyjna składa się z dwóch komponentów: przyjazdowego, czyli polityki imigracyjnej, i wyjazdowego, czyli polityki emigracyjnej. Dotychczas, w ciągu ostatnich 25 lat była realizowana tylko i wyłącznie polityka emigracyjna. Widać było, że władze polskie podejmują szereg działań umożliwiających masowy odpływ ludności z Polski. Co do polityki imigracyjnej, to czyniono raczej tylko to, co było konieczne, a właściwie konieczne były tylko działania w zakresie udzielania ochrony międzynarodowej.

Aby prowadzić politykę imigracyjną, należy przede wszystkim określić potrzeby. Ta diagnoza powinna być punktem wyjścia, a wydaje się, że dzisiaj tej diagnozy nie ma. Nie mamy jasno zdefiniowanego celu, jaki chcemy osiągnąć, brakuje określenia sposobu realizacji tego celu, instrumentów, które temu mają służyć, nie mamy pomysłu na pomiar efektywności, bo nie można stwierdzić, że efektywne jest to, co nam się wydaje, iż jest efektywne. Dobrze byłoby mieć jakieś obiektywne mierniki, aby ocenić stopień realizacji tego zadania w finalnym etapie i przyjąć pewne wnioski. Przede mną zabierały głos osoby badające od wielu lat problemy demograficzne i w każdej z tych wypowiedzi pojawiał się element niepokoju. W roku 2014 w mediach pojawiła się wypowiedź, że właściwie 25 mln osób w Polsce to chyba nie jest jakiś problem. Dziwię się

takim wypowiedziom. Tak drastyczne zmniejszenie liczby populacji to jest już sygnał alarmowy i chyba dosyć dobrze wiąże się z podjętą tu debatą. Tego typu wypowiedzi, oceniam – a jeśli dobrze zrozumiałem wcześniejsze wystąpienia, podobnie oceniają je także inni przedmówcy – jako kuriozalne. Nie wyobrażam sobie innego państwa, w którym powiedziano by, że ubytek takiej ogromnej liczby ludności właściwie nie byłby żadnym problemem.

Co do polityki imigracyjnej przede wszystkim musimy zwrócić uwagę na dwa aspekty: uwarunkowania zewnętrzne i uwarunkowania wewnętrzne. Polska jako państwo przyjmujące musi określić priorytety, zapotrzebowanie, ale także możliwości. Musimy też być gotowi na niespodziewane zdarzenia wynikające z sytuacji zewnętrznej. Nie będę rozwijał zagadnień związanych z ubiegłorocznym kryzysem migracyjnym, którego konsekwencje odczuwamy do dziś. Wiemy, jak sytuacja w skali europejskiej jest trudna oraz jaka cały czas istnieje presja, żeby wprowadzić pewne mechanizmy reagowania na zmiany migracyjne w Europie. Mam na myśli chociażby próby narzucenia pewnych rozwiązań związanych z relokacją czy z przesiedleniami cudzoziemców, którzy wykazują wolę opuszczenia swoich dotychczasowych miejsc pobytu.

Przed wszystkim są różne aspekty imigracji do Polski, a mianowicie imigracja pracownicza, imigracja osiedleńcza; uchodźstwo (w przypadku którego występują kwestie wynikające z zobowiązań międzynarodowych państwa polskiego); imigracja etniczna – repatriacja, Karta Polaka. Przy repatriacji uważam, że jest to nazewnictwo wyjęte z polskiego systemu prawnego.

W świetle danych statystycznych – jeśli przyjrzymy się danym krajowym, danym z ewidencji bieżącej, danym międzynarodowym, wynikom cenzusów – widać wyraźnie, że jeśli chcielibyśmy przeciwdziałać tym negatywnym zjawiskom i procesom, o których w czasie konferencji mówiono, to wypadałoby podjąć działania zmierzające chociażby do opracowania nowej – nazwijmy to może doktryną albo koncepcją – polityki migracyjnej państwa polskiego.

Pierwszym zagadnieniem jest odchodzenie z rynku pracy roczników wyższych lat 50., o czym wszyscy przedmówcy mówili w zależności od kontekstu, czy to ochrony zdrowia, rynku pracy, czy szeroko rozumianego zabezpieczenia społecznego. To również powinno być uwzględnione w planowanej polityce emigracyjnej, imigracyjnej, ale w tym zakresie muszą zapaść jednoznaczne decyzje polityczne, które są nieodwołalne.

Po drugie. Polityka imigracyjna będzie ściśle skorelowana z możliwościami awansu cudzoziemców i zaspokojenia ich potrzeb na terytorium Polski. Póki co w tej „rywalizacji” przegrywamy konkurencję z pozostałymi zachodnimi państwami Unii Europejskiej, a to powoduje, że napływ cudzoziemców do Polski jest stosunkowo niewielki. Uważam, że odpływ z Polski emigrantów nie będzie skończony dokładnie z tych samych przyczyn. Ten proces będzie trwał.

Po trzecie – element, który odnosi się do zjawiska depopulacji poszczególnych terenów Polski: jest taka konfucjańska zasada optimum ludnościowego, jeśli chodzi o rozmieszczanie, przesiedlenia itd. Uważam, że jeśli ma być planowana polityka imigracyjna, choć jest to szczególnie trudne do realizacji, to zagadnienie dotyczące depopulacji pewnych obszarów powinno być także uwzględniane.

12. Dyskusja

Prof. dr hab. Jerzy RUNGE – Uniwersytet Śląski, Katedra Geografii Ekonomicznej

Chciałbym zabrać głos w dwóch kwestiach. Pierwsza dotyczy zagadnień omawianych w II części konferencji (i monografii). Mianowicie jeszcze w latach 70. XX w. była mowa o środowiskowych uwarunkowaniach zdrowia i takie badania, paradoksalnie, zaczęto przeprowadzać na Górnym Śląsku w Instytucie Podstaw Inżynierii Środowiska w Zabrze. Profesor Jan Żmuda podjął takie badania w warunkach trudnego, jak na tamte czasy, dostępu do danych, do statystyki medycznej. Otóż my dziś – jako promotorzy prac, jako autorzy wielu publikacji – spotykamy się, niestety, z takimi zachowaniami ze strony właśnie środowiska medycznego czy instytucji odpowiedzialnych za tę sferę działalności – problemu z dostępem do statystyki medycznej. Okazuje się, że pozyskanie danych z tej dziedziny jest porównywalne z pozyskaniem informacji z Fortu Knox w Stanach Zjednoczonych. Czy da się zatem spróbować coś z tym zrobić? Bo sfera zadań, które stoją przed ochroną zdrowia, opieką społeczną, w porównaniu z tym, co znajdujemy w rocznikach statystycznych, jest niespotykana mała. Zatem dla badaczy, dla praktyków, którzy się tą tematyką zajmują, środowiska medyczne i cała administracja służby zdrowia powinny coś zrobić, by ułatwić dostęp do tych materiałów.

Druga uwaga dotyczy całości konferencji: o jej sukcesie decyduje przełożenie też na działania praktyczne. Czy nie pora zastanowić się zatem – a dyskutowaliśmy o tym w kularach – żeby zrealizować projekt badawczy, albo może podjąć jakąś serię publikacji, które miałyby wymiar pewnego stałego cyklu. Na roboczo mógłby on być zatytułowany *Regionalna i lokalna statystyka społeczno-medyczna* (oczywiście to jedynie propozycja tytułu roboczego). Chodzi mi o te sfery zagadnień, które były podjęte w drugiej części konferencji, gdyż potrzeby w tym zakresie są niewątpliwie duże. My te materiały pozyskujemy z bardzo wielu instytucji, niestety, z olbrzymim trudem. Czy nie pora skoordynować działań naszych ośrodków regionalnych w celu przyjęcia pewnych wspólnych ustaleń i przełożenia tego na programy rządowe? Bo wtedy byłoby to nośne. Robiliśmy kiedyś system BAEL, w jakiejś mierze nam się udało ze statystyką rynku pracy, czyli należałoby pójść krok dalej także w zakresie lepszego dostępu do statystyki medycznej.

Prof. dr hab. Bogusława URBANIAK – Uniwersytet Łódzki

Chciałabym nawiązać do ważnego tematu, który poruszyła prof. J. Hrynkiwicz: instytucjonalizacji opieki nad ludźmi starszymi, niesamodzielnymi. Otóż chodzi mi o to, abyśmy nie rozumieli tej propozycji jako rozwoju instytucji domów opieki, ale jako wsparcie ludzi starszych w miejscu ich zamieszkania. A więc chodzi o przygotowanie programów, najpierw monitoringu, być może objęcie ich pomocą w postaci asystenta rodziny człowieka starszego.

Druga kwestia w ramach szeroko rozumianej instytucjonalizacji pomocy dotyczy wsparcia dla rodzin, które często łączą opiekę nad dziećmi z opieką nad starszymi i najstarszymi członkami rodziny, wsparcie właśnie przez profesjonalnych asystentów.

Oprócz tego powinniśmy zwrócić uwagę na niedopuszczanie do sytuacji niesamodzielnosci ludzi starszych; nie należy zapominać o grupie ludzi, która jest w starszym wieku, daje sobie radę – ich także należy wspierać w utrzymaniu aktywności i samodzielności, żeby jak najdłużej pozostawali w zdrowiu. W tym zakresie dobrą rolę pełnią konkursy ASOS organizowane przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

Myślę, że jest to dobra droga – można te działania rozszerzyć i animować również w aspekcie lokalnym, tak aby samorządy lokalne bardziej przejęły się tym rodzajem aktywności na rzecz wsparcia ludzi starszych i ich rodzin w swoich programach, ponieważ najwięcej można zrobić w małych środowiskach, w środowiskach (tak jak to było podkreślane) gmin. Tam często wszyscy się znają, ale jednocześnie te środowiska są dosyć hermetyczne i rodziny mogą nie wiedzieć, czy w sąsiedniej rodzinie ktoś się opiekuje starszym, czy nie. A więc chodzi o zorganizowanie działań na rzecz wspierania rodzin w wymiarze lokalnym, aby one same zrozumiały, że to jest dla nich korzystne.

Tomasz PITUCHA – doradca wojewody lubelskiego, pełnomocnik ds. rodziny, członek samorządu w Radzie Miasta Lublin

Chciałbym przedstawić kilka uwag o praktycznym charakterze. Język kształtuje rzeczywistość i to, w jaki sposób mówimy o rodzinie, otwiera nam pewne perspektywy. Padło w czasie konferencji takie stwierdzenie, że problem dziecięcości jest problemem „intymnym”. Uważam, że problem dziecięcości jest na tyle ważną kwestią dla naszego społeczeństwa, że powinniśmy wypracować takie formy przekazu, również medialnego, żeby ten temat po prostu funkcjonował w przestrzeni publicznej z korzyścią dla naszego społeczeństwa.

Nawiążę do jednego zdania – moim zdaniem ważnego – z wypowiedzi prof. J. Hrynkiewicz o tym, że maleje natężenie zawierania małżeństw w młodszych grupach wiekowych. Chciałbym zwrócić uwagę na to, że o ile w gimnazjum czy liceum są programy dotyczące przygotowania do życia w rodzinie, o tyle takie programy praktycznie nie występują w przypadku kształcenia studentów. I to jest, jak się wydaje, postulat, który należałoby rozważyć, ponieważ studenci to są osoby w wieku najbardziej zbliżonym do tego, w którym powinno się zawierać małżeństwo. Takie programy mogłyby przynieść efekt, zwłaszcza jeżeli byłyby powiązane z pewnymi zachętami do szybszego zawierania małżeństwa, bo mówimy o tym, że ten wiek zawierania małżeństw opóźnia się, w związku z czym również maleje, skraca się czas, kiedy można spodziewać się, że małżeństwa będą miały dzieci.

Jeżeli chodzi o pozostawanie w związkach nieformalnych lub rezygnację z życia w związku małżeńskim, to również za zasadny uważam taki postulat, żeby określić pewne wzorce aksjologiczne czy modele rodziny, do których tak naprawdę chcemy dążyć i które są przydatne społecznie. W ostatnich latach w przestrzeni społecznej, w mediach, dało się słyszeć, że w związkach jednopłciowych „rodzi się więcej dzieci niż w rodzinach tradycyjnych”. Od takich stwierdzeń należałoby odchodzić, należałoby zdefiniować, jaki model rodziny promujemy i promować go również w mediach. Chcę przy tym zauważyć, że w różnego typu badaniach czy różnych aktach prawnych są różne definicje rodziny, często utożsamiane z gospodarstwem domowym, bez wnikania w to, jakie zależności łączą osoby, które je tworzą.

Poza tym chciałbym zwrócić uwagę na przygotowanie do małżeństwa i wzmocnienie trwającego już małżeństwa. Ustawa o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej skupia się raczej na tym, żeby pracować z rodziną dysfunkcyjną lub mającą problemy. Jest mało instrumentów, które pozwalałyby pracować właśnie z rodzinami funkcjonującymi prawidłowo, po to aby promować takie rodziny jako wzorzec do naśladowania. Programy samorządowe są skonstruowane tak, że pieniędzy właściwie nie ma, albo jest ich bardzo niewiele na to, żeby takie rodziny dobrze, prawidłowo funkcjonujące umacniać i w ten sposób promować rodzinę jako taką, ten właściwy wzorzec.

Dr Zofia SŁOŃSKA – Instytut Kardiologii w Warszawie

Chciałabym zwrócić uwagę na konieczność uwzględniania – zarówno w debatach, jak i w podejmowanych działaniach prozdrowotnych – wpływu kontekstu społecznego, społeczno-kulturowego i społeczno-ekonomicznego na zmienność w stanie zdrowia polskiego społeczeństwa. Poruszam ten temat, ponieważ

specyfika głównych problemów zdrowotnych polskiej populacji (mam tu na myśli przede wszystkim epidemie chorób przewlekłych zależnych od stylów życia) polega na tym, że ich przyczyny – zarówno natury behawioralnej, jak i środowiskowej – to czynniki społeczne działające poza obszarem jurysdykcji medycyny. Zapominając o nich, tracimy możliwość przyczynowego oddziaływania na stan zdrowia populacji, a co za tym idzie – zmniejszamy także szansę na znaczącą redukcję nowych zachorowań i przedwczesnych zgonów we wszystkich grupach i zbiorowościach społecznych, niezależnie od ich miejsca w hierarchii społecznej.

Obecnie społeczne nierówności w zdrowiu stanowią poważny problem w naszym kraju i wymagają podejmowania działań zmierzających do ich redukcji. Chciałam tu przypomnieć o koncepcji promocji zdrowia, która powstała po to, aby można było uruchomić w ramach współpracy międzysektorowej działania ograniczające negatywny wpływ środowiska społecznego na zdrowie populacji. Jej głównym zadaniem nie jest, jak się często sądzi, edukacja zdrowotna, ale komplementarne podejście do rozwiązywania problemów zdrowotnych populacji obejmujące edukację zdrowotną i działania środowiskowe mające na celu zwiększenie dostępności do zasobów stymulujących pojawianie się zachowań prozdrowotnych, takich jak: dobre warunki mieszkaniowe, praca, opieka zdrowotna czy wykształcenie.

Wpływ kontekstu społecznego, społeczno-kulturowego i społeczno-ekonomicznego ma i będzie miał znaczenie dla poziomu i zakresu problemów zdrowotnych i społecznych związanych ze starzeniem się polskiej populacji. Można przyjąć, że przyszła sytuacja społeczna i zdrowotna kolejnych kohort osób starszych będzie w znacznym stopniu pochodną tego, co będzie się działo, obecnie i w dającej się przewidzieć przyszłości, w szeroko rozumianym otoczeniu społecznym, społeczno-kulturowym i społeczno-ekonomicznym Polaków. Stąd należy kontynuować dyskusję zapoczątkowaną na tej konferencji, a także podejmować działania z zakresu nowych systemowych rozwiązań gwarantujących bądź zwiększających prawdopodobieństwo bezpiecznego i aktywnego życia ludzi starych w polskim społeczeństwie.

Co właściwie należałoby zrobić, żeby zmniejszać nieuchronne, nasilające się wraz z upływem lat negatywne skutki dynamicznego procesu starzenia się polskiej populacji? Dzięki istniejącym danym możemy już dziś opisać cechy tego procesu. Jest to proces:

- 1) nieodwracalny,
- 2) przebiegający dwutorowo – większa dynamika charakteryzuje przyrost osób w wieku 80 i więcej lat,
- 3) współwystępujący z procesem zmniejszania się liczebności polskiej populacji – w roku 2050 będzie nas ok. 4,5 mln mniej,

- 4) sfeminizowany, co oznacza zwiększone zapotrzebowanie na: pomoc medyczną – kobiety nadal będą żyły dłużej niż mężczyźni; pomoc finansową, rodzinną lub instytucjonalną – kobiety po przejściu na emeryturę mają gorszą sytuację materialną, a ponadto częściej niż mężczyźni posiadają jednoosobowe gospodarstwa domowe,
- 5) oznaczający narastanie obciążenia rodzin ludźmi starymi.

Z przedstawionej charakterystyki jednoznacznie wynikają problemy, którymi trzeba się intensywnie zająć. Podstawowy priorytet to organizacja instytucjonalnych form pomocy dla rodzin opiekujących się osobami starszymi, np. organizacja sieci łatwo dostępnych placówek dziennego pobytu dla osób w starszym wieku, rozwój wolontariatu, wspieranie organizacji pozarządowych w ich działaniach na rzecz osób starszych, umacnianie pozycji pielęgniarek środowiskowych itp. Ważne są także zmiany świadomości społecznej. Przede wszystkim należy zacząć przygotowywać ludzi młodych i w średnim wieku do własnej starości i starości osób w ich najbliższym otoczeniu. Obecnie starość nie jest modna i – choć nieuchronna – nie jest traktowana wystarczająco poważnie.

Niezbędne jest uruchamianie różnorodnych form aktywizacji i upodmiotawiania społeczeństwa w codziennym życiu, w tym w sferze zdrowia. Edukacja zdrowotna powinna być nauką życia z uwzględnieniem zdrowia, jednak w praktyce jeszcze zbyt często ogranicza się do transmisji wiedzy, zasad i norm medycznych. Wyniki Europejskiego Sondażu Kompetencji Zdrowotnych, przeprowadzonego w 2011 r. również w Polsce, wskazują na to, że co drugi Polak nie jest przygotowany do radzenia sobie w obszarze leczenia i opieki, profilaktyki chorób oraz promocji zdrowia. Sytuację w tym względzie pogarszają nierówności społeczne. I tak na przykład to głównie dorośli o najniższej pozycji społecznej nie rozumieją tego, co do nich mówi lekarz. Punktem wyjścia do rozwiązania tego problemu jest poprawa zdolności lekarzy do zróżnicowanego, w zależności od cech pacjenta, sposobu komunikowania się w trakcie wizyty lekarskiej, a także stworzenie w placówkach POZ i szpitalach zespołów interdyscyplinarnych składających się z psychologów, dietetyków, specjalistów od aktywności fizycznej i specjalistów do walki z nałogami. Ich zadaniem byłoby uzupełnianie pracy lekarza o profesjonalne wspomaganie pacjentów w modyfikacji antyzdrowotnych stylów życia.

Dr Marek CIERPIAŁ-WOLAN – dyrektor Urzędu Statystycznego w Rzeszowie

Zainspirowany wystąpieniami prof. J. Szymborskiego i dr A. Potrykowskiej, którzy użyli w swoich wystąpieniach słowa „transgraniczny”, chciałbym zwró-

cić uwagę na konieczność zbudowania spójnego systemu badań demograficznych dla obszarów transgranicznych, szczególnie w warunkach procesów integracji, dezintegracji i globalnego charakteru wielu zjawisk społeczno-gospodarczych.

Obszary transgraniczne, szczególnie w warunkach różnicy potencjałów gospodarczych, tworzą silne bodźce w zakresie przemieszczania się ludności – jest to przede wszystkim związane z dodatkowymi możliwościami i formami aktywności gospodarczej. Warto podkreślić, że w 2015 r. odnotowano w Polsce ponad 35 mln przekroczeń zewnętrznej granicy Unii Europejskiej, w tym na granicy z Ukrainą było to ponad 20 mln i prawie 8 mln przekroczeń na granicy z Białorusią. Tak duże strumienie przemieszczeń ludności przekształcają się zwykle w większą skalę migracji czasowych i migracji stałych. Obecnie zjawisko to obserwujemy zwłaszcza na Podkarpaciu i na Lubelszczyźnie. Dlatego też tak ważne jest prowadzenie monitoringu procesów demograficznych zachodzących na obszarach transgranicznych.

Kolejna istotna sprawa to badanie zachowań obiektów (gospodarstw domowych, firm, organizacji trzeciego sektora) w przestrzeni, wykorzystując współrzędne XY, czyli wychodząc poza tradycyjny schemat: województwa, podregiony, powiaty, gminy. Zastosowanie tego typu narzędzi ujawnia pewne grupowania obiektów o podobnych cechach (klastrów) w układzie transgranicznym. Na konferencji dotyczącej euroregionu Karpaty⁶⁹, w sesji, której organizatorem była prof. J. Hrynkiewicz, zarówno przedstawiciele nauki, jak i statystyki publicznej z Polski i Ukrainy zwracali szczególną uwagę na tego typu zjawiska i mechanizmy.

Ostatnia kwestia jest związana z programem Rodzina 500+. Jeszcze przed procesem dezintegracji na Ukrainie, kiedy zauważono tam niekorzystne zmiany demograficzne, uruchomiono program, oczywiście mniej spektakularny niż w Polsce, i okazało się że w relatywnie krótkim okresie przyniósł on pozytywne efekty.

Dr Piotr LYSON – dyrektor Departamentu Badań Społecznych i Warunków Życia GUS

Chciałbym się odnieść do tematyki migracyjnej. Uważam, że kluczowa sprawa w myśleniu o migracjach dotyczy perspektywy – należy zadbać, żeby zwyciężyła perspektywa długookresowa. Chodzi o to, żeby nie popełnić tego błędu, jaki był

⁶⁹ Chodzi o coroczną konferencję „Europa Karpat”, podczas której są omawiane najważniejsze tematy dotyczące Europy Środkowej i Wschodniej: od historii, kultury i spraw społecznych po gospodarkę i bieżące problemy europejskie.

udziałem państw Europy Zachodniej, które myśląc o krótkookresowym zysku dla rynku pracy, nie pomyślały o długookresowej perspektywie integracji społeczności do nich przybywających. Innymi słowy, perspektywa długookresowa integracji w polskim społeczeństwie powinna być decydująca i dominująca nad krótkookresowym zyskiem dla rynku pracy.

Druga kwestia jest też związana z migracją. Bardzo inspirująca była jedna z rycin, które pokazała dr A. Potrykowska. Okazuje się, że w 2014 r. najsilniejszą intensywność emigracji z Polski odnotowano w powiatach na ziemiach zachodnich i północnych. To współgra z innymi danymi, które też świadczą o (tak to nazwę) deficycie zakorzenienia na ziemiach zachodnich i północnych. Ma to oczywiście swoje uwarunkowania historyczne. Uważam, że należy to potraktować jako podobne wyzwanie do „zszywania” Polski z ziem trzech zaborów w okresie II Rzeczypospolitej. Sądzę, że warto w tym kontekście w szerszym zakresie sięgnąć po dziedzictwo kresowe przeniesione przez obecnych mieszkańców ziem zachodnich, którzy na tych ziemiach stanowią wyższy odsetek ludności niż w Polsce centralnej i wschodniej.

I jeszcze dwa krótkie komentarze. Jeden dotyczy polityki w stosunku do osób starszych. Uważam, że tutaj drogowskazem powinna być zasada pomocniczości – przypomnę, sformułowana dokładnie 85 lat temu – tzn. wszędzie tam, gdzie rodzina może sobie poradzić, nawet z pewnym wsparciem ze strony instytucji czy to państwowych, czy samorządowych, czy organizacji pozarządowych, pomoc powinna być udzielana w rodzinie, a na podstawie własnego doświadczenia powiem, że często bardzo niewiele trzeba pomagać. Wystarczy pewna pomoc w sprawowaniu specjalistycznej opieki pielęgnacyjnej, czasami zastępstwo w okresie wakacyjnym, czasami jakieś inne tego typu doraźne wsparcie, ale prawidłowo zorganizowane, o które nie trzeba mocno zabiegać ze strony rodziny.

I ostatnia sprawa. Trochę zareklamuję wyjście naprzeciw potrzebom informacyjnym, jakie zostały zgłoszone, jeżeli chodzi o wymiar terytorialny, w informacji o zdrowiu, o ochronie zdrowia. Pozwoliliśmy sobie, wydając w GUS publikację dotyczącą zdrowia i ochrony zdrowia, pokazać system ratownictwa w Polsce. Pokazaliśmy na mapie, jak w poszczególnych województwach kształtuje się czas dojazdu karetka na terenach miejskich i poza miastami. Polecam lekturę, jest to bowiem bardzo ciekawy materiał do refleksji zarówno o sprawności tego systemu, jak i o jego organizacji, bo wiadomo, obszary działania są różne, różnie zorganizowane, czasem w obszarze powiatowym, czasem w odniesieniu do znacznie większych obszarów. Myślę, że to jest dobry przyczynek do refleksji i podejmowania decyzji na ten temat.

Dr Elżbieta KOZUBEK – kierownik zespołu Rozwoju Regionalnego w Mazowieckim Biurze Planowania Regionalnego w Warszawie

Konferencja jest interesująca, jednak zabrakło mi czegoś konkretnego, określenia, na czym polega ten problem demograficzny, tzn. kryzys demograficzny. Ja tego tak nie widzę; śledząc sytuację od czasów przedwojennych do dziś, to nie jest to wielki kryzys, natomiast na pewno jest on naturalny, bo wynika właściwie z decyzji pojedynczego człowieka.

To, co się w tej chwili dokonuje, to jest modelowanie przez państwo nie przyrostu naturalnego czy też zjawiska starzenia się społeczeństwa, ale pewnych uwarunkowań. Podam przykład z pola medycyny. Mój syn jest rezydentem, pierwszy rok i zarabia 2 tys. zł. Chciałby założyć rodzinę, przy dochodzie 2 tys. zł wynajęcie mieszkania czy wzięcie kredytu jest bardzo trudne, a tym bardziej wychowywanie dzieci; to jest główny powód odpływu tej siły, wykwalifikowanej kadry za granicę; tam są po prostu lepsze warunki. A więc, primo, należy robić właściwe rzeczy i robić te rzeczy właściwie. I tu powinniśmy przede wszystkim odpowiedzieć sobie na pytanie, co jest właściwe, określić problem, co chcemy osiągnąć, bo dyskutujemy, natomiast nie mówimy, co chcemy osiągnąć, czy tylko chodzi o duży przyrost naturalny na przyszłość, żeby rzeczywiście nie wpaść w tę niszę w latach 50. To są pytania zasadnicze.

Oczywiście sprawa migracji jest między innymi skutkiem niekorzystnej sytuacji pojedynczego człowieka *in situ*. Natomiast w przypadku boomu prokreacji (rozrodczości) jest źle (Chiny – ograniczenie posiadania więcej niż jednego dziecka) i przy niskim przyroście naturalnym też jest źle. A zatem kiedy jest dobrze? Czym jest problem demograficzny, do czego prowadzi, co chcemy osiągnąć i w jaki sposób?

Podsumowanie

Problemów, które chcielibyśmy tutaj poruszyć, jest więcej. Na szczęście określenie „kryzys demograficzny” było użyte w tej części tylko raz, i to w formie cytatu, bo to oczywiście jest kwestia do dyskusji i demografowie – o czym też tu słyszeliśmy – na ten temat dyskutują. Można stwierdzić, że z punktu widzenia procesów transformacji demograficznych jest to normalna sytuacja, która towarzyszy procesom rozwoju społeczno-gospodarczego i określenie „kryzys” rzeczywiście mogłoby być kwestionowane. Natomiast niezależnie od wszystkiego obserwujemy pewne procesy, które z punktu widzenia naszej przyszłości muszą być wzięte pod uwagę. Nie chodzi nawet o to, czy my je oceniamy dobrze, czy źle, ale jeśli występuje proces starzenia, który będzie postępował, to oznacza, że będzie to rzutowało na politykę społeczną wobec osób starszych.

Jeśli mówimy o tym, jak na razie przebiegają migracje, lecz zakładamy, że w przyszłości będą one miały inny przebieg, bo jest określona polityka migracyjna, ale rzeczywistość będzie inna, to musimy te procesy wziąć pod uwagę. Jeśli stwierdzamy, że zbyt mała liczba urodzeń powoduje to, że następują przekształcenia, zmiany w strukturze ludności według wieku, bo one o tym decydują w przyszłości i następuje jakaś dysproporcja między poszczególnymi kategoriami ludności, chociażby według ekonomicznych grup wieku, to jest to zadanie, które musimy wziąć pod uwagę.

Nie jestem zwolennikiem tego, żebyśmy robili rewolucję w tym zakresie, ale w polityce gospodarczej trzeba wziąć pod uwagę to, że za 30–40 lat będzie o 4 mln mniej ludzi gotowych podjąć pracę. Możemy to rozwiązać poprzez większą wydajność, innowacyjną gospodarkę, niekoniecznie tylko i wyłącznie przez pracę rąk, ale musimy mieć tę świadomość, i w tym zakresie trzeba będzie podejmować działania.

Nasza dyskusja mogłaby trwać długo, ponieważ temat, który podjęliśmy w drugiej części konferencji (zresztą dotyczy to całej konferencji poświęconej wyzwaniom dla polityki ludnościowej), jest niezwykle trudny, dlatego że dotyczy szczególnie trudnej materii, tzn. naszych zachowań. Mówiono i o socjologicznych, i o kulturowych, ale także o psychologicznych uwarunkowaniach

naszych postaw w każdym niemalże aspekcie sytuacji demograficznej. W związku z tym tutaj nie wystarczą proste narzędzia albo proste, elementarne działania, nawet w sferze materialnej, tylko są konieczne pewne działania bardziej kompleksowe, także promocja, także popularyzacja, a więc z tego punktu widzenia jest to niezwykle ważne. A zatem, z jednej strony jest to zadanie bardzo trudne, ale z drugiej – kompleksowe, bo mówiliśmy przynajmniej o czterech obszarach polityki ludnościowej, ale tak naprawdę jednym z ważniejszych wyzwania, jakie nas czekają, jest kwestia rynku pracy i dostępności odpowiednich zasobów pracy – od tego zależy, jak będziemy się rozwijać w dalszej przyszłości.

Po raz pierwszy miałem wrażenie, że Rządowa Rada Ludnościowa spotkała się z pewnym uznaniem, ale jednocześnie z zainteresowaniem ze strony resortów w obszarze tych działań, które są szczególnie ważne. Z przyjemnością słuchałem, jak nasi przedstawiciele, ministrowie, a także pan dyrektor, mówili o tym, że „uwzględniamy”, „bierzemy pod uwagę”, „działamy właściwie w zakresie, w którym Rządowa Rada Ludnościowa w swoich założeniach proponuje pewne rozwiązania”. Oczywiście to jest pewien etap, to jest jeszcze stosunkowo krótki okres, żeby można było powiedzieć, że już osiągnęliśmy sukces, ale jeśli pójdziemy w tym kierunku, to jest szansa na to, że rzeczywiście polityka ludnościowa będzie zbudowana w sposób kompleksowy. Ale żeby tak było, to, po pierwsze, powinniśmy podjąć debatę, o czym mówiła prof. J. Hryniewicz, w niektórych aspektach, po drugie, monitorować, co się dzieje w tej sferze, o której dyskutowaliśmy. Sądzę, że tego typu konferencje są trochę na zasadzie: „sprawdzam” (myślę teraz o całej naszej społeczności, ale i o Rządowej Radzie Ludnościowej), co się udało zrealizować, co się udało zrobić i w jakim kierunku zmierzamy. To jest z całą pewnością ważne przedsięwzięcie.

Jest jeszcze jeden aspekt. Mówiliśmy głównie o sytuacji w skali całego kraju, ale były też głosy w dyskusji dotyczące ujęcia przestrzennego, lokalnego. I tu jest niezwykle ważny obszar do zagospodarowania, także w sferze polityki ludnościowej. Nie da się niczego zrobić na poziomie centrali. Choćby Rządowa Rada Ludnościowa, nie wiem jak dobrze rozumiała się ze wszystkimi ministerstwami, to nic nie pomoże, jeśli do tego nie będą włączone społeczności lokalne, samorządowe. Wszystko, co się dzieje w naszej rzeczywistości, także w sferze demograficznej, ma swój wymiar lokalny. A zatem, kolejny element, kolejny aspekt, który wynika z dzisiejszej dyskusji, to jest w szerszym zakresie uwzględnienie aspektu przestrzennego, ale także włączenie społeczności regionalnych i lokalnych do debaty nad polityką ludnościową.

Prof. dr hab. Józefina HRYNKIEWICZ

Rządowa Rada Ludnościowa

Uniwersytet Warszawski

ZAKOŃCZENIE

Podsumowanie konferencji jest bardzo trudne ze względu na to, że podjęto wiele ważnych problemów związanych z ruchem naturalnym i ruchem wędrówkowym ludności – wśród nich te, które zostały już rozwiązane, te które są rozwiązywane, i te, które czekają na rozwiązanie. W opublikowanej pracy staraliśmy się pokazać sytuację ludnościową w Polsce w dłuższej perspektywie czasu (prognoza) oraz przestrzennej (porównanie z przestrzenią europejską).

W dyskusji odnoszono sytuację demograficzną do uwarunkowań społecznych i ekonomicznych, do sytuacji młodego pokolenia Polek i Polaków, do masowej emigracji młodego pokolenia, które w znacznej części wyemigrowało tam, gdzie istniały warunki do założenia i rozwoju rodziny. Tak zrobiło w Polsce ponad 2 mln młodych ludzi, którzy chcieli mieć rodzinę, dzieci, dochody z pracy, mieszkanie. Nie mogli tych planów zrealizować w kraju. Dlatego znaczna część potencjału demograficznego generacji drugiego wyżu demograficznego w Polsce wyemigrowała za granicę. Proces ten obserwuję na Podkarpaciu, skąd wyemigrowało 200 tys. młodych, dobrze wykształconych ludzi. Ci młodzi ludzie musieli wyjechać, żeby móc zakładać rodziny, pracować, osiągać dochody, wychowywać dzieci. Nie musieliby wyjeżdżać, gdyby w Polsce była realizowana długofalowa polityka ludnościowa państwa, gdyby w polityce społecznej i gospodarczej respektowano uwarunkowania demograficzne. Tak zdefiniowanej polityki społecznej nie prowadzono w Polsce do 2016 roku.

Polityka ludnościowa jest domeną działalności państwa, władzy publicznej, ponieważ tylko państwo ma możliwość zastosowania wszystkich koniecznych w długofalowej polityce społecznej narzędzi: ma prawo, może kształtować zasady podziału dochodu, ma wszystkie możliwości instytucjonalne, organizacyjne, kadrowe. Długofalowa polityka ludnościowa w Polsce – gdyby była prowadzona – sprzyjałaby oczekiwaniom obywateli w sferze ich życia rodzinnego przez tworzenie warunków zakładania rodziny, wychowania dzieci. Z badań socjologicznych, realizowanych w Polsce od kilku dziesięcioleci, wynika, że dla ponad 90% ludzi młodych największą wartością jest rodzina. Deklarują, że chcą mieć dwoje (2/3 badanych) lub troje (1/3) dzieci i sami chcą je wychowywać. Połowa matek w Polsce deklaruje, że chce zrezygnować z pracy na czas

opieki nad dziećmi. Zatem rolą państwa w polityce społecznej (rodzinnej, ludnościowej) jest tworzenie warunków, które umożliwią osobom, rodzinom realizację deklarowanych zamierzeń. W sferze rodzinnej – czy dotyczy to urodzeń, wychowania dzieci, czy opieki nad osobami starszymi i niepełnosprawnymi – rolą państwa jest tworzenie warunków sprzyjających decyzjom rodziny. Państwo ma stworzyć warunki, żeby było możliwe podejmowanie decyzji sprzyjających wszystkim aspektom rozwoju demograficznego. Podobna jest rola państwa w stosunku do migracji czy repatriacji; państwo ma tworzyć warunki sprzyjające podejmowaniu decyzji korzystnych dla kształtowania pożądanej sytuacji demograficznej (zrównoważony rozwój ludności).

Problemy, jakie wynikają z przedstawionej sytuacji demograficznej, to skutek braku polityki ludnościowej państwa przez kilka ostatnich dziesięcioleci. Problemy demograficzne współczesnej Polski nie powstały wskutek „kataklizmu”, szczególnego splotu niekorzystnych wydarzeń i okoliczności; są one konsekwencją wieloletnich zaniechań w sferze polityki społecznej, ludnościowej, rodzinnej.

W Sejmie pytałam posłów: „czy Polska była bogatszym krajem w latach 1945–1948, że stać ją było na sprowadzenie blisko 3 mln repatriantów? Czy Polska była w latach 1956–1958 bogatsza niż dzisiaj, że mogliśmy wtedy przyjąć 250 tys. repatriantów ze Wschodu?” Kształtowanie sytuacji demograficznej wymaga jasnego sformułowania celów (doktryny) i konsekwentnego w długiej perspektywie wdrażania programu polityki ludnościowej przy zastosowaniu koniecznych narzędzi: prawnych, ekonomicznych, finansowych, utworzenia odpowiednich instytucji. Polska dopiero dopracowuje się polityki ludnościowej; podejmuje się korzystne dla rozwoju ludności kwestie (urlopy, dochody, mieszkania, usługi opieki nad dzieckiem i in.). To ważne zamiary, choć w stosunku do potrzeb spóźnione o wiele lat. Dobrze jednak, że obecny rząd nie tylko widzi, ale i podejmuje te ważne i potrzebne zadania. Problemy demograficzne same się nie rozwiązują. Obecna sytuacja jest trudna, od 20 lat nie mamy prostej zastępowalności pokoleń – pokolenie odchodzące nie jest zastępowane przez pokolenie wchodzące, nasila się tempo starzenia się populacji.

Cieszę się, że zaczęło się RRL dobrze rozmawiać z rządem. Rząd widzi problemy demograficzne i chce je rozwiązywać, podejmuje ważne zadania w sferze podziału dochodu, zatrudnienia, mieszkalnictwa, usług. Uważam, że przedstawione materiały konferencji mogą być użyteczne i przydatne w kształtowaniu polityki społecznej i gospodarczej w Polsce.

