

Lucyna Frąckiewicz

Akademia Ekonomiczna w Katowicach

Sytuacja demograficzna Polski została szeroko omówiona w zakończonym – a trwającym rok I Kongresie Demograficznym Polski, którego efektem jest 24 pozycji zwartych liczących ponad 300 arkuszy oraz wiele seminariów i konferencji w skali regionalnej.

Dysponujemy ponadto podstawowymi informacjami NSP 2002 nie licząc corocznie wydawanych raportów Rządowej Rady Ludnościowej. Zachodzące nowe procesy demograficzne w kraju przesądziły również o niezwykle dużej liczbie wydawanych monografii, w których szeroko naświetlono przyczyny i skutki dokonujących się przeobrażeń. Przeobrażenia te są zresztą typowe nie tylko dla Polski, ale dokonują się bez mała we wszystkich krajach europejskich, a Polska jest jedynie nieco opóźniona w nateżeniu dokonanych przemian. Proces starzenia się społeczeństwa jest skutkiem wydłużającego się trwania życia przy równoczesnym obniżaniu się współczynników dzietności. Proces ten rodzi szereg bardzo trudnych wyzwań dla współczesnego świata, dotyczy w znacznym stopniu działań ekonomicznych, konieczności dostosowania do zmieniającej się struktury demograficznej polityki szeroko traktowanego zabezpieczenia społecznego, polityki ochrony zdrowia, polityki mieszkaniowej łącznie z infrastrukturą społeczną, a także polityki edukacyjnej i zatrudnienia.

Udział osób starych w społeczeństwie ulega stałemu wzrostowi, a opóźnienie i spowolnienie tego procesu w Polsce wynikało z wyższej niż w innych krajach rozrodczości, a także wyjątkowo dużych strat ludności będących skutkiem drugiej wojny światowej. Liczyć się jednak należy z tym, że okres najbliższych dziesięcioleci przesądzić może o niwelacji istniejących różnicowań między Polską a krajami zachodnioeuropejskimi i szybko pogłębiającym się procesem starzenia się polskiego społeczeństwa. Ranga problemu zadecydowała o wielu działaniach na forum międzynarodowym.

Nie można tu pominąć deklaracji „Globalne wezwanie dla XXI wieku”, która została opracowana w listopadzie 1998r. w Kobe w Japonii. Stwierdzono, że „sukces transformacji demograficznej i wielki wzrost populacji osób starszych w nadchodzącym wieku daje szansę na wdrożenie zasad równości, sprawiedliwości socjalnej i opieki zdrowotnej dla wszystkich ludzi. Proces starzenia się świata, w czasie rewolucyjnych zmian struktury ro-

dziny i wprowadzenia dodatkowych zadań dotyczących opieki zdrowotnej oraz socjalnej, pociąga za sobą skutki ekonomiczne, kulturowe, psychologiczne oraz duchowe. Przemiany te wymagają zmiany aktualnego wizerunku osób starszych, wzmocnienia więzi międzypokoleniowych i stworzenia społeczeństwa dla wszystkich grup wiekowych.

Ostrzegamy rządzących i organizacje społeczne wszystkich szczebli o daleko idących skutkach starzenia się populacji. Wzywamy do opracowywania odpowiednich polityk i praktyk, które zmieniają stereotypowy odbiór osób starszych jako biernych odbiorców opieki i pełne wykorzystanie ich umiejętności, doświadczenia życiowego oraz integrowanie ich ze społeczeństwem jako partnerów i wartościowych jego członków.

W nowym podejściu powinno być zawarte lepsze rozpoznanie kwestii wieku i możliwości jakie on daje, postęp we wspieraniu otoczenia oraz rozwój ról osób starszych w rodzinie i społeczeństwie. Podejście to powinno wspierać zdrowe i produktywne starzenie się poprzez edukację i szkolenie w ciągu całego życia oraz umacnianie ludzi w wyznaczaniu własnych celów życiowych i zachowaniu godności.

Odpowiedź na problemy starzenia się populacji będzie wymagała wspólnej aktywności we wszystkich dziedzinach ludzkiej aktywności aby uczynić społeczeństwo w większym stopniu »przyjazne starszym«. Takie działania powinny zawierać środki pomocne przy wprowadzaniu zintegrowanej opieki w społecznościach lokalnych i instytucjach, wzmocnieniu rodziny i pomocy społecznej oraz zredukowaniu skutków niepełnosprawności”.

Istniejące w Polsce tradycje dotyczące rodziny i opieka nad jej członkami stawiają szczególne zadania w odniesieniu do osób starszych. Wyodrębniony katalog podstawowych praw ludzi starych proklamowany przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w 1991r. i rekomendowany państwom członkowskim stawia zarówno państwu i odpowiednim instytucjom oraz rodzinom szerokie zadania w tworzeniu ludziom starszym warunków niezależności, współuczestnictwa, opieki, samorealizacji i godności. Szczegółowy zakres tych uprawnień przedstawia bogata literatura przedmiotu.

Przebywanie ludności starszej w gospodarstwach domowych z rodziną jest w polskich warunkach na ogół rzadkością. Wynika to zarówno ze złej sytuacji mieszkaniowej, niefunkcjonalności mieszkań, zbyt małej ich powierzchni, mobilności ludności młodej, która na skutek przemieszczeń związanych z poszukiwaniem pracy i mieszkań oddzieliła się od rodzin pochodzenia.

Dane GUS pochodzące z mikrospisu 1995 wskazywały, że z krewnymi w linii prostej starszego pokolenia zamieszkuje 4% małżeństw bez dzieci i 8,4% małżeństw z dziećmi. Wśród nich ostatnich 5,1% wśród ludności miast i 14,7% wśród ludności wsi. Omawiając problematykę rodzinną osób starszych nie można pominąć faktu wspomnianej wyżej malejącej dzietności kobiet, która niewątpliwie będzie miała duży wpływ w przyszłości na organizację życia rodzinnego osób starszych.

Obserwowane zjawiska malejącej liczby zawieranych małżeństw, których liczba w ostatnich latach jest niższa od małżeństw zawieranych, wzrastająca liczba związków nieformalnych o trudnej do ustalenia trwałości powodować może większe osamotnienie ludności starszej. Zróżnicowania w przeciętnym trwaniu życia mężczyzn i kobiet o około 8 lat na korzyść tych ostatnich, zwiększająca się liczba małżeństw nie posiadających dzieci

lub posiadających coraz mniejszą ich liczbę sumują się na potrzebę poszukiwania różnych innych poza rodzinnymi form bytowania ludzi starszych.

Pomoc społeczna dla niesprawnych osób starszych realizowana w formie zakładowej napotyka poważne ograniczenia wynikające z niedostatku domów opiekuńczych, nie mówiąc już o ich standardzie. Wprawdzie liczba domów dla ludzi starszych wzrosła z 101 w 1980 r. do 199 w 2000 r., a liczba pensjonariuszy z 9 do 14 tys., to liczba ta jest nieporównywalna w stosunku do potrzeb, w niewielkim bowiem procencie zaspokaja coraz szybciej rosnące potrzeby. Szczególnym problemem staje się opieka terminalna, która realizowana w formie domowej lub zakładowej jest odległa od sytuacji samotnych seniorów.

Problem niedostatku opieki stacjonarnej dla ludzi starszych dotyczy nie tylko naszego kraju. Interesujące są szeroko stosowane rozwiązania tzw. asystencji socjalnej, która w zależności od potrzeb obejmuje częściową opieką (kilku godzinną) lub całodobową opieką osoby potrzebujące.

Inną niezwykle trudną barierą w organizacji pomocy dla osób starszych jest niedostatek informacji o osobach tej pomocy potrzebujących. Bariera informacyjna ma swoje źródło nie tylko w zahamowaniach psychicznych poszukiwania tej pomocy przez osoby nią zainteresowane, ale także niskiej ruchliwości, a także niedostatkiem informacji o możliwościach i formach opieki. Poziom wykształcenia najstarszej generacji na ogół jest niski, niekiedy występuje analfabetyzm funkcjonalny, uniemożliwiający wyartykułowanie swych potrzeb. Jak z tego wynika, coraz bardziej ulegają zmniejszeniu szanse na opiekuńcze funkcje rodziny w odniesieniu do osób starszych. Tym samym poszerzone zostają działania różnorodnych form opiekuńczych. Nie oznacza to jednak, że wszystkie działania wymagają jedynie rozbudowania instytucji pomocy społecznej. Ponadto powinna ona przybierać formy bardziej nowoczesne, polegające na wprężeniu w działania pomocowe całego szeregu instytucji pozarządowych, działających na zasadzie uaktywnienia świadczeń samopomocowych lub też świadczeń usług na zasadzie bezpłatnej, wykorzystując aktywność społeczną wolontariuszy.

Jak wynika z opracowań demograficznych, Polska znalazła się w sytuacji niekorzystnych przemian struktury ludności. Zgodnie z analizą dokonaną przez Rządową Radę Ludnościową spodziewać się należy, że kolejne pokolenia dzieci będą mniej liczne od pokolenia swoich rodziców. Nie tylko nie będzie prostej zastępowalności pokoleń, liczyć się należy ze zmniejszającą się liczbą ludności kraju przy równoczesnych niekorzystnych zmianach strukturalnych.

Zmniejszająca się liczba urodzeń wskazuje na konieczność podjęcia przez państwo aktywnej polityki, która stworzyłaby warunki społeczne i ekonomiczne dla rozwoju rodzin i zachęcałaby do posiadania potomstwa. Działania te jednak wymagają uwzględnienia ustaleń Międzynarodowej Światowej Konferencji Ludnościowej w Budapeszcie z roku 1974, w której określono, że „każda para i każda jednostka posiada podstawowe prawo rozstrzygać w sposób wolny i na własną odpowiedzialność o liczbie i czasie urodzenia swoich dzieci, jednocześnie ludzie mają prawo do informacji i do środków, które im umożliwią przeprowadzenie planowania rodziny. Odpowiedzialność par i jednostek przy

spożytkowaniu tego prawa zawiera w sobie troskę o potrzeby życiowe ich żyjących i przyszłych dzieci oraz zobowiązania wobec swoich bliskich". W dwadzieścia lat później Konferencja ONZ w Kairze w roku 1994 „Ludność i rozwój” określiła, „że celem programów planowania rodziny musi być umożliwienie parom i indywidualnym osobom decydowania w sposób wolny i odpowiedzialny w sprawie liczby i odstępów w rodzeniu swoich dzieci (...) Zasada świadomego wolnego wyboru jest podstawą w długoterminowym sukcesie programów planowania rodziny (...) Żadna forma przymusu nie może być brana pod uwagę”. Uwagę zwraca fakt coraz liczniejszych urodzeń pozamałżeńskich, które stanowią w kraju obecnie 13,2% wobec 5,8% w roku 1989 ukazują skalę zjawiska i świadczą o potrzebie nowych alternatywnych form pomocowych dla tradycyjnie ukształtowanego życia rodzinnego.

Zmienia się także liczba zawieranych małżeństw, która zmalała z 256 tys. w roku 1989 do 195 tys. w roku 2001 (w przeliczeniu na 1000 ludności z 6,7 do 5,1). Równocześnie wzrastająca liczba małżeństw rozwodzących się doprowadziła do niespotykanego dotychczas ujemnego bilansu zawieranych małżeństw wobec orzeczonych rozwodów.

Przyczyn malejącej liczby zawieranych małżeństw jest zapewne wiele, trudno ustalić je w odpowiedniej hierarchii. Niewątpliwie poza zmianą obyczajowości duży wpływ ma bezrobocie, które coraz dotkliwiej obejmuje młodą generację, powoduje bardzo trudne warunki ekonomiczne, niemożność stabilizacji, brak możliwości uzyskania mieszkań, tym samym polityka prorodzinna musi uwzględniać realia ekonomiczne młodego pokolenia i stwarzać różnego rodzaju preferencje, których realizacja mieści się w polityce zatrudnienia, polityce edukacyjnej, polityce mieszkaniowej i innych. Innymi słowy obecna i przyszła sytuacja demograficzna kraju wymaga kompleksowego działania polityki społecznej, która powinna być nastawiona nie tylko na ilościowy, ale także, a może przede wszystkim jakościowy rozwój ludności kraju.

Dane ostatniego NSP wskazują wprowadzić na pozytywne przeobrażenia struktury wykształcenia ludności, postępują one jednak bardzo wolno w stosunku do współczesnych potrzeb. Udział osób z wykształceniem wyższym w latach 1988–2002 wzrósł z 6,5% do 10,2%, z średnim i policealnym z 24,7% do 32,6%, równocześnie zmalał odsetek osób z wykształceniem podstawowym ukończonym i nieukończonym z 45,3% do 33,1%. Nadal jednak udział osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym utrzymuje się na poziomie 24%, a tym samym ludność o bardzo niskim poziomie wykształcenia stanowi ponad połowę polskiego społeczeństwa. Sprawą charakterystyczną jest rosnący poziom wykształcenia wśród kobiet. Kobiety częściej kończą studia wyższe (10,4% wobec 9,3% wśród mężczyzn), szkoły policealne oraz licea ogólnokształcące (16,2% wobec 7,0% wśród mężczyzn). Tym samym wśród absolwentów szkół zasadniczych zawodowych przeważają mężczyźni (30,1% wobec 16,9% wśród kobiet).

Procesy edukacyjne trudno mierzyć tylko przez pryzmat struktury poziomu wykształcenia, decydująca jest przede wszystkim jego jakość. Wzbudza ona wiele zastrzeżeń wynikających zarówno z braku dostosowania jej do społeczeństwa opartego na najnowszych osiągnięciach technicznych i cywilizacyjnych, jak i braku odpowiednich środków finansowych na unowocześnienie niezbędnej infrastruktury.

Polska edukacja jest biedna, mało innowacyjna, tym samym problem inwestowania w kapitał ludzki nie jest realizowany w rozmiarach i formie przybliżającej nas do krajów wysokorozwiniętych.

Niezwykle trafną diagnozę zawiera Biała Księga 2003, w której dokonano oceny sytuacji kraju wobec Strategii Lizbońskiej. Podkreślono w niej niedoinwestowanie nauki i szkolnictwa wyższego, wzrost bezrobocia osób młodych, brak zasobów finansowych.

Jako podstawowe słabości prowadzonej w kraju polityki gospodarki opartej na wiedzy uznano inercję struktur biurokratycznych i brak należytej koordynacji działań. Porównując systemy edukacyjne Polski i krajów UE wskazać należy na zbyt małą aktywność instytucji wspomagających procesy edukacyjne i wychowawcze młodego pokolenia. Istniejące w krajach UE rady konsultacyjne wspomagają wielokierunkowo procesy wychowawcze, obejmują doradztwo zawodowe, procesy integracyjne dzieci i młodzieży niepełnosprawnej i społecznie zaniedbanej. Wszechstronnie realizowana opieka nad dziećmi począwszy od okresu przedszkolnego stwarza warunki dla lepszego przygotowania młodzieży do startu w dorosłe życie.

W kluczowych danych o edukacji europejskiej opracowanych przez Komisję Edukacji w 2000 r. w Brukseli akcentuje się troskę o społeczno-ekonomiczny rozwój kontynentu, który osiągnąć można jedynie poprzez kreowanie osobowości w okresie całego życia człowieka. Szczególne znaczenie mają tu takie wartości, jak:

- prawa człowieka, godność osoby ludzkiej,
- podstawowe swobody,
- demokratyczna prawomocność,
- pokój i odrzucenie przemocy jako środka do celu,
- poszanowanie innych ludzi,
- międzyludzka solidarność,
- rozwój zrównoważony,
- równość szans,
- zasady myślenia racjonalnego,
- ochrona ekosystemu, odpowiedzialność jednostkowa.

Tak pojęta edukacja siłą rzeczy nie stanowi tylko przekazu tradycyjnej wiedzy, ale wkracza w dziedzinę kształtowania postaw. Jest to niewątpliwie współczesne podejście do problemów edukacji i wychowania społeczeństwa XXI wieku.

Także w Strategii Lizbońskiej zaleca się uwzględnianie szeregu priorytetów, które zapobiegać powinny ubóstwu i innym elementom wykluczenia, takim jak długotrwałe bezrobocie, nierówny dostęp do edukacji i mieszkań o odpowiednim standardzie, zalecono także przeciwdziałanie sytuacjom kryzysowym w rodzinie i zmniejszenie skali uzależnień.

Dostępne dane statystyczne ukazują w Polsce istniejące zróżnicowania w sytuacji gospodarstw domowych wg ich przynależności do grup społeczno-zawodowych, a także wg ujęć przestrzennych, regionalnych, subregionalnych oraz podziału na ludność miast i wsi. Informacje te powinny wskazać na hierarchię problemów, np. nierówne szanse rozwojowe dzieci pochodzących z gospodarstw domowych zagrożonych szeroko traktowanym ubóstwem.

Problem ten nabiera szczególnej wagi, gdy uwzględnimy liczebność rodzin znajdujących się w trudnych warunkach materialnych nie posiadających możliwości dokształcania dzieci w formie pozaszkolnej i osiągania lepszego startu w dorosłe życie. Charakterystycznym i utrwalającym się zjawiskiem jest występowanie rodzin wielodzietnych wśród rodziców o niskim na ogół poziomie wykształcenia i niskim statusie ekonomicznym. Dla tej grupy rodzin niezbędna staje się szczególna pomoc w wyrównywaniu startu i zapobieganiu ekskluzji społecznej. Wykluczenie społeczne wynikające z ubóstwa wielu rodzin ma przy tym znaczenie nie tylko w chwili obecnej, lecz również prowadzi często do jego dziedziczenia w następnym pokoleniu. Sprzyja przy tym wzrostowi zjawisk patologii społecznej.

W kształtowaniu polityki społecznej „przyjaznej” polityce prorodzinnej i uwzględniającej sytuację demograficzną kraju szczególnej uwagi wymaga poprawa ogólnych warunków życia.

Przez poprawę warunków życia należy rozumieć przy tym nie tylko sytuację na rynku pracy, warunki mieszkaniowe, stan opieki medycznej, stopień zamożności, ale przede wszystkim styl życia, który w świetle badań ma decydujący wpływ na szeroko traktowany poziom zdrowotności społeczeństw.

Niestety analiza danych dotyczących stanu zdrowia polskiego społeczeństwa nie napawa optymizmem. Trwanie życia utrzymuje się na poziomie poważnie odbiegającym od danych dla krajów zachodnioeuropejskich (6 lat dla kobiet, 8 lat dla mężczyzn), a poziom niepełnosprawności ludności lokują Polskę w czołówce wśród tych krajów. Dane NSP 2002 określiły liczbę osób niepełnosprawnych na 5457 tys. wobec 3736 tys. w roku 1988. Wśród tej liczby w roku 2002 19,5% jest o znacznym stopniu niepełnosprawności.

Niepokoí fakt zwiększającej się niepełnosprawności w stosunku do roku 1988, w którym dokonany został poprzedni spis ludności. W przeliczeniu na 1000 ludności liczba osób niepełnosprawnych w okresie lat 1988–2002 zwiększyła się z 99 do 143 osób.

Oczywiście nie bez wpływu pozostaje tu zwiększająca się liczba osób starszych wśród której udział osób niepełnosprawnych jest wyższy, jednak zastanawiające są duże różnicowania regionalne, niezależne od przemian struktury demograficznej. Wśród ludności wiejskiej województwa lubelskiego jedna piąta część ludności uważa się za niepełnosprawną, w województwie polskim co dziesiąta osoba.

Zachodzi pytanie o działania ochrony zdrowia, jej dostępność i jakość świadczonych usług. Problem ten od wielu lat wzbudza wiele zastrzeżeń. Wycofanie się z działań medycyny szkolnej, pozbawienie fachowej opieki medycznej dzieci i młodzieży, likwidacja medycyny przemysłowej i udziału lekarzy w poradnictwie zawodowym, zaniedbania w warunkach bezpieczeństwa i higieny pracy, a także brak monitorowania realizacji Narodowego Programu Zdrowia sumują się na niezadowolający poziom promocji, profilaktyki, lecznictwa i rehabilitacji. Zbyt mało w Polsce przywiązuje się wagi do jakościowej strony społeczeństwa, oczywiście to nie tylko problem edukacji, ale szeroko traktowanego zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego.

Efekt tych wieloletnich i wielokierunkowych zaniedbań stanu zdrowia starszej i coraz liczniejszej generacji Polaków nie może być uznawany za zadowolający. Powoduje to ko-

nieczność rozwoju usług wspomagających, zwłaszcza w odniesieniu do grup ludności najbardziej wiekiem zaawansowanych. Opiekuńcza rola rodziny, coraz mniej licznej, także często oddalonej przestrzennie na skutek wyjątkowo intensywnych w Polsce ruchów migracyjnych nie zawsze może być w pełni realizowana. Tym samym obowiązki te przejmują instytucje rządowe i pozarządowe, niedysponujące odpowiednią liczbą kadr, a także przygotowaniem profesjonalnym, nie mówiąc już o środkach finansowych. Porównania warunków życiowych osób starszych w Polsce z krajami zachodnioeuropejskimi nie wypada dla naszego kraju korzystnie. Wprawdzie wysokość świadczeń emerytalnych odnoszonych do przeciętnych płac kształtuje się w Polsce na poziomie nie odbiegającym od tych krajów, to jednak ogólnie warunki życiowe, a zatem formy pomocowe w naturze i usługach wymagają bardziej nowoczesnych rozwiązań dostosowanych do indywidualnych potrzeb. Problemu tego nie rozwiążą akty normatywne lecz sprawnie funkcjonujące jednostki samorządu terytorialnego, a ściślej mówiąc dobrze przygotowani pracownicy socjalni.

Są oni niezbędni nie tylko w odniesieniu do realizacji potrzeb ludności starszej, ale także do wszystkich rodzin zamieszkujących podległy teren borykających się z różnymi problemami wymagającymi wsparcia, doradztwa, pomocy. Dysponujemy w Polsce różnymi aktami prawnymi, deklaracjami, kartami praw dzieci, osób niepełnosprawnych, osób starszych, Europejską Kartą Społeczną, a zatem istnieją teoretyczne przesłanki zapobiegania wykluczeniu społecznemu różnych grup ludności natomiast działania praktyczne pozostawiają wiele do życzenia.

Ideą tego forum jest zatem pogłębienie wiedzy o kilku przykładowo wybranych tu problemach i próba skonstruowania wniosków i rekomendacji usprawniających politykę społeczną przyjazną polityce prorodzinnej.

Wydaje się, że szczególnej uwagi wymagają przeobrażenia roli i funkcji rodziny i na tym tle sytuacja osób starszych, niepełnosprawnych oraz dzieci w rodzinach wielodzietnych. Są to bowiem grupy szczególnie zagrożone wykluczeniem społecznym wymagające działań nie tylko w skali makro – na szczeblu państwa, ale także, a może przede wszystkim na szczeblu samorządów lokalnych. W ich bowiem kompetencji leży diagnozowanie oraz rozwiązywanie zagrożeń i realizacja działań wspomagających. Nie są to jednak zadania łatwe, wymagają dużych umiejętności, wiedzy, taktu i kultury. Niezbędne staje się przygotowanie wysokokwalifikowanych kadr, które mogłyby sprostać realizacji tych trudnych zadań.

Warto również podkreślić, że w całokształcie problemów ludnościowych i realizacji polityki prorodzinnej istnieje konieczność sprzężenia jej z innymi politykami szczególnie takimi, jak polityka edukacyjna, polityka ochrony zdrowia kształtującą w głównej mierze jakościowe cechy współczesnego i przyszłego społeczeństwa. Tematom tym poświęcono zatem więcej uwagi.

Przedstawiony materiał – choć nie objął wielu ważnych w polityce ludnościowej problemów – zapewne wymaga pełnego podsumowania. Rolę tę niewątpliwie spełnić może omówienie I Kongresu Demograficznego, deklaracja kongresowa – „Procesy demograficzne u progu XXI wieku” oraz Memoriał Komitetu Prognoz „Polska 2000 Plus” w sprawie niepokojących tendencji wynikających z danych Spisu Powszechnego z 2002 r.

W niniejszym krótkim w zamyśle autora wystąpieniu skoncentrować chciałbym się na kilku najistotniejszych moim zdaniem kwestiach związanych z procesem starzenia się ludności. Patrząc będę na wspomniany proces przez pryzmat demografii i tylko demografii (co automatycznie usprawiedliwia dużą ilość prezentowanych dalej liczb). Skoncentruję się na problematyce: 1) cezury oddzielającej starość od wcześniejszych etapów życia, 2) podwójnego charakteru procesu starzenia się ludności, 3) przemianach demograficznego oblicza rodzin ludzi starszych.

Przewidywany w przyszłości, nieunikniony wzrost odsetka ludzi starszych często przedstawiany jest jako wyzwanie – a niekiedy wręcz jako zagrożenie – dla właściwego wypełniania przez państwo swych funkcji. Mówi się bowiem o niemożliwości właściwego organizowania, a przede wszystkim finansowania różnorodnych usług społecznych skierowanych do seniorów. Rozumowanie takie jest świadectwem głęboko zakorzenionego ageizmu (tj. zespołu uprzedzeń i stereotypów oraz dyskryminacji ze względu na wiek). Proces starzenia się ludności postrzegany jest bowiem dlatego jako zagrażający społeczeństwu i instytucjom państwa, iż w potocznej świadomości przekroczenie pewnego wieku (najczęściej 60. bądź 65. roku życia) łączone jest z pogarszaniem się stanu zdrowia i wzrastającą niepełnosprawnością. Oznacza to, iż wiek jest – niezależnie od rzeczywistego stopnia sprawności i zdrowia – uznawany za predyktor zapotrzebowania na usługi medyczne i opiekuńcze. W rzeczywistości w krajach rozwiniętych wraz z osiągnięciem wieku uznawanego za granicę starości przez kolejne, urodzone coraz później generacje następuje poprawa stanu zdrowia seniorów. Uwzględnienie wspomnianego przed chwilą procesu w projekcjach mających ocenić przyszłe zapotrzebowanie na usługi medyczne i opiekuńcze prowadzi do bardziej optymistycznych wizji przyszłości.

Wspomniany powyżej proces poprawiania się stanu zdrowia kolejnych generacji w połączeniu z obniżaniem się wartości współczynników wsparcia (bądź podwyższeniem współczynników obciążenia demograficznego i ekonomicznego) prowadzi samoistnie do konieczności przemyślenia stosowanych granic starości. Trzymając się dwóch najpopularniejszych – 60. i 65. roku życia – zauważyć należy, iż tak ustanowione granice bazowały na przekonaniu o niemożności wykonywania pełnopłatnej pracy przez osoby starsze. Tymczasem dziś w większości krajów rozwiniętych (w tej liczbie i w Polsce) wiek emerytalny jest niższy – niekiedy znacznie (np. w Polsce przeciętny wiek otrzymywania pierwszego świadczenia z ZUS kobiet to 55,5 roku, w przypadku mężczyzn zaś 59,5 roku) pomimo zauważalnej poprawy stanu zdrowia pięćdziesięcio- i sześćdziesięciolatek. Najpełniejszym przejawem owej poprawy stanu zdrowia jest dalsze trwanie życia osoby przekraczającej granicę starości – w tym przypadku przykładowo w populacji sześćdziesięcioletnich kobiet pomiędzy rokiem 1980 a 2001 odnotowano wzrost trwania życia o 3,4 roku we Francji i o 2,4 roku w Polsce, zaś w przypadku mężczyzn odpowiednio o 3,2 i o 1,9 roku. W rezultacie przeciętny sześćdziesięciolatek żyjący w Europie ma przed so-

bą 17–21, zaś sześćdziesięciolatka 22–26 lat. W przypadku mężczyzn okres ten jest równy w przybliżeniu połowie stażu pracy, w przypadku kobiet wynosi 60–70% długości typowego stażu pracy. Specyfika danych okresowych sprawia, iż podane powyżej wielkości traktować należy jako wielkości minimalne, trwanie życia poszczególnych generacji będzie bowiem w rzeczywistości dłuższe. Przykładowo według szacunków autorów francuskich¹ dalsze trwanie życia w wieku 60 lat dla osób urodzonych we Francji w roku 1996 wyniesie 29,12 lat dla mężczyzn i 33,87 lat dla kobiet.

Konsekwencją korzystnych przemian umieralności powinno być przesunięcie stosowanych granic starości (a w rezultacie również i wieku przechodzenia emerytalnego) w górę, przy wprowadzeniu możliwości wcześniejszego opuszczenia rynku pracy łączącej się z redukcją świadczenia w stopniu zgodnym z zasadą sprawiedliwości aktuariałnej. Zgodnie bowiem z współczesną wiedzą geriatryczną dopiero 80.–85. rok życia uznawany być może za cezurę powszechnej niepełnosprawności (co również nie oznacza, iż dotyczy ona wszystkich osób w tym wieku). Osoby młodsze – zwłaszcza te mające 60–69 lat – są w zdecydowanej większości w pełni sprawne.

Kolejną kwestią wartą wspomnienia jest przewidywany w przyszłości rozrost populacji osób bardzo starych, tj. posiadających 80 lat i więcej². Obecnie bowiem mamy do czynienia z podwójnym starzeniem się ludności. Oznacza to, iż również w ramach ludności tradycyjnie uznawanej za starą (niezależnie od przyjętej umownej granicy) następuje zwiększanie się udziału ludności bardzo starej. Proporcja osób sędziwych (80+) wśród osób starych (60+) wzrastała w trakcie ostatniego półwiecza na naszym kontynencie następująco: 1950 – 9,2%, 1960 – 10,1%, 1970 – 10,4%, 1980 – 12,7%, 1990 – 15,2%, 1995 – 16,0%. Również w szeregach starców widoczne było zwiększanie się znaczenia osób coraz starszych – dziewięćdziesięcio- i stułatków (aczkolwiek ta ostatnia grupa wciąż jest relatywnie mało liczna). Tytułem ilustracji ostatniego stwierdzenia przywołam dane odnoszące się do Anglii i Walii³. Udział osób mających ukończone co najmniej 90 lat wśród tych, których wiek wynosił przynajmniej lat 80., był równy: 1921 – 5,8%, 1931 – 6,0%, 1951 – 6,3%, 1971 – 9,8%, 1986 – 10,9%, zaś udział stułatków wśród osób, które ukończyły 90. rok życia, zmieniał się w powyższych latach odpowiednio: 1%, 0,9%, 0,7%, 1,1%, 1,8% oraz w roku 1990 – 1,8%. Nadmienić trzeba, iż początkowy spadek udziału stułatków wiąże się prawdopodobnie z polepszeniem się wiarygodności danych osobowych, tj. eliminacją osób fałszywie zawyżających osiągnięty wiek, nie zaś z pojawieniem się niekorzystnych tendencji odnośnie umieralności.

W trakcie nadchodzącego półwiecza w Europie zamiast obecnych 21,5 mln osiemdziesięciolatków (co stanowi 2,9% ludności ogółem) w roku 2050 będzie 57,4 mln osób w wieku 80 lat i więcej (tj. 9,1% ludności), w poszczególnych zaś krajach wielkość

¹ J. Vallin, F. Mesle, *Tables de mortalité françaises pour les XIXe et XXe siècles et projections pour le XXIe siècle*, „Données Statistiques” 2001, nr 4.

² Więcej o tym: P. Szukalski, *Ludzie sędziwi w Europie*, „Wiadomości Statystyczne” 2000, nr 6 i tegoż *Najstarsi Polacy: szkic demograficzny*, „Gerontologia Polska” 2000, t. 8, nr 4.

³ A.R. Thatcher, *Trends in Numbers and Mortality at High Ages in England and Wales*, „Population Studies” 1992, nr 46.

ci te przyjmą odpowiednio wartości: we Francji 2,2 mln (3,8%) i 5,7 mln (9,5), w Niemczech 3 mln (3,6%) i 8,3 mln (11,3%), we Włoszech 2,3 mln (4,0%) i 5,8 mln (14%), wreszcie w Polsce 0,8 mln (1,9%) i 2,5 mln (6,8%)⁴.

O ile liczba osób bardzo starych w trakcie pięćdziesięciolecia 2000–2050 wzrosnąć ma o 167%, o tyle liczba osób w wieku 80–84 o 140%, 85–89 o 153%, 90–94 trzyipółkrotnie, 95–99 sześciokrotnie, zaś stulatków dwunastokrotnie. W największym tempie wzrastać będzie zatem zarówno liczba, jak i udział stulatków – aczkolwiek w skali Europy nie uda się zachować tempa wzrostu ich liczby odnotowanego w Wielkiej Brytanii pomiędzy 1950 a 1990 – 7% rocznie (średnie roczne tempo wzrostu ludności starszej wyniesie 2%, zaś w przypadku podanych wyżej podzbiorowości odpowiednio: 1,8%, 1,9%, 2,5%, 3,6%, 5,1%). Chciałbym jednak w tym miejscu podkreślić, iż prezentowane dane odnośnie do przyszłej liczby stulatków trudno uznać za przeszacowane. Przywołajmy w tym miejscu prognozę opracowaną przez francuski INSEE, wedle której we Francji roku 2050 spodziewać się należy 150 tys. stulatków, gdy tymczasem przewidywania ONZ mówią jedynie o 78 tys.⁵ Skądinąd w literaturze przedmiotu podkreśla się, iż przyszłość niesie ze sobą „eksplozję” stulatków o trudnych – ze względu na dotychczasową rzadkość występowania osób w tym wieku – do przewidzenia konsekwencjach.

W przypadku Polski odsetek osób bardzo starych zmieniał się w trakcie XX wieku następująco: 1921 – 0,6%, 1931 – 0,5%, 1950 – 0,7%, 1960 – 0,8%, 1970 – 1,0%, 1978 – 1,5%, 1988 – 2,0% i 1995 – 2,1%. Na tle przemian, jakim podlegały inne, bardziej zaawansowane pod względem rozwoju demograficznego kraje europejskie, udział „sędziwych starców” był i pozostaje niski, natomiast tempo zmian jest podobne. Najwyższym przyrostem względnym charakteryzowała się ludność w wieku 85–89 lat, następnie zaś 80–84. W trakcie trzech ćwierci dwudziestego wieku liczebność pierwszej podgrupy zwiększyła się siedmioipółkrotnie, natomiast drugiej ponad pięciokrotnie. Z kolei w trakcie najbliższego półwiecza – jak wspomniano już wcześniej – przewidywany jest wzrost liczebności osób bardzo starych, przy czym dynamika zmian będzie wyższa w przypadku osób w wieku 85 lat i więcej. Tych ostatnich ma być już w roku 2020 o 84% więcej niż w roku 2000, podczas gdy osób w wieku 80–84 lat „jedynie” o 70%. W efekcie wzrośnie również w ramach osób sędziwych znaczenie populacji jednostek mających co najmniej 85 lat: z 39% w 1995 i 2010 do 47% w 2020 i 55% w 2050. Podkreślić przy tym należy, że pomimo relatywnie szybszego polepszania się poziomu zdrowia mężczyzn w ostatnich latach w przyszłości nie jest przewidywane obniżenie się wskaźnika feminizacji w zajmującej nas grupie wieku – wielkość ta bowiem zmieniać się będzie następująco z obecnego poziomu 235 kobiet na 100 mężczyzn na 227 w roku 2010, 233 w 2020, 236 w 2050.

Wzrost liczby i odsetka ludzi sędziwych posiada różnorodne ważne konsekwencje. Z punktu widzenia organizacji publicznego systemu zdrowia decydujący jest fakt, iż naj-

⁴ *World Population Prospects. The 1998 Revision*, vol. II: *Sex and Age Distribution of the World Population*, United Nations, New York 1999.

⁵ J.M. Robine, *Amelioration de l'etat de sante et progression de l'esperance de vie sans incapacite*, „Probleme economique” 1997, nr 2.523 (pierwotnie w: „Retraite et societe”, 1996, decembre).

starsi seniorzy charakteryzują się zarówno specyficznymi potrzebami zdrowotnymi, jak i dużym natężeniem tychże potrzeb, co w efekcie sprawia, iż ich zaspokajanie jest kwestią kosztowną. Przywołam w tym miejscu dane pochodzące z badań przeprowadzonych w Holandii, które jednoznacznie stwierdzają, iż koszt szeroko rozumianej opieki zdrowotnej w przeliczeniu na osobę jest w przypadku jednostek w wieku powyżej 85 lat dziewięciokrotnie wyższy niż ten osób w wieku 40–44 lat, przy czym jest on zdecydowanie wyższy w przypadku kobiet⁶. Z kolei z punktu widzenia ubezpieczeń społecznych ważne jest to, iż wzrastać będzie liczba osób korzystających ze świadczeń przez 3–4 dekady.

Ostatnim newralgicznym z punktu widzenia demografa zagadnieniem są przemiany wielkości i struktury rodzin seniorów. Problem ten jest o tyle ważny, iż determinuje możliwość otrzymania przez potrzebującą wsparcia osobę starszą pomocy nieformalnej, a tym samym pośrednio wpływa na zadania państwa i innych instytucji w tym względzie. Ograniczę się w tym miejscu do przedstawienia trendów występujących w Polsce w przypadku pięciu elementów kształtujących sieć rodzinną – bezdzietności, małodzieństwa, rozwodów, związków nieformalnych i zmiany kalendarza zachowań demograficznych⁷.

W Polsce w generacjach urodzonych w pierwszych dekadach XX wieku odsetek bezdzietnych kobiet sięgał nawet kilkunastu procent, podczas gdy wśród urodzonych w latach 30. jedynie 7–8% Polek nie wydało na świat potomstwa. Począwszy od generacji urodzonych w latach 40. odsetek ten powoli zaczął wzrastać⁸. Teraźniejszość i przyszłość rysuje się jeszcze mniej optymistycznie. Według badań E. Frątczak⁹ utrzymywanie się w długim okresie poziomu płodności panującego w latach 1988/1989 prowadziłoby do tego, iż w wieku 40 lat odsetek bezdzietnych kobiet wynosiłby 12,71%, zaś w wieku 50 lat 12,09%. Z kolei, prowadzone wg zbliżonej metody badania bazujące na materiale statystycznym z lat 1994/1995 wskazują na rozrost frakcji bezdzietnych do 35,09% w wieku 40 lat i 33,99% w wieku 50 lat. Do nieco bardziej optymistycznych przewidywań prowadzą badania prowadzone w ramach *Fertility and Family Survey*¹⁰, wedle których przyszły poziom bezdzietności osiągnąć może pułap „jedynie” kilkunastu procent – bowiem 13,5% Polek urodzonych w latach 1965–1969 podawało jako oczekiwaną liczbę potomstwa zero (jako potencjalnie bezdzietne traktowane były kobiety aktualnie bezdzietne, które nie deklarowały chęci posiadania w przyszłości żadnego dziecka).

W Polsce oczekiwać należy również upowszechniania się małodzieństwa. Przy założeniu utrzymywania się w długim okresie rozkładu płodności odnotowanego w latach 1994–1995

⁶ J.M. Bekkering, M.G. Spiering-Wolter, *Who Pays, Who Cares? Solidarity Transfers between Generations in the Health Care Sector*, w: H.A. Becker, P.L.J. Hermkens (eds.), *Solidarity of Generations: Demographic, Economic and Social Change, and Its Consequences*, vol. II, Thesis Publishers, Amsterdam 1993.

⁷ P. Szukalski, *Przepływy międzypokoleniowe i ich kontekst demograficzny*, Wyd. UŁ, Łódź 2002.

⁸ J. Paradysz (1992) *Dzietność kobiet w Polsce*, „Materiały i Opracowania Statystyczne NSP'88”, GUS, Warszawa 1992, s. 42.

⁹ E. Frątczak, *Rodzinne tablice trwania życia, Polska 1988/1989, 1994/1995*, „Monografie i Opracowania” 2001, nr 485, OW SGH, Warszawa.

¹⁰ A. De Rose, F. Racioppi, *Explaining Voluntary Low Fertility in Europe: A Multilevel Approach*, „Genus” 2001, vol. LVII, nr 1.

18,5% Polek w wieku 50 lat posiadałoby jedno dziecko, dalsze 26,3% dwoje dzieci, 12,5% troje dzieci. Zważywszy, iż 34% byłoby bezdzietnymi, oznacza to, że tylko 8,7% kobiet wydałoby na świat co najmniej czworo dzieci, zaś ogółem 21,2% co najmniej troje¹¹. Interesujące są również wyniki estymacji dotyczącej liczby żyjących dzieci wówczas, gdy ich matka jest wieku 80 lat. W takim przypadku 1/3 80-letnich kobiet nie miałaby żyjących dzieci, 24% jedynie jedno, 25% dwoje, zaś jedynie 17,3% co najmniej troje¹². W rezultacie upowszechniania się małodziejności znaczna część (50–60%) starych rodziców posiada jedynie jedną, dwie osoby z najbliższej rodziny uznawane tradycyjnie za pierwszoplanowe osoby wspierające. Tym większego znaczenia nabiera w takim przypadku kwestia właściwego kształtowania relacji międzypokoleniowych w okresie, gdy młodsze pokolenie jest już dorosłe i posiada dorastające dzieci. Wszelkie zakłócenia w takiej sytuacji pociągać mogą za sobą znaczące utrudnienia funkcjonowania osób sędziwych. Do takich „zakłóceń” zaliczyć należy wzrost liczby dzieci wymagających opieki ze strony rodziców przez swe całe życie, wzrost spowodowany sukcesem ograniczania umieralności w pierwszych dniach i tygodniach życia oraz rozwojem technik medycznych podtrzymujących życie. Choć niezwykle trudno znaleźć wiarygodne szacunki dotyczące liczby takich przypadków, wydaje się oczywiste, iż występują one coraz liczniej. Oczywiście, występowanie tego typu sytuacji dodatkowo zwiększa rzesze osób nieposiadających na starość opiekunów wywodzących się z najbliższej rodziny.

Jeśli idzie o rozwody, dane z ostatnich lat odnoszące się do Polski wskazują, iż rozpada się skutek rozwodu ok. 1/5 wszystkich małżeństw, przy czym dotyczy to jedynie 9% związków zawieranych na wsi i blisko 1/3 związków miejskich (przy czym w wielkich miastach osiągany jest poziom bliski temu odnotowywanemu w krajach skandynawskich). Według danych GUS wśród rozwodzących się występuje nadreprezentacja osób nieposiadających dzieci oraz partnerów z rodzin małodziejnych – jest to skądinąd prawidłowość znana i w innych państwach. Tym niemniej jest to kolejny czynnik mogący w przyszłości zwiększać rzesze osób – zwłaszcza mężczyzn – posiadających problemy z otrzymywaniem wsparcia od – co oczywiste – współmałżonka oraz od swego potomstwa.

Według NSP z roku 1988 małżeństwa nieformalne stanowiły jedynie 1,2% wszystkich małżeństw (w roku 1978 jedynie 1%), zaś w roku 1995 Mikrospis wykazał 1,7% (2% w miastach i 1,1% na wsi), tj. 146 tys. par¹³. Zaznaczyć jednakże należy, iż wielkości te bazowały na deklaracjach badanych, stąd też być może część z nich nie chciała ujawnić stanu rzeczywistego. Pomimo powyższego zastrzeżenia powiedzieć można, iż póki co związki nieformalne nie są w Polsce popularne. Co więcej, bardziej szczegółowa ich analiza wskazuje, iż są to przede wszystkim związki formowane przez osoby starsze, mające już wcześniej nieudane doświadczenia małżeńskie, posiadające dorosłe, bądź dorastające dzieci¹⁴. Jest to jednak kolejny czynnik – który poprzez niedookreśloność relacji rodzinnych w ra-

¹¹ E. Frątczak, *Rodzinne tablice...*, wyd. cyt., s. 79.

¹² Tamże, s. 82.

¹³ M. Kuciarska-Ciesielska, *Rodziny*, w: *Tendencje zmian struktur ludności, gospodarstw domowych i rodzin w latach 1988–1995*, GUS, Warszawa 1998.

¹⁴ K. Slany, *Alternatywne formy życia małżeńsko-rodzinnego w ponowoczesnym świecie*, Wyd. Nomos, Kraków 2002.

mach związków nieformalnych – zmniejszać może prawdopodobieństwo uzyskania przez osoby starsze wsparcia. Czynniki ten – podobnie jak rozwód – działa w przypadku wystąpienia wzmiankowanego zdarzenia tak w przypadku seniora, jak i jego potomstwa (w tym przypadku działa poprzez zmniejszenie wielkości sieci rodzinnej).

Ostatnim zagadnieniem, o jakim chciałbym w tym miejscu wspomnieć, są zmiany kalendarza zdarzeń demograficznych. Poprzez kalendarz zdarzeń demograficznych rozumiem umiejscowienie w czasie (opisanym za pomocą chronologicznego wieku jednostki) kolejno występujących zdarzeń. Zmiana kalendarza najpełniej wyraża się zmianą przeciętnego wieku w chwili występowania zdarzeń takich jak zawarcie związku, urodzenia dziecka, utrata wskutek zgonu dziadków, rodziców, partnera.

Obserwowana obecnie tendencja do odraczania momentu podejmowania kluczowych decyzji tworzących długookresowe zobowiązania (małżeństwo, rodzicielstwo) owocuje przede wszystkim wydłużaniem się odstepu intergeneracyjnego (średniej liczby lat pomiędzy narodzinami dwóch kolejnych generacji rodziny; odstęp ten najczęściej szacowany jest na ok. 28 lat). Kwestią bezpośrednio związaną z powyższym jest powolne upowszechnianie się braku wzorca pomocy międzypokoleniowej. Jeśli obecnie faza życia wymagająca stałej opieki ze strony swego potomstwa przesuwa się na okres po 75., 80., a nawet 85. roku życia, oznacza to, że wsparcie przekazywane osobom sędziwym jest przez dzieci znajdujące się w fazie „pustego gniazda”. Oznacza to, iż z jednej strony zanika znaczenie „efektu demonstracji”, który według niektórych badaczy jest jednym z najważniejszych mechanizmów tworzenia aktywnej więzi międzygeneracyjnej, z drugiej zaś występują problemy socjalizacji następnego pokolenia w sferze właściwego wypełniania obowiązków wobec zniechęconych wiekiem przodków.

Odraczanie decyzji prokreacyjnych w dłuższej perspektywie prowadzić też będzie do odczuwanego przez osoby posiadające dorosłe dzieci w wieku 25–35 lat wzrostu konkurencyjności pomiędzy opieką nad wnukami i swymi sędziwymi rodzicami. Stawanie się dziadkiem, występujące obecnie najczęściej ok. 55.–60. roku życia, już teraz prowadzi niekiedy do konieczności wyboru – czy pomagać swym dzieciom (poprzez opiekę nad wnukami), czy swym rodzicom. W przyszłości wraz z upowszechnieniem się dożywania do zaawansowanego wieku, charakteryzującego się nagminnym odwoływaniem do wsparcia ze strony rodziny, problem ten stanie się jedną z kluczowych osi sporów międzypokoleniowych (zwłaszcza iż badania empiryczne wskazują, iż w takim przypadku preferowana jest pomoc skierowana ku potomstwu).

Przedstawione w powyższym opracowaniu trzy zagadnienia dotyczą bezpośrednio trzech kluczowych problemów z punktu widzenia długookresowego zainteresowania procesem starzenia się ludności przez polityków społecznych – 1) konieczności redefinicji starości jako okresu dezaktywacji społecznej, rodzinnej i zawodowej, 2) zwiększania się populacji osób sędziwych, wymagających intensywnego, stałego wsparcia, 3) wzrostu odsetka osób, które w przyszłości wskutek wyboru drogi życia nie będą mogły liczyć na pomoc rodziny na starość. Powyższe zagadnienia już dzisiaj powinny wzbudzać zainteresowanie dalekowzrocznych, przewidujących badaczy, choć zdają sobie sprawę, iż aktualność wspomnianych w niniejszym opracowaniu problemów ujawni się dopiero za kilka dekad, w okresie, gdy sam powoli dochodzić będę do granicy starości.

*Przestrzeń życiowa i socjalna ludzi starych
– wybrane źródła marginalizacji*

Hasło „marginalizacja ludzi starych” budzi obecnie wiele kontrowersji, co wydaje się być uzasadnione na tle wszechobecnej biedy ludzi młodych, dzieci, osób w wieku mobilnym bezrobociem spychanych w ubóstwo, ale marginalizacja tej grupy wiekowej ma inne źródła i przejawy niż w przypadku ludzi młodych, potencjalnie zdolnych do działania. Trudniej też ją identyfikować, jako że nie jest ani agresywna, ani uciążliwa dla środowiska, ani też specjalnie widoczna. Bardzo czytelnym sygnałem jej występowania jest właśnie nieobecność: w życiu publicznym, w skomercjalizowanych placówkach kultury, ośrodkach wypoczynkowych, w biurach turystycznych, teatrach, kawiarniach, restauracjach, mediach, w prywatnych klinikach i przychodniach zdrowia. Ludzi starych nie dlatego nie ma tam, gdzie tętni życie, gdzie dominuje tzw. europejski styl życia – że nie są tym zainteresowani, że wolą „nicnierobienie”, wpatrywanie się godzinami w ekran telewizora, czy z perspektywy okna domu śledzenie codziennego życia innych, ale dlatego że ich na to nie stać bądź dlatego że po prostu boją się kontaktu z niezrozumiałym światem zewnętrznym. Ich, z reguły ograniczona, przestrzeń socjalna zawęża potencjalne obszary przestrzeni życiowej, stymulując „udomowiony” styl życia i systematyczną redukcję potrzeb. Izolacja, czy to z wyboru, czy z konieczności – niesie ze sobą zagrożenie marginalizacją, a jeżeli nieprzerwanie trwa latami i ustawicznie się pogłębia – zawsze prowadzi do wyłączenia ze struktur społecznych, stygmatyzuje wykluczenie.

W świetle *Raportu o rozwoju społecznym – Polska 1999*, przygotowanym przez UNDP w ramach Programu Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju, starość w Polsce nie jest ani godna, ani aktywna. Gros przedstawicieli coraz liczniejszej populacji przekraczającej próg wieku emerytalnego (w 2002 roku osoby w wieku 60 lat i więcej stanowiły 16,8%, a w wieku 65 lat i więcej 12,6% ogółu społeczeństwa) zagrożona jest ubóstwem i niepełnosprawnością. W świetle kolejnego Raportu, opracowanego w 2002 roku przez Zespół ds. Osób Starszych, co dziesiąty Polak w wieku emerytalnym dysponuje dochodami poniżej granicy wyznaczającej linię ubóstwa, a zagrożenie biedą narasta proporcjonalnie do wieku.

Zdaniem wielu socjologów i polityków społecznych, materialne warunki bytu ludzi starych w Polsce wcale nie są złe, bowiem w o wiele gorszej sytuacji znajdują się dzieci i bezrobotni. Gwarancje stałego źródła dochodu w bezprecedensowo trudnej sytuacji gospodarczej i ekonomicznej kraju, z pewnością należy uznać za ważny wyznacznik bezpieczeństwa socjalnego, ale nie można zapominać, że: stałe, lecz nieadekwatne do minimalnych kosztów utrzymania, dochody także skutkują „wchodzeniem” w biedę; bezpieczeństwo socjalne ludzi starych w dużej mierze zależy od dostępu do leków, rehabilitacji i placówek ochrony zdrowia, czyli tej sfery usług, koszty korzystania z której rosną znacząco.

nie szybciej, niż ustawowe progi minimum socjalnego i egzystencjalnego oraz waloryzowane świadczenia emerytalno-rentowe; bieda jest ważnym, ale nie jedynym źródłem marginalizacji ludzi starych w Polsce.

Bieda i dyskryminacja przedstawicieli tej grupy wiekowej nierzadko wynikają z faktu wykorzystywania ich przez pozostałych członków rodzin, pozbawiania dochodów, zmuszania do finansowania wydatków w wieloosobowych gospodarstwach. Inna jest też bieda ludzi starych na wsi, gdzie ich świadczenia stanowią jedyne stałe źródło utrzymania dla całych rodzin, gdzie niezależnie od stanu zdrowia i poziomu sprawności zmuszeni są do pracy w gospodarstwie; inna w mieście, gdzie samotni, niepełnosprawni, o niskich dochodach zmuszani są do bardzo oszczędnego życia, nierzadko do rezygnacji z zakupu leków, ubrań, żywności.

W 2001 roku 62% emerytów, 72% uprawnionych do otrzymywania rent z tytułu niezdolności do pracy i 60% otrzymujących renty rodzinne – uzyskiwało świadczenia poniżej przeciętnej, nierzadko na poziomie 25–26% przeciętnej dochodu z tytułu wynagrodzeń. Ale bieda, choć doświadczają wielu utrzymujących się ze świadczeń społecznych, nie jest w Polsce jedynym źródłem marginalizacji najstarszych, szczególnie obecnego pokolenia, nawykłego do ograniczeń. Nie jest też tożsama ani z wiekiem, ani ze statusem emeryta. Jest biograficzna, temporalna i demokratyczna, lecz gdy jej epizodyczność przekształca się w trwałość – generuje rozległe deficyty potrzeb. U jej podstaw bardzo często leży bezradność, ograniczona sprawność, obojętność najbliższego otoczenia, anomia środowisk lokalnych, konformistyczne „wpisywanie się” w powszechny stereotyp starości bądź deprywacja potrzeb, poza ograniczeniami ekonomicznymi nierzadko generowana niskim poziomem wykształcenia, brakiem aspiracji, lękiem przed światem, kompleksami, poczuciem winy za bieg historii i za problemy najbliższych.

Druga kwestia, generująca potencjalne zagrożenie ludzi starych marginalizacją to ustawicznie zmieniająca się, przekształcająca struktura demograficzna ludności: coraz wyższa stopa starości, coraz mniejszy przyrost naturalny i coraz mniejsze rodziny, czyli zawężanie potencjalnego środowiska życia przedstawicieli trzeciej generacji. W warunkach polskich jest to problem o tyle ważki, że o ile reforma systemu emerytalnego może przynosić określone efekty indywidualnej odpowiedzialności za własną starość najwcześniej za 10–15 lat, to populacja utrzymujących się ze świadczeń emerytalno-rentowych od co najmniej 10 lat ustawicznie zwiększa swą liczebność. Obecnie już średnio co 4 Polak należy do kategorii emeryt-rencista (24,8%). Wśród ludzi dożywających późnej starości dominują kobiety, ponieważ różnica między średnim trwaniem życia mężczyzn i kobiet wynosi niemal 8 lat (w Europie Zachodniej mieści się w przedziale 5–6 lat). Kobiety żyją dłużej, ale krócej pracują i uzyskują niższe świadczenia emerytalne niż mężczyźni. O wiele rzadziej też niż mężczyźni, w sytuacji wdowieństwa decydują się na wstępowanie w ponowne związki. W konsekwencji ich starość w znacznym stopniu zagrożona jest ubóstwem, tym bardziej że chętnie prowadzone przez samotne kobiety gospodarstwa jednoosobowe są o wiele bardziej kosztowne w utrzymaniu niż skupiające kilka osób. Wzrost liczebności ludzi starych można też w wielkim uproszczeniu wiązać ze wzrostem liczby osób o niewielkich dochodach, biednych.

Mimo ustawicznie narastającej liczebności populacji ludzi starych, terytorialne i społeczne rozproszenie tej grupy oraz mało eksponowany w analizach statystycznych jej związek z instytucjami odpowiedzialnymi za działania kompensacyjne, za dystrybucję świadczeń pomocowych – w społecznym odbiorze nie czynią jej czytelną, wyrazistą, zasługującą na uwagę „podklasą społeczną”. Ponadto problemy ludzi starych w Polsce nie mają charakteru strukturalnego, ulegają pewnym zmianom, przekształceniom, podobnie jak struktura społeczno-demograficzna społeczeństwa. Na przykład: w latach 2001–2002 liczebność grupy świadczeniobiorców rent i emerytur zmalała o 0,8%; współczynnik zgonów spadł z 9,4% do 9,3%, a średnia wieku wzrosła dla mężczyzn do 70,2 i dla kobiet do 78,4.

Ludzie przekraczający próg wieku emerytalnego żyją wprawdzie coraz dłużej, ale narastające koszty leczenia, leków, rehabilitacji, usług opiekuńczych oraz coraz mniejsza siła nabywcza uzyskiwanych przez nich świadczeń powodują ustawiczny wzrost szeroko rozumianych problemów socjalnych, stanowiąc niechlubny dowód zapóźnień przeszłości i zaniechań współczesnych kreatorów rzeczywistości społecznej. Ubóstwo połączone z nieuniknioną w starszym wieku ograniczoną sprawnością, z zagrożeniami chorobowymi, a często także i z samotnością tworzy wystarczająco rozległą przestrzeń dla izolacji i wykluczenia tej grupy społecznej. Gdy wymienione deficyty wzbogacone są bezradnością (psychiczną, fizyczną, techniczną, informatyczną), zagubieniem, poczuciem nieprzydatności i lękiem przed niezrozumiałym postępem, przed światem kultywującym młodość, przedsiębiorczość, mobilność – marginalizacja społeczna staje się nieunikniona. Ustawiczne jej diagnozowanie w toku prowadzonych analiz, sondaży i eksper tyz gerontologicznych upoważnia do stwierdzenia, że przed polską polityką społeczną stoi ogrom ważkich wyzwań, którym sprostanie wymaga intensywnych, strategicznych działań ukierunkowanych na aktywizację środowiskową, edukację, integrację, kompensację, wzmacnianie kompetencji i współdziałania na wszystkich możliwych płaszczyznach społecznego dialogu. Potrzebę ich podejmowania potwierdzają choćby doświadczenia zachodnioeuropejskie, gdzie promuje się integrację pokoleniową, choćby przez system edukacji do starości i o starości (Niemcy – uniwersytety integracyjne, edukacja na wszystkich poziomach dostępna dla ludzi w starszym wieku, Wielka Brytania – uniwersytety otwarte, wolontariat, Włochy – edukacja seniorów do profesjonalnego przekazu pokoleniowego).

Państwa członkowskie Unii Europejskiej koncentrują uwagę na tworzeniu systemu pomocy najstarszym w organizacji ich optymalnej przestrzeni życiowej (o jakości przestrzeni socjalnej z reguły decydują samodzielnie). Opieka skoncentrowana jest na różnego typu usługach: opiekuńczych, pielęgnacyjnych, rehabilitacyjnych, w prowadzeniu gospodarstwa domowego, w zamianie mieszkań, w tworzeniu przyjaznego środowiska. Przestrzeń socjalna wyznaczana jest odpowiednimi świadczeniami emerytalno-rentowymi, a opieka ukierunkowana na pomoc umożliwiającą jak najdłuższe pozostanie w miejscu zamieszkania (takie są tendencje ogólnoswiatowe). Państwo może pomagać, ale nie wyręczać, dlatego przyszłość to integracja, samoopowiedzialność solidaryzm pokoleniowy i tylko margines na niezbędne wsparcie ze strony instytucji publicznych. Przy coraz

Ważniejszym wskaźniku przyrostu naturalnego i coraz dłuższym średnim trwaniu życia za-
zasadnione należy uznać dążenie wielu państw do wydłużenia czasu aktywności zawo-
dowej. Taka jest konieczność, wyzwanie współczesności, nacechowanej coraz dłuższym
życiem i postępującą starością demograficzną.

Z wielu wzorów warto czerpać, za priorytety uznając takie działania, jak:

- edukacja do starości, kreowanie samoodporności;
- monitoring gerontologiczny (kompensacja zróżnicowanych potrzeb III i IV pokolenia);
- instytucjonalna kompensacja ograniczeń sprawności i mobilności;
- udział ludzi starych w życiu społecznym na zasadach niezależności i indywidualnego wyboru;
- integracja pokoleniowa i środowiskowa;
- promowanie prawa do godnego życia we wszystkich jego fazach;
- kształcenie profesjonalnych kadr do profesjonalnych placówek tworzących system opieki (rehabilitacja, geriatra, pielęgniarstwo geriatryczne i środowiskowe, praca so-
cjalna, edukacja ustawiczna i gerontologiczna);
- dostosowywanie struktur instytucjonalnych (opiekuńczych, leczniczych, edukacyj-
nych) oraz rynku towarów i usług do zmieniających się potrzeb społecznych (ochrona
zdrowia, oświata, kultura, wypoczynek, rekreacja);
- promowanie integracji pokoleniowej, zasad solidaryzmu, wspólnotowości – tworzenie
stabilnych struktur państwa obywatelskiego.

Obecnie przestrzeń życiowa ludzi starych ograniczana jest ich wąską przestrzenią so-
cjalną, ale za organizowanie obywateli nadal odpowiedzialne jest głównie państwo. Gdy, na
wzór państw Unii Europejskiej, rola państwa zostanie zredukowana do sprawnie funkcyj-
nującego systemu zabezpieczenia społecznego – przestrzeń życiowa najstarszych człon-
ków społeczeństwa wypełniać będą przede wszystkim ich własne, głęboko zindywiduali-
zowane, jednostkowe wybory.

Piotr Błędowski

Szkoła Główna Handlowa

Lokalna polityka społeczna wobec osób starszych

Problemy starości i ludzi starych są jednym z ważniejszych zagadnień, jakimi powin-
na zająć się polityka społeczna w skali kraju. Jednak nie mniej ważny dla polityki spo-
łecznej jest *lokalny wymiar starości i sytuacji starych ludzi*. Znaczenie tego wymiaru po-
lega na tym, że miejscem rozwiązania problemów starszych osób jest gmina lub – rza-
dziej – powiat, a więc teren działania lokalnych podmiotów polityki społecznej. Na
terenie ich działania i najczęściej przy ich udziale zaspokajane są potrzeby ludzi starych,
kształtowane warunki ich życia, stosunki społeczne i tworzona jest infrastruktura dla
działań na ich rzecz. Przeniesienie części zadań ze szczebla krajowego na gminny stało

się konsekwencją przeobrażeń ustrojowych w Polsce¹. Gmina nie stanowi jednak terenu, na którym wyłącznie ogniskują się problemy, rozpoznane w skali całej zbiorowości ludzi starych, lecz jest jednocześnie miejscem, gdzie ujawniają się specyficzne problemy, uwarunkowane kształtem lokalnej więzi społecznej, charakterystycznymi cechami stosunków rodzinnych i struktury gospodarstw domowych oraz utrwalonymi tradycjami i systemem wartości. Dlatego lokalna polityka społeczna, stwarzająca warunki do dokonania dogłębnej diagnozy potrzeb środowiska starych ludzi, stanowi szansę zaspokojenia tych potrzeb i optymalnego wykorzystania zasobów polityki społecznej, rozumianych jako środki materialne, kadra pracowników instytucji polityki społecznej i potencjał tkwiący w organizacjach pozarządowych i grupach nieformalnych. Diagnoza taka wykaże z pewnością w wielu lokalnych społecznościach potrzebę wsparcia nie tylko samych starych ludzi, ale i ich rodzin. Przeobrażenia społeczne powodują bowiem, że rodzina coraz rzadziej może być wystarczającym oparciem dla ludzi starszych. Jeżeli tę funkcję ma nadal realizować, powinna otrzymać pomoc ze strony lokalnych podmiotów polityki społecznej.

Większość demograficznych, zdrowotnych i ekonomicznych przesłanek polityki społecznej wobec osób starszych dotyczy konsekwencji procesu stopniowego ograniczania sprawności². Ograniczenie takie prowadzi do wzrastającego uzależnienia starszych osób od otoczenia, konieczności większego wysiłku i ponoszenia zwiększonych wydatków, by zachować dotychczasowy poziom samodzielności lub spowolnić proces jej utraty, oraz może powodować konieczność takiego skoncentrowania się na działaniach służących zachowaniu samodzielności, że w coraz większym stopniu odbywać się to będzie kosztem kontaktów społecznych, co z kolei ogranicza szanse (re)integracji społecznej. Jednak w miarę powiększania się liczby osób starych i postępującego wewnętrznego zróżnicowania tej kategorii coraz bardziej pilne staje się stworzenie takiego podsystemu polityki społecznej, którego zadaniem będzie nie tylko pomoc w organizacji życia ludzi starszych, ale i stworzenie warunków dla realizacji przez nich swoich potrzeb i aspiracji oraz do aktywnego udziału w życiu lokalnej społeczności. Innymi słowy – celem polityki społecznej wobec ludzi starych nie może być organizacja pomocy dla nich, ale pomoc w samodzielnej na miarę możliwości organizacji ich życia.

Politykę społeczną wobec ludzi starych można zatem zdefiniować jako system działań skierowanych do osób w wieku poprodukcyjnym oraz ich rodzin. Działania te mają na celu wszechstronną kompensację malejących z wiekiem możliwości samodzielnego zaspokojenia potrzeb oraz integrację z lokalną społecznością. W ramach tak pojmowanej polityki znajduje się miejsce dla inicjatyw podejmowanych w skali lokalnej, przy współudziale samorządu terytorialnego. *Lokalną politykę społeczną wobec ludzi starych można określić jako różne przejawy aktywności na rzecz osób starszych realizowane na terenie*

¹ L. Frąckiewicz, *O ochronę prawną i społeczną starzejącej się ludności kraju*, w: Z. Strzelecki (red.), *Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Polska a Europa*. I Kongres Demograficzny, t. XVII, RRL, RCSS, Warszawa 2003, s. 302.

² P. Błądowski, *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*, SGH, Warszawa 2002, s. 115 i n.

działania samorządu terytorialnego w ramach jego zadań zleconych i własnych oraz lokalnych inicjatyw. Aktywność ta może mieć charakter działań zmierzających do poprawy bądź zachowania statusu materialnego, dobrowolnie ustanawianych świadczeń socjalnych, poprawy stanu opieki zdrowotnej, organizacji i zagospodarowania czasu wolnego, poprawy sytuacji mieszkaniowej oraz świadczenia usług bytowych i osobistych³.

Organy samorządu terytorialnego odpowiedzialne za realizację tych zadań to przede wszystkim rady powiatu i gminy, które – na podstawie generalnych – formułują cele szczegółowe, uwzględniające sytuację lokalną i dolegliwość poszczególnych problemów, podejmując zarazem decyzję o sposobie finansowania tych zadań, które nie mają charakteru obowiązkowego lub nie są zlecone przez administrację rządową. Do realizacji wytyczonych celów mogą być wykorzystane instytucje działające na terenie objętym kompetencjami samorządu. Są to przede wszystkim instytucje pomocy społecznej, placówki ochrony zdrowia i placówki oświatowo-kulturalne.

Można przyjąć, że *typy lokalnej polityki społecznej wobec osób starszych* mieszczą się między dwoma skrajnymi, jakimi są: *polityka nastawiona na interwencję* w stosunku do ludzi starych najsłabszych ekonomicznie i znajdujących się w najtrudniejszej sytuacji życiowej i *polityka nastawiona na optymalne zaspokojenie potrzeb* różnych grup, wchodzących w skład zbiorowości starszych ludzi. Pierwszy z wymienionych typów nawiązuje do modelu interwencji społecznej⁴ w polityce społecznej, natomiast drugi – modelu integracji społecznej. Za podstawę ich doboru przyjmuję następujące zagadnienia: sam cel polityki, wynikający z oficjalnego stanowiska organów samorządu terytorialnego i oceny podejmowanych działań; organizacja mieszkańców; pozycja ludzi starych w lokalnej społeczności, traktowana jako jedna z ważniejszych przesłanek lokalnej polityki wobec tej zbiorowości; ustalone zasady dostępności udzielanych świadczeń; struktura podmiotów, realizujących w skali lokalnej ustanowione zadania; powiązany z celem polityki zakres działania.

O ile w przypadku modelu interwencji w stosunku do najsłabszych ekonomicznie starszych ludzi celem polityki w skali lokalnej jest zaspokojenie ich podstawowych potrzeb, o tyle typ polityki mającej na celu optymalizację (a nie maksymalizację) zaspokojenia potrzeb uwzględnia i te potrzeby, które związane są z poczuciem przynależności do grupy, z akceptacją oraz integracją starszych ludzi z lokalną społecznością.

Określenie celu polityki wobec ludzi starych jest implikowane przez pozycję społeczną, zajmowaną przez te osoby w ich środowisku oraz oczekiwania społeczne, zarówno ze strony samej zbiorowości starszych osób, jak i całej opinii publicznej. W zależności od tego, w jakim stopniu młodsze pokolenia skoncentrowane są na rozwiązywaniu własnych problemów, których skala zależy np. od poziomu zamożności mieszkańców danego terenu, poczucia bezpieczeństwa socjalnego, pewności zatrudnienia itp., a także od stopnia

³ Niektórzy autorzy zaliczają do takich działań również całokształt imprez rekreacyjnych i kulturalnych dostępnych dla ogółu mieszkańców. Zob. P. Gitschmann, *Alterssozialpolitik auf kommunaler Ebene – Rahmenbedingungen und Strukturen*, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin 1989, s. 85 i n.

⁴ T. Szumlicz, *Modele polityki społecznej*, „Monografie i Opracowania” nr 386, SGH, Warszawa 1994, s. 93 i n.

zaawansowania procesów demograficznego starzenia się społeczeństwa, przydawana będzie problemom ludzi starych różna ranga. Im lepsze są warunki życia całej społeczności, tym większa może być akceptacja dla związanych z wiekiem specyficznych potrzeb.

Tabela 1
Typy idealne lokalnej polityki społecznej wobec ludzi starych

Kryteria	Typ lokalnej polityki wobec ludzi starych	
	interwencyjny wobec najsłabszych ludzi starych	optymalizujący zaspokojenie potrzeb
Cel	zaspokojenie podstawowych potrzeb	Zaspokojenie potrzeb i integracja społeczna
Organizacja mieszkańców	zbiorowość terytorialna	społeczność lokalna
Pozycja ludzi starych w społeczności jako przesłanka polityki	stosunkowo niska na skutek zaawansowania procesów alienacji ludzi starych	stosunkowo wysoka; społeczna akceptacja dla potrzeb ludzi starych i ich oczekiwań
Dostępność do świadczeń i usług	ograniczona do kręgu osób spełniających kryterium dochodowe	rozszerzona o krąg osób zainteresowanych udziałem w działaniach integracyjnych
Podmioty wykonawcze	związane z instytucją pomocy społecznej i systemem ochrony zdrowia	wykraczające poza placówki ochrony zdrowia i pomocy społecznej
Zakres działania	wynikający z katalogu zadań własnych obowiązkowych i zleconych	rozszerzony o zadania własne fakultatywne

Źródło: Opracowanie własne.

Dwa podstawowe cele, jakie można sformułować to umożliwienie starszym osobom samodzielnego na miarę możliwości życia oraz zapewnienie im ważnej i stabilnej pozycji w strukturze lokalnej społeczności. Dalsze, wynikające z wymienionych, to: integracja społeczna i partycypacja ludzi starych w życiu społecznym; indywidualizacja i dostosowanie udzielanych świadczeń do rzeczywistych potrzeb; podniesienie standardu życia ludzi starych przez system świadczeń materialnych i usługowych; zapewnienie im podmiotowości i samodzielności stosownej do ich poziomu sprawności życiowej; sprzyjanie integracji między- i wewnątrzgeneracyjnej oraz organizacja badań naukowych dotyczących problematyki ludzi starych i starości.

Realizacja polityki społecznej wobec ludzi starych powinna uwzględniać kilka podstawowych zasad, które można sformułować w następujący sposób: Polityka społeczna kieruje się przede wszystkim *zasadą subsydiarności*. Zgodnie z nią realizacja celów wymaga stworzenia warunków umożliwiających wykorzystanie w pierwszej kolejności poten-

cjału, jaki stanowi rodzina i kręgi nieformalne w otoczeniu starego człowieka. Szczególnie w początkowym okresie starości, gdy człowiek zachowuje jeszcze relatywnie wysoki poziom aktywności, jego środowisko jest punktem oparcia i pomocy w razie potrzeby, pozostając jednocześnie punktem odniesienia jego aktywności (np. pomoc udzielana członkom rodziny, udział w grupach samopomocowych, kontakty z osobami z dawnego środowiska zawodowego). W miarę obniżania aktywności i wzrastającego uzależnienia pojawia się potrzeba włączenia w system wsparcia ludzi starych kolejnych grup nieformalnych i organizacji pozarządowych, a także instytucji samorządu terytorialnego. Rola tych ostatnich polega nie tylko na organizacji rozmaitych usług, ale i udzielaniu świadczeń pieniężnych z myślą o sfinansowaniu kosztów zakupu konkretnych usług. Zastosowanie zasady subsydiarności jest uzasadnieniem przeniesienia na poziom lokalny największej części działań polityki społecznej wobec ludzi starych.

Zasada kompleksowości oceny potrzeb akcentuje konieczność wszechstronnej analizy sytuacji ludzi starych i rozpatrywania jej pod kątem wzajemnie powiązanych ze sobą elementów, jak na przykład stanu zdrowia, warunków mieszkaniowych, poziomu dochodów i sytuacji rodzinnej. Dokonywana diagnoza potrzeb powinna mieć charakter całościowy, uwzględniający nie tylko strukturę potrzeb i ich rozmiary, ale również ocenę możliwości ich zaspokojenia przy wykorzystaniu istniejącej infrastruktury i udziału najbliższego otoczenia ludzi starych w procesie zaspokajania potrzeb. Kompleksowość diagnozy wymaga znacznego jej uszczegółowienia. Niezbędna jest w związku z tym indywidualizacja podejścia do sytuacji ludzi starych przynajmniej przez wyodrębnienie w ich zbiorowości grup charakteryzujących się podobnymi cechami społecznymi lub demograficznymi (np. według płci, grup wieku, miejsca zamieszkania, typu gospodarstwa domowego czy poziomu sprawności gospodarskiej).

Zasada lokalności działania polityki społecznej wobec ludzi starych wynika z jednej strony ze wspomnianej wcześniej zasady subsydiarności, z drugiej – z faktu, iż na poziomie lokalnym istnieją najlepsze warunki do integracji i partycypacji ludzi starych. Skuteczne włączenie starszych ludzi w realizację celów polityki społecznej wobec tej zbiorowości, a także celów polityk branżowych wymaga uprzedniej identyfikacji tych obszarów, w których działania wewnętrznie integrujące zbiorowość ludzi starych oraz tę zbiorowość z innymi grupami mieszkańców są najbardziej pilne. Lokalność jako warunek partycypacji wynika z możliwości „przełożenia” ogólnych celów polityki wobec ludzi starych na konkretne cele, odpowiadające lokalnym potrzebom i możliwościom. W tych warunkach łatwiej o udział starszych osób w formułowaniu opinii o formach działania podmiotów omawianej polityki, w realizacji ustalonych celów i kształtowaniu relacji między środowiskiem ludzi starych i innymi grupami.

Działania, podejmowane z udziałem osób starszych i z myślą o tworzeniu warunków do możliwie samodzielnego zaspokajania ich potrzeb, powinny obejmować udzielanie świadczeń w formie pieniężnej, rzeczowej i usług, szeroko pojmowanej pracy socjalnej, rozwój placówek infrastruktury społecznej udzielającej świadczeń dla osób starszych oraz organizację badań naukowych i tworzenie ram prawno-organizacyjnych dla tej polityki na wszystkich szczeblach.

Polityka społeczna wobec ludzi starych może być w znacznej mierze realizowana przy wykorzystaniu istniejącej struktury podmiotów polityki społecznej. Zgodnie ze stanowiskiem, iż realizacja polityki wobec starszych osób przebiega przede wszystkim na poziomie lokalnym, zakres zadań podmiotów o zasięgu krajowym jest stosunkowo ograniczony. Nie oznacza to jednak, że rola tej grupy podmiotów jest niewielka. Przeciwnie, do jej zadań należy kształtowanie generalnych celów polityki, stanowienie ram prawnych dla tej działalności, ustalanie zasad finansowania polityki wobec ludzi starych oraz prowadzenie i finansowanie badań empirycznych o zasięgu ponadlokalnym. Cele realizowanej na szczeblu krajowym polityki społecznej wobec ludzi starych powinny być spójne z celami zabezpieczenia społecznego. Istnieje zwłaszcza potrzeba rozpatrzenia możliwości ewentualnej partycypacji funduszy administrowanych przez podmioty ubezpieczenia społecznego w finansowaniu polityki społecznej wobec ludzi starych. Takie oczekiwanie należałoby sformułować w pierwszej kolejności pod adresem ubezpieczenia zdrowotnego, bowiem wraz z postępującym procesem demograficznego starzenia się społeczeństwa zwiększa się zapotrzebowanie na świadczenia lecznicze oraz pielęgnacyjne, opiekę długookresową i terminalną. Z tego względu podmioty ubezpieczenia społecznego (z oczywistych względów szczególnie dotyczy to także ubezpieczenia emerytalnego) powinny również być zaliczane do grupy podmiotów polityki wobec ludzi starych.

Jeżeli politykę traktować jako swego rodzaju sztukę wyboru celów działania i ich hierarchizacji, to jednym z kryteriów podejmowania decyzji powinien być szacunek kosztów i korzyści związanych z realizacją konkretnych zadań. Z drugiej strony kryterium podejmowania decyzji powinien stać się taki sam szacunek, ale dotyczący tych działań, które ewentualnie miałyby być zaniechane lub odłożone na później. Rozwiązywanie przez politykę społeczną ujawniających się w skali lokalnej kwestii społecznych wymaga długofalowego działania, którego skutki często stają się odczuwalne dopiero po upływie dłuższego czasu. Niestety, dla podejmujących decyzje polityków horyzont czasowy nie przekracza często czasu trwania jednej kadencji władz. Jest to istotne niebezpieczeństwo dla realizacji lokalnych programów, wynikające z większych zazwyczaj kosztów ponoszonych na początku programu, podczas gdy korzyści (nie zawsze wymierne) stają się odczuwalne po upływie dłuższego okresu, na przykład w czasie trwania kolejnej kadencji.

Zadania samorządu wynikają z regulacji ustawowych. W Polsce, po wprowadzeniu w 1999 r. trójszczeblowego systemu administracji samorządowej, dokonany został nowy podział zadań w obszarze polityki społecznej. Obowiązujące ustawodawstwo nie wyodrębnia wprowadzie takich zadań, jak wszechstronna pomoc dla ludzi starych, ale świadczenia te można zakwalifikować do zadań związanych z pomocą społeczną, ochroną zdrowia, edukacją i kulturą oraz wspieraniem osób niepełnosprawnych.

W definicji lokalnej polityki społecznej wspominam o mających miejsce na terenie działania samorządu terytorialnego formach aktywności służącej zaspokojeniu potrzeb ludzi starych. Potrzeby te mają różny charakter, toteż niezbędne jest takie zróżnicowanie oferty, które uwzględni dyferencjację kategorii ludzi starych, ich odmienne oczekiwania pod adresem lokalnej społeczności oraz różne możliwości zaspokojenia ich potrzeb przy pomocy rodziny i najbliższego otoczenia. Tak szeroki zakres zadań sprawia, że podmioty administra-

cji samorządowej nie mogą – a w istocie nawet nie powinny – samodzielnie sprostać wszystkim oczekiwaniom. Jednym z ważniejszych zadań lokalnych podmiotów polityki społecznej wobec ludzi starych jest koordynacja podejmowanych w skali gminy lub powiatu działań, które w znaczącym stopniu mogą być realizowane przez niepubliczne podmioty polityki społecznej.

Tabela 2

Zadania samorządu terytorialnego w ramach polityki społecznej wobec ludzi starych

Właściwy szczebel samorządu	Zadania lokalnej polityki społecznej wobec starych ludzi
Gmina	• Stworzenie warunków do powstania sieci instytucji oferujących usługi w zakresie organizacji dnia codziennego osobom starszym (pielęgnacja, pomoc w usługach domowych i prowadzeniu gospodarstwa domowego, dowożenie gorących posiłków, zabiegi rehabilitacyjne w domu, pomoc w dokonywaniu zakupów, transport dla niepełnosprawnych, pomoc techniczna w gospodarstwie domowym, pranie) • Udzielanie świadczeń pomocy społecznej w formie pieniężnej • Zapewnienie świadczeń rehabilitacyjnych • Podtrzymywanie kontaktów społecznych dzięki dostosowanym do możliwości formom spędzania czasu wolnego, ofercie kulturalnej, odwiedzinom u osób niemogących opuszczać mieszkania, zapewnieniu im możliwości kontaktów telefonicznych itp. • Zapewnienie szybkiej reakcji na wiadomość o sytuacji wymagającej interwencji (doświadczeni pracownicy socjalni, możliwość transportu, możliwość wyboru najbardziej skutecznej formy pomocy) Prowadzenie domów dziennego pobytu, klubów seniora itp. • Prowadzenie lokalnych domów pomocy społecznej • Krótkookresowa pomoc rodzinom pielęgnującym starsze osoby • Poradnictwo prawne, psychologiczne, rodzinne • Dostosowanie mieszkań ludzi starych do ich potrzeb i poziomu sprawności
Powiat	• Zapewnienie opieki geriatrycznej w systemie zakładowym (oddział w szpitalu) lub w opiece ambulatoryjnej (przychodnia specjalistyczna) • Prowadzenie ośrodka interwencji kryzysowej • Prowadzenie domów pomocy społecznej • Wypożyczanie sprzętów do pielęgnacji (łóżka ortopedyczne, wózki inwalidzkie itp.) • Szkolenia pracowników, zwłaszcza w zakresie usług pielęgnacyjnych i utrzymywania kontaktów ze starszymi osobami • Współpraca z organizacjami pozarządowymi, koordynacja działań

Źródło: Opracowanie własne.

Katalog zadań, jakie powinien wypełnić samorząd terytorialny i jego wyspecjalizowane instytucje, zależy od stopnia szczegółowości przygotowanej listy. Przedstawione poniżej zestawienie zadań gminy i powiatu obejmuje zakres, jaki jest w mojej ocenie niezbędny do zaspokajania potrzeb ludzi starych. Trzeba jednak podkreślić, że gminę i powiat obciąża stworzenie warunków do realizacji tych zadań, a nie sama ich realizacja. Zakres zadań samorządu powinien odzwierciedlać strukturę rozpoznanych i uznanych za wymagające zaspokojenia przy udziale lokalnej polityki społecznej potrzeb ludzi starych i ich rodzin. Zaspokojenie potrzeb może być po części możliwe dzięki aktywności samych osób starszych i ich środowiska, grup samopomocowych oraz organizacji pozarządowych. Samorząd terytorialny może przede wszystkim stworzyć warunki do realizacji potrzeb, zorganizować rynek usług społecznych oraz razem z podmiotami państwowymi regulować ten rynek, określając wymagania, jakie powinny być spełnione przez podmioty gospodarcze na nim działające. Znajduje tu w pełni zastosowanie model podziału podmiotów polityki społecznej na podmioty publiczne, organizacje pozarządowe i jednostki komercyjne.

Przedstawiona w tabeli 2 lista ma charakter przykładowy i jej celem jest wskazanie na różnorodność problemów, z jakimi borykają się ludzie starzy. Z punktu widzenia realizacji zadań samorządu terytorialnego ważnym elementem kształtującym listę problemów wymagających współdziałania ze strony polityki jest miejsce zamieszkania starszej osoby. Szczegółnej uwagi wymaga zagadnienie organizacji pomocy ludziom starszym w środowisku wiejskim. Ich sytuacja od lat jest ogólnie gorsza od sytuacji seniorów mieszkających w miastach. Składają się na to różne przyczyny, które znajdują swoje odzwierciedlenie w zaproponowanej liście przesłanek polityki społecznej wobec ludzi starych. Większość z nich nie jest specyficzna dla polskiego społeczeństwa, ale charakteryzuje starość na wsi w krajach europejskich.

Istotnym zagadnieniem, wymagającym uwzględnienia przy tworzeniu listy zadań polityki wobec osób starszych na wsi jest nierównomierność demograficznego starzenia się w poszczególnych regionach wiejskich. Duży wpływ na to wywierają rozmiary migracji wewnętrznych. W Polsce na ogół mają one jeszcze charakter jednokierunkowy, prowadząc do odpływu młodszych mieszkańców wsi do miast. W miarę poprawy warunków bytu ludności i nasilania się tendencji do przenoszenia swojego miejsca zamieszkania na tereny podmiejskie, będzie można zapewne obserwować i takie regiony, w których proces demograficznego starzenia się ludności zostanie spowolniony poprzez napływ młodszej ludności. Jakkolwiek „demograficzne odmłodzenie” wsi byłoby niezmiernie pożądanym, trzeba mieć na uwadze, że napływ nowych, nieznających środowiska i jemu nieznanych mieszkańców może utrudnić proces integracji starszej ludności z lokalną społecznością. Zmiany w strukturze społeczno-zawodowej ludności zamieszkałej na wsi powodują, że następuje zmniejszenie liczby rodzin wielopokoleniowych. Równocześnie zmniejsza się przeciętna liczba członków gospodarstwa domowego oraz rodziny. W rezultacie ograniczeniu ulegają potencjalne możliwości sprawowania przez rodzinę funkcji opiekuńczej w stosunku do starszych osób. Staje się to szczególnie widoczne w rodzinach osób zamieszkujących wsie na terenach zurbanizowanych. Stosunkowo duża liczba ich mieszkańców pracuje zawodowo w miastach, co powoduje, że czas przebywania poza domem ulega wy-

dłużeniu w następstwie dojazdów do pracy. Zmniejszenie roli rodziny w sprawowaniu opieki i organizacji życia starego człowieka powoduje konieczność reakcji ze strony wyspecjalizowanych placówek oraz organizacji pozarządowych.

Niewystarczający rozwój infrastruktury społecznej i niedostateczna sieć placówek usług bytowych na wsi są czynnikami, które mogą potęgować trudności życiowe starych ludzi. Konieczna może stać się w związku z tym organizacja działań samopomocowych i pomocy sąsiedzkiej, co wymaga stworzenia na wsi korzystnej atmosfery wokół udziału lokalnej społeczności w rozwiązywaniu problemów życiowych starych ludzi.

Warunki mieszkaniowe na wsi są często trudniejsze niż w miastach. Jakkolwiek w ciągu ostatnich lat sytuacja mieszkaniowa starych ludzi na polskiej wsi uległa zdecydowanej poprawie⁵, nadal część starych ludzi zamieszkuje w substandardowych budynkach. W tej sytuacji materialne warunki bytu seniorów znów wysuwają się na pierwszy plan. Pozostaje jednak zagadnieniem otwartym, jak dalece instytucje polityki społecznej wobec ludzi starych mogą przejmować zadania samych mieszkańców oraz ich rodzin. Wydaje się, że pomoc dla seniorów powinna skoncentrować się w tym przypadku na doraźnym rozwiązywaniu problemów i sygnalizowaniu innym instytucjom potrzeby trwałych rozwiązań (remont lub zmiana mieszkania, dofinansowanie prac adaptujących mieszkanie do potrzeb osób niepełnosprawnych itp.).

W przypadku pomocy dla osób starszych mieszkających na wsi dodatkowym problemem jest konieczność pokonywania większych odległości przy zazwyczaj trudnych warunkach komunikacyjnych (korzystanie z sieci komunikacji publicznej) oraz przy większym na ogół obciążeniu pracowników socjalnych, zmuszonych przez okoliczności do dodatkowego wysiłku. Ponadto naturalna w tej sytuacji tendencja do centralizacji, rozumianej jako dążenie do lokalizowania większości społecznie ważnych placówek (np. szpital, dom pomocy społecznej) w siedzibie powiatu, utrudnia dostęp do nich osobom starszym i członkom ich rodzin niemieszkającym w mieście.

Organizacje pozarządowe jako podmiot polityki społecznej, zwłaszcza w skali lokalnej, odgrywają jeszcze stosunkowo niedużą rolę, chociaż potencjalne ich znaczenie trudno przecenić. Ich rola związana jest nie tylko z możliwościami wkraczania na te obszary życia społecznego, które są z różnych przyczyn trudno dostępne dla publicznych podmiotów polityki społecznej, ale również ze znacznie niższymi kosztami generowanymi przez działalność tych organizacji w porównaniu z kosztami powstającymi w związku z działalnością wyspecjalizowanych instytucji zarządzanych przez administrację publiczną⁶. Każda z czterech funkcji, jaką pełni sektor *non-profit*⁷ (świadczenie usług,

⁵ Zob. P. Błędowski, *Gospodarstwa domowe i sytuacja mieszkaniowa ludzi starych*, w: B. Synak (red.), *Polska starość*, UG, Gdańsk 2002, s. 115 i n.

⁶ G. van der Beek, P. Błędowski, D. Zukunft, *Intermediäre Institutionen der sozialen Sicherung im Transformationsprozeß – Non-profit-Organisationen in der Republik Polen*, w: K. van der Beek, P. Weiss, P. Błędowski (red.), *Sozialpolitik im Transformationsprozeß. Ordnungs- und sozialpolitische Reformen in Polen*, de Gruyter, Berlin 1995, s. 157 i n.

⁷ Tamże. Zob. też E. Leś, *Od filantropii do pomocniczości. Studium porównawcze rozwoju i działalności organizacji społecznych*, Elipsa, Warszawa 2000, s. 15 i n.

rzecznictwo potrzeb i praw obywatelskich, działania innowacyjne i obrona wartości demokratycznych) odgrywa ważną rolę w realizacji celów polityki społecznej wobec osób starszych.

Organizacje pozarządowe powinny być traktowane nie tylko jako uzupełnienie polityki społecznej, ale również jako jej jakościowe wzbogacenie. Zamiast opartej na opiekuńczej funkcji państwa organizacji systemu świadczeń racjonowanych przez administrację publiczną powstał bowiem oparty na zasadzie pomocniczości system samoorganizacji społeczności lokalnej. W polityce społecznej wobec ludzi starych istnieje również miejsce dla grup samopomocy. Na ogół starsze osoby wykazują się wysokim poziomem aktywności społecznej, która w tym przypadku może być spożytkowana na rozwiązywanie problemów własnego środowiska.

Aktywność organizacji pozarządowych ukierunkowana jest najczęściej na rozwiązywanie problemów związanych z niedostatkiem materialnym i pomocą dla osób mających trudności z zapewnieniem dzieciom należytej opieki. W latach 90. zaznaczyła się coraz większa aktywność tych organizacji w obszarze oświaty (dotyczy to również inicjatyw adresowanych do ludzi starszych, np. skupiających słuchaczy uniwersytetów trzeciego wieku). Ważnym zadaniem tych organizacji jest podejmowanie działań w celu rozwiązania problemów własnego środowiska – miejsca zamieszkania lub grupy mieszkańców. W obu tych obszarach istnieje pole dla aktywności starszych osób.

Organizacje pozarządowe mogą spełniać ważną rolę nie tylko jako podmioty realizujące konkretne zadania w ramach systemu polityki społecznej, ale również jako środowiska, artykułujące oczekiwania społeczne pod adresem publicznych podmiotów polityki społecznej, a zwłaszcza lokalnych.

Polityki społecznej wobec osób starszych nie można rozpatrywać oddzielnie od innych podsystemów polityki społecznej. Potrzeba ta jest oczywista nie tylko dlatego, że wszystkie podsystemy tej polityki są między sobą wzajemnie powiązane, ale i stąd, że sytuacja życiowa na starość jest w znacznej mierze konsekwencją tej sytuacji we wcześniejszych okresach życia. Tymczasem to stopień realizacji celów poszczególnych podsystemów polityki społecznej wpływa na sytuację życiową jednostek w poszczególnych fazach ich życia. Ten sposób myślenia znalazł odzwierciedlenie w gerontologii społecznej. Podstawową tezę tego stanowiska jest stwierdzenie, iż starość jest zjawiskiem odnoszącym się do poszczególnych jednostek, uzależnionym od czynników społecznych, środowiskowych i ekonomicznych, w jakich one przebywają⁸. Starość jest zatem zjawiskiem zdeteminowanym przez warunki życiowe w poprzednich fazach życia. Konsekwencją tego stanu są znaczne różnice, między innymi w kondycji fizycznej i psychicznej starszych osób.

Wynika stąd zobowiązanie innych podsystemów polityki społecznej do takiego określania celów i dróg ich realizacji, by umożliwiały nie tylko zaspokojenie bieżących potrzeb, ale i uwzględniały potrzeby, jakie będą występować w kolejnych fazach życia.

⁸ A. Kruse, J. Wilbers, *Der alte Mensch in der Familie*, w: H. Thomae, A. Kruse, J. Wilbers, *Kompetenz und soziale Beziehungen im Alter. Materialien zum Vierten Familienbericht*, t. 2, Verlag Deutsches Jugendinstitut, Weinheim und München 1987, s. 187.

Ważną rolę odgrywa przy tym biografia zawodowa (przebieg pracy zawodowej), bowiem za pośrednictwem mechanizmu ubezpieczeń społecznych, a przede wszystkim ubezpieczenia emerytalnego, wywiera wpływ na poziom dochodów w starości.

Zaproponowane warunki optymalizowania zakładają realizację takiego modelu projekcyjnego, w którym sprawny system zabezpieczenia społecznego, wspomagany przez inicjatywy mające na celu samodzielne zabezpieczenie na starość oraz dobre warunki życia człowieka starego będą stymulowały jego aktywność społeczną i polityczną. Aktywności społecznej i niezależności finansowej powinno sprzyjać podniesienie poziomu wykształcenia w społeczeństwie, ograniczenie rozmiarów bezrobocia, zwłaszcza wśród pracowników w drugiej połowie okresu aktywności zawodowej oraz promocja zdrowia.

Zadania samorządowych podmiotów lokalnej polityki społecznej wobec najstarszych mieszkańców można podzielić na następujące grupy:

- organizacja i ewentualne współfinansowanie placówek usług społecznych i bytowych dla ludzi starszych;
- stworzenie warunków do aktywności i samopomocy w środowisku starszych osób;
- udzielanie świadczeń finansowych wyrównujących deficyty powstałe ze względu na konieczność ponoszenia zwiększonych wydatków związanych z zaspokajaniem potrzeb specyficznych dla stanu zdrowia i stopnia sprawności;
- diagnozowanie potrzeb i monitorowanie stopnia ich zaspokojenia.

Formy pomocy udzielanej starszym ludziom zależą od: rozmiarów pozostających do dyspozycji lokalnych podmiotów środków, zakresu świadczeń finansowanych przez ubezpieczenie chorobowe, społecznie akceptowanych i stosowanych na danym obszarze preferencji dla starszych ludzi i organizacji usług bytowych, rozbudowy systemu nieformalnej pomocy i stosunku społeczności do ludzi starszych. Czynniki te można by określić jako warunki ramowe realizacji zadań lokalnej polityki społecznej wobec seniorów.

Jednym z najważniejszych zadań lokalnej polityki społecznej wobec ludzi starych jest zapewnienie warunków funkcjonowania odpowiedniej infrastruktury społecznej. Usługi społeczne i bytowe stają się bardzo istotnym elementem polityki wobec starszych osób. Wprawdzie wiąże się to przede wszystkim z chęcią zapewnienia odpowiedniej pomocy najslabszym i najmniej sprawnym osobom, ale polityka społeczna powinna mieć również na uwadze potrzebę zapewnienia pomocy w organizacji czasu osobom zachowującym wysoki poziom aktywności życiowej. W pierwszym z przypadków podmioty lokalnej polityki społecznej powinny zadbać o zapewnienie środowiskowej pomocy osobom nie-sprawnym, wymagającym systematycznej pielęgnacji, usług związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego i utrzymaniem kontaktów społecznych, wyposażenie mieszkań stosownie do możliwości samodzielnego poruszania się osoby starszej, a wreszcie poradnictwo i pracę socjalną.

Elementem pośrednim między zamieszkiwaniem w indywidualnym gospodarstwie domowym a pozostawaniem w gospodarstwie zbiorowym są prowadzone przez administrację lokalną lub organizacje pozarządowe dzienne domy pobytu. Mają one do spełnienia ważne funkcje, polegające na udzielaniu wszechstronnej pomocy, stwarzaniu starszym osobom okazji do kontaktów społecznych i stymulowaniu do ich rozszerzania, opóźnia-

niu przeniesienia do domu pomocy społecznej i pomocy w przygotowaniu do takiej zmiany oraz odciążaniu rodziny w sprawowaniu funkcji opiekuńczej wobec starszych ludzi⁹.

Dla tych osób, których sprawność lub stan zdrowia nie pozwala na samodzielne prowadzenie gospodarstwa domowego i którym rodzina nie jest w stanie zapewnić właściwej pomocy i opieki, lokalna polityka powinna stworzyć możliwości zamieszkania w warunkach ułatwiających zaspokojenie potrzeb. Mogą to być domy pomocy społecznej, a także inne formy zamieszkiwania przy zapewnieniu fachowej opieki medycznej i pomocy w prowadzeniu gospodarstwa domowego.

Niezależnie od formy zamieszkiwania starszych osób poza własnym gospodarstwem domowym, podmioty lokalnej polityki społecznej powinny przywiązywać większą wagę do zaspokojenia potrzeb związanych z zachowaniem lub nawiązaniem i podtrzymaniem kontaktów społecznych mieszkańców takich placówek. Sprzyja temu „demedyzalizacja” domów pomocy społecznej i podobnych placówek. Jej celem jest uniknięcie sytuacji polegających na sprowadzaniu mieszkańców domów pomocy społecznej i osób korzystających z pielęgnacji we własnych domach wyłącznie do roli pacjentów, pozbawianych często podmiotowości. W Polsce zmniejsza się stopniowo udział personelu medycznego wśród pracowników domów pomocy społecznej. W miejsce pielęgniarek zatrudniane są opiekunki, przygotowane do pomocy i opieki nad mieszkańcami domu, posiadające doświadczenie medyczne, ale przede wszystkim zajmujące się organizacją życia mieszkańców. Zmiany w strukturze zatrudnienia domów pomocy społecznej związane są z wprowadzonym w 1996 r. programem podnoszenia warunków życia i jakości usług w domach pomocy (tzw. standaryzacja domów pomocy społecznej)¹⁰.

Tworzenie sieci placówek usług społecznych jest o tyle trudnym zadaniem dla lokalnych podmiotów polityki społecznej, że wymaga ponoszenia znacznych nakładów nie tylko na powołanie do życia nowych placówek, ale przede wszystkim z uwagi na konieczność stałego finansowania ich działalności. Usługi społeczne z racji wysokiej pracochłonności, małej możliwości wykorzystania nowoczesnych rozwiązań technologicznych oraz trudności z dokładnym zaplanowaniem zakresu i czasu pracy przynoszą raczej mały zysk¹¹, toteż zainteresowanie jednostek gospodarczych prowadzeniem działalności w tym zakresie jest na ogół niewielkie, tym bardziej że podmioty publiczne dość precyzyjnie określają wymagania, jakie mają być spełnione przez usługodawcę. Należy także mieć na uwadze fakt, że brak możliwości korzystania z usług społecznych i bytowych w najbliższej okolicy miejsca zamieszkania prowadzi w dłuższym okresie najczęściej do rezygnacji z nich, co naturalnie odbywa się kosztem jakości życia. Jedynie sytuacje przymusowe, jak udanie się do szpitala czy przyjęcie do domu pomocy społecznej mogą być związane

⁹ P. Dilworth-Anderson, *Supporting Family Caregiving Through Adult Day-Care Services*, w: T.H. Brubaker (red.), *Aging, Health and Family*, SAGE Publications, Newbury Park 1987, s. 136.

¹⁰ Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dn. 23 kwietnia 1997 r. w sprawie domów pomocy społecznej, Dz. U. nr 44, poz. 277.

¹¹ C. L. Estes, K. W. Linkins, E. A. Binney, *The Political Economy of Aging*, w: R. H. Binstock, L. K. George (red.), *Handbook of Aging and the Social Sciences*, Academic Press, New York 1996, s. 355.

z akceptacją przez starszą osobę większej odległości między jej miejscem zamieszkania a miejscem korzystania z usług.

Stworzenie warunków do aktywności i samopomocy jest bodaj najmniej docenianym zadaniem lokalnej polityki społecznej wobec starszych osób. Może to być po części konsekwencją ciągle powszechnej obiegowej opinii o starszych ludziach jako o osobach zależnych i wymagających pomocy, a po części – braku doświadczeń we współpracy z organizacjami samorządowymi i grupami samopomocy. Tymczasem osoby starsze stanowią zbiorowość coraz bardziej zróżnicowaną, a początkowy okres starości charakteryzuje się stosunkowo wysokim poziomem aktywności społecznej. Wprawdzie najnowsze badania sytuacji ludzi starych w Polsce wskazują na pewien spadek ich aktywności¹², ale trudno odpowiedzieć na pytanie, na ile zmiana ta ma trwały charakter, a na ile spowodowana jest relatywnie trudnymi warunkami bytu, co wymusza na starszych osobach koncentrację uwagi na rozwiązywaniu własnych problemów. O ile nawet zorganizowana aktywność starszych osób ulega osłabieniu, to warto zwrócić uwagę na znaczenie starszych ludzi w organizowaniu działalności samopomocowej. Te działania, zyskujące dopiero na znaczeniu i popularności, zasługują na szczególną uwagę podmiotów lokalnej polityki społecznej. Stwarzają one przede wszystkim warunki do niemal bezinwestycyjnego, nie wymagającego znacznych nakładów finansowych, rozwiązywania niektórych problemów społecznych starszych osób. Dotyczy to na przykład kontaktów społecznych, ogólnej opieki nad osobami przewlekle chorymi, wykonywania lżejszych prac w gospodarstwie domowym. Organizacje samopomocowe stanowią jednocześnie naturalną możliwość zaspokojenia wielu potrzeb osób aktywnych społecznie – wśród nich potrzeby akceptacji i uznania czy też przynależności do grupy. Ludzie starsi wykazują też stosunkowo dużą gotowość do udzielania pomocy sąsiedzkiej i relatywnie dobrą orientację na temat potrzeb ujawniających się w ich otoczeniu, których zaspokojenie wymaga wsparcia ze strony podmiotów polityki społecznej.

Jednym z podstawowych problemów, stojących przed lokalną polityką społeczną, jest precyzyjne określenie zasad dostępności do świadczeń i ustalania odpłatności za nie. Finansowanie świadczeń ogólnodostępnych, jak np. koncerty albo imprezy rekreacyjne, nie nastręcza większych trudności. Ich koszt jest stosunkowo łatwy do oszacowania, możliwe jest ponadto ustalenie opłat za udział w wysokości odpowiadającej całości lub części ponoszonych przez organizatora kosztów. O wiele bardziej złożone jest zagadnienie finansowania usług osobistych. Jak wspomniałem wyżej, znaczna część świadczeń dla osób starszych odznacza się dużą prącochłonnością, może też wymagać specjalistycznych umiejętności i odpowiedniego przygotowania zawodowego, co podnosi ich koszt. Przyjęcie w niektórych krajach rozwiązania, polegającego na ustaleniu zasady, że koszt tych świadczeń ponoszony jest przez świadczeniobiorcę lub osoby zobowiązane do jego alimentacji, a w pewnych przypadkach refundowany przez instytucje pomocy społecznej,

¹² Por. M. Halicka, J. Halicki, *Integracja społeczna i aktywność ludzi starszych*, w: *Polska starość*, wyd.cyt., s. 189 i n.

doprowadziło do lawinowego wzrostu wydatków pomocy społecznej¹³. Samorządy nie będą w stanie finansować w coraz większej skali tej formy pomocy. Wydaje się, że najbardziej racjonalną koncepcją, realizującą zasadę solidarności i zasadę społeczną, tak w skali kraju, jak i lokalnej, jest objęcie w przyszłości całej ludności obowiązkowym społecznym ubezpieczeniem na wypadek pielęgnacji¹⁴. Zanim jednak idea ta zostałaby zrealizowana, istnieje potrzeba ustalenia zasad udzielania pomocy na skompensowanie wydatków ponoszonych w związku z koniecznością finansowania przez osoby starsze niektórych świadczeń. Samorządowe instytucje pomocy społecznej wspólnie z organizacjami pozarządowymi powinny przejąć na siebie część kosztów funkcjonowania służb świadczących pomoc i opiekę w miejscu zamieszkania starego człowieka.

Przesunięcie części kompetencji w obszarze polityki społecznej z centrum na ograny samorządowe wymaga zapewnienia im stabilnych zasad finansowania. Istnieje potrzeba precyzyjnego określenia obowiązków państwa i budżetu centralnego w zakresie skali subwencji dla samorządów i terminów jej przekazywania. Przyjęcie zasady, iż poza zadaniami mającymi charakter obowiązkowy samorząd może podejmować zadania własne o charakterze fakultatywnym wywołuje z kolei potrzebę umożliwienia gminom i powiatom zwiększania własnych dochodów, m.in. poprzez zwiększenie udziału samorządów w dochodach z podatków odprowadzanych do budżetu centralnego i zwiększenie dochodów z podatków lokalnych. Kompetentne ustalenie hierarchii celów długookresowych i doraźnych w strukturze zadań samorządu jako podmiotu polityki społecznej wymaga prowadzenia systematycznej obserwacji i oceny zmian zachodzących w samej zbiorowości ludzi starych i w ich warunkach bytu. Wymaga to dysponowania odpowiednimi narzędziami, wśród których istotne znaczenie mają wskaźniki społeczne¹⁵. Celem regularnie prowadzonego monitoringu powinna być również ocena zaspokojenia potrzeb indywidualnych i społecznych oraz ich diagnozowanie.

¹³ U. Schneekloth, U. Müller, *Wirkungen der Pflegeversicherung*, Nomos Verlag, Baden-Baden 1999, s. 34 i n.

¹⁴ R. Münz, J. Kytir (red.), *Alter und Pflege. Argumente für eine soziale Absicherung des Pflegerisikos*, Blackwell Wissenschafts-Verlag, Berlin 1992; P. Błędowski, *Spoleczne ubezpieczenie pielęgnacyjne w RFN*, „Polityka Społeczna” 1998, nr 4. Nt. rozwiązań wprowadzonych w Japonii zob. J. Leowski, *Ubezpieczenia zdrowotne w Japonii*, „Przewodnik Menedżera Zdrowia” 2001, nr 1, s. 19 i n.

¹⁵ Z. Woźniak, *Profil socjomedyczny społeczności jako narzędzie diagnozy oraz wsparcie programów lokalnej polityki społecznej*, w: R. Cichocki (red.), *Podmiotowość społeczności lokalnych*, MEDIA-G.T., Poznań 1996, s. 158 i n. Na ten temat obszernie pisze też B. Szatur-Jaworska, *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*, ASPRA-JR, Warszawa 2000, s. 161 i n.

Bożena Balcerzak-Paradowska*Instytut Pracy i Spraw Socjalnych****Polityka rodzinna w Polsce na przełomie wieków***

Procesy demograficzne związane z formowaniem się i rozwojem rodziny, które możemy obserwować w Polsce od ostatniej dekady ubiegłego i w pierwszych latach XXI wieku, skłaniają do refleksji nad przyszłym rozwojem społeczeństwa polskiego.

Obniża się liczba zawieranych małżeństw, stanowiących utrwalony w kulturze i obyczajowości polskiej fundament rodziny. Pomiedzy rokiem 1990 a 2001 liczba zawieranych związków małżeńskich obniżyła się z 255,7 tys. do 195,1 tys., a więc o 24%. Spadek ten nie jest tylko następstwem obniżania się roczników wkraczających w wiek „aktywności matrymonialnej”, ale głównie – obniżania się skłonności do zawierania małżeństw, wyrażającej się wskaźnikiem częstotliwości zawierania małżeństw. Pomiedzy 1990 a 2001 rokiem wskaźnik częstotliwości zawierania małżeństw obniżył się z 6,7 do 5,5 na 1000 ludności.

Rodzina zajmuje nadal wysoką pozycję w hierarchii wartości młodego pokolenia. Udań życie rodzinne pozostaje jednym z najważniejszych celów życiowych młodzieży. Cel ten, jako najważniejszy, nabiera znaczenia w opinii młodego pokolenia. Jak wynika z badań w 1994 roku wskazywało go 48% respondentów, w 1998 – 57%. Można zatem sądzić, że mamy do czynienia z przesunięciem decyzji matrymonialnych, a w mniejszym stopniu – z negacją lub z rezygnacją z zawarcia małżeństwa i założenia rodziny. Przesuwa się wiek środkowy nowożeńców. Wśród 1000 mężczyzn w wieku 20–24 lata w 1990 roku związek małżeński zawarło 99 a w 2000 – 53, a wśród kobiet w tej grupie wieku odpowiednio 109 i 71. Natomiast w grupie wieku 25–29 lata na 100 mężczyzn związek małżeński zawarło w 1990 roku 46 a w 2000 – 52, a wśród kobiet – odpowiednio 24 i 33.

Następuje spadek liczby urodzeń, a co za tym idzie – obniżanie się współczynnika dzietności. Liczba urodzeń obniżyła się z 547,7 tys. w 1990 roku do 368,2 tys. w 2001 roku, współczynniki dzietności z 2,03 w 1990 do 1,3 w 2000 roku.

Wzrost liczby rozwodów oraz urodzeń pozamałżeńskich oznacza wzrost liczby rodzin niepełnych i wychowujących się w nich dzieci.

Przebieg procesów demograficznych wskazuje na ten sam kierunek przemian, które występują w krajach postindustrialnych a określanym jako druga transformacja demograficzna. Powstaje jednak pytanie o rzeczywiste czynniki oddziałujące na przebieg procesów demograficznych w Polsce.

Z jednej strony mamy niewątpliwie do czynienia z czynnikami, określonymi przez twórców koncepcji drugiej transformacji demograficznej jako kulturowe. Wymienić tu można wkroczenie na drogę demokratyzacji życia społecznego, wzrost pluralizmu, indywidualizmu, a przede wszystkim – wzrost znaczenia poziomu wykształcenia i dążenie do realizacji tego celu. Wzrastają wskaźniki skolaryzacji młodych osób, kontynuujących naukę na poziomie wyższym. W roku akademickim 1990/1991 wskaźnik skolaryzacji netto

w grupie młodzieży w wieku 18–24 lat wyniósł 20,7%, w roku 2000/2001 – 32,7%. Wśród studentów wyższych uczelni, ponad połowę stanowią kobiety (w 2000/2001 r. – 57%) [GUS 2002a]. Wydłużenie okresu nauki oznacza najczęściej przesunięcie w czasie założenie rodziny.

Wzrasta zakres korzystania z metod i środków kontroli urodzeń, chociaż nadal istnieje głęboki dystans dzielący Polskę od krajów zachodnich. Przepływ informacji sprzyja upowszechnianiu wzorów i postaw charakterystycznych dla krajów postindustrialnych. Wzrost dostępu do technologii informatycznych należy do czynników określanych jako „technologiczne”.

W tych przypadkach można mówić o realizacji przez młode osoby „scenariusza”: uzyskanie wykształcenia → uzyskanie pracy → założenie rodziny → posiadania dzieci odpowiedniej „jakości” (dostosowanie ich liczby do możliwości finansowych rodziny, stwarzających podstawy do zapewnienia inwestycji w młode pokolenie, ułatwiających dobry start w dorosłe życie).

Z drugiej strony na realizację planów matrymonialnych i prokreacyjnych młodego pokolenia oddziałują czynniki społeczno-ekonomiczne, takie jak:

- Zmiany na rynku pracy. W 2002 roku bezrobocie przekroczyło 3 mln. Najbardziej dotknięte są nim osoby w wieku 20–24 lata; stopa bezrobocia w I kwartale 2003 roku sięgnęła 47%, a w grupie 25–29 lat – 23,3%.
- Wzrost nierówności ekonomicznych i społecznych. Relacja przeciętnego miesięcznego dochodu rozporządzalnego w gospodarstwach domowych 20% osób o najwyższych dochodach (V grupa kwintylowa) i 20% osób o najniższych dochodach (I grupa kwintylowa) zwiększyła się z 5,3 w 1996 roku do 6,1 w 2001 roku.
- Spadek poziomu życia. Pomiedzy 1995 a 1998 rokiem następował wzrost realnych dochodów ogółu gospodarstw domowych (w relacji do roku poprzedniego wynosił on w kolejnych latach: w 1995 – 101,9; w 1996 – 106,4; w 1997 – 107,6; w 1998 – 105,2). W 1999 roku wynosił on 99,9 w relacji do roku poprzedniego, w 2000 – 98,9. W 2001 roku utrzymał się na poziomie roku poprzedniego – 100,1 (przy czym rok 2001 był pierwszym, w którym nastąpił spadek dochodów realnych pracowniczych gospodarstw domowych; w relacji do roku poprzedniego wyniósł on 98,6).
- Zagrożenie ubóstwem. Odsetek osób w gospodarstwach domowych żyjących poniżej poziomu relatywnej linii ubóstwa wzrósł z 15,3% w 1997 roku do 17,0% w 2001, a osób żyjących poniżej poziomu minimum egzystencji (a więc zagrożonych degradacją społeczną i biologiczną – z 5,4 do 9,5%).
- Najbardziej zagrożone ubóstwem są rodziny wielodzietne. W 2001 roku 13,8% rodzin z trojgiem i co trzecia (33,3%) rodzina mająca na utrzymaniu czworo i więcej dzieci żyła poniżej minimum egzystencji.
- Regres w budownictwie mieszkaniowym. Liczba oddawanych do użytku mieszkań obniżała się z roku na rok. Np. w latach 1991–1995 oddano do użytku 101,4 tys. mieszkań (469 mieszkania na 1000 zawartych małżeństw), w latach 1996–2000 – 77,3 tys. mieszkań (368 na 1000 zawartych małżeństw). Dopiero do 2001 roku następuje zauważalna poprawa: w tym roku oddano do użytku 106,0 tys. mieszkań (543 na 1000 mał-

zeństw). Są to jednak zasoby budowane na sprzedaż lub wynajem (wzrost z 1,6 tys. w latach 1991–1995 do 20,7 tys. w latach 1996–2000) lub powstające w ramach budownictwa indywidualnego (odpowiednio: 35,5 tys. i 34,3 tys.). Maleje liczba mieszkań budowanych w ramach spółdzielni mieszkaniowych (z 55,3 tys. w latach 1991–1995 do 26,5 tys. w latach 1996–2000). Ta ostatnia forma była najbardziej popularna wśród nowożeńców ze względu na relatywnie korzystne koszty uzyskania mieszkania.

Na znaczenie czynników społeczno-ekonomicznych dla realizacji planów prokreacyjnych zwracali uwagę respondenci badania przeprowadzonego w 1995 roku. Dla 62% osób, które nie zrealizowały swoich planów prokreacyjnych, przyczyną ograniczenia dzietności był wzrost kosztów utrzymania, dla 37% – trudności ze znalezieniem pracy, dla 37% – zagrożenie bezrobociem, dla 23% – brak poczucia bezpieczeństwa socjalnego. Można oceniać, że niekorzystne tendencje występujące na rynku pracy oraz w sferze warunków życia ludności pod koniec lat 90. ubiegłego i początkach XXI wieku zwiększają „siłę oddziaływania” czynników społeczno-ekonomicznych na decyzje o zakładaniu rodziny.

Zmianie ustroju politycznego i gospodarczego w Polsce towarzyszyły nowe deklaracje dotyczące kształtowania polityki rodzinnej niż w okresie realnego socjalizmu. Głoszono hasło upodmiotowienia rodziny, przeciwstawne do dominującej roli państwa we wszystkich obszarach życia. W praktyce oznaczało to, że państwo zaczęło wycofywać się z pomocy rodzinie lub bardzo ją ograniczać. Deklaracjom oparcia polityki rodzinnej na nowych zasadach towarzyszyły pewne zmiany o charakterze instytucjonalnym. Nie została jednak opracowana koncepcja nowych modeli polityki społecznej i rodzinnej odpowiadających warunkom gospodarki rynkowej i uwzględniających uwarunkowania okresu transformacji.

Kryzys finansów publicznych spowodował dążenie do ograniczania wydatków na cele społeczne. Znalazło to swoje odbicie m.in. w zmianie zasad przyznawania pieniężnych świadczeń rodzinnych. Np. w 1992 r. została „zamrożona” wysokość zasiłku rodzinnego. Spowodowało to obniżenie się wartości realnej zasiłków rodzinnych i spadek ich znaczenia w dochodach rodziny. W kolejnych latach nastąpiło wzmocnienie zasady kierowania pomocy do rodzin najbardziej potrzebujących. Świadczenia pieniężne zostały skierowane do rodzin znajdujących się w trudniejszej sytuacji materialnej. Prawo do nich uzyskały rodziny o niskich dochodach. Wprowadzenie kryterium dochodowego zmniejszyło liczbę rodzin korzystających ze świadczeń.

W jeszcze większym stopniu zmiany dotknęły sferę usług społecznych dla rodziny. Nastąpiła decentralizacja uprawnień państwa w zakresie polityki rodzinnej i przekazanie większości uprawnień związanych z zarządzaniem i finansowaniem usług społecznych samorządom terytorialnym. Dotyczyło to żłobków i przedszkoli, szkół podstawowych, potem – średnich, ośrodków kultury, sportu, rekreacji itp. Samorządy lokalne nie mogły sprostać nałożonym obowiązkom ze względu na ograniczone możliwości organizacyjne i finansowe. Prowadziło to do likwidacji placówek lub wprowadzania opłat za korzystanie z nich. Konieczność wnoszenia opłat stała się barierą dla rodzin mniej zamożnych. Ograniczyło to dostęp do tych placówek dla dzieci z ubogich rodzin.

Międzynarodowy Rok Rodziny (1995) stworzył dogodny klimat do podjęcia społecznej debaty, a następnie działań zmierzających do wypracowania programu polityki rodzin-

nej. Pierwszy program rządowy powstał w 1997 r. (za czasów koalicji lewicowej), drugi – w 1999 r. (jako program koalicji prawicowej).

Oba programy opierały się na innych przesłankach wynikających z ideowych i światopoglądowych podstaw obu formacji politycznych, które je przyjęły jako dokumenty rządowe. Miały one jednak pewne cechy wspólne. Opracowanie programów poprzedziła diagnoza sytuacji rodzin w Polsce, wskazująca na najbardziej ważne problemy.

Jednym z ważnych celów programów było traktowanie wsparcia rodziny jako pomoc w inwestowaniu w młode pokolenie. Programy deklarowały podmiotowość i suwerenność rodziny. Co warto podkreślić, polityka rodzinna miała charakter polityki pośredniej (*implicite*). Oznaczyło to, że w programach znalazły się działania mieszczące się w ramach szerszych, szczegółowych polityk. Dotyczyły one tworzenia warunków do własnej aktywności ekonomicznej rodziny, przede wszystkim przez ograniczanie bezrobocia i podejmowania pracy, także na rachunek własny. Dużą wagę przywiązywano do polityki mieszkaniowej; jej szczegółowe zapisy znalazły się również w obu programach polityki rodzinnej. Przede wszystkim chodziło o tworzenie warunków sprzyjających uzyskaniu własnego mieszkania przez rodziny o różnej sytuacji finansowej.

Oba programy zapowiadały respektowanie zasady subsydiarności i wielości podmiotów. Wychodzono z założenia, że skuteczność polityki rodzinnej zależy od działania nie tylko państwa, ale również od podmiotów realizujących cele tej polityki na różnych poziomach, zwłaszcza na poziomie lokalnym.

To, co różniło oba programy, to szczególny nacisk jaki położono w programie z 1999 r. na działania mogące mieć wpływ na procesy demograficzne: zahamowanie spadku liczby małżeństw i urodzeń. Cele te zostały *expressis verbis* sformułowane w drugim programie. Programy inaczej ustalały priorytety w zakresie podstawowych instrumentów polityki rodzinnej. Program z 1997 r. kładł nacisk na racjonalizację świadczeń społecznych, traktując je jako instrument wiodący. Uważano, że w sytuacji występujących nierówności dochodowych i ubóstwa ta forma „pomocy zewnętrznej” jest bardziej przydatna dla rodzin. W Programie z 1999 r. za główny instrument uznano system podatkowy, w którym byłyby ulgi na dzieci. Wychodzono z założenia, że jest to instrument w większym stopniu gwarantujący podmiotowość rodziny; pomoc państwa polega nie na „dawaniu” (np. zasiłków społecznych), ale na „nie odbieraniu” tego, co rodzina wypracuje (ulgi oznaczały obniżenie podatków).

W programie z 1999 r. szczególne znaczenie przywiązywano do poprawy kondycji moralnej młodego pokolenia. Mniejszą – do ograniczenia ubóstwa dzieci i wyrównywania szans poprzez lepszy dostęp do usług społecznych, mogących pełnić funkcje korekcyjne w sytuacji trudności lub zaniedbań, ze strony rodziny. Pomimo istniejących różnic cechy wspólne obu programów wskazały na potrzebę wspierania rodziny poprzez politykę rodzinną i gotowość nawet skrajnych ugrupowań politycznych do takich działań.

Program polityki rodzinnej z 1997 r. został przyjęty na kilka miesięcy przed wyborami, które zmieniły układ sił politycznych w parlamencie i rządzie. Nie pozwoliło to na jego realizację.

Program polityki prorodzinnej z 1999 roku funkcjonował 1,5 roku (do kolejnych wyborów). Niektóre wprowadzone rozwiązania dla rodzin wielodzietnych uległy zmianom i likwi-

dacji z chwilą dojścia do władzy ugrupowań lewicowych. Nastąpiło dążenie do skoncentrowania pomocy na najbardziej potrzebujących. Zostały przyjęte nowe kryteria uprawniające do świadczeń, co w praktyce oznaczało dalsze ograniczenie liczby świadczeniobiorców.

Dalsze prace nad racjonalizacją świadczeń zostały zapowiedziane w „Strategii polityki społecznej na lata 2002–2006”. Znalazły one swój wyraz w projekcie ustawy o świadczeniach rodzinnych. Inne działania mające wpływ na sytuację rodzin znalazły się w innych rządowych i resortowych programach. Poprawie sytuacji w zakresie dostępu do pracy poświęconych jest szereg programów rządowych. Programy zapowiadające działania mające bezpośredni wpływ na sytuację rodzin dotyczą dożywiania dzieci oraz przyznania wyprawek szkolnych dzieciom z ubogich środowisk. Planowanie wprowadzenie obowiązku uczestnictwa w zajęciach przedszkolnych od 5. roku życia dziecka stwarza możliwość wyrównywania szans.

Nie ulega wątpliwości, że pieniądze świadczenia społeczne są dominującą formą wsparcia rodzin. W okresie ostatniej dekady i w pierwszych latach XXI wieku wprowadzono szereg zmian w świadczeniach rodzinnych. Wprowadzono kryterium dochodowe uprawniające do świadczeń. Stały się one formą pomocy dla rodzin o niższych dochodach. Kryterium to ustalane było parametrycznie w relacji do przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w gospodarce narodowej, ale było ono różne dla poszczególnych świadczeń (np. 50% dla zasiłków rodzinnych, 25% – dla zasiłków wychowawczych). Od 2002 r. kryterium zostało ujednolicone dla wszystkich świadczeń. Jego wysokość ustalono wykorzystując kategorię minimum socjalnego. Dla rodzin składających się z małżeństwa i dzieci jest to minimum socjalne dla czteroosobowego pracowniczego gospodarstwa domowego, dla osób samotnie wychowujących dzieci – minimum w dwuosobowym gospodarstwie domowym. Ustalono preferencyjne zasady przyznawania świadczeń dla rodzin niepełnych i wielodzietnych (wychowujących troje i więcej dzieci). Był to również wyraz zwiększonej pomocy dla rodzin w trudniejszej sytuacji. Wprowadzono również zasadę waloryzowania wysokości świadczeń indeksem cen dóbr i usług konsumpcyjnych. Zapobiegło to w pewnym stopniu spadkowi realnej wartości świadczeń.

Wspomniany projekt ustawy o świadczeniach rodzinnych realizuje cel – adresowania świadczeń społecznych przede wszystkim do rodzin najbardziej potrzebujących. Grono „najbardziej potrzebujących” zostanie określone w oparciu o nowe kryterium (próg „wsparcia dochodowego rodzin” – obliczony przez Instytut Pracy i Spraw Socjalnych¹).

Podstawowym świadczeniem ma być zasiłek rodzinny. Podstawowa wysokość zasiłku rodzinnego uzależniona będzie od wieku dziecka (dla grup wieku: 0–6 lat; 7–16; 17–20 lub 24 w przypadku dziecka niepełnosprawnego). Założono, że podstawowa wysokość tego świadczenia stanowić będzie równowartość części miesięcznego koszyka żywnościowego dzieci w odpowiedniej grupie wieku. Osoba uprawniona do zasiłku rodzinnego otrzyma dodatkowo większą kwotę świadczenia z tytułu:

- urodzenia dziecka;
- opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego;

¹ Przy ustalaniu tego kryterium wzięto pod uwagę następujące zasady: zapewnienie spożycia żywności na poziomie gwarantującym potrzeby rozwojowe dzieci, utrzymanie dostatecznych warunków mieszkaniowych, zapewnienie partycypacji dzieci w procesie edukacji i integracji dzieci i rodziców ze społeczeństwem.

- samotnego wychowywania dziecka i utraty prawa do zasiłku dla bezrobotnych;
- braku możliwości wyegzekwowania zasądzonych alimentów;
- kształcenia i rehabilitacji dziecka niepełnosprawnego;
- rozpoczęcia roku szkolnego;
- podjęcia przez dziecko nauki poza miejscem zamieszkania.

Oprócz tego do świadczeń rodzinnych zalicza się zasiłek pielęgnacyjny i świadczenie pielęgnacyjne dla osób rezygnujących z pracy lub jej niepodjemujących w związku z koniecznością opieki nad niepełnosprawnym dzieckiem.

Ważnym elementem w polityce rodzinnej jest system podatkowy. Wprowadzony na początku lat 90. podatek od dochodów osobistych osób fizycznych nie uwzględnia ulg związanych z sytuacją rodzinną podatnika. Jednak niektóre elementy mają charakter pro-rodzinny. Należą do nich:

- Możliwość wspólnego rozliczenia się małżonków (podatek naliczany jest w oparciu o połowę łącznych dochodów małżonków, a następnie mnożony przez dwa. Rozwiązanie to jest korzystne w sytuacji, gdy jedno z małżonków nie osiąga żadnych dochodów lub gdy istnieje istotna różnica w poziomie dochodów).
- Możliwość wspólnego rozliczenia się osoby samotnie wychowującej dzieci na analogicznych zasadach jak w przypadku małżeństw; w efekcie powoduje to niższe opodatkowanie tych osób.
- Zwolnienia podatkowe w odniesieniu do różnych świadczeń i form pomocy udzielanej rodzinie.
- Możliwość stosowania odliczeń od dochodu przed opodatkowaniem. Początkowo istniała możliwość odliczenia chesnego za uczęszczanie dziecka do szkoły niepublicznej. Obecnie do takich odliczeń o charakterze rodzinnym należą tylko koszty dojazdu dzieci do szkół ponadpodstawowych.

Zmiany w systemach świadczeń rodzinnych w powiązaniu z sytuacjami rodzinnymi przedstawia następujące zestawienie:

Aktualne formy pomocy	Sytuacja rodzinna	Formy pomocy po zmianach
	I. Zawarcie związku małżeńskiego	
Możliwość wspólnego rozliczenia małżonków w systemie podatku od dochodów osobistych		Bez zmian
	II. Urodzenie się dziecka	
Urlop i zasiłek macierzyński. Okresowy zasiłek macierzyński.	Matka pracująca zawodowo	Bez zmian
Jednorazowy zasiłek macierzyński.	Matka o niskich dochodach (w ubóstwie)	Zasiłek rodzinny + jednorazowy dodatek z tytułu urodzenia dziecka.
Zasiłek macierzyński. Jednorazowe świadczenie z tytułu urodzenia dziecka.	Matka -rolniczka.	Zasiłek rodzinny + jednorazowy dodatek z tytułu urodzenia dziecka.

	III. Opieka nad dzieckiem	
Zwolnienie opiekuńcze i zasiłek opiekuńczy. Urlop wychowawczy.	Rodziny osób pracujących zawodowo.	Bez zmian
Urlop wychowawczy. Zasiłek wychowawczy.	Rodziny osób pracujących o niskich dochodach	Zasiłek rodzinny + dodatek z tytułu opieki nad dzieckiem podczas urlopu wychowawczego.
	IV. Wychowanie dziecka	
Zasiłek rodzinny.	Rodziny o niskich dochodach	Bez zmian.
	Rozpoczęcie roku szkolnego.	Zasiłek rodzinny + dodatek z tytułu rozpoczęcia roku szkolnego.
	Nauka dziecka poza miejscem zamieszkania.	Zasiłek rodzinny + dodatek z tytułu nauki poza miejscem zamieszkania.
	V. Rodziny w trudnych sytuacjach	
Wspólne rozliczenie podatku od dochodów z dzieckiem.	1. Rodziny niepełne:	Bez zmian.
Świadczenie z funduszu alimentacyjnego. Preferencyjne kryterium dla zasiłków rodzinnych.	o niskich dochodach	Zasiłek rodzinny + dodatek z tytułu samotnego wychowywania dziecka.
Urlop i zasiłek wychowawczy/ preferencje co do wysokości zasiłku i okresu wypłaty, kryterium uprawniającego.	z pracującą zawodowo matką/ojcem	Urlop bez zmian. Zasiłek rodzinny + dodatek z tytułu opieki nad dzieckiem w czasie urlopu wychowawczego bez preferencji dla rodzin niepełnych
Gwarantowany zasiłek z pomocy społecznej	z matka/ojcem bezrobotna/ym	Zasiłek rodzinny + dodatek z tytułu samotnego wychowywania dziecka i utrata prawa do zasiłku dla bezrobotnych.
Wyższe zasiłki rodzinne na kolejne dzieci. Wyższy zasiłek wychowawczy.	2. Rodziny wielodzietne o niskich dochodach.	Zróżnicowany zasiłek rodzinny ze względu na wiek dziecka. Dodatek z tytułu opieki nad dzieckiem w czasie urlopu wychowawczego – dla wszystkich w tej samej wysokości.
Zasiłek pielęgnacyjny.	3. Rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym:	Zasiłek rodzinny + zasiłek pielęgnacyjny.
Zasiłek rodzinny na zasadach preferencyjnych. Zasiłki stały dla osób rezygnujących z pracy z tytułu opieki nad dzieckiem niepełnosprawnym.	o niskich dochodach	Wyższe kryterium uprawniające do świadczeń rodzinnych. Świadczenie pielęgnacyjne. Zasiłek rodzinny + dodatek kształcenie i rehabilitację dziecka niepełnosprawnego.

Dłuższy wymiar urlopu wychowawczego.	rodziny osób pracujących zawodowo.	Bez zmian. Zasiłek rodzinny + dodatek na kształcenie i rehabilitację dziecka niepełnosprawnego.
--------------------------------------	------------------------------------	---

Szczególnym problemem pomocy w odniesieniu do rodzin są usługi społeczne. Zmiany w sferze usług społecznych polegały na decentralizacji uprawnień państwa w zakresie organizacji i finansowania na rzecz jednostek samorządu terytorialnego oraz na wprowadzeniu rynkowych lub quasi-rynkowych zasad ich funkcjonowania. Zakładanie i prowadzenie żłobków, przedszkoli, szkół podstawowych, gimnazjów i szkół średnich należy do obowiązków samorządów terytorialnych. One również są zobowiązane do zapewnienia środków finansowych niezbędnych do funkcjonowania placówek. Ograniczone środki własne samorządów oraz dotacji budżetu państwa spowodowały konieczność poszukiwania innych źródeł dochodów. Sposobem na to stało się wprowadzenie, a następnie podwyższanie opłat od rodziców za korzystanie przez dzieci z usług placówek. Dla rodzin mniej zamożnych wnoszenie opłat stało się bariera uniemożliwiająca korzystanie z usług placówek. Wprawdzie w systemie pomocy społecznej została stworzona możliwość uzyskania pomocy w postaci pokrycia opłat za żłobek lub przedszkole. Korzysta z nich jednak niewiele rodzin.

W podsumowaniu poruszanych problemów zachodzi podstawowe pytanie, jaka polityka rodzinna w przyszłości?

Społeczno-ekonomiczne uwarunkowania procesów demograficznych związanych z tworzeniem i rozwojem rodziny oraz z jej funkcjonowaniem wskazują na potrzebę tworzenia zarówno polityki rodzinnej typu *explicite* – skierowanej bezpośrednio do rodzin, jak i polityki typu *implicite* – pośredniej. Ta druga nie jest adresowana bezpośrednio do rodzin, ale przynosi dla nich konsekwencje. Przeciwdziałanie bezrobociu, polityka dochodów ludności, polityki: mieszkaniowa, edukacyjna, ochrony zdrowia i bezpieczeństwa, mają wprawdzie szerszy krąg adresatów, ale każda z nich przynosi skutki dla rodziny. Nie pozostaje to w sprzeczności z koniecznością stosowania i rozwoju instrumentów polityki bezpośredniej, wprost przeciwnie należy je wzmacniać.

Polityka rodzinna powinna opierać się na zasadach:

- podmiotowości i suwerenności rodziny;
- pomocniczości (subsydiarności) i solidarności;
- równości szans;
- wielości podmiotów;
- działań bezpośrednich i pośrednich;
- polityki aktywnej (wyzwalającej lub pobudzającej aktywność na rzecz własnej rodziny i szerszego środowiska. W takim ujęciu rodzina traktowana jest nie tylko jako obiekt działań, ale i jeden z pomiotów realizujących cele polityki rodzinnej).

Polityka rodzinna powinna stwarzać warunki sprzyjające powstawaniu i rozwojowi rodziny, uwzględniając przy tym aktualne uwarunkowania społeczno-ekonomiczne, a także umacniający się model rodziny z pracującymi rodzicami; trudności w godzeniu obowiązków zawodowych z rodzinnymi uznawane są za jedną z głównych barier zwiększania dzietności.

Temu celowi może sprzyjać wykorzystanie wielu instrumentów. Przede wszystkim są to zwolnienia z pracy i świadczenia mające na celu ułatwienie godzenia obowiązków zawodowych z rodzinnymi. Wymienić tu należy również zwiększenie kompensacyjnej funkcji pieniężnych świadczeń społecznych. Badania wykazują, że jedną z istotnych barier w korzystaniu z urlopu wychowawczego jest obawa przed obniżeniem dochodów rodziny.

Niezależnie od powyższych rozwiązań powinien następować rozwój instytucjonalnych usług opiekuńczych o różnym zakresie i formach.

Rozwojowi usług opiekuńczych powinno towarzyszyć zwiększenie ich dostępności, zwłaszcza dla dzieci ze środowisk ubogich (np. poprzez upowszechnienie zasady zróżnicowania opłat zależnie od dochodu rodziny, rozszerzenie pomocy w ich pokrywaniu). Pomoc w godzeniu obowiązków zawodowych z rodzinnymi może polegać również na odpowiednich rozwiązaniach z zakresu organizacji pracy: elastycznych formach czasu pracy, elastycznych formach zatrudnienia, a więc w tworzeniu warunków do realizacji idei zakładu pracy „przyjaznego rodzinie”.

Zróżnicowanie sytuacji rodzin skłania do wzmocnienia funkcji egalitaryzującej świadczeń społecznych. Oznacza to utrzymanie zasady selektywności przyznawania świadczeń (wg kryterium dochodowego), a nawet uzależnienia ich wysokości od dochodu rodziny.

Dla realizacji celów polityki rodzinnej wykorzystywany jest również system podatkowy w postaci ulg na każde dziecko bądź też odpisów określonych wydatków od dochodu do opodatkowania (lub podatku). To drugie rozwiązanie może oddziaływać na decyzje podatnika, co do kierunków wydatków (np. poprzez odpis wydatków ponoszonych na „rozwój kapitału ludzkiego”).

W kontekście inwestycji w młode pokolenie należy zwrócić uwagę na usługi społeczne, ze względu na ich znaczenie dla rozwoju dziecka (biologicznego, intelektualnego, kulturalnego) oraz działania socjalizacyjne. Ten drugi aspekt nabiera znaczenia w sytuacji ograniczenia dietności rodzin i sieci powiązań rodzinnych. Placówki opiekuńczo-wychowawcze stwarzają warunki do kontaktów rówieśniczych, uznawanych za korzystne dla rozwoju dziecka przez samych rodziców.

Rozwój ilościowy i jakościowy usług społecznych to zadanie samorządów lokalnych, które powinno być wspomagane przez państwo i inne podmioty (organizacje społeczne, wyznaniowe, podmioty gospodarcze). Włączenie rodziców do realizacji zadań placówek pozwoliłoby z kolei na obniżenie niektórych kosztów jej funkcjonowania. Aktywność rodziców może być również traktowana jako „substytut” opłat za usługi placówek (praktyki takie stosowane są w niektórych krajach Unii Europejskiej).

Realizacja polityki rodzinnej powinna opierać się na wielości podmiotów o określonych kompetencjach:

- państwie – odpowiedzialnym za tworzenie strategii długofalowego rozwoju ekonomicznego, społecznego, za tworzenie warunków prawno-instytucjonalnych i finansowych na rzecz realizacji celów polityki rodzinnej;
- samorządach – działających w miejscu powstawania potrzeb społecznych i mogących stosować bezpośrednie instrumenty dostosowane do potrzeb występujących na danym terenie;

- organizacjach pozarządowych (obywatelskich), które, obok działań bezpośrednich i komplementarnych w stosunku do podejmowanych przez państwo i samorządy pełnią funkcje aktywizujące, polegające na kształtowaniu postaw społecznych, rozbudzaniu aspiracji, pomocy dla działań samopomocowych;
- zakładach pracy – podejmujących działania na rzecz pracowników w ramach organizacji pracy i działania na rzecz szerszego środowiska lokalnego (np. poprzez sponсорowanie placówek opiekuńczo-wychowawczych lub pomocy bezpośredniej np. stypendia dla uzdolnionych dzieci).

Warunkami niezbędnymi do realizacji celów polityki społecznej i rodzinnej są:

- opracowanie strategii polityki rodzinnej na różnych szczeblach: w ramach strategii rozwoju kraju, rozwoju regionalnego i lokalnego;
- tworzenie mechanizmów sprzyjających integracji działań wielu podmiotów lokalnej polityki rodzinnej, podnoszących mobilizację środowisk, wykorzystanie wszystkich zasobów (w tym społecznych) dla realizacji tych zadań;
- restrukturyzacja wydatków publicznych.

Sprzyjać temu może powszechna debata o potrzebach i celach polityki rodzinnej.

Danuta Graniewska

Instytut Pracy i Spraw Socjalnych

Rodziny wielodzietne w Polsce. Problemy społeczno-demograficzne

Według Narodowego Spisu Powszechnego 2002 r. ludność Polski wynosiła 38 230,1 tys. Oznacza to wzrost w porównaniu z 1988 r. o 351 tys. W okresie międzyspisowym zmieniły się również proporcje ludności według płci. W 2002 r. mężczyźni stanowili 48,4% ogółu ludności wobec 48,7% w 1988 r. Udział kobiet zwiększył się o 0,3 punktu do 51,6%. Aktualnie na 100 mężczyzn przypada 106,5 kobiet (GUS). W ogólnym, przedstawionym powyżej liczbowym stanie ludności mieszczą się złożone procesy reprodukcji ludności. W ostatnich latach w Polsce obniżyła się drastycznie liczba urodzeń z 551,6 tys. w 1990 r. do 368,2 tys. w 2001 r., współczynnik dzietności z 2,03 w 1990 r. do 1,3 w 2001 r. W kontekście powstawania rodzin wielodzietnych duże znaczenie poznawcze ma struktura kolejności urodzeń dzieci u matki. Zestawienie danych statystycznych z tego zakresu wykazuje, że zmniejszenie się ogólnej liczby urodzeń spowodowało zmniejszenie w każdej z grup urodzeń. Przykładowo można wymienić, że spadek liczby urodzeń skutkował wzrostem urodzeń pierwszych oraz pewnym zmniejszeniem urodzeń drugich i dalszych. W tym obszarze występuje w zasadzie stabilizacja. Podobne zjawisko było przed laty zaobserwowane w niektórych innych krajach. J. Noe Biradem (1967) wskazywał, że w czterech krajach: Francji, Norwegii, Szwajcarii i Włoszech w latach 1950–1960 (a więc jeszcze przed falą nasilonych migracji) rodziny mające czworo i pięcioro dzieci utrzymują swoją pozycję, wskazując lekki wzrost udziału. Rodziny mające sześcioro

i więcej dzieci wykazują zmniejszenie lub stabilizację". Te obserwacje oraz kształtowanie się struktury urodzeń w Polsce mimo ilościowego uszczuplania się zastępów matek wielodzietnych potwierdzają stwierdzenie E. Rosseta, że „są jednak kobiety, które z niesłabnącą konsekwencją powiększają swoją progeniturę do kresu zdolności reprodukcyjnych”.

Do powyższych danych należałoby dodać jeszcze kolejne informacje. A mianowicie: zmniejszenie ogólnej liczby urodzeń wystąpiło w miastach i na wsiach w zbliżonym stopniu. Natomiast zmniejszenie się urodzeń dalszych w większym stopniu zaznaczyło się na wsiach niż w miastach. Jeżeli ta tendencja będzie się utrzymywała, oznaczałoby to istotne zmiany w podstawach wobec wielodzietności na terenach wiejskich.

Ważnym aczkolwiek niejedynym czynnikiem warunkującym wielodzietność jest wykształcenie matki. Udział urodzeń trzecich i dalszych jest silnie zróżnicowany według poziomu wykształcenia matki. Ogólnie im niższy poziom wykształcenia, tym częstsza wielodzietność. W 1995 r. udział urodzeń trzecich i dalszych w grupie kobiet z wykształceniem wyższym wynosił 15,8%. Znacznie wyżej kształtuje się ten wskaźnik u kobiet z wykształceniem średnim i zasadniczym zawodowym – 26,7%. Najwyższy jest w grupie kobiet z wykształceniem podstawowym – 42,6%. Aktualnych danych dostarczą pełne wyniki NSP – 2002 r., ale zapewne zróżnicowanie w tym względzie będzie nadal znaczące.

Wykształcenie stanowi niewątpliwie jeden z głównych czynników determinujących wielodzietność rodziny. Jednak nawet silnie zagregowane wskaźniki wydają się wskazywać na występowanie zjawiska, które można określić jako wielodzietność świadomie realizowaną, wynikającą z uznawanego światopoglądu i wychowawczo-moralnych wartości przypisywanych rodzinie wielodzietnej. Wydaje się o tym świadczyć udział urodzeń trzecich i dalszych u matek z wyższym wykształceniem, a więc u kobiet znających metody antykoncepcji. Należałoby jeszcze dodać, że rodziny wielodzietne w pewnej liczbie przypadków, aczkolwiek marginalnej są rezultatem małżeństw powtórnych, zawieranych przez partnerów mających dzieci z poprzednich związków. Obecna struktura dzietności rodzin wychowujących dzieci w wieku do 24 lat jest rezultatem procesów demograficznych i społecznych zachodzących w dłuższym okresie czasu. Dla ilustracji tego obszaru rzeczywistości społecznej przytacza się dane statystyczne sprzed kilku lat ze świadomością, że dane NSP – 2002 r. mogą ten obraz w pewnym zakresie zmodyfikować. Otóż w 1995 r. było w Polsce 6 274 350 rodzin z dziećmi na utrzymaniu do 24 lat. Wśród nich 19,9% stanowiły rodziny wielodzietne z trojgiem i większą liczbą dzieci. W zbiorowości rodzin wielodzietnych przeważają rodziny z trójką dzieci – 69%. Rodzin o większej liczbie dzieci było 31%. W tymże roku w rodzinach wielodzietnych wychowywało się 37% z ogólnej liczby dzieci do lat 24 pozostających na utrzymaniu. Większość tych dzieci, czyli 54%, mieszkało na wsi, a 46% w miastach (GUS). Przytoczone powyżej dane w sposób syntetyczny, ale dobitny świadczą o znaczeniu udziału rodzin wielodzietnych w obszarze działalności opiekuńczo-wychowawczej i socjalizującej w odniesieniu do młodych generacji. Nie można przy tym nie wspomnieć, że wiele wątpliwości, a nawet nieporozumień dotyczących realizacji przez te rodziny ich funkcji wychowawczej i socjalizacyjnej wynika z niedostatecznego rozpoznania czynników warunkujących ich egzystencję i warunki życia.

Praca zarobkowa stanowi podstawę egzystencji rodzin utrzymujących dzieci. Metody i formy, jakimi żywicieli rodzin włączają się w społeczne procesy pracy, zależy od wielu czynników. Nie rozwijając szerzej tego tematu, należy jednak przedstawić podstawowe czynniki determinujące funkcjonowanie gospodarstw domowych rodzin wielodzietnych mających na utrzymaniu dzieci do 24 lat. Ogólnie ujmując, cechy społeczno-zawodowe żywicieli rodzin wielodzietnych powodują, że wśród rodzin niższy jest udział rodzin pracowniczych niż w rodzinach małodzietnych. Częściej żywicieli rodzin wielodzietnych związani są z rolnictwem. Niższy poziom wykształcenia powoduje także częstsze niż w innych grupach bezrobocie oraz przeciętnie i niższe dochody z pracy (GUS). W środowiskach rodzin wielodzietnych związanych z rolnictwem szczególnie trudna sytuacja ma miejsce w rodzinach byłych pracowników PGR. Wyniki zorganizowanego przez IPiSS badania typu *case studies* w rodzinach osób bezrobotnych związanych w przeszłości z pracą w PGR stanowią lekturę wręcz dramatyczną (IPiSS 1997).

Uwarunkowania i główne czynniki wpływające na sytuację materialną rodzin wychowujących dzieci znajdują swój wyraz w poziomie dochodów i wydatków na osobę w gospodarstwach domowych. W 2001 r. dochód rozporządzalny w małżeństwie bez dzieci wynosił 962,96 zł miesięcznie, z jednym dzieckiem 736,89 zł, z dwójką dzieci 583,01 zł, z trójką 446,37 zł, z czwórką zaledwie 301,08 zł. Matka z dzieckiem na utrzymaniu miała do dyspozycji 577,02 zł. Nic zatem dziwnego, że wśród małżeństw bez dzieci na poziomie minimum socjalnego było 27,4%, z jednym dzieckiem 43,5%, z dwójką dzieci 58,0%, z trójką 73,2%, a z czwórką dzieci 90,8 %. Na poziomie minimum egzystencji było 1,9% małżeństw bez dzieci, 4,1 z jednym dzieckiem, 7,0 z dwójką dzieci, 13,8 z trójką i 333,3 z czwórką dzieci. Ukazane wielkości nie wymagają żadnych komentarzy.

Wpływ wielodzietności na rozmiary ubóstwa w rodzinach w fazie aktywnego rodzicielstwa jest bezsporny. Ponadto należy uwzględnić, że obciążenia związane z utrzymaniem dzieci mają charakter długotrwały i rodziny, które zrealizowały model wielodzietny przez długi czas będą znajdowały się w obszarze niedostatku lub wręcz ubóstwa.

Rodziny wielodzietne w znaczących rozmiarach wpisują się w potencjał ludnościowy młodych generacji. Można przewidywać, że w przyszłości następować mogą zmiany w przyczynach i motywacjach wielodzietności, zmniejszyć się mogą urodzenia trzecie i dalsze powodowane nieznaną zasadą planowania rodziny, a zwiększać i utrwalac świadomie realizowany model dzietności. Sytuacja i problemy rodzin wielodzietnych powinny stać się przedmiotem nie tylko bliższego zainteresowania, ale i działań wynikających z ich potrzeb socjalnych aktualnie występujących.

Ujmując to skrótowo chodzi o poprawę ich sytuacji materialnej w drodze świadczeń społecznych i w ramach programów lokalnych umożliwienie żywicielom rodzin wielodzietnych, uzyskiwania stosownej do posiadanych kwalifikacji pracy. Niezwykle poważnym problemem jest ułatwienie młodzieży ze środowisk uboższych, a do takich w większości należą rodziny wielodzietne, dostępu do wykształcenia; chodzi o stworzenie młodym generacjom z rodzin wielodzietnych warunków, aby odpowiednio do ich potencjału ludnościowego uczestniczyły i były obecne w strukturze wysokiej jakości kapitału ludzkiego. W aktualnej sytuacji chodzi o zmiany polegające na ograniczeniu i w miarę możli-

wości zminimalizowaniu wpływu na strukturę społeczną niedostatku wynikającego z bezrobocia, pogorszenia się warunków bytu i pracy licznych warstw ludności, a także w znaczącym obszarze z obciążenia wielodzietnością.

Literatura

- Balcerzak-Paradowska B., D. Staszewska (1997) *Rodziny wielodzietne a bezrobocie*, SiM, z. 9, IPiSS.
- Balcerzak-Paradowska B. (red.) [1997] *Rodziny wielodzietne w Polsce. Teraźniejszość i przyszłość*, IPiSS.
- Graniewska D. (1971) *Pracownicze rodziny liczebnie duże w Polsce*, SiM, z. 4.
- Graniewska D., B. Balcerzak-Paradowska (1979) *Rodziny wielodzietne w Polsce. Problemy społeczno-ekonomiczne*, SiM, z. 15 IPiSS.
- Graniewska D. (1999) *Kapitał ludzki jako cel strategiczny polityki społecznej*, PBZ, z. 8, IPiSS.
- Latuch M. (1978) *Demograficzno-społeczne aspekty modelu i struktury rodziny*, „Rada Narodowa, Gospodarka, Administracja” nr 4.
- Rosset E. (1975) *Demografia Polski*, PWN.
- GUS (1996). *Struktura demograficzna i społeczno-zawodowa ludności. Spis ludności i mieszkań metodą reprezentacyjną*.
- GUS (1996) *Gospodarstwa domowe i rodziny. Spis ludności i mieszkań metodą reprezentacyjną*.
- GUS (2002) *Warunki życia ludności w 2001r.*
- GUS (2003) *Raport wyników narodowego spisu powszechnego ludności i mieszkań 2000 r.*
- GUS (2003) *Rocznik Statystyczny 2002 r.*

Zdzisław Pisz

Akademia Ekonomiczna we Wrocławiu

Edukacja przez całe życie

Zadania edukacyjne, i ogół problemów bezpośrednio lub pośrednio z nimi związanych mogą być postrzegane, analizowane i oceniane z wielu różnych punktów widzenia. Na przykładzie polityki edukacyjnej widać wyjątkowo wyraźnie, jak wiele czynników, zróżnicowanych podmiotowo i przedmiotowo, tworzy splot zagadnień określających warunki, w jakich rozwiązywane są zadania z tego zakresu. W sytuacji naszego kraju do ograniczeń wynikających z zaniechań w dziedzinie zmian programowych, zaniedbań organizacyjnych i niedostatku materialnego dołączyły nowe, ważne determinanty związane z procesem transformacji systemowej, integracji europejskiej i globalizacji. Powstała sytuacja odpowiadająca znanemu powszechnie przypadkowi w dziedzinie programowania linio-

wego, gdy układ założeń wyrażających fundamentalne postulaty jest sprzeczny, redukujący do zera zbiór rozwiązań dopuszczalnych.

W przypadku tego typu sytuacji istnieje potrzeba dokonywania zmian (łagodzenia oczekiwań) w układzie ograniczeń. Jest to zadanie szczególnie trudne. Zazwyczaj oznacza ono przesunięcia w podziale środków lub zwiększenie zadań bez ekwiwalentu materialnego, gdyż brak jest możliwości zaproponowania rozwiązania spełniającego jednocześnie wszystkie oczekiwania, nawet wtedy, gdy uznaje się je za jednakowo zasadne. Przy analizie i ocenie problemów edukacyjnych należy jeszcze pamiętać o pewnej ich właściwości, która jest dla edukacji charakterystyczna. Chodzi o rozłożenie w czasie, o niezbędny okres, jaki musi minąć od decyzji o danej zmianie do jej efektu, zwłaszcza, gdy zmiany mają kompleksowy charakter obejmujący cały system edukacyjny, jak w przypadku reformy ustroju szkolnego z 1999 r. Ocena rezultatów tego typu przedsięwzięć jest w pełni możliwa dopiero po pełnym cyklu kształcenia według nowych zasad, a to oznacza, że dopiero po kilkunastu latach. Na poziomie szkoły zawodowej po jedenastu, w innych wypadkach o wiele dłuższym. Pięć lat, jakie minęły od rozpoczęcia ostatniej reformy, jest okresem niewystarczającym dla pełnej analizy i oceny, co nie wyklucza potrzeby bieżącej obserwacji, analizy i oceny wszystkich zjawisk i procesów oraz problemów, które z edukacją, po jej reformie, związane są bezpośrednio lub pośrednio. Jednym z tego typu zagadnień jest potrzeba, a w zasadzie konieczność edukacji ciągłej trwającej przez całe życie.

Na problem ten można spojrzeć między innymi przez pryzmat trzech podstawowych funkcji edukacji: politycznej, gospodarczej i społecznej.

Najogólniej problem ujmując można stwierdzić, że cele polityczne edukacji łączą się bezpośrednio lub pośrednio z bezpieczeństwem państwa, co w praktyce oznacza realizację zadań edukacyjnych pozwalającą eliminować lub przynajmniej ograniczać czynniki zagrażające funkcjonowaniu państwa. Czynniki te mogą mieć charakter wewnętrzny lub zewnętrzny. W pierwszym wypadku chodzi o ogół racji, w których następstwie może pojawić się realne zagrożenie pokoju społecznego wewnątrz kraju, zaś w drugim o zagrożenie pozycji kraju, w układzie międzynarodowym. Czynniki, o których mowa, nie tworzą zbiorów rozłącznych. Naruszenie pokoju wewnętrznego lub jego realne zagrożenie wpływa bowiem na ocenę kraju w układzie międzynarodowym i odwrotnie. Słaba pozycja i występujące zagrożenia zewnętrzne destabilizują zazwyczaj ład wewnętrzny zmniejszając poczucie bezpieczeństwa.

W wypadku bezpieczeństwa wewnętrznego, którego wyrazem jest utrzymujący się pokój społeczny, zadania edukacyjne powinny się koncentrować na przekazywaniu treści pozwalających poznać podstawowe zasady określające istniejący w państwie ład społeczny. Chodzi o przekazywanie wiedzy o podstawowych prawach i obowiązkach obywateli, o mechanizmach tworzących ramy istniejącego porządku społecznego.

Analizując wyzwania edukacyjne w kontekście zmian z przełomu lat 80. oraz 90., można wymienić następujące dziedziny – obszary, które powinny generować zmiany w edukacji:

- demokrację,

- gospodarkę rynkową,
- pluralizm polityczny i kulturowy,
- otwarcie na świat zachodni, przyspieszony przepływ wzorów kulturowych i cywilizacyjnych.

Szczególnie ważne zadania edukacyjne, w sensie realizacji celu politycznego związane są z rozwojem demokracji parlamentarnej, opartej na wolnych i powszechnych wyborach. Doświadczenia z lat 90. dowiodły, że brak jest właściwego przygotowania do funkcjonowania w nowych warunkach, zarówno po stronie elit politycznych, wyłaniających kandydatów na stanowiska senatorów, posłów i członków rad samorządowych w województwach, powiatach i gminach, jak i po stronie wyborców. Nadmierne upolitycznienie reprezentantów zasiadających w Senacie i Sejmie, w wojewódzkich sejmikach samorządowych oraz w radach powiatów i gmin powoduje, że nie reprezentują oni przede wszystkim interesów swoich wyborców, natomiast koncentrują się na zadaniach „swoich partii politycznych”. Do pełnego korzystania z zasad demokracji parlamentarnej nie są też przygotowani wyborcy, którzy swoją aktywność oraz zaangażowanie zazwyczaj ograniczają do samego uczestnictwa w wyborach.

Budowa społeczeństwa obywatelskiego jest zadaniem, które zaliczyć można zarówno do celów politycznych, jak i społecznych. Programy edukacyjne winny obejmować zjawiska i procesy o zasięgu lokalnym i regionalnym, ważne dla społeczeństwa danego obszaru. Bez odpowiedniej wiedzy dotyczącej istniejących problemów, jak i sposobów oraz możliwości ich rozwiązywania, nie można oczekiwać pełnej identyfikacji ze środowiskiem stałego pobytu, zarówno w sensie zamieszkania, jak i pracy. Odpowiednie przygotowanie przez programy edukacyjne jest podstawą do aktywnego uczestnictwa w życiu zbiorowości lokalnych i regionalnych. Świadome i rozumne uczestnictwo, adekwatne do kompetencji i możliwości każdego obywatela jest jedną z podstawowych zasad społecznej nauki kościoła. Wiedza ta jest niezbędna każdej jednostce. Umożliwia ona identyfikację miejsca i roli jednostki oraz zbiorowości w strukturze społecznej, w społecznym podziale pracy. Chodzi również o kształcenie na temat reguł dynamizujących strukturę społeczną, a więc o katalog możliwości, które jednostka czy też zbiorowość mogą wykorzystać w celu zmiany swojej pozycji i roli w strukturze społecznej. W szczególności zaś o edukację na temat funkcjonowania służb publicznych oraz dostępności usług społecznych, czyli świadczeń, które mogą uchronić przed marginalizacją społeczną lub ułatwić wyjście z jej strefy zagrożenia.

Znaczenie tych zadań jest szczególnie ważne obecnie, po przeszło dziesięcioletnim okresie transformacji systemowej, gdy wyraźnie widoczne są trudności adaptacyjne społeczeństwa do nowej rzeczywistości wynikającej z nowego ładu politycznego i ekonomicznego. Nowa struktura społeczna charakteryzuje się dużym zróżnicowaniem pomiędzy poszczególnymi jej elementami. Dalsze pogłębianie różnic i ich utrwalanie, przy braku sprawnych mechanizmów adaptacyjnych, może prowadzić do napięć i konfliktów zagrażających istnjącemu porządkowi społecznemu opartemu na zasadach demokracji.

Nie mniej ważne i także liczne są zadania edukacyjne związane bezpośrednio lub pośrednio z bezpieczeństwem zewnętrznym państwa. Należy przy tym wyraźnie zaznaczyć,

że w sytuacji politycznej istniejącej obecnie w Europie Środkowej i Wschodniej hasło bezpieczeństwa zewnętrznego symbolizuje bardziej zdolność do współpracy i pokojowej konkurencji niż przygotowanie do konfrontacji. Układ jaki powstał w tej części Europy po roku 1990 oraz wyraźnie widoczna w całym świecie tendencja do globalizacji systemów ekonomicznych, a także społecznych, kierują uwagę na te zadania edukacyjne, które powinny dokonać zmiany w sposobie postrzegania, rozumienia i oceny takich pojęć, jak otoczenie zewnętrzne kraju, międzynarodowy rynek pracy, czy międzynarodowy system finansowy. Kształcenie w sposób uwzględniający standardy międzynarodowe, sytuację na międzynarodowym rynku pracy, zwiększające szanse polskich absolwentów na tymże rynku, nie jest zadaniem, którego znaczenie należy postrzegać jedynie w dalszej perspektywie.

Postulat dotyczący kształcenia kadr na wysokim poziomie, z perspektywą zwiększenia ich szans na zagranicznych rynkach pracy, może budzić wątpliwości, zwłaszcza z politycznego punktu widzenia. Oznacza on bowiem zgodę na ponoszenie określonych kosztów ze świadomością doraźnych strat potencjalnych korzyści, wynikających ze zwiększonego kapitału ludzkiego. Spojrzenie na ten sam problem przez pryzmat sytuacji na polskim rynku pracy pozwala zwrócić uwagę na inny aspekt problemu. Tylko tacy pracownicy, tzn. właściwie przygotowani pod względem zawodowym oraz reprezentujący odpowiedni poziom wiedzy na temat warunków pracy i życia w innych krajach, mogą mieć równe szanse na międzynarodowym rynku pracy. Tacy właśnie pracownicy, zatrudniani poza granicami Polski, mają jednocześnie największą szansę zwiększenia prawdopodobieństwa pozytywnej zmiany stereotypowego obrazu naszego społeczeństwa, obecnego w świadomości społeczności międzynarodowej, w tym również naszych najbliższych sąsiadów. Nie ma bowiem wątpliwości, że sympatia i popularność w Europie i poza nią, jaką Polska i Polacy zyskali w latach 80., jest kapitałem, którego wartość z czasem może się szybko zmniejszać, jeśli nie zostanie wsparta faktami kreującymi nowy obraz polskiego pracownika, kompetentnego, twórczego, łatwo adaptującego się w nowym środowisku, nie zwiększającego problemów socjalnych na danym obszarze i nie utożsamianego z zagrożeniami z obszaru przedmiotowej patologii społecznej.

Funkcja ekonomiczna polityki edukacyjnej i jej zadania są zdeterminowane, podobnie jak i w wypadku funkcji politycznej, z jednej strony przez czynniki wspólne dla większości krajów, z drugiej zaś specyficzne dla Polski, związane z procesem transformacji systemowej i jego ekonomicznymi i społecznymi następstwami.

Wspólnymi racjami są zmiany w technikach i technologiach produkcji, a także postęp w dziedzinie unowocześniania i racjonalizacji organizacji procesów produkcyjnych i usługowych. Uczestniczący w tych procesach pracownicy muszą być przygotowani do nowych zadań narzuconych przez zmieniające się rozwiązania organizacyjne odpowiednie do stosowanych, coraz bardziej nowoczesnych technik i technologii wytwarzania. Olbrzymie znaczenie mają przede wszystkim nowe rozwiązania w dziedzinie komunikacji społecznej. Coraz skuteczniej likwidują one bariery dostępu do informacji, wzbogacając jednocześnie ofertę edukacyjną, zarówno co do sposobu przekazywania, jak i form organizacyjnych kształcenia medialnego. Obecnie obok szkoły, jako tradycyjnego miejsca

powszechnie utożsamianego z edukacją, istnieje już wiele innych podmiotów realizujących zadania w dziedzinie edukacji.

Ważnym czynnikiem stymulującym konieczność zmian w systemach edukacyjnych jest także postępująca globalizacja i jej wpływ na zmiany ekonomiczne w poszczególnych krajach. Jest już coraz wyraźniej widoczny proces powstawania rynku międzynarodowego, wokół którego powstaje układ coraz ściślej powiązany wewnętrznie, zarówno w sensie techniczno-technologicznym, jak i politycznym, zawierający rozwiązania instytucjonalne chroniące jego dalszy rozwój.

W tworzącej się nowej, międzynarodowej rzeczywistości wzrost zainteresowania nowymi koncepcjami dotyczącymi problemów edukacyjnych jest zauważalny w wielu krajach, zwłaszcza w tych, które w procesie globalizacji już aktywnie uczestniczą. Bez ryzyka popełnienia większego błędu można stwierdzić, że niezadowolenie z funkcjonujących systemów edukacyjnych jest dość powszechne. Trwają poszukiwania nowych rozwiązań w dziedzinie edukacji w celu lepszego przygotowania kolejnych pokoleń do podejmowania zadań gospodarczych i społecznych, w coraz bardziej złożonej rzeczywistości międzynarodowej, w warunkach rozwijającej się konkurencji, w sytuacji już występującej i w dalszym ciągu nasilającej się konfrontacji potencjałów gospodarczych i społecznych na globalnym rynku.

Transformacja polskiego systemu społecznego wprowadziła dodatkowe elementy do zbioru czynników wyznaczających nowe zadania polskiego systemu edukacyjnego. W dużym uproszczeniu cele ekonomiczne edukacji można sprowadzić do zadań polegających na przygotowaniu kadr kwalifikowanych o poziomie wykształcenia i strukturze zawodowej, które powinny odpowiadać zmiennym w czasie potrzebom gospodarki. Nie jest to zadanie proste w ogóle, a szczególnie w warunkach transformacji systemowej charakteryzującej się dużymi zmianami strukturalnymi gospodarki. W procesie przekształceń systemowych zmianie uległa zarówno struktura własnościowa podmiotów gospodarczych, jak i ich miejsce w podziale działowo-branżowym. Nowe techniki i technologie generują potrzeby na pracowników wykształconych w nowych zawodach i na innych, zazwyczaj wyższych niż wcześniej poziomach kwalifikacji.

Obecnie, w warunkach gospodarki z funkcjonującymi mechanizmami rynkowymi, po przeobrażeniach dokonanych w ramach transformacji systemowej, widać już wyraźnie, że cele ekonomiczne edukacji nie powinny być ograniczone wyłącznie do dostosowywania kształcenia do potrzeb zgłaszanych przez gospodarkę. Głównym powodem nowego spojrzenia na zadania ekonomiczne edukacji nie wydaje się też być duża dynamika procesów restrukturyzacyjnych i towarzyszących im zmian na rynku pracy, przewyższająca zdolności adaptacyjne systemu szkolnego. Nie chodzi też jedynie o to, że reforma ustroju szkolnego, od której wyników w istotny sposób będą zależały możliwości dostosowywania poziomu i struktury edukacji do potrzeb gospodarki dopiero w roku 2002 obejmie etap kształcenia ponadgimnazjalnego. Podstawową racją, w następstwie której konieczna stała się weryfikacja poglądów na temat zadań związanych z celami ekonomicznymi edukacji, jest współczesny sposób postrzegania znaczenia i roli kapitału ludzkiego w rozwoju gospodarczym i społecznym.

Odrębna analiza zadań politycznych, ekonomicznych i społecznych edukacji jest postępowaniem narażonym na trudności podobne do tych jakie łączą się z inicjatywami badawczymi prowadzącymi do oddzielnych analiz składników systemu społecznego. Zarówno w jednym, jak i drugim wypadku dokonywane próby separacji zadań kończą się mniej lub bardziej dyskusyjnymi rozwiązaniami. O owych trudnościach decyduje charakter związków łączących elementy systemu społecznego oraz współzależności występujących w szczególnym systemie, jakim jest osoba ludzka. W obydwu wypadkach zadania są ściśle ze sobą powiązane, wzajemnie się warunkują i przenikają. Podobnie jak w wypadku całego społeczeństwa o jego kulturze decydują osiągnięcia w sferze politycznej, gospodarczej i społecznej, tak i w wypadku każdej jednostki proces edukacyjny zmierza do stworzenia określonej „struktury duchowej” danego człowieka. Edukacja szkolna jest określonym etapem w tym procesie. Jego cechą charakterystyczną jest znaczący udział szkoły w procesie kształtowania osobowości młodego człowieka i w przygotowaniu go do życia twórczego i pełnego, we wszystkich formach aktywności. Wykształcenie szkolne daje bowiem pożądaną wiedzę o rzeczywistości politycznej, gospodarczej i kulturowej, a także o przyrodniczym otoczeniu i prawach w nim obowiązujących.

Cele edukacyjne sprowadzają się do pełnego humanistycznego rozwoju człowieka, z uwzględnieniem takich wartości, jak umiłowanie pokoju, poszanowanie człowieka i przyrody, uczciwość, równość, poczucie obowiązku oraz szacunku do pracy. Jednym słowem wskazują sposób życia w zgodzie z obowiązującymi prawami naturalnymi i uznanymi w danym społeczeństwie zasadami postępowania, określonymi przez przepisy obowiązującego prawa oraz normy społeczne wynikające z tradycji i obyczajów. Cele te szkoła realizuje między innymi przez:

- stymulację rozwoju umysłowego i zdolności poznawczych ucznia,
- kształtowanie określonych potrzeb, motywacji, zainteresowań i umiłowań,
- wdrażanie do samokształcenia, opanowanie techniki samokształcenia i przyzwyczajanie do samodzielnych inicjatyw edukacyjnych.

Z przedstawionych uwag wynika, że oprócz celów związanych z pomnażaniem kapitału ludzkiego edukacja ma jeszcze do spełnienia zadania związane z kształtowaniem tych wszystkich cech jednostek, które ułatwiają im funkcjonowanie w grupie, współpracę w zespołach, a także umożliwiają akceptację odmienności wynikających między innymi z zajmowanych pozycji i spełnianych ról społecznych oraz z odrębności kulturowych. Znaczenie tych cech jest szczególnie duże w warunkach istniejących w Polsce w okresie transformacji, kiedy poszukuje się wszystkich możliwych czynników ułatwiających przebieg samego procesu oraz minimalizujących jego koszty, zarówno ekonomiczne, jak i społeczne.

Innymi słowy chodzi o zadania, które wiążą się z kształtowaniem podmiotowości jednostek, niezbędnej w procesie demokratyzacji życia politycznego, gospodarczego i społecznego oraz dotyczą zmian w świadomości. Właściwa realizacja tych zadań pomnaża wiedzę, mobilizuje do działania, ułatwia współpracę w zespołach i zbiorowościach oraz pozwala odnaleźć własne miejsce w zmieniającej się rzeczywistości społecznej.

Na zakresy przedmiotowy i podmiotowy zadań edukacyjnych w naszym kraju w nowym stuleciu i tysiącleciu należy spojrzeć zarówno przez pryzmat czynników zarówno ze-

wewnętrznych, jak i zewnętrznych. Te pierwsze mogą być wykorzystane jako przesłanki kształtujące kierunki rozwoju nowoczesnych technik i technologii produkcji oraz trendy w rozwoju komunikacji społecznej. W istniejącej w naszym kraju sytuacji nie wystarczy zadbać wyłącznie o zmiany w edukacji szkolnej. Dostęp do odpowiedniej wiedzy oraz umiejętności należy zapewnić również wszystkim tym, którzy z różnych powodów owej wiedzy nabyć wcześniej nie mogli i obecnie są zagrożeni brakiem akceptacji ich kwalifikacji przez współczesny rynek pracy. Nie mniejsze znaczenie mają również zadania generowane przez czynniki wewnętrzne, specyficzne dla naszego kraju, powiązane ściśle ze starym porządkiem politycznym, gospodarczym i społecznym. Doprowadziły one do zakodowania w świadomości dużej części społeczeństwa wielu stereotypów dotyczących między innymi miejsca i roli jednostki w społeczeństwie i roli państwa w rozwiązywaniu problemów jednostkowych i grupowych. Przez wiele osób i całych grup społecznych zjawiska i procesy związane z transformacją systemową, z integracją europejską oraz z globalizacją, odbierane są przede wszystkim jako zagrożenia destabilizujące stary układ, w którym potrafili rozwiązywać swoje małe i większe problemy. Nowej rzeczywistości nie rozumieją, nie znają istoty zmian i zmian tych nie akceptują. Są zagubieni, bez poczucia niezbędnego bezpieczeństwa, bez przekonania, że z pojawiających się szans oni również mogą skorzystać. Dla nich głównie, ale nie tylko, powinna być przygotowana oferta kształcenia przez całe życie w formach najbardziej dostępnych, uwzględniających zróżnicowaną sytuację ekonomiczną i społeczną poszczególnych zbiorowości.

Edukacja przez całe życie nie jest we współczesnym, dynamicznie rozwijającym się świecie jedną z możliwości, ale koniecznością, zwłaszcza w tych wszystkich krajach, w których występują w tej dziedzinie opóźnienia, a które aspirują do partnerstwa politycznego i ekonomicznego wśród krajów wysoko rozwiniętych. W zadania związane z edukacją ciągłą powinny być włączone już funkcjonujące podmioty oraz wiele dodatkowych, w tym w znacznie większym stopniu media. W reformie ustroju szkolnego realizowanej od 1999 roku wskazano na potrzebę, ale nie zagwarantowano w niej rozwiązań instytucjonalnych inspirujących i zachęcających podmioty pozaszkolne do wielkiego zadania związanego z edukacją naszego społeczeństwa, w szczególności na etapie związanym z hasłem „edukacja przez całe życie”.

Przez pryzmat politycznej, ekonomicznej i społecznej funkcji edukacji można też zauważyć łatwiej niż z innych punktów widzenia, że również w systemie społecznym opartym na demokratycznych rozwiązaniach politycznych, na mechanizmach rynkowych w gospodarce i wolności jednostki, ta ostatnia nie może być postrzegana, jako jedynie odpowiedzialna za własne inwestycje edukacyjne. Państwo musi wykazać o wiele większe zainteresowanie i zaangażowanie w działaniach związanych z funkcjami polityczną i społeczną. W naszym kraju zaniedbania w tej dziedzinie są widoczne nie tylko w okresie pozaszkolnym, ale także w trakcie edukacji szkolnej.

Polityka społeczna na rzecz osób niepełnosprawnych

Zarówno w Polsce, jak i w krajach Unii Europejskiej następuje w ostatnich latach zmiana sposobu funkcjonowania polityki społecznej, szczególnie w zakresie dotyczącym zabezpieczenia społecznego. Dotychczasowa sieć bezpieczeństwa społecznego, tworzona na bazie społeczności lokalnych i zakładu pracy, wymaga modyfikacji ze względu na to, że okazała się mało skuteczna. Rozszerza się pauperyzacja¹, co prawdopodobnie jest nie tyle wynikiem dynamiki zmian społeczno-gospodarczych, które następowały w ostatnich latach, co skutkiem podejmowanych decyzji.

Reformy dotyczą form i metod rozwiązywania problemów społecznych, których skala narastania rośnie. Zwiększają się problemy dotyczące dużych grup społecznych zagrożonych wykluczeniem społecznym. Aby temu przeciwdziałać, w Unii Europejskiej proponuje się zwiększenie gwarancji bezpieczeństwa społecznego, która polega na określeniu społecznie akceptowanych progów interwencji socjalnej państwa poprzez wprowadzenie jednolitego kryterium dochodowego oraz gwarantowanego minimalnego poziomu świadczeń socjalnych z ubezpieczenia społecznego i pomocy społecznej.

W zakresie zabezpieczenia społecznego wobec niepełnosprawnych działania podejmowane w ostatnich latach polegają na ograniczaniu kręgu uprawnionych do świadczeń poprzez planowanie lub stosowanie;

- testu dochodów osób ubiegających się o świadczenia jako kryterium dostępności,
- różnicowania wielkości świadczeń w zależności od dochodu,
- opodatkowania świadczeń,
- kierowanie pomocy głównie do grup szczególnie zagrożonych ubóstwem (osoby niepełnosprawne z ciężkimi upośledzeniami).

Obowiązujący obecnie w świecie model rehabilitacji w środowisku lokalnym wymaga spójnego systemu działań w ramach poszczególnych elementów zabezpieczenia społecznego. Celem pierwszoplanowym wszystkich działań powinna być ochrona przed ubóstwem poprzez zapewnienie dochodu na czas niezdolności do pracy. Ponadto dąży się do zapewnienia każdemu obywatelowi możliwości aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym na równych prawach. Ten cel osiąga się dzięki rozwojowi infrastruktury społecznej umożliwiającej zatrudnienie: nowoczesnych usług opiekuńczych w postaci pomocy osobistej, prewencji rentowej, sprzętu rehabilitacyjnego i ortopedycznego oraz rehabilitacji zawodowej.

W Europie, podobnie jak w Stanach Zjednoczonych, coraz powszechniejszy jest pogląd, że bez tzw. asystentów pracy dla osób ciężko niepełnosprawnych nie jest możliwe

¹ Rośnie liczba ludzi pozostających w ubóstwie co najmniej 3 lata, przy linii ubóstwa poniżej 60% mediany dochodów: w 1997 roku było ich 10% w krajach UE, w 2002 14% (Eurostat 2002).

funkcjonowanie tych osób w zatrudnieniu. Aby niepełnosprawni mogli być pracownikami zwykłych zakładów pracy, w przedsiębiorstwach tych wprowadza się instytucję „koordynatora rehabilitacji”, którego zadaniem jest wskazywanie w zakładach miejsc pracy nadających się dla osób o mniejszej sprawności różnego rodzaju. Stosowanie takich form ochrony pracy niepełnosprawnych łączy się z istnieniem w poszczególnych krajach ustawodawstwa antydyskryminacyjnego.

Przykładem takiego nowego sposobu myślenia o integracji osób niepełnosprawnych poprzez pracę jest wydanie w 2002 roku przez MOP dokumentu poświęconego zatrudnieniu osób niepełnosprawnych. Jest to „Kodeks praktycznego rozwiązywania problemów niepełnosprawności w miejscu pracy”. Ma on stanowić poradnik dla pracodawców dużych i małych, publicznych i prywatnych zatrudniających niepełnosprawnych pracowników na otwartym rynku pracy. Dokument ten opiera się na przyjętych międzynarodowych standardach zatrudnienia niepełnosprawnych, zawartych w szczególności w Konwencji nr 159 i Zaleceniu nr 168 w sprawie rehabilitacji zawodowej i zatrudnieniu osób niepełnosprawnych przyjętych w 1983 roku.

Tworzeniu warunków sprzyjających zatrudnianiu osób z ciężkimi formami niepełnosprawności powinno się także w naszym kraju poświęcić więcej uwagi. Wynika to między innymi z faktu powiększania się zbiorowości osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności (w 2002 nastąpił wzrost o 98,6% w stosunku do 1998 r.). Istniejący w Polsce akt prawny nawiązujący do europejskich i amerykańskich rozwiązań antydyskryminacyjnych (uchwała Sejmu z 1997 r. pod nazwą „Karta praw osób niepełnosprawnych”) prawdopodobnie nie do końca spełnia swoją funkcję.

W dokumencie tym, poza zdefiniowaniem prawa osób niepełnosprawnych do niezależnego i samodzielnego życia, wolnego od dyskryminacji, zawarto również katalog dziesięciu praw, wskazując tym samym najważniejsze obszary, w których niezbędne są intensywne działania. Niestety, niejednokrotnie prawa niepełnosprawnych do godnego i satysfakcjonującego życia nadal nie są przestrzegane, lecz są lekceważone bądź łamane.

Informacja przygotowana przez Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych na temat praktycznej realizacji „Karty praw osób niepełnosprawnych” wskazuje na podstawowe przyczyny istniejącego stanu. Wiele z nich wynika z braku dobrej woli i zrozumienia przez podmioty będące realizatorami zadań. Nieskuteczne są też instrumenty nadzoru i kontroli nad sposobem realizacji poszczególnych przepisów prawa, dających możliwości wyrównywania szans utraconych wskutek niepełnosprawności. Prawa niepełnosprawnych są często postrzegane jako dodatkowe, niepotrzebne utrudnienie i obciążenie, a głos niepełnosprawnych dopominających się ich przestrzegania jest niejednokrotnie ignorowany.

Mimo tak surowej oceny, trzeba przyznać, że w ostatnich kilkunastu latach zrobiono bardzo wiele w zakresie rehabilitacji. Sprawy niepełnosprawnych często były przedmiotem publicznych dyskusji, nagłaśnianych przez media. Specyficzne potrzeby tych ludzi były uwzględniane w dziesiątkach przepisów prawa, dotyczących nieomal wszystkich aspektów organizacji i funkcjonowania społeczeństwa. W latach 1994–1999 realizowano rządowy „Program działań na rzecz osób niepełnosprawnych i ich integracji ze społeczeń-

stwem". Znaczna część Narodowego Programu Zdrowia na lata 1996–2005 poświęcona jest tworzeniu warunków umożliwiających osobom niepełnosprawnym włączenie się lub całkowity powrót do czynnego życia.

W Polsce problem roli państwa, jego udziału – obok innych podmiotów instytucjonalnych – w organizowaniu, a przede wszystkim finansowaniu działań społecznych jest wciąż nierozstrzygnięty. To, „ile państwa będzie” w polityce społecznej, jest sprawą o dużym znaczeniu, ponieważ zmniejszenie roli państwa oznacza mniejszy udział wydatków społecznych w PKB. Obecnie udział ten jest wysoki i próbuje się go ograniczać.

Dyskusyjne są sposoby ograniczania tych wydatków. Jedni uważają, że „wszelkie obciążenia i niesprawności systemu polityki społecznej w Polsce przerzucane są, można powiedzieć już tradycyjnie, na emerytów i rencistów”. Inni podkreślają konieczność podnoszenia efektywności dotychczasowych programów zabezpieczenia społecznego, zwracając uwagę na wiele spraw wymagających przemyślenia i przedyskutowania, między innymi odchodzenia od długookresowych świadczeń pieniężnych na rzecz tworzenia infrastruktury umożliwiającej integrację społeczną grup zagrożonych.

Z pewnością wiele uwagi powinno się poświęcić „uszczelnieniu” systemu orzekania dającego prawo do otrzymywania świadczeń pieniężnych, zarówno z ubezpieczenia społecznego, jak i pomocy społecznej. W ciągu pięciu lat (od 1996 do 2002) liczba rodzin, którym przyznano świadczenia z pomocy społecznej z tytułu niepełnosprawności zwiększyła się z 278,9 tys. do 491,4 tys., co stanowi wzrost o 76%. Świadczeniem wykazującym w tym czasie największy – 250% wzrost liczby beneficjentów była renta socjalna. Obserwuje się natomiast spadek liczby osób uzyskujących usługi opiekuńcze.

Bez wątpienia konieczne jest racjonalizowanie podejmowanych działań także w sferze zatrudniania niepełnosprawnych.

W 2001 roku w Polsce zatrudnionych było tylko 16,1% niepełnosprawnych w wieku 15 lat i więcej, podczas gdy dla osób sprawnych wskaźnik ten wynosił 51,1%. W wieku najwyższej aktywności zawodowej (25–49 lat) wskaźnik zatrudnienia niepełnosprawnych (23,3%) był trzykrotnie niższy niż osób sprawnych – 74,8%.

Według obliczeń ekspertów Banku Światowego koszty związane z zatrudnianiem niepełnosprawnych wynoszą w Polsce ponad 3,5 mld zł rocznie (ok. 0,6% PKB, mniej więcej 875 mln dolarów). Funkcjonowanie systemu rehabilitacji zawodowej kosztowało w 2001 roku około 3 mld zł. Znaczna część tej sumy pozostaje w zakładach pracy chronionej dzięki zwolnieniom podatkowym, przy czym liczba zatrudnionych tam niepełnosprawnych jest stosunkowo mała (w końcu 2001 r. wynosiła ok. 200 tys. osób). Średnie dofinansowanie ze środków PFRON w 2001 roku na jedną osobę niepełnosprawną zatrudnioną w ZPCH wynosiło 284 zł miesięcznie.

Tymczasem większość, bo aż 2/3 pracujących osób niepełnosprawnych, pracuje na własny rachunek bądź jest zatrudniona w prywatnych firmach zatrudniających pięciu lub mniej pracowników, które nie podlegają wielu przepisom mówiącym o dodatkowych przywilejach niepełnosprawnych pracowników. Chodzi o przestrzeganie zmniejszonej liczby godzin pracy w ciągu dnia i tygodnia (dla osób ze znacznym i umiarkowanym stopniem – 7 godz. dziennie i 35 godz. tygodniowo), dodatkowy 10-dniowy urlop i prawo do

zwolnień lekarskich w związku z różnymi badaniami specjalistycznymi i udziałem w turnusie rehabilitacyjnym dla tych pracowników.

Prawdopodobnie te dodatkowe kłopoty i koszty, które muszą ponosić pracodawcy, zniechęcają ich do zatrudniania niepełnosprawnych. W ten sposób system kwotowy, mający zachęcać do zatrudniania tych osób na otwartym rynku, może utrudniać niepełnosprawnym zdobycie zwykłego, nie chronionego zatrudnienia.

Przygotowana przez MGPIPS „Strategia polityki społecznej na lata 2002–2005” przewiduje dokonanie wielu znaczących reform, których realizacja zadecyduje o poziomie i jakości życia całego społeczeństwa, także niepełnosprawnych na długie lata. Oto najważniejsze cele wskazane do realizacji, dotyczące interesującej nas zbiorowości:

- dopasowanie systemu rentowego do zreformowanego systemu emerytalnego, określenie możliwości gromadzenia praw emerytalnych przez rencistów;
- korekta systemu orzekania o niezdolności do pracy i niepełnosprawności, dążenie do ujednolicenia systemu i ustalenia jednolitych standardów w zakresie ustalania prawa do korzystania z ulg i uprawnień gwarantowanych osobom niepełnosprawnym w przepisach prawa;
- zmiana definicji, zasad orzekania niezdolności do pracy i dostępności do rolniczych rent z tytułu niezdolności do pracy;
- budowanie sieci wsparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz systemu usług środowiskowych dla osób starszych;
- likwidacja kolejki oczekujących na umieszczenie w domach pomocy społecznej poprzez tworzenie alternatywnej oferty usług środowiskowych, w postaci usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych oraz usług w rodzinnych domach pomocy;
- przygotowanie koncepcji wieloletnich programów rządowych pomocy społecznej oraz wspomagających osoby niepełnosprawne jako elementów Narodowej Strategii Integracji Społecznej;
- reforma finansowania wsparcia osób niepełnosprawnych, między innymi poprzez reorganizację PFRON;
- zwiększenie stanu zatrudnienia osób niepełnosprawnych na otwartym rynku pracy poprzez subsydiowanie zatrudnienia w większym stopniu na osoby niepełnosprawne, w mniejszym na podmioty gospodarcze.

Bardziej szczegółowe zagadnienia, które należałoby jeszcze rozważyć reformując system zabezpieczenia społecznego, to np.:

- 1) wprowadzenie świadczenia dla osób niepełnosprawnych nie mających prawa do renty socjalnej ani do świadczeń z ubezpieczenia społecznego,
- 2) rozszerzenia zakresu prewencji rentowej,
- 3) zrewidowanie wypłat rent dawnej III grupy inwalidzkiej,
- 4) ograniczenie automatycznego prawa do zasiłku pielęgnacyjnego dla osób powyżej 75 lat, niemających orzeczenia o potrzebie opieki,
- 5) przeznaczenie większych środków na finansowanie programów wspierających rodziny i samych niepełnosprawnych, kosztem środków kierowanych do instytucji pracujących na ich rzecz.

Realizacja powyższych zamierzeń będzie w dużym stopniu zależna od faktu wstąpienia naszego kraju do Unii Europejskiej i konieczności stopniowego osiągania przez Polskę standardów międzynarodowych w zakresie rynku pracy i polityki społecznej. Gdy nasz kraj zostanie przyjęty do Wspólnoty, będzie również objęty działaniem programów i inicjatyw finansowanych bezpośrednio z budżetu Unii lub z Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS). Wówczas będzie można też skorzystać ze środków finansujących tzw. cel 1 polityki strukturalnej UE, który dotyczy regionów bądź krajów, które mają wartość PKB mniejszą niż 75% wartości przeciętnej na jednego mieszkańca UE. Dodatkowa pomoc może być udzielona naszemu krajowi w ramach środków udzielanych przez Komisję Europejską regionom zagrożonym poważnym bezrobociem.

Obecnie Polska może wykorzystywać jedynie tzw. środki przedakcesyjne, które są jak gdyby pilotażowymi programami Europejskich Funduszy Strukturalnych, w tym Europejskiego Funduszu Społecznego. Środki te są dostępne w ramach programu PHARE 2000, przeznaczone na finansowanie projektów, dotyczących m.in. „rozwoju zasobów ludzkich”. Ich cele muszą być zbieżne z celami i priorytetami działań realizowanych przez Europejski Fundusz Społeczny.

W najbliższych latach państwa członkowskie Unii Europejskiej planują podpisać wspólne memorandum z krajami kandydackimi dotyczące kierunków nowej polityki w zakresie integracji społecznej i wykluczenia społecznego.

W sprawach dotyczących zbiorowości osób niepełnosprawnych prawdopodobnie rozważać się będzie wspomniane wcześniej kwestie, np.:

1. Aby zapewnić wyższą efektywność ekonomiczną, więcej środków należy kierować na finansowanie przedsięwzięć sprzyjających inkluzji społecznej (tworzenie infrastruktury w miejscu zamieszkania). Bardziej kosztowne jest wykluczenie z rynku pracy, szczególnie ludzi młodych, bowiem oznacza konieczność długookresowej pomocy związanej z utrzymaniem się.
2. Ze względu na konieczność wyrównywania dostępu do dóbr publicznych i tworzenia warunków dla równości szans, należy rozszerzać świadczenia w naturze a ograniczać transfery pieniężne ze względu na wyższą użyteczność tych pierwszych (np. poprzez rozwój usług służących mobilności i aktywności).

Z tego samego powodu należy tworzyć ustawodawstwo antydyskryminacyjne i stosować różne formy dofinansowania dóbr i usług służących utrzymaniu się lub powrotowi na rynek pracy.

Na radykalne zmiany poziomu i jakości ich życia osób niepełnosprawnych prawdopodobnie trzeba jeszcze w naszym kraju poczekać wiele lat: tyle, ile potrzeba, aby został osiągnięty wyższy poziom rozwoju cywilizacyjnego całego społeczeństwa.

Dużo czasu potrzeba na zmianę poziomu rozwoju gospodarczego, prawdopodobnie nie mniej czasu i wysiłku wymagać będzie zmiana postaw, będąca wyrazem przekształceń świadomości społecznej. O tym, że ten proces już się rozpoczął, świadczą wyniki badań przeprowadzonych przez CBOS.

Janusz Szymborski*Rządowa Rada Ludnościowa****Główne problemy zdrowotne ludności Polski na początku XXI wieku***

Polska jest jednym z 51 krajów członkowskich Światowej Organizacji Zdrowia Regionu Europejskiego (ŚOZ). Swoistą konstytucją zdrowia dla krajów regionu jest przyjęty we wrześniu 1998 r. dokument „Zdrowie 21 – zdrowie dla wszystkich w XXI wieku”¹.

Dwa lata wcześniej, we wrześniu 1996 r. Rząd RP przyjął „Narodowy Program Zdrowia 1996 – 2005” (NPZ). Za dwa lata, powinniśmy dokonać ewaluacji wyników NPZ., co zbiega się w czasie z planowaną w 2005 roku rewizją programu ŚOZ.

Celem niniejszego opracowania jest zainicjowanie dyskusji wszystkich środowisk i instytucji odpowiedzialnych za zdrowotną politykę publiczną w Polsce na temat sposobów oceny realizacji zadań zapisanych w w/w dokumentach oraz wypracowania i zaplanowania bardziej efektywnych, długofalowych rozwiązań na następną dekadę. Debata taka jest konieczna również ze względu na ujawniające się obecnie z całą ostrością problemy w funkcjonowaniu ochrony zdrowia. Wydaje się, że przynajmniej w części problemy te można wiązać z odejściem w ostatnich latach od strategii i realizacji NPZ.

Nadrzędny cel NPZ – poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności – planowano osiągnąć poprzez sprzyjające zdrowiu zmiany w stylu życia oraz środowisku życia i pracy z uwzględnieniem poczynających się różnic w zdrowiu i w dostępie do świadczeń zdrowotnych. Konkretnie zadania realizacyjne zapisano w obrębie osiemnastu celów operacyjnych².

Dobłą okazję do dyskusji nad głównymi problemami ochrony zdrowia w Polsce w kontekście realizacji celów i zadań NPZ stworzył I Kongres Demograficzny w Polsce 2001/2002³. Przedstawiciele środowisk medycznych wzięli żywy udział w tej debacie a jej wyniki zostały opublikowane w tematycznych monografiach. Obszarami szczególnego zainteresowania były: kardiologia i onkologia ze względu na dominujący udział chorób układu krążenia i chorób nowotworowych w zachorowalności i umieralności Polek i Polaków oraz medycyna wieku rozwojowego ze względu na znaczenie jakości prokreacji i harmonijnego rozwoju dzieci i młodzieży dla przyszłości narodu.

Na początku okresu transformacji ustrojowej stan zdrowia dorosłej populacji Polski był katastrofalny. Kraj nasz wyróżniał się, należącym do najwyższych na świecie, poziomem przedwczesnej umieralności. Główną przyczyną wzrostu przedwczesnych zachorowań i zgonów były choroby, które w zasadniczym stopniu wynikają pośrednio czy bezpośrednio

¹ World Health Organization, Regional Office for Europe: Health 21 – health for all in the 21st century. WHO Copenhagen 1999.

² Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej: Narodowy Program Zdrowia 1996–2005, Warszawa 1996.

³ Z. Strzelecki (red.), Rządowa Rada Ludnościowa, I Kongres Demograficzny w Polsce, Sesja końcowa, Warszawa, 25–26 listopada 2002: *Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Polska a Europa*, tom XVII, RzRL, RCSS, Warszawa 2003.

z działalności człowieka. Przyczynami ponad 80% przedwczesnych zgonów były choroby układu krążenia, nowotwory, szczególnie odtyniowe oraz zgony nagłe (z przyczyn zewnętrznych) w wyniku wypadków, urazów, zatruc. Wprowadzenie gospodarki rynkowej stało się ważnym czynnikiem zmian zachowań zdrowotnych, szczególnie lepiej wykształconej części społeczeństwa. W dekadzie transformacji nastąpiły korzystne zmiany zachowań (zmniejszenie częstości palenia, zahamowanie wzrostu pijaństwa) oraz wynikające z gospodarki rynkowej zmiany diety (wzrost spożycia tłuszczów roślinnych, kosztem zwierzęcych; wzrost spożycia warzyw i owoców). Nowe technologie i nowe generacje leków, szczególnie w drugiej połowie lat 90., przyczyniły się także do poprawy wskaźników zdrowotnych. Zanotowano zmniejszanie się zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia (spadek umieralności o około 20% w latach 1991–1999); doszło do zahamowania tempa wzrostu chorób nowotworowych. Umieralność niemowląt zmniejszyła się z około 20 na 1000 żywo urodzonych w 1988 r. do około 8 w 2001 r.

Od 1991 r. po 25 latach stałego wzrostu zaczęła obniżać się przedwczesna umieralność u mężczyzn (także u kobiet). Długość życia Polaków znów zaczęła rosnąć. Najlepszy summaryczny wskaźnik zdrowotny – oczekiwana długość życia w latach 1991–2001 wzrósł o 4,1 roku u mężczyzn i o 3,1 roku u kobiet⁴.

Wiedza na temat uwarunkowań poprawy zdrowia ludności Polski w latach 90. jest dobrym fundamentem, na którym można podejmować strategiczne działania zaradcze odbudowujące zdrowotną politykę publiczną po kryzysie obserwowanym na początku XXI wieku. Wydaje się, że w zakresie zapobiegania i zwalczania chorób układu krążenia i chorób nowotworowych odpowiedzialnych za ok. 70% wszystkich zgonów, a także w dziedzinie opieki nad matką i dzieckiem, musi nastąpić powrót do wieloletnich narodowych programów polityki zdrowotnej państwa. Ocena aktualnej sytuacji i propozycje rozwiązań systemowych w tych trzech priorytetowych obszarach zdrowia publicznego w Polsce wymagają bardziej szczegółowego przedstawienia.

Choroby układu krążenia⁵

Ocenia się, że na chorobę wieńcową choruje w kraju ponad 1 milion osób, z których około 100 tysięcy rocznie doznaje zawału serca a ponad 80 tysięcy wykazuje objawy niestabilnej choroby wieńcowej. Na nadciśnienie tętnicze choruje ponad 7 milionów osób, z których co najmniej 65 tysięcy ma udar mózgowy. Porównanie standaryzowanych współczynników przedwczesnych zgonów mężczyzn w rozwiniętych krajach europejskich wskazują, że w Polsce ogólna śmiertelność jak i spowodowana chorobami układu krążenia należy do najwyższych.

⁴ W. Zatoński, *Kształtowanie się, sytuacji zdrowotnej ludności Polski – uwarunkowania, zagrożenia, problemy*, w: tamże.

⁵ Zb. Religa, *Kardiologia polska – osiągnięcia, aktualne problemy i propozycje rozwiązań systemowych*, w: M. Nowacki, Z. Religa, W. Zatoński (red.), *Kardiologia i onkologia na początku XXI wieku – stan, wyzwania i perspektywy*, I Kongres Demograficzny w Polsce, Konferencja naukowa, Warszawa, 9 października 2002 r., tom IX, RzRL.RCSS, Warszawa 2002.

Zahamowanie wzrostowej tendencji umieralności z powodu chorób układu krążenia było głównym celem opracowanego przez środowisko kardiologów, skupione w Polskim Towarzystwie Kardiologicznym i zatwierdzonego przez Ministerstwo Zdrowia i Komisję Zdrowia Sejmu RP, w roku 1993 Narodowego Programu Ochrony Serca (NPOS). W jego ramach podjęto szerokie działania w zakresie promocji zdrowia i prewencji chorób serca i naczyń wśród całego społeczeństwa a także uzyskano znaczną poprawę dostępności i skuteczności świadczeń diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych dla pacjentów z chorobami układu krążenia.

Do leczenia kardiologicznego i kardiochirurgicznego w kraju wprowadzono najnowsze metody diagnostyczne i terapeutyczne. W nowo utworzonych ośrodkach kardiologicznych, zainstalowano aparaturę angiokardiograficzną, unowocześniono i zwiększono liczbę aparatów echokardiograficznych. Zorganizowano nowe ośrodki intensywnej opieki kardiologicznej oraz wykształcono dużą grupę specjalistów kardiologów, zwłaszcza w zakresie hemodynamiki i echokardiografii oraz specjalistów kardiochirurgów. Zanotowano istotny wzrost liczby badań diagnostycznych i terapeutycznych w kardiologii. I tak pomiędzy rokiem 1992 a 2001 liczba koronarografii zwiększyła się z 10 191 do 65 760 a liczba pacjentów poddanych angioplastyce wieńcowej wzrosła z 1606 do 24 326. W 1995 r. założono stenty 157 chorym, podczas gdy po 6 latach ich liczba wzrosła do 19 580. W 1993 r. stymulatory serca wszczepiono 6253 pacjentom, w 2001 r. 16 045 chorym. Na przestrzeni 10 lat ogólna liczba operacji kardiochirurgicznych wrosła trzykrotnie, głównie dzięki wzrostowi liczby operacji wieńcowych.

Mimo spektakularnej redukcji umieralności w Polsce z powodu chorób układu krążenia o ponad 15% w ciągu 8 lat działania NPOS, chorobowość ogólna i szpitalna, zapadalność na zawał serca i udar mózgowy są nadal zbyt wysokie w porównaniu z państwami Europy Zachodniej. Sama umieralność sercowa (47,5% wszystkich zgonów) pozostaje w Polsce nadal 4-krotnie większa niż we Francji, a długość życia mężczyzn – 68,9 lat o 8 lat krótsza niż w Szwecji. Liczba wykonywanych procedur kardiologicznych i kardiochirurgicznych daleko odbiega od średnich europejskich

Z naciskiem należy podkreślić fakt, że usługi wysokospecjalistyczne w kardiologii i kardiochirurgu nie są powszechnie dostępne i występują ogromne różnice w dostępie do nich pomiędzy poszczególnymi regionami.

Obecna sytuacja zdrowotna w Polsce oraz efekty uzyskane w przeszłości z działań w ramach NPOS wyraźnie wskazują na to, że program ten powinien być kontynuowany dla realizacji następujących celów:

1. Zmniejszenie zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia i uzyskanie w tym zakresie poziomu wskaźników istniejących w Unii Europejskiej. Cel ten uznawany jest przez środowisko kardiologów i kardiochirurgów polskich za zasadniczy element NPOS, któremu podporządkowane są poszczególne zadania realizacyjne. Miarą, skuteczności NPOS będzie zmniejszenie udziału chorób układu krążenia wśród przyczyn zgonów w Polsce z 47,5% (2001 r.) do 41%, tj. wskaźnika notowanego obecnie w krajach Unii Europejskiej.

2. Rozwój pierwotnej prewencji chorób układu krążenia u dzieci i dorosłych. Osiągnięcie tego celu wymaga rozwoju edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia zwłaszcza w zakresie kształtowania zachowań prozdrowotnych (racjonalne odżywianie, aktywność fizyczna), zwalczania zachowań antyzdrowotnych (palenie tytoniu) oraz przeciwdziałanie rozpowszechnieniu nadwagi i otyłości, nadciśnienia tętniczego, zaburzeń gospodarki tłuszczowej. Skuteczność pierwotnej prewencji chorób układu krążenia uwarunkowana jest od zaangażowania różnych dyscyplin i sektorów, także pozamedycznych oraz od skoordynowanych poczynań na wszystkich szczeblach zdrowotnej polityki publicznej poczynając od podstawowej opieki zdrowotnej
3. Zapewnienie powszechnego dostępu do wysokospecjalistycznych procedur kardiologicznych i kardiochirurgicznych poprzez wdrożenie ujednoliconego, zintegrowanego systemu ratownictwa (organizacja całodobowych dyżurów hemodynamicznych) oraz poprzez rozwój nowoczesnych technik kardiologii inwazyjnej, elektroterapii i kardiochirurgii. Podstawowym problemem jest obecnie regionalna dysproporcja dostępu do wysokospecjalistycznych procedur. Średni czas oczekiwania na koronarografię waha się w poszczególnych województwach od 3 do 60 tygodni, na planową angioplastykę od 2 do 16 tygodni, na zabieg pomostowania aortalno-wieńcowego od 3 do 28 tygodni.
4. Wprowadzenie i zapewnienie dostępności nowoczesnych metod diagnostycznych i terapeutycznych dla właściwego leczenia chorób układu krążenia, co wymaga poprawy bazy łóżkowej dla potrzeb intensywnej opieki kardiologicznej i rehabilitacji kardiologicznej oraz wyposażenia ośrodków kardiologicznych w ultrasonografy, angiokardiografy i aparaturę do elektroterapii.
5. Udostępnienie adekwatnego do potrzeb stosowania leków kardiologicznych zmniejszających ryzyko zgonu, zawału serca i udaru mózgu (leki przeciwplatekcyjne, inhibitory konwertazy angiotenzyny, statyny, beta-adrenolityki) oraz monitorowania farmakoterapii w opiece ambulatoryjnej
6. Optymalizacja funkcjonowania krajowego i regionalnego nadzoru specjalistycznego z wprowadzeniem systemu akredytacji ośrodków kardiologicznych wypracowanego przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne.

Choroby nowotworowe⁶

Zwiększanie się liczby zachorowań i zgonów z powodu nowotworów złośliwych w Polsce wynika m.in. ze zmian w strukturze wieku ludności polegających na wzroście liczebności grup wiekowych, w których zachorowalność jest szczególnie wysoka, z powodu wciąż niekorzystnego stylu życia znacznej części społeczeństwa (palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, niewłaściwe żywienie, mała aktywność fizyczna), a także niedostatków w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, prewencji oraz diagnostyki i leczenia.

⁶ M. Nowacki, *Onkologia polska – osiągnięcia, aktualne problemy i propozycje rozwiązań systemowych*, w: tamże.

Współczesna wiedza tłumaczy przyczyny 40–50% zachorowań i zaliczyć do nich można: palenie papierosów, nadmierne spożywanie tłuszczów zwierzęcych, dietę ubogą w warzywa i owoce, nadmierne picie alkoholu, zakażenia wirusowe, a zwłaszcza przeniesione drogą płciową, narażenie na czynniki rakotwórcze w środowisku zawodowym i naturalnym. Około 10–20% wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe jest uwarunkowanych predyspozycjami rodzinnymi (genetycznymi). Podstawą populacyjnych programów zapobiegania nowotworom jest przede wszystkim obniżenie narażenia na czynniki rakotwórcze związane ze stylem życia i skażeniem środowiska.

Główną przyczyną niekorzystnej sytuacji epidemiologicznej chorób nowotworowych w Polsce jest zbyt niski odsetek wczesnych rozpoznań nowotworów złośliwych – zwłaszcza raka szyjki macicy, piersi, jelita grubego i gruczołu krokowego – między innymi na skutek niedostatecznego przygotowania lekarzy rodzinnych i innych specjalistów oraz niewystarczającego upowszechnienia metod wczesnego rozpoznawania. W Polsce średnia wyleczeń dla obu płci wynosi 30%, podczas gdy w krajach skandynawskich i niektórych zachodnioeuropejskich – 40%, a w USA – 50%,

Obecny stan wiedzy medycznej umożliwia rozpoznanie 70% nowotworów w stanie zaawansowania miejscowego, czyli w okresie kiedy nie doszło jeszcze do powstania wykrywalnych klinicznie przerzutów odległych. U połowy spośród tych chorych (35%) wyleczenie możliwe jest przez leczenie chirurgiczne. Ponadto u połowy chorych z miejscowo zaawansowanym nowotworem (około 20% wszystkich chorych w Polsce) dla uzyskania wyleczenia 5-letniego nieodzowne jest leczenie napromienianiem lub kojarzenie leczenia chirurgicznego z napromienianiem i/lub chemioterapią (w tym hormonoterapią). W ostatnich latach następuje stały postęp skuteczności leczenia skojarzonego związany między innymi z wprowadzaniem nowych leków i uściśleniem wskazań do ich stosowania. Natomiast w przypadkach z przerzutami odległymi, bez względu na sposoby leczenia, wyleczenie możliwe jest tylko sporadycznie, jednakże i wśród nich można spowolnić i złagodzić przebieg choroby przez leczenie objawowe i paliatywne.

Ustanowiony w roku 1976 Rządowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych (PR 6), kontynuowany w latach 1986–1990 jako Centralny Program Badawczo-Rozwojowy (CPBR 11.5) był pionierskim, kompleksowym programem zwalczania nowotworów złośliwych w skali Europy. Do najważniejszych osiągnięć tego Programu zaliczyć należy skuteczne zwalczanie nałogu palenia tytoniu, co przyczyniło się do zmniejszenia częstości zachorowań na raka płuca i inne nowotwory tytoniozależne w młodszych grupach wieku, ograniczenie ekspozycji na czynniki rakotwórcze w środowisku pracy i w środowisku naturalnym, zorganizowanie krajowego i regionalnymi rejestrów nowotworów, opracowanie i wdrożenie w skali pilotowej zasad nowoczesnych populacyjnych badań przesiewowych dla wykrywania stanów przedrakowych i raków szyjki macicy oraz badań przesiewowych dla wykrywania raka piersi, znaczną poprawę wyników leczenia w skali populacyjnej takich nowotworów, jak białaczki wieku dziecięcego czy ziarnica złośliwa i nowotwory jąder u dorosłych, a ostatnio także raka piersi, poprawę organizacji, bazy, wyposażenia w aparaturę i sprzęt, rozwój kadr onkologicznych i badań naukowych zwa-

szcza w dziedzinach rokujących szybkie zastosowanie praktyczne (epidemiologia analityczna, biologia molekularna, genetyka, immunologia).

Niestety w okresie wdrażania reformy służby zdrowia – obok pewnych elementów pozytywnych, np. procedury wysokospecjalistyczne w onkologii finansowane z budżetu MZ – wystąpiło szereg systemowych zjawisk negatywnych m.in. w zakresie polityki zakupu leków przeciwnowotworowych, niejednorodnych standardów w diagnostyce i leczeniu nowotworów w różnych regionach kraju, kontraktowanie usług onkologicznych, w tym programów wcześniejszego wykrywania nowotworów, w placówkach do tego nieprzygotowanych. W wyniku zamieszania organizacyjnego, a także ograniczeń związanych z wejściem w życie ustawy o ochronie danych osobowych obniżyła się jakość danych epidemiologicznych o zachorowaniach i zgonach z powodu nowotworów.

Zdaniem wielu środowisk, w tym głównie środowiska onkologów, istnieje pilna potrzeba ustanowienia Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych w Polsce. Ze stanu wiedzy sprawdzonej w praktyce, jak i doświadczeń wielu krajów wynika ponadto, że skoordynowane przedsięwzięcia ujęte w narodowe programy, mogą doprowadzić zarówno do stopniowego ograniczenia zachorowań na nowotwory, jak i do bardzo znacznego wzrostu odsetka chorych wyleczonych. Zahamowania wzrostu zachorowań i spadku umieralności na nowotwory można oczekiwać wraz z:

- rozwojem edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia ukierunkowanych na ograniczenie palenia tytoniu i kształtowania właściwych nawyków żywieniowych;
- upowszechnieniem populacyjnych badań przesiewowych do wykrywania stanów przedrakowych i niezaawansowanych raków szyjki macicy;
- upowszechnieniem nowoczesnych metod diagnostyki chorób piersi (mammografia, sonomammografia, biopsja aspiracyjna cienkoigłowa – BAC);
- uruchomieniem populacyjnych programów wczesnego wykrywania nowotworów przewodu pokarmowego;
- modernizacją bazy specjalistycznego leczenia nowotworów;
- wdrożeniem w sieci specjalistycznych szpitali onkologicznych i akademiach medycznych nowych metod leczenia skojarzonego (chirurgia + chemioterapia + radioterapia) nowotworów w kilku częstych lokalizacjach;
- wdrażaniem metod molekularnych dla optymalizacji wyboru metody leczenia;
- upowszechnieniem metod rehabilitacji po leczeniu onkologicznym oraz wdrożenie nowych metod leczenia objawowego i walki z bólem;
- zapewnieniem warunków do dalszego rozwoju, w oparciu o wdrażanie i upowszechnianie postępów wiedzy, diagnostyki i leczenia białaczek i nowotworów limfoidalnych u dorosłych oraz nowotworów dziecięcych

Środki na walkę z chorobami nowotworowymi powinny pochodzić przede wszystkim z budżetu państwa. Przemawia za tym doświadczenie wszystkich krajów – w tym zwłaszcza USA i krajów skandynawskich – które osiągnęły wymierne efekty w tym zakresie. Nadzór nad realizacją Programu powinna sprawować Rada, w skład której obok onkologów i specjalistów z zakresu zdrowia publicznego i finansów, powinny wchodzić osoby cieszące się zaufaniem publicznym.

Opieka nad matką i dzieckiem⁷

Zdrowy start do życia i harmonijny rozwój młodego pokolenia są wyodrębnionymi, ważnymi celami programu ŚOZ – Zdrowie 21, zajmują istotne miejsce wśród celów i zadań NPZ oraz mają szczególną podbudowę legislacyjną w zapisach Konstytucji RP, Konwencji o Prawach Dziecka, i dokumentach Światowego Szczytu w Sprawach Dzieci ONZ. Na potrzeby niniejszego opracowania wykorzystano dane dotyczące trzech kluczowych zagadnień: opieki okołoporodowej, chorobowości i umieralności dzieci i młodzieży oraz medycyny szkolnej.

Skoordynowane działania na rzecz poprawy opieki nad kobietą ciężarną, rodzącą i nad noworodkiem były podejmowane w dekadzie lat 80. m.in. w ramach Centralnego Programu Badawczo-Rozwojowego.

Okres transformacji ustrojowej charakteryzował się utrzymaniem priorytetu w tej dziedzinie do roku 2001. Realizowane w dekadzie lat 90. programy polityki zdrowotnej przyniosły wymierne efekty: wskaźnik wcześniactwa spadł z 8,4% w 1990 r. do 5,7% w 2000 r., współczynnik umieralności okołoporodowej obniżył się z 19,5 na 1000 urodzeń do 9,7 ‰, a współczynnik umieralności niemowląt zmniejszył się z 19,3 do 8,1 na 1000 urodzeń żywych.

Zakłócenia organizacyjne związane z wprowadzeniem reformy służby zdrowia w 1999 r. zaczęto stosunkowo szybko naprawiać podejmując od 2000 roku skoordynowane kroki zaradcze w ramach programu nadzoru merytoryczno – organizacyjnego w opiece nad matką i dzieckiem – m.in. nakłoniono Kasy Chorych do traktowania opieki profilaktyczno – leczniczej nad kobietą ciężarną i nad noworodkiem jako zadania priorytetowego i wdrożono odpowiednie standardy kontraktowania świadczeń.

Niestety od roku 2001 drastycznie zmniejszono finansowanie a od 2002 roku wstrzymano realizację niektórych ważnych programów zdrowotnych państwa w tych dziedzinach i w praktyce nie doceniono wypracowanego w poprzednich dekadach, skoordynowanego systemu polityki państwa w opiece nad matką i dzieckiem. W wykazie programów polityki zdrowotnej państwa w 2002 r. nie można się doszukać realizowanego w poprzednich latach programu optymalizacji opieki okołoporodowej, programu nadzoru merytoryczno-organizacyjnego ani deklarowanych przed rokiem nowych propozycji w opiece nad matką i dzieckiem.

Zaniechania te znalazły niestety odzwierciedlenie w stanie zdrowia populacji. Wzrost odsetka urodzeń o niskiej masie ciała oraz zahamowanie spadkowego trendu umieralności okołoporodowej i umieralności niemowląt w roku 2002 stanowią alarmujące sygnały mogące świadczyć o pogorszeniu się jakości opieki okołoporodowej i o załamaniu systemu nadzoru i organizacji w opiece nad matką i dzieckiem w Polsce.

Obecna sytuacja napawa tym większą troską, iż mimo znaczącego, ponaddwukrotnego obniżenia się w ostatnich 10 latach współczynnika umieralności niemowląt jest on w Polsce nadal wyższy w porównaniu do krajów Unii Europejskiej (w 2000 r. Szwecja 3,4‰,

⁷ J. Szymborski, *Ochrona zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce – aktualne problemy i propozycje rozwiązań systemowych*, w: *Procesy demograficzne u progu XXI wieku, Polska a Europa*, wyd. cyt. B. Chazan, *Opieka okołoporodowa a procesy demograficzne*, w: tamże.

Włochy 4,6‰, Holandia 5,1‰, Wielka Brytania 5,6‰, Grecja 6,1‰). Istotny dystans dzieli nasz kraj od kilku innych kandydatów do UE (Czechy 4,1‰, Słowenia 4,9‰).

Zdrowotna polityka publiczna w tym zakresie musi powrócić do źródeł programowych zawartych w NPZ i dokumentach ONZ, do uznawanych w świecie doświadczeń i osiągnięć własnych oraz uwzględnić skoordynowane *działania* na rzecz;

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

Ograniczanie chorobowości i zwalczanie umieralności dzieci i młodzieży należy do priorytetowych celów medycyny wieku rozwojowego. Ostatnia dekada XX wieku zaowocowała ogromnym postępem w zakresie diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych oraz wad wrodzonych serca u dzieci w Polsce.

Z punktu widzenia zdrowia publicznego istotne jest utrzymywanie się w latach 1990–1999 stałej tendencji spadkowej zapadalności na choroby zakaźne, w tym wirusowe zapalenie wątroby, ale niepokoją dane za rok 2000 wskazujące na wzrost zachorowalności na krztusiec, biegunki u dzieci do lat 2 i bakteryjne zatrucia pokarmowe a zwłaszcza na wzrost zachorowań na gruźlicę u dzieci w wieku 0–14 lat.

W latach 1990–2000 nastąpił ponad dwukrotny (z 3,6% do 1,6%) spadek udziału zgonów dzieci i młodzieży w wieku 0–19 lat wśród zgonów ogółem. W tym samym okresie nastąpiło istotne przesunięcie w strukturze przyczyn zgonów. Główną przyczyną zgonów przestały być stany okołoporodowe (spadek z 30 do 22% u chłopców i z 32 do 25% u dziewczynek), co można wiązać z realizacją ww. programów polityki zdrowotnej państwa. Na pierwsze miejsce wysunęły się zgony spowodowane przyczynami zewnętrznymi (wzrost z 26 do 35% u chłopców i z 15 do 21% u dziewcząt). W Polsce liczba zgonów powypadkowych u dzieci w wieku 0–19 lat przekracza 2000. Gdyby można było poziom umieralności powypadkowej w Polsce obniżyć do wskaźników w Szwecji, to moglibyśmy uratować ok. 1000 dzieci rocznie. Doświadczenia międzynarodowe wskazują, że tylko nastawienie na prewencję pierwotną przynosi pożądany efekt w postaci obniżenia liczby zgonów powypadkowych.

W celu poprawy sytuacji w zakresie chorobowości i umieralności dzieci i młodzieży potrzebne są skoordynowane działania na wszystkich szczeblach zdrowotnej polityki publicznej a w szczególności:

- eliminacja czynników usposabiających i przyczynowych mających wpływ na powstawanie wad rozwojowych, chorób przewlekłych i niepełnosprawności, w tym czynników środowiskowych i wynikających z roli dziecka jako konsumenta,

- pełna realizacja powszechnych badań profilaktycznych w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej i w placówkach oświatowo-wychowawczych z kluczową rolą pediatrów,
- utrzymanie osiągnięć hematologii i kardiologii dziecięcej poprzez zapewnienie adekwatnego do potrzeb finansowania świadczeń,
- rozwój wczesnej diagnostyki m.in. wad rozwojowych, chorób uwarunkowanych genetycznie, chorób metabolicznych, alergicznych, neurologicznych,
- adekwatna do potrzeb opieka zdrowotna i pomoc socjalna dla dzieci i rodzin obciążonych wadami rozwojowymi, chorobami przewlekłymi, niepełnosprawnością, w tym upośledzeniem umysłowym, w szczególności dla środowisk znajdujących się w trudnej sytuacji społeczno-ekonomicznej i dotkniętych patologią,
- wdrożenie Narodowego Programu Zapobiegania i Ograniczania Następstw Zdrowotnych Wypadków u Dzieci i Młodzieży, z uwzględnieniem problematyki przemocy w rodzinie, społeczności lokalnej, w szkole,
- restytucja i rozwój ogólnokrajowego, zintegrowanego systemu organizacji, monitorowania i nadzoru w opiece nad dzieckiem, w tym powołanie, na bazie Instytutu – Pomnika Centrum Zdrowia Dziecka, Narodowego Instytutu Zdrowia Dziecka skupiającego kadry i środki umożliwiające zapewnienie najwyższego poziomu referencyjności świadczeń medycznych oraz monitorowanie, nadzór specjalistyczny i merytoryczno-organizacyjny oraz koordynowanie opieki medycznej we wszystkich jej aspektach i prowadzenie badań naukowych na rzecz dzieci w Polsce, zwłaszcza badań o charakterze aplikacyjnym, ukierunkowanych na wdrożenie najnowszych osiągnięć światowej nauki i technologii medycznej, w tym telematyki

System opieki medycznej nad dziećmi i młodzieżą szkolną realizowany w Polsce do początku lat 90. nie był wolny od wad; deklaratywności działań, niskiej atrakcyjności w porównaniu z medycyną kliniczną, niedofinansowania. System ten charakteryzował się jednak logiką organizacyjną, powszechnością i kompleksowością opieki profilaktycznej, leczniczej, orzecznictwa, korektywy i rehabilitacji. Lansowany od 1992 r. program „opieki profilaktycznej w środowisku nauczania i wychowania” w praktyce okazał się niezdolny do zapewnienia adekwatnej do potrzeb kompleksowej opieki medycznej dla uczniów, ograniczył świadczenia zdrowotne w szkole do czynności pielęgniarских, „wyprowadzając” personel lekarski poza szkołę.

Destrukcję systemu medycyny szkolnej pogłębiło wprowadzenie w 1999 r. reformy służby zdrowia, wskutek czego doszło do poważnych zakłóceń w opiece profilaktyczno-leczniczej nad populacją w wieku 7–18 lat, m.in. w zakresie nadzoru wczesnego wykrywania zaburzeń w stanie zdrowia i wykonawstwa szczepień ochronnych.

Od początku 2000 r. rozpoczęto wdrażanie programu odbudowy systemu nadzoru w opiece nad matką i dzieckiem ze szczególnym uwzględnieniem medycyny szkolnej uzyskując w okresie 2 lat widoczne, pozytywne rezultaty:

- przywrócono system organizacji i nadzoru na szczeblu centralnym i wojewódzkim,
- dokonano możliwie pełnego rozeznania stanu i uwarunkowań opieki nad populacją wieku rozwojowego,

- zastopowano destrukcję opieki nad matką i dzieckiem w ogóle, a nad dziećmi i młodzieżą szkolną w szczególności,
- stworzono podstawy umożliwiające budowę telematycznego systemu monitorowania stanu zdrowia uczniów,
- skoordynowano w skali województw współpracę międzysektorową z udziałem samorządów terytorialnych, zawodowych, administracji rządowej (centra zdrowia publicznego, stacje sanitarno-epidemiologiczne, kuratoria),
- wypracowano i w kilku województwach wdrożono, wspólnie z Krajowym Związkiem Kas Chorych i regionalnymi kasami chorych, modelowe rozwiązania w zakresie zawierania umów na świadczenia lekarskie i pielęgniarские w szkole, w ramach istniejących możliwości finansowych.

Te pozytywne doświadczenia zostały w 2002 r. praktycznie zaniechane. Pewną nadzieję na zahamowanie pogłębiającego się chaosu pojęciowo-kompetencyjnego na szczeblach decyzyjnych odpowiadających za przygotowanie programu systemowej opieki medycznej nad uczniami przynosi decyzja Rada Ministrów z 14 stycznia 2003 r. akceptująca zalecenie Rządowej Rady Ludnościowej mówiące o tym, że „konieczne jest reaktywowanie przez Ministerstwo Zdrowia medycyny szkolnej we wszystkich jej funkcjach: promocji zdrowia i profilaktyki oraz leczenia i rehabilitacji”.

Jak wykazały doświadczenia z lat 2000/2001 system medycyny szkolnej może funkcjonować w oparciu o finanse samorządów terytorialnych (warunki do sprawowania opieki medycznej w szkole, w powiecie i województwie, promocja zdrowia), kas chorych lub funduszu zdrowia (świadczenia zdrowotne, programy profilaktyczne, programy promocji zdrowia), budżetu państwa (programy polityki zdrowotnej, nadzór specjalistyczny i metodyczno-organizacyjny, inspekcja sanitarna, kształcenie, badania naukowe).

Dla osiągnięcia ważnego społecznego celu, jakim jest harmonijny rozwój i poprawa stanu zdrowia dzieci i młodzieży szkolnej, niezbędne są przedsięwzięcia legislacyjne – ustawa o medycynie szkolnej na wzór ustawy o medycynie pracy. Zadania realizacyjne obejmują szeroki wachlarz zagadnień, w szczególności:

- zorganizowanie systemu edukacji zdrowotnej dla wszystkich dzieci w wieku obowiązkowego nauczania w celu ukształtowania prozdrowotnych postaw, zachowań, umiejętności i motywacji oraz w celu zapobiegania zachowaniom antyzdrowotnym,
- upowszechnienie systemu dożywiania w szkołach,
- poprawa warunków technicznych i sanitarnych szkół,
- rozwój sieci szkół promujących zdrowie,
- propagowanie wykonawstwa szczepień ochronnych na terenie szkół,
- wdrożenie systemu wczesnego wykrywania zagrożeń, odchyłeń w stanie zdrowia i w rozwoju psychicznym i somatycznym, z uwzględnieniem badań przesiewowych, bilansów zdrowia, profilaktyki stomatologicznej, w szkołach i w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej,
- zapewnienie dostępu do adekwatnej do potrzeb opieki specjalistycznej, w tym rehabilitacji i korektywy oraz do opieki stomatologicznej,
- wdrożenie systemu orzecznictwa lekarskiego dla potrzeb ucznia i szkoły, w tym dla

oceny dojrzałości szkolnej, kwalifikacji do zajęć wychowania fizycznego i sportu oraz poradnictwa zawodowego,

- rozwój systemu kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego nauczycieli, psychologów, lekarzy i pielęgniarek w zakresie edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i problemów zdrowotnych uczniów,
- stworzenie zintegrowanego, trójstopniowego systemu organizacji, nadzoru i monitorowania w medycynie szkolnej, z kluczową rolą przyszłego Narodowego Instytutu – Centrum Zdrowia Dziecka,
- przywrócenie specjalizacji lekarskiej z zakresu medycyny szkolnej.

Na zakończenie skrótowej analizy sytuacji zdrowotnej ludności Polski w zakresie trzech priorytetowych problemów – kardiologii, onkologii, opieki nad matką i dzieckiem, należy podkreślić, że łączą je wspólne kierunki strategiczne niezbędne dla osiągnięcia wyodrębnionych celów operacyjnych, co umożliwi zmniejszenie dystansu dzielącego Polskę od krajów Unii Europejskiej.

Po pierwsze chodzi o ukierunkowanie wielodyscyplinarnych i międzysektorowych wysiłków na edukację zdrowotną, promocję zdrowia i profilaktykę, jednak w harmonijnym powiązaniu z zapewnieniem dostępności i wysokiej jakości opieki diagnostyczno-leczniczej i rehabilitacyjnej. Po drugie konieczne jest podejmowanie działań systemowych, najlepiej w postaci długofalowych, narodowych programów polityki zdrowotnej uwzględniających równoważną rolę promocji zdrowia, profilaktyki zagrożeń i chorób oraz restytucji zdrowia, przy czym nastawienie na działania systemowe powinno iść w parze z dbałością o losy każdego indywidualnego pacjenta.

Po trzecie potrzebne są wysiłki na rzecz ograniczania nierówności w zdrowiu, głównie poprzez podniesienie szans zdrowotnych regionów i środowisk upośledzonych w tym względzie a nie kosztem ograniczania opieki zdrowotnej regionów i środowisk, które osiągnęły już stosunkowo wysoki poziom wskaźników zdrowotnych.

Zbigniew Strzelecki

Rządowa Rada Ludnościowa

I Kongres Demograficzny w Polsce

„Kongres odbywał się w okresie 15 września 2001 r. – 26 listopada 2002 r. w wielu miejscach Polski pod głównym tytułem »Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku«”.

Idea zwołania Kongresu zrodziła się z głębokiego przekonania, że procesy demograficzne stanowią zasadniczą przesłankę dla nakreślenia długofalowej strategii rozwojowej naszego kraju. A przecież wiadomo, że we współczesnym świecie czynniki, takie jak wykształcenie obywateli, ich zdolność innowacyjna, poziom cywilizacyjny, poziom zamożności i inne zadecydują o tym, jakie miejsce zajmie w przyszłości Polska na arenie mię-

dzynarodowej, a szczególnie w rodzinie państw europejskich. Wiele z tych czynników zależy od cech rozwoju demograficznego.

„Chociaż obserwujemy wiele pozytywnych cech tego rozwoju, jak: wydłużanie się życia ludności Polski (w latach 1991–2001 oczekiwana długość życia wzrosła dla mężczyzn o 4,1 roku a dla kobiet o 3,1 roku) czy obniżanie się umieralności (spadek z 10,6 do 9,4‰ w latach 1991–2001), a szczególnie niemowląt (prawie trzykrotny w latach 1991–2001 do poziomu 7,7‰ w 2001 r.), to wzrasta zagrożenie chorobami nowotworowymi. Ciągłe jednak poziom umieralności w Polsce jest o wiele wyższy, a przeciętne trwanie życia krótsze niż w krajach europejskich (w przypadku kobiet o 3–4 lata, a w przypadku mężczyzn o 5–6 lat w porównaniu z zamożnymi krajami UE). Przyczyny tego tkwią w problemach zdrowotnych społeczeństwa, a szczególnie matek rodzących, w rozszerzającym się ubóstwie i skali wykluczenia społecznego, skali zachowań zastępczych, skali zagrożeń w ruchu drogowym, niekorzystnych cechach stylu życia ludności, zaniedbaniach w edukacji dotyczących zdrowia reprodukcyjnego oraz stanu środowiska naturalnego itp.”

„Polska znalazła się w fazie niekorzystnego rozwoju demograficznego. Nasila się proces niekorzystnych zmian w relacjach międzypokoleniowych, w wyniku których kolejne pokolenia dzieci będą mniej liczne niż pokolenia ich rodziców, jeśli utrwalą się dotychczasowe zachowania matrymonialne i prokreacyjne społeczeństwa. W latach 1980–2000 spadek (o 50%) poziomu rozrodczości w Polsce był najwyższy spośród państw europejskich. Już obecnie prawdopodobnie rozpoczęła się faza stale większej liczby zgonów niż urodzeń oraz spadku liczby ludności Polski (prognoza GUS, którą w świetle wyników NSP 2002 należy uznać za optymistyczną, przewiduje spadek liczby mieszkańców Polski do 38,0 mln w 2030 r. Z kolei prognoza ONZ przewiduje dla Polski depopulację i zmniejszenie liczby mieszkańców o ponad 5 mln do 33,4 mln). Bezpośrednim tego następstwem będzie nasilenie się demograficznej starości, zjawiska uznawanego powszechnie za jedno z najtrudniejszych wyzwań we współczesnym świecie. Liczba ludności w wieku 60 i więcej lat wzrośnie na świecie z obecnych 606 mln do 2 mld w 2050 r., a więc 3,2 raza. Ich udział zaś wśród ogółu mieszkańców podwoił się z 10% w 2000 r. do 21% w 2050 r. Według pesymistycznych przewidywań ONZ udział osób w tym wieku w Polsce wzrośnie ponad dwukrotnie z 16,6% do 35,6% w 2050 r. Z tego względu już druga dekada tego wieku może okazać się trudna dla systemu emerytalnego i finansów publicznych, gdyby nie udało się istotnie ograniczyć bezrobocia”.

Te rysujące się cechy rozwoju demograficznego Polski były główną merytoryczną przesłanką inicjatywy zorganizowania debaty nad oceną, a zwłaszcza perspektywami rozwoju demograficznego naszego kraju, podjętej przez środowiska skupione wokół Rządowej Rady Ludnościowej, Polskiego Towarzystwa Demograficznego, Komitetu Nauk Demograficznych PAN oraz Głównego Urzędu Statystycznego. Inicjatywę tę w pełni poparli przedstawiciele najwyższych władz państwowych i kościelnych. Patronat honorowy nad Kongresem objął bowiem Prezydent RP Aleksander Kwaśniewski, a w skład Komitetu Honorowego weszli Prezes Rady Ministrów RP, Marszałek Sejmu RP, Marszałek Senatu RP oraz Prymas Polski Ks. Kardynał Józef Glemp.

Patronat ten oraz wyrazy poparcia dla znaczenia omawianych zagadnień oraz udział tych dostojników w obradach Kongresu świadczą o potrzebie poważnego i merytorycznego, a nie politycznego traktowania obecnej i przyszłej sytuacji demograficznej. Świadczą o potrzebie podjęcia działań, które mogą zmniejszyć skalę następstw społecznych i gospodarczych związanych z tempem starzenia się społeczeństwa i problemów, których doświadczają obecnie kraje Europy Zachodniej.

Celami Kongresu stały się więc:

- 1) syntetyczna ocena procesów demograficznych w Polsce – określenie stanu i perspektyw rozwoju demograficznego Polski (na tle krajów europejskich);
- 2) ocena społeczno-ekonomicznych, regionalnych i politycznych uwarunkowań rozwoju demograficznego Polski, szczególnie zmian w okresie transformacji ustrojowej;
- 3) określenie perspektyw demograficznych kraju ich uwarunkowań i skutków społeczno-gospodarczych;
- 4) określenie charakteru, metod i środków polityki ludnościowej w Polsce u progu nowego wieku i członkostwa w Unii Europejskiej;
- 5) ocena dorobku demografii polskiej oraz sprecyzowanie potrzeb jej dalszego rozwoju, metod badawczych i dydaktyki.

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

Część pierwszą stanowiła Sesja Inauguracyjna, która odbyła się w dniu 15 września 2001 roku. Poświęcona ona była sytuacji demograficznej Polski na tle problemów demograficznych współczesnego świata. Podczas sesji zaprezentowano najważniejsze czynniki warunkujące rozwój demograficzny, omówiono rolę rodziny, etyczny wymiar procesów demograficznych i ich znaczenie dla postępu społecznego. Przedstawiono także informacje o założeniach dotyczących spisu ludności i mieszkań w 2002 roku. Sformułowane podczas sesji inauguracyjnej tezy stanowiły podstawę do organizacji seminariów problemowych i regionalnych na drugą i trzecią część Kongresu.

Część drugą stanowił cykl 16 seminariów i konferencji ogólnokrajowych poświęconych najważniejszym czynnikom rozwoju demograficznego Polski, a w tym warunkom życia rodzin, zdrowiu obywateli, edukacji, sytuacji mieszkaniowej, pracy, ekologii oraz czynnikom kulturowym. Tematyka tych konferencji odpowiadała palącym problemom społecznym i demograficznym. Były to następujące konferencje:

1. **„Medycyna szkolna – główne problemy i kierunki rozwiązań systemowych”** (organizator: prof. dr hab. Janusz Szymborski, PTH, Zakład Zdrowia Publicznego Instytutu Matki i Dziecka oraz Krajowy Ośrodek Wsparcia Edukacji Zdrowotnej MENiS. Odbyła się 21 marca 2002 r. w siedzibie Polskiego Towarzystwa Higienicznego w Warszawie).
2. **„Problemy społeczne osób niepełnosprawnych”** (organizator: dr hab. Joanna Czapligo-Sikorska przy współudziale Rządowej Rady Ludnościowej i Instytutu Filozofii i Socjologii PAN. Odbyła się 17 maja 2002 w Pałacu Staszica w Warszawie).
3. **„Zdrowie prokreacyjne w Polsce – stan obecny i perspektywy rozwoju”** (organizator: Pani Beata Balińska (UNDP), Fundusz Ludnościowy Narodów Zjednoczonych

(UNFPA) oraz Instytut Matki i Dziecka. Otrzymała się 17 czerwca 2002 r. w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie).

4. **„Procesy demograficzne a rynek pracy w Polsce”** (organizator: dr Bożena Balcerzak-Paradowska, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Komitet Nauk o Pracy i Polityce Społecznej PAN, Komitet Nauk Demograficznych PAN, Polskie Towarzystwo Demograficzne. Otrzymała się 26 czerwca 2002 r. w Warszawie).
5. **„III Kongres Polskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej”** (organizator: Polskie Towarzystwo Medycyny Perinatalnej, przy współpracy Sekcji Perinatologii Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego, Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego, Europejskiej Grupy Badawczej nad Żywieniem w Perinatologii. Otrzymał się w Łodzi w dniach 26–28 września 2002 r).
6. **„Kardiologia i Onkologia w Polsce na początku XXI wieku. Stan, wyzwania i perspektywy”** (organizator: prof. dr hab. med. Zbigniew Religa i prof. dr hab. Marek Nowacki, Instytut Kardiologii, Instytut Onkologii. Otrzymała się 9 października 2002 r. w Warszawie).
7. **„System wartości a procesy demograficzne”** (organizator: prof. UJ dr hab. Krystyna Słany, Uniwersytet Jagielloński. Otrzymała się w Krakowie w Collegium Maius i Collegium Broscianum Uniwersytetu Jagiellońskiego, w dniach 23–24 października 2002 r).
8. **„Podstawy metodologiczne badań demograficznych”** (organizator: Komitet Nauk Demograficznych Polskiej Akademii Nauk oraz Polskie Towarzystwo Demograficzne przy współudziale Głównego Urzędu Statystycznego. Otrzymała się w dniu 18 listopada 2002 r. w Warszawie w sali im. K. Romaniuka GUS).
9. **„Rodzina i polityka rodzinna”** (organizator: dr Bożena Balcerzak-Paradowska, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych. Otrzymała się 22 listopada 2002 r. w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej w Warszawie).
10. **„Rodzina i gospodarstwo domowe w środowisku wielkomiejskim”** (organizator: prof. dr hab. Stanisław Wierzchosławski, Centrum Badań nad Rodziną AE w Poznaniu. Otrzymała się w dniach 12–13 grudnia 2001 r. w Akademii Ekonomicznej w Poznaniu).
11. **„Proces starzenia się ludności i jego społeczne konsekwencje”** (organizator: prof. Lucyna Frąckiewicz i dr Andrzej Rączaszek, Zakład Polityki Społecznej, Akademia Ekonomiczna w Katowicach. Otrzymała się 24 maja 2002 r. w Akademii Ekonomicznej w Katowicach).
12. **„Miejsce Polski w Europie w rozwiązywaniu problemów profilaktyki, wykrywania wczesnych form i leczenia raka ginekologicznego”** (organizator: prof. dr hab. Jan Zieliński, Klinika Nowotworów Narządów Płciowych Kobiecych, Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej, przy współudziale Oddziału Warszawskiego PTG. Otrzymała się 28 maja 2002 r. w Centrum Onkologii w Warszawie).
13. **„Proces starzenia się ludności. Potrzeby i wyzwania”** (organizator: prof. dr hab. Jerzy T. Kowaleski, Zakład Demografii Uniwersytetu Łódzkiego, Komitet Nauk Demograficznych PAN. Otrzymała się w dniach 6–7 czerwca 2002 r. w Uniwersytecie Łódzkim).

14. **„Przedwczesne ukończenie ciąży”** (organizator: prof. Bogdan Chazan i prof. Krzysztof Czajkowski, Instytut Matki i Dziecka. Otrzymała się w Zegrzu w dniach 14–15 czerwca 2002 r.).
15. **„Rodzina wielkopolska. Tendencje zmian w postawach i zachowaniach prokrecyjnych”** (organizator: prof. dr hab. Stanisław Wierchosławski, Centrum Badań nad Rodziną Akademii Ekonomicznej w Poznaniu. Otrzymała się 11 grudnia 2002 roku w Akademii Ekonomicznej w Poznaniu).
16. **„Rodzina polska u progu nowego stulecia”** (organizator: Ks. prof. UKSW dr hab. Władysław Majkowski, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego. Otrzymała się w dniach 16 – 17 listopada 2001 r. w UKSW w Warszawie).

Część trzecią stanowił cykl siedmiu seminariów poświęconych problemom demograficznym współczesnej Polski w ujęciu regionalnym. Omawiane były zagadnienia proponowane podczas pierwszej części Kongresu z uwzględnieniem specyfiki regionów oraz tematy szczególnie ważne z punktu widzenia poszczególnych obszarów kraju. Zorganizowano następujące seminaria:

„Wpływ integracji europejskiej na przemiany strukturalne obszarów o wysokim bezrobociu” (organizator: prof. Eugeniusz Zdrojewski, Katedra Demografii i Geografii Ekonomicznej oraz Katedr Polityki Społeczno-Gospodarczej i Ekonomiki Regionalnej Wydziału Ekonomii i Zarządzania Politechniki Koszalińskiej przy współudziale Polskiego Towarzystwa Demograficznego i Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego. Otrzymało się w dniach 15–16 października 2001 r. w Mielnie k/ Koszalina).

„Współczesne i perspektywiczne problemy rozwoju demograficznego Polski Północnej” (organizator: dr Dariusz Śledź, Główny Urząd Statystyczny, Wojewódzkie Urzędy Statystyczne w Gdańsku, Białymstoku i Szczecinie, Instytut Nauk Politycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego. Otrzymało się w dniach 7–8 marca 2002 r. w Starych Jabłonkach).

„Przemiany demograficzne w województwie świętokrzyskim” (organizator: ks. prof. Jan Śledzianowski, Akademia Świętokrzyska w Kielcach, Stowarzyszenie Rodzin Katolickich Diecezji Kieleckiej. Otrzymało się w Kielcach 15 maja 2002 r.).

„Zadania samorządów lokalnych w rozwoju demograficznym” (organizator: prof. dr hab. Józefina Hryniewicz, Wyższa Szkoła Ekonomiczno-Humanistyczna w Skierniewicach, Przewodniczący Sejmiku Samorządowego Województwa Łódzkiego oraz Rada i Zarząd Skierniewic. Otrzymało się w dniach 13–14 czerwca 2002 w Skierniewicach).

„Aktualne problemy demograficzne i szanse rozwoju społeczno-gospodarczego województw Polski Południowo-Wschodniej” (organizator: prof. dr hab. Janusz Witkowski, dr Andrzej Włoch, Urząd Statystyczny w Kielcach, Wyższa Szkoła Ekonomii i Administracji w Kielcach. Otrzymało się w dniach 3–4 października 2002 r. w Kielcach).

„Procesy demograficzne w krajach Unii Europejskiej – Porównania z Polską” (organizator: prof. Izidor Sobczak, Polskie Towarzystwo Demograficzne, Wyższa

Szkoła Humanistyczna w Gdańsku. Odbyło się 19–20 października 2002 r. w Krynicy Morskiej).

„Osoba niepełnosprawna w społeczności lokalnej” (organizator: SIKON – Fundacja dla Dzieci Niepełnosprawnych. Odbyło się w dniach 15–16 października 2002 r. w Piekarach Śląskich).

Część czwarta Kongresu to zorganizowana przez Rządową Radę Ludnościową, Komitet Nauk Demograficznych PAN, Polskie Towarzystwo Demograficzne, Główny Urząd Statystyczny i United Nation Development Programme Sesja Zamykająca, której obrady odbywały się w dniach 25–26 listopada 2002 r. z udziałem Pana Prezydenta RP Aleksandra Kwaśniewskiego, który wygłosił ważne merytoryczne wystąpienie oraz ogłosił wstępne wyniki NSP 2002. Uczestniczyli w obradach także najwyżsi dostojnicy władz państwowych i kościelnych.

Problematyka tej sesji składała się z kilku części poświęconych najważniejszym wyzwaniom demograficznym Polski oraz wybranym problemom rozwoju demograficznego bądź od strony jego uwarunkowań (płodność, rodzina, rynek pracy, zdrowie), bądź jego konsekwencjom czy uwarunkowaniom innych dziedzin życia (polityka społeczna, starzenie się ludności). Na sesji zostały też sformułowane konkretne propozycje pod adresem polityki społecznej. Mogłaby ona bowiem odpowiadać na niektóre niekorzystne skutki rozwoju demograficznego w sytuacji, gdyby nie podejmowano działań mających wpłynąć korzystnie na trendy demograficzne. Wskazano jednak na potrzebę podjęcia działań w postaci zintegrowanego systemu polityki ludnościowej. Do opracowania takiego Programu zobowiązał Rządową Radę Ludnościową nie tylko Kongres, ale także Sejm RP.

Ogółem przez ponad rok trwania Kongresu odbyło się 25 seminariów i konferencji. Z większości z nich opublikowano materiały w postaci książkowej, część znajduje się jeszcze w opracowywaniu lub druku. W seminariach i konferencjach uczestniczyło ok. 3 tys. osób odbyło się wiele ogólnopolskich i regionalnych audycji radiowych i telewizyjnych, opublikowano dziesiątki artykułów i informacji dotyczących problematyki demograficznej oraz następstw rozwoju demograficznego. Wyrażam nadzieję, że aktualne i przyszłe problemy demograficzne Polski dotarły do opinii publicznej oraz decydentów, że Kongres dał dobre i wystarczające podstawy do przygotowania dla władz programu działań na rzecz poprawy sytuacji demograficznej Polski. Wierzę, że tak imponująca ilość wydawnictw Kongresu będzie stanowić dobrą bazę opisującą aktualną i przyszłą sytuację demograficzną, a także szeroki materiał dydaktyczny dla wielu kierunków studiów.

Trwający ponad rok I Kongres Demograficzny zakończył się przyjęciem Deklaracji. Następny odbędzie się w 2005 r. w nowym rozdziale naszej historii: członkostwa w Unii Europejskiej.

DEKLARACJA I KONGRESU DEMOGRAFICZNEGO W POLSCE

„POLSKA A EUROPA, PROCESY DEMOGRAFICZNE U PROGU XXI WIEKU” (26 listopada 2002)

Uczestnicy I Kongresu Demograficznego w Polsce, uznając, że:

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

Uczestnicy I Kongresu Demograficznego zwracają się:

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

Za szczególnie istotne uważamy:

- wspieranie takich systemów wartości, które podnoszą etos rodziny i małżeństwa w społeczeństwie polskim;
- upowszechnienie świadomości, że za przyszłość demograficzną odpowiedzialność ponoszą: państwo i obywatele;
- zmianę orientacji w realizowanej polityce gospodarczej i społecznej przez odpowiednie uwzględnienie w nich zagadnień demograficznych;
- realizowanie takich programów gospodarczych, które powinny zapewnić zadowalające tempo wzrostu gospodarczego, dawać szanse na pracę, godziwe zarobki i mieszkania dla młodego pokolenia;
- zwiększenie udziału państwa w działaniach na rzecz wychowania dzieci;
- poprawę jakości potencjału ludzkiego przez stworzenie odpowiednich warunków kształcenia na wszystkich poziomach i we wszystkich formach edukacji;
- realizowanie skoordynowanej publicznej polityki zdrowotnej, opartej na zapisach Narodowego Programu Zdrowia;
- poprawę bezpieczeństwa obywateli poprzez zwalczanie istniejących zagrożeń przestępczością, a szczególnie usuwanie ich przyczyn oraz radykalną poprawę bezpieczeństwa w ruchu drogowym i kolejowym;

- wypracowanie długofalowej polityki migracyjnej, zgodnej z celami rozwoju ludnościowego i społeczno-gospodarczego;
- wykorzystanie wyników powszechnego spisu ludności, jako zasobu informacyjnego dla tworzenia programów działania na różnych szczeblach zarządzania krajem – na rzecz rozwoju ludności i rodzin;
- respektowanie równych praw i ludzkiej godności kobiet i mężczyzn, celów i zasad zapisanych w Karcie Narodów Zjednoczonych oraz w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka i innych międzynarodowych aktach dotyczących praw człowieka.

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

Uczestnicy I Kongresu Demograficznego w Polsce uznają, że:

- jego przebieg wniósł cenne wartości poznawcze w ocenie współczesnych procesów demograficznych;
- przyczynił się do znacznego rozszerzenia i integracji środowisk zajmujących się problemami ludnościowymi;
- stworzył podstawy upowszechnienia wiedzy demograficznej i jej znaczenia w życiu kraju;
- wywołał przychylne nimi zainteresowanie najwyższych władz państwowych, z Prezydentem RP na czele, przekonując o potrzebie ich uwzględniania w polityce społecznej i gospodarczej państwa.

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

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

dr hab. prof. SGH Zbigniew Strzelecki
Przewodniczący Komitetu I Kongresu Demograficznego

Memoriał Komitetu Prognoz „Polska 2000 Plus” przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk dla najwyższych władz RP w sprawie niepokojących tendencji wynikających z danych Spisu Powszechnego z 2002 roku

Komitet zapoznał się w ostatnim okresie z opublikowanymi wynikami. Narodowego Spisu Powszechnego, przeprowadzonego w maju 2002 roku i dokonał ich kompleksowej analizy.

Analiza ta wskazuje na szereg tendencji i zjawisk o daleko idących i wysoce niepokojących konsekwencjach nie tylko natury demograficznej, ale także gospodarczej i społecznej dla sytuacji w kraju. Uważamy, że zainteresowanie władz państwowych i środków masowego przekazu tymi wynikami jest zdecydowanie niedostateczne i niewspółmierne do rzeczywistego ich znaczenia dla przyszłości Polski.

Wyniki spisu ukazują przede wszystkim, że negatywne procesy w zmianach stanu struktury i kondycji ludności Polski – sygnalizowane już uprzednio najwyższym władzom RP w memoriale Komitetu z 20 listopada 2002 roku – ulegają pogłębieniu i zaostrzeniu. Musi to budzić uzasadniony niepokój. Coraz wyraźniej widać bowiem, że możemy stanąć w obliczu ostrego kryzysu demograficznego Polski w następnych dziesięcioleciach XXI wieku. Trzeba więc zrobić wszystko, aby do tego nie dopuścić.

Kompletność wyników spisu może budzić w niektórych przypadkach wątpliwości, co dotyczy zwłaszcza stosunkowo dużej liczby zapisów, w których nie można było ustalić badanych cech dla osób objętych spisem. Wyniki te ukazują jednak, że liczba ludności w świetle spisu była o 402 tys. osób niższa od podawanej w bieżącej statystyce. W poprzednim spisie z 1988 r. różnica ta wynosiła tylko około 27 tys. osób. Świadczyć to może tak o obniżającej się sprawności różnych organów państwa (od biur meldunkowych aż do administracji najniższego szczebla), jak i o wzroście nieufności do własnego państwa.

Wśród zjawisk zwracających szczególną uwagę na pierwszym miejscu wymienić należy postępujący spadek liczby ludności, przekreślający poprzednie prognozy i przewidywania. Spis wykazał z jednej strony wejście Polski w okres ujemnego salda ruchu naturalnego. Z drugiej zaś utrzymywanie się wysokiego ujemnego salda ruchu migracyjnego. Wyrazem tego jest fakt, że 786 tys. mieszkańców Polski w momencie spisu przebywało zagranicą. Zwraca uwagę w świetle spisu duża grupa 620 tys. Polaków mieszkających dłużej niż jeden rok w innych krajach.

Przy utrzymaniu się wspomnianych tendencji można spodziewać się, że liczba ludności naszego kraju spadnie w 2030 roku do 34,5–35,9 mln, to jest o 2,3 do 3,7 mln osób w zależności od wariantu prognozy w stosunku do stanu obecnego. Równocześnie zaś liczba ludności w wieku emerytalnym wzrośnie z 5,7 mln w 2002 r. do co najmniej 9,1 mln w roku 2030. Przedłużenie czasu życia spowoduje więc wzrost liczby ludności w wieku podeszłym, uzyskujących tym samym prawo do emerytury.

Obserwowane pod tym względem procesy w Polsce są częściowo zbieżne z podobnymi tendencjami w innych krajach Europy. Wśród przyczyn powodujących spadek liczby urodzeń na pierwsze miejsce wysuwa się zmiana celów życiowych młodych kobiet, które

w coraz szerszym zakresie zdobywają wyższe wykształcenie i włączają się w aktywne życie nawet kosztem rezygnacji z zakładania rodzin.

Procesom tym towarzyszy u nas jednak zjawisko znacznego spadku liczby pracujących (o 4 mln w stosunku do 1988 r.) oraz narastającego deficytu mieszkań. Pod wpływem tych procesów szereg z tych tendencji występuje w Polsce w znacznie szerszej skali niż w Unii Europejskiej.

Dlatego z całą odpowiedzialnością i głębokim niepokojem stwierdzamy, że dotychczasowe rozwiązania procesu transformacji przynoszą ujemne skutki demograficzne dla przyszłości kraju i nie można pozwolić na ich kontynuowanie. Trzeba więc szukać przyczyn popełnionych błędów oraz nowych i lepszych rozwiązań.

W ciągu najbliższych lat Polska powinna podjąć aktywną politykę pronatalną w celu zwiększenia liczby urodzeń. Jednakże już teraz konieczne jest zachowanie wielkiej ostrożności we wszystkich posunięciach bieżących, które mogłyby spowodować osłabienie skłonności do posiadania dzieci. Dotyczy to również projektów oszczędności budżetowych. Wszelkie projekty powinny być dokładnie oceniane z tego punktu widzenia.

Wyniki spisu ukazują również bardzo niekorzystne tendencje w strukturze ludności Polski. Co najmniej pięć z nich może mieć niepokojący wpływ na sytuację w kraju.

1. Na skutek masowego bezrobocia i nieuzasadnionej obiektywnie deindustrializacji kraju ukształtowały się wysoce niepokojące proporcje pomiędzy ludnością pracującą a osobami żyjącymi ze świadczeń społecznych. Według danych spisu pracuje u nas zarobkowo 12,4 mln Polaków, natomiast ze świadczeń społecznych utrzymuje się 11,6 mln to jest niemal tyle samo. Jest to m.in. wynik wzrostu bezrobocia. Oznacza to, że w 2002 roku na 100 osób utrzymujących się z własnych dochodów z pracy przypada 87 osób utrzymujących się niezarobkowych źródeł to jest ponad dwukrotnie więcej niż w 1988 r. (40 na 100 osób). Komitet nie podziela przy tym poglądu, który lansują u nas niektóre środowiska socjologów, że znaczna część bezrobotnych, bo sięgająca 1/3 ich liczby, ma charakter bezrobocia pozornego (dobrowolnego). Proporcje pomiędzy ludnością pracującą, a utrzymującą się ze środków społecznych w Polsce, nie mają precedensu w innych krajach Europy.
2. Obserwuje się bardzo ostry trend wzrostu liczby gospodarstw domowych jednoosobowych. Liczba tych gospodarstw wzrosła z 2,2 mln do 3,3 mln, czyli w ciągu 14 lat – o połowę. Uznać to można za przejaw narastającego egoizmu jednostek, który ma głębokie korzenie w ideologii nieograniczonej wolności, stanowiącej kanon gospodarki rynkowej. Dlatego osoby decydujące się na taki styl życia powinny ponosić wyższe koszty utrzymania swych gospodarstw. Nie wolno też zapowiadać likwidacji wspólnego rozliczania się małżonków z obowiązków podatkowych i innych podobnych rozwiązań. Mogłoby to bowiem jeszcze przyspieszyć ten niekorzystny proces.
3. Bardzo niepokojące są tendencje wzrostu liczby ludzi o niepełnej sprawności (z 3,7 mln osób w 1988 r. do 5,5 mln w roku 2002), Dotyczy to już 14% społeczeństwa. Szczególnie zastanawiający jest wzrost liczby niepełnosprawnych w wieku do 16 lat. Liczba ta wzrosła z 14 tys. według poprzedniego spisu do 135 tys. w roku 2002, czyli prawie 10-krotnie. Dopatrywać się tutaj należy wpływu likwidacji po 1989 roku

opieki medycznej w szkołach oraz pogorszenia sytuacji materialnej większości rodzin w Polsce, zwłaszcza bezrobotnych. W tym świetle trzeba też patrzeć na problem badań prenatalnych.

4. Niepokój budzi również wzrost liczby rodzin niepełnych (prawie o 1/3). Żyje w nich prawie 1,7 mln dzieci będących na utrzymaniu tylko jednego z rodziców.
5. Obserwuje się ponad 4-krotny – w stosunku do 1988 r. – wzrost liczby mieszkańców, dla których jedynym źródłem utrzymania są zasiłki z pomocy społecznej, których realna wartość systematycznie spada.
6. Tym niekorzystnym strukturalnym zjawiskom towarzyszy wzrastający deficyt mieszkań, który może zaostrzyć jeszcze te problemy. Brak mieszkań jest szczególnie odczuwalny przez młodzież. Równocześnie prawie 0,5 mln mieszkań jest niezamieszkałych, głównie z powodu zbyt wysokich cen w stosunku do możliwości finansowych, zwłaszcza ludzi młodych. Zapowiadane obciążenie cen materiałów budowlanych podatkiem VAT w wysokości 22% może spowodować obniżenie się liczby budowanych nowych mieszkań i jeszcze zaostrzyć sytuację mieszkaniową w przyszłości. Odnotować natomiast należy pozytywnie wyraźną poprawę standardu wyposażenia mieszkań, którą wykazał spis.

W świetle tych tendencji szczególnie pilną sprawą staje się:

1. Uporządkowanie ewidencji i lepsze rozpoznanie rzeczywistej skali dłuższych pobyków zagranicznych obywateli Polski, a w tym również – statusu podwójnego obywatelstwa, które wykazało prawie 0,6 mln osób. Należy tutaj przypomnieć o konieczności pilnego opracowania polskiej polityki imigracyjnej i emigracyjnej, której potrzebę sygnalizowaliśmy w memoriale z 16 października 2002.
2. Komitet uważa, że rosnące ambicje lokalne niektórych grup ludności jak np. tych osób, które zadeklarowały w spisie swoją narodowość jako Ślązaków, powinny być wykorzystane w interesie całej populacji tych regionów i rozwoju kraju, a nie być przedmiotem posądzeń o działania destruktywne.