

Uwarunkowania demograficzne  
polityki społecznej w Polsce  
w latach 1990-2010

Sierpień 1993

Józefina Hrynkiewicz

**Raport**

**Nr 45**

W raporcie dokonano analizy podstawowych uwarunkowań demograficznych polityki społecznej w Polsce. Analiza obejmuje zjawiska i procesy charakteryzujące sytuację demograficzną Polski w latach dziewięćdziesiątych. Wyniki analizy posłużyły do wskazania zasadniczych czynników warunków demograficznych, które powinny być uwzględnione na najbliższe lata.

## Uwagi wstępne

Sytuacja demograficzna powinna obiektywnie wyznaczać zakres przyszłych zadań w polityce społecznej państwa. W szczególności dotyczy to szkolnictwa, zatrudnienia, ochrony zdrowia, ochrony pracy, ubezpieczeń społecznych i zabezpieczenia społecznego, mieszkalnictwa. Jednocześnie procesy i zjawiska demograficzne stanowią najbardziej obiektywny, syntetyczny sprawdzian osiągnięć i zaniechań polityki społecznej.

W ostatnich latach demografowie sygnalizują występowanie w Polsce szeregu niepokojących zjawisk i procesów ludnościowych. Stanowią one mogą;

- główną przesłankę polityki ludnościowej państwa eliminującą (lub ograniczającą) zagrożenia prawidłowego przebiegu procesów ludnościowych (mogą stanowić podstawę konstruowania programów doraźnych),
- narzędzie oceny skuteczności zastosowanych dotychczas w polityce ludnościowej środków,
- instrument syntetycznej oceny rezultatów wieloletniej polityki społecznej,
- podstawowy czynnik wyznaczający długofalowe zadania polityki społecznej państwa.

Z punktu widzenia polityki społecznej państwa, zjawiska i procesy demograficzne stanowią ważne narzędzie zarówno oceny skutków podejmowanych działań, jak i programowania działań długofalowych. Ocena skutków polityki społecznej na podstawie wskaźników demograficznych jest wprawdzie możliwa dopiero po dłuższym czasie, lecz jej zasadniczym walorem jest mierzalność i obiektywny charakter ocen. Dzięki tym cechom zjawiska i procesy demograficzne stanowią powinny zasadniczą przesłankę konstruowania długofalowych programów polityki społecznej państwa.

W niniejszym opracowaniu ocena sytuacji demograficznej Polski przeprowadzona zostanie głównie z punktu widzenia dotychczasowych skutków i przyszłych zadań polityki społecznej państwa. Jej podstawą będą dane GUS, Rządowej Komisji Ludnościowej (w 1993 roku ukazał się 18 raport tej Komisji), ZUS, Państwowej Inspekcji Pracy, wyniki publikowanych badań i analiz. Dane GUS i Rządowej Komisji Ludnościowej zbierane są systematycznie od wielu lat. Stanowią główne źródło syntetycznych informacji o stanie i przebiegu procesów ludnościowych.

**W Polsce utrzymują się (i pogłębiają) niekorzystne tendencje zmian wskaźników: umieralności, przeciętnego trwania życia, zachorowalności, urodzeń i migracji.** Zniesienie ograniczeń w publikowaniu danych, wzmogło zainteresowanie wielu badaczy analizą zjawisk i poszukiwaniem przyczyn utrwalania się (i rozszerzania) tych niekorzystnych tendencji. Współczesną sytuację demograficzną Polski charakteryzują następujące zjawiska i procesy:

- **osłabienie tempa rozwoju ludności - od 1983 roku spada liczba urodzeń, wzrasta liczba zgonów,**
- **systematyczne skracanie się przeciętnego dalszego trwania życia mężczyzn i kobiet,**
- **wzrastająca liczba zgonów, przy utrzymywaniu się głównych czterech przyczyn zgonów (choroby układu krążenia, nowotwory, urazy i zatrucia, choroby układu oddechowego), narastające w Polsce terytorialne zróżnicowania**

umieralności ogólnej oraz zróżnicowania umieralności według podstawowych przyczyn,

- zwiększa się odsetek pracujących w warunkach szkodliwych i uciążliwych dla zdrowia,

- stale utrzymuje się ujemne saldo migracji zagranicznych,

- obniża się dynamika przemieszczeń ludności wewnątrz kraju.

## 1. Urodzenia

Tendencja spadku liczby urodzeń w Polsce jest rezultatem dwóch zasadniczych czynników: **obniżania się poziomu płodności kobiet oraz niekorzystnych zmian w strukturze kobiet w wieku rozrodczym (15-49 lat)**. Dzietność kobiet miejskich wynosiła w 1991 r. 1,76 dzieci (na jedną kobietę w wieku rozrodczym w 1990 r. - 1,77). Współczynnik dzietności kobiet wiejskich był wyższy - 2,48 w 1990 r. i 2,53 - w 1991 r. Występujący poziom dzietności w miastach oznacza zawężoną reprodukcję ludności miejskiej (trwającą nieprzerwanie od 1962 r.), natomiast poziom dzietności na wsi zapewnia rozszerzoną reprodukcję ludności wiejskiej, lecz nie jest w stanie przyczynić się nawet do prostej reprodukcji ludności Polski z uwagi na to, że liczba ludności wiejskiej jest znacznie niższa od liczby ludności miejskiej.

Występujący obecnie w Polsce poziom dzietności kobiet oznacza więc zawężoną reprodukcję ludności. Rok 1992 był kolejnym, czwartym już rokiem, w którym wartość ogólnego współczynnika reprodukcji netto kształtowała się poniżej poziomu gwarantującego prostą zastępowalność pokoleń. W roku 1992 urodziło się 516 tys. dzieci - był to najniższy w całym okresie powojennym poziom urodzeń.

Od 1989 roku trwa w Polsce **proces zawężonej reprodukcji ludności**. Współczynnik reprodukcji ludności Polski netto w 1991 r. wyniósł 0,971 (w miastach - 0,833, na wsi - 1,196).

Analiza urodzeń według kolejności pokazuje, że **wzrasta znacznie liczba urodzeń pierwszych**, maleje liczba urodzeń drugich i trzecich. Nieznacznie też wzrasta liczba urodzeń piątych i dalszej kolejności. Dane te wskazują, że kształtują się obecnie w Polsce dwa modele dzietności rodzinnej:

- /1/ **rodziny z jednym dzieckiem**,

- /2/ **rodziny wielodzietne** - pięcioro i więcej dzieci (hipoteza ta wymaga potwierdzenia w rozszerzonych badaniach statystyczno-społecznych). Na wsi udział urodzeń 3 i dalszych stanowił w 1991 roku około 35%, w mieście około 24%.

**Wzrasta odsetek urodzeń realizowanych w najmłodszej grupie wieku rozrodczego kobiet (15-19 lat)**. W 1990 roku urodzenia kobiet niepełnoletnich stanowiły 8,0% wszystkich urodzeń, w 1991 r. 8,5% (tj. 43,9 tys. i 46,4 tys. dzieci). Zjawisko to w podobnym natężeniu występuje na wsi i w mieście. Znaczna część tych dzieci rodzi się poza małżeństwem (około 6,6% urodzeń żywych w 1991 r.). Wśród młodocianych matek obserwuje się w ostatnich latach wzrost urodzeń pozamałżeńskich. Rodzi to rozległe i skomplikowane problemy natury społecznej i ekonomicznej (większość z tych kobiet utrzymuje się z niezarobkowego źródła -stypendium, zasiłek, renta, lub pozostaje na utrzymaniu rodziców). Ważne są też aspekty medyczne dotyczące dzieci tej grupy kobiet; ryzyko zgonu dziecka z tej grupy matek jest dwukrotnie wyższe niż matek starszych wiekiem, dzieci te mają niższą wagę urodzeniową. Wśród

młodocianych matek występuje więcej samoistnych poronień, przedwczesnych poro-  
dów, więcej rodzi się dzieci z niską wagą urodzeniową, dzieci te na ogół gorzej się roz-  
wijają.

Przyczyny tego zjawiska są złożone; stres spowodowany trudną dla bardzo mło-  
dej i nieprzygotowanej do macierzyństwa kobiety sytuacją psychiczną i społeczną,  
ukrywanie przez dłuższy czas ciąży przed otoczeniem, zbyt późne zgłaszanie się do  
lekarza, nieodpowiedni do stanu tryb życia, złe odżywianie się ciężarnej itp.

Zjawisko wzrostu liczby urodzeń w grupie młodocianych matek stanowi obecnie  
poważny problem społeczny (tym bardziej że wykazuje ono znaczną dynamikę); do  
jego rozwiązania nie jest przygotowany ani system ochrony prawnej, ani system so-  
cjalny państwa, nie ma też w odpowiedniej skali działań i inicjatyw organizacji poza-  
rządowych.

Od początku lat osiemdziesiątych notowany jest stały **wzrost udziału i liczby  
urodzeń pozamałżeńskich**. W 1991 r. odsetek tych urodzeń wyniósł 6,6% ogółu  
urodzeń żywych (6,2% w 1990 i 4,7% w 1980), zaś liczba dzieci urodzonych poza  
małżeństwem wynosiła 36,2 tys.

W Polsce utrzymuje się na wysokim poziomie udział i liczba **dzieci o małej wa-  
dze urodzeniowej**; w 1991 roku wynosił 8,0% (43,8 tys.). Wśród dzieci z niską wagą  
urodzeniową wysoki jest udział przedwczesnych zgonów niemowląt. Niski ciężar  
urodzeniowy skorelowany jest z wiekiem matki, jej stanem zdrowia, warunkami życia,  
paleniem tytoniu i spożywaniem alkoholu, sposobem odżywiania się podczas ciąży,  
złym stanem środowiska naturalnego, w którym ona żyje. Do czynników tzw. ryzyka  
należą: ciąża wyprzedzająca zawarcie związku małżeńskiego, bardzo młody wiek  
matki, zamieszkiwanie w rejonie ekologicznego zagrożenia, urodzenia pozamałżeń-  
skie.

## 2. Dynamika demograficzna

**W Polsce pogarsza się dynamika demograficzna - zmniejszają się relacje  
między liczbą urodzeń i liczbą zgonów. Następuje dalszy spadek przyrostu na-  
turalnego ludności, w**

1990 roku przyrost wyniósł 157,4 tys. osób, w 1991 r. 142,0 tys. Współczynnik  
przyrostu naturalnego zmalał w tym czasie z 4,1 promila do 3,7 promila.

## 3. Umieralność niemowląt

**W Polsce utrzymuje się wysoki wskaźnik umieralności niemowląt.** Wskaźnik  
ten jest syntetyczną miarą oceny:

1/ poziomu opieki zdrowotnej w kraju, 2/ opieki nad matką i dzieckiem, 3/ stanu  
zdrowia społeczeństwa, 4/ warunków życia ludności oraz 5/ polityki ludnościowej  
państwa.

W Polsce współczynnik umieralności niemowląt w 1991 r. wynosił 14,9 promila  
(według definicji obowiązującej w Polsce lub 18,2 promila według definicji stosowanej  
przez WHO). Polska należy pod tym względem do grupy krajów o wysokim poziomie  
umieralności niemowląt. Główne przyczyny umieralności niemowląt to wady rozwojo-  
we wrodzone (umieralność neonatalna), niska waga, z którą rodzi się dziecko, (58%

ogólnej liczby zgonów), choroby zakaźne i pasożytnicze oraz choroby układu oddechowego.

#### 4. Małżeństwa

**Zmniejsza się liczba zawieranych małżeństw. Osłabia się skłonność do zawierania małżeństw;** utrwała się spadkowa tendencja liczby zawieranych małżeństw. Nie są wyjaśnione przyczyny tego stanu. W 1991 roku zawarto 233 tys. małżeństw, natomiast rozwiązanych zostało wskutek: śmierci męża 140 tys. śmierci żony 48,4 tys., rozwodu 33,8 tys. Każdemu z 1000 małżeństw zawartych w 1991 roku - odpowiadało 601 rozwiązanych z powodu śmierci męża, 203 wskutek śmierci żony i 145 na skutek rozwodu. Osłabienie skłonności do zawierania małżeństw jest charakterystyczne dla krajów Zachodu. Na podstawie dostępnych w Polsce danych trudno ocenić, czy jest to zjawisko spowodowane przyczynami opisanymi w krajach Zachodu (wyższa aktywność zawodowa kobiet, większa samodzielność ekonomiczna, wzrost zamożności społeczeństwa i in.). Nie można też stwierdzić, czy jest to w Polsce tendencja utrwalona.

#### 5. Małżeństwa zawierane za zgodą sądu

W 1991 roku zmniejszyła się nieznacznie, rosnąca systematycznie od początku lat osiemdziesiątych, liczba małżeństw zawieranych za zgodą sądu - ich udział w 1990 roku wyniósł 9,2%, w 1991 roku - 8,4% ogólnej liczby małżeństw. Zgoda sądu na zawarcie małżeństwa w większości dotyczy mężczyzn, młodociane mężatki (w wieku 16-17 lat) stanowiły 2,8% w 1990 r. i 2,7% w 1991 r. Większość małżeństw zawieranych za zgodą sądu dotyczy sytuacji, gdy kobieta spodziewa się narodzin dziecka. Młodzi ludzie zawierający małżeństwo za zgodą sądu najczęściej są nadal utrzymywani przez swoich rodziców, ponieważ nie mają samodzielnych środków utrzymania i mieszkania. W większości też nie są przygotowani do wykonywania zawodu.

#### 6. Rodziny niepełne

**Zjawiskiem wysoce niepokojącym jest wzrost liczby rodzin niepełnych - wynosiła ona w 1991 około 1690 tys. (90% z nich to matki samotnie wychowujące dzieci). W rodzinach tych wychowuje się ok. 2 mln dzieci. W warunkach pogłębiającej się recesji i kryzysu - rodziny te są w coraz gorszej kondycji materialnej, coraz trudniej też mogą spełniać swoje powinności ekonomiczne i socjalizacyjne. Od 1978 roku utrzymuje się wysoka dynamika wzrostu liczby rodzin niepełnych - jest ona blisko trzykrotnie wyższa niż dynamika wzrostu liczby rodzin w ogóle.**

#### 7. Rozwody

**Od 1986 roku zmniejsza się w Polsce liczba rozwodów. W 1991 roku wynosiła ona 33,8 tys. Częściej rozwodzą się małżeństwa w mieście (82%), niż na wsi**

(16% orzeczeń, pozostałe 2% dotyczyło osób zamieszkałych za granicą). Najczęstszym motywem zawarcia małżeństwa, które zakończyło się rozwodem, w najniższych grupach wieku (16 - 17 i 18 - 19 lat) było oczekiwanie dziecka. Z badań GUS wynika, że głównym motywem zawarcia małżeństwa dla około 74% kobiet poniżej 18 roku życia i 64% mężczyzn poniżej 21 roku życia była ciąża.[1] Najwięcej małżeństw rozwodzi się w pierwszych 10 latach trwania małżeństwa (a więc w okresie najbardziej nasilonej rozrodczości). Z badań GUS wynika, że 47% kobiet rozwodzi się, ponieważ mężowie nadużywają alkoholu, 41% dlatego, że mężowie zdradzają i nie interesują się rodziną). Małżeństwa, które rozwiodły się w 1991 roku miały na utrzymaniu 35,8 tys. małoletnich dzieci i młodzieży poniżej 18 lat. [2]

## 8. Stan zdrowia ludności

**Pogarsza się stan zdrowia ludności - utrzymuje się obserwowana od wielu lat tendencja wzrostu zachorowalności, chorobowości i umieralności. Podstawowe przyczyny zgonów to: choroby układu krążenia, nowotwory, urazy i zatrucia.**

Utrzymuje się i pogłębia zła sytuacja epidemiologiczna w dziedzinie chorób zakaźnych. Zła sytuacja epidemiologiczna w Polsce jest w znacznej mierze skutkiem niedowładu organizacyjnego w działalności państwowych służb sanitarnych, w zakresie koncepcji i programu działania, kontroli, oraz braku współdziałania z innymi służbami państwowymi odpowiedzialnymi za stan warunków pracy i życia (inspekcją pracy, ochrony środowiska). W roku 1991 - w porównaniu z rokiem 1990 - nastąpił dalszy wzrost:

- zapadalności na grypę (prawie 25-krotny),
- zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby (w 1990 r. o 19%, a w 1991 roku o 22,8%),
- zapadalności na świerzb (o 76%),
- zapadalności na różyczkę (3,5-krotny),
- zatruc i zakażeń pokarmowych (o 3,2%, w tym zatruc pokarmowych wywołanych pałeczkami salmonella (o 5,3%).
- w 1991 roku zanotowano 7,5 tys. nowych zachorowań na choroby weneryczne (nastąpił wzrost zachorowań na kiłę i jej następstwa, spadła zapadalność na rzeżączkę).
- spadła w 1991 roku zapadalność na odrę, przyusznicę, czerwonkę.

W Polsce wciąż bardzo poważnym problemem społeczno-medycznym (skutecznie rozwiązany w większości krajów Zachodu) jest **gruźlica**. Utrzymuje się od lat wysoka zapadalność na gruźlicę (wskaźnik zapadalności na tę chorobę wyniósł 43,1 na 100 tys. ludności w 1991 r. i 42,3 w 1990 r.). Wzrasta liczba zachorowań - w 1990 r. zarejestrowano 16,1 tys., a w 1991 r. 16,5 tys. nowych przypadków zachorowań na gruźlicę. Niepokojąco duży wzrost zachorowań na gruźlicę nastąpił wśród niemowląt (wzrost 3,5-krotny) oraz wśród dzieci w wieku: 5 - 9 lat (wzrost o 13%) i 10 - 14 lat (wzrost o 30%). W 1991 r. w poradniach gruźlicy i chorób płuc zarejestrowanych było 798,9 tys. osób. Dostępne dane nie pozwalają stwierdzić, czy notowany znaczny wzrost zachorowań na gruźlicę u dzieci jest wzrostem faktycznym, czy też wynika z lepszej wykrywalności choroby.

Najwyższą zapadalność na gruźlicę notuje się od wielu lat w województwach: zamojskim (65,6 na 100 tys. ludności w 1991 r.), siedleckim (62,8), ciechanowskim (57,5), plockim (53,5) i częstochowskim (53,0). Zgony z powodu następstw gruźlicy stanowiły w 1991 roku 43,5% wszystkich zgonów z powodu chorób zakaźnych i pasożytniczych. W Polsce w końcu lat siedemdziesiątych jednym z sukcesów społecznych, propagandowo wykorzystywanych, były rzekomo wielkie osiągnięcia w zwalczaniu gruźlicy. W ślad za ogłoszonym "sukcesem" rozpoczęto likwidację zbudowanej w latach wcześniejszych struktury dla profilaktyki i zwalczania gruźlicy (placówek leczenia, systemu kształcenia i doskonalenia personelu medycznego, edukacji, badań itp.).

Notowany od kilku lat wzrost zachorowań na gruźlicę jest skutkiem pogarszających się warunków życia, pogarszającego się stanu środowiska, a także zbyt wczesnej likwidacji systemu profilaktyki i leczenia.

W związku z rozpoczęciem w Polsce w 1990 roku badań na obecność antyciał HIV stwierdzono zakażenie u 1437 obywateli - do końca 1990 r. W 1992 roku (w związku z obchodzonym 1 grudnia Światowym Dniem Walki z AIDS) poinformowano, że w Polsce zarejestrowano dotychczas 118 przypadków zachorowania na AIDS, 60 osób zmarło, 2392 osoby są zarażone wirusem HIV.

## 8. Wpływ warunków pracy na stan zdrowia

**Istotną, chociaż niedocenianą w Polsce, przyczyną złego stanu zdrowia społeczeństwa są złe warunki pracy.** Istniejące statystyki i system informacji nie pozwala na właściwą ocenę wagi i znaczenia wpływu złych warunków pracy na stan zdrowia społeczeństwa. W Polsce tendencje w sferze bezpieczeństwa pracy od lat są bardzo niekorzystne. Pomimo malejącej produkcji i rosnącego bezrobocia nie zmniejszają się zagrożenia dla zdrowia związane ze środowiskiem pracy.

W 1990 roku było ogółem 108 274 wypadki przy pracy (wskaźnik częstotliwości wypadków 8,4%), w tym 850 wypadków śmiertelnych i 5 507 wypadków z ciężkim uszkodzeniem ciała, 44 943 wypadki powodujące niezdolność do pracy trwającą 29 i więcej dni). W roku 1991 było ogółem 115 972 wypadki (wskaźnik częstotliwości 9,6%, wypadków śmiertelnych 786, a ciężkich uszkodzeń ciała było 5 339, wypadków powodujących 29 i więcej dni niezdolności do pracy było 51 244). Najwyższe wskaźniki częstotliwości wypadków notowano w przemyśle (15,3), leśnictwie (13,2), rolnictwie (11,9), budownictwie (11,3). W warunkach zagrożenia zdrowia pracowały w 1990 roku (na 1000 zatrudnionych) 163 osoby i 168 osób w 1991 roku. Wzrost wypadków śmiertelnych (w granicach 40% - 70%) nastąpił w przemysłach: spożywczym, drzewnym, metalowym, leśnictwie. Zmniejszyła się liczba wypadków w przemyśle wydobywczym (ze 137 w 1990 r. do 87 w 1991 r.), wiąże się to ze zmniejszeniem wydobywania, zatrudnienia i lepszym nadzorem.

Utrzymuje się od wielu lat wysoka liczba wypadków śmiertelnych w rolnictwie (w 1990 r. -399, w 1991 r. - 361). Wysoka jest liczba wypadków w rolnictwie powodujących trwałe uszczerbek na zdrowiu: w 1991 r. było przyznano rolnikom 57 tys. świadczeń z tego tytułu. Państwowa Inspekcja Pracy zwraca jednakże uwagę, że liczba wypadków w rolnictwie faktycznie jest dużo wyższa, niż wykazują to statystyki oficjalne; aby otrzymać dane zbliżone do stanu faktycznego należałoby oficjalne dane po-

mnożyć przez 3 - 7 razy (por. Sprawozdanie Głównego Inspektora Pracy z działalności PIP w 1991 r., Warszawa 1992). Nie ma obowiązku zgłaszania do GUS informacji o wypadkach w rolnictwie indywidualnym. O liczbie tych wypadków można wnioskować na podstawie liczby decyzji o świadczeniach odszkodowawczych z ubezpieczenia społecznego; w 1991 r. wydano 56 927 orzeczeń o wypłacie świadczeń z tytułu wypadków przy pracy (361 z tytułu śmierci). Prawie połowa wypadków przy pracy w rolnictwie powstaje z winy pracowników. Sytuacja w rolnictwie indywidualnym słabo rozpoznana.

Inspektorzy PIP zwracają uwagę, że **zaniżana jest liczba wypadków w zakładach prywatnych, ponieważ pracodawcy ukrywają wypadki chcąc uniknąć wydatków na świadczenia, zaś pracownicy obawiają się utraty pracy i także je ukrywają. Brak umów o pracę umożliwia ukrywanie zarobków, unikanie podatków, ale także pozbawia poszkodowanego prawa do świadczeń.** PIP zwraca też uwagę na małą aktywność związków zawodowych w zakresie ochrony i warunków pracy.

Wzrasta też liczba osób zapadających na choroby zawodowe (wzrost w 1991 r. w stosunku do 1990 wyniósł 28%). Około 90% przypadków chorób zawodowych miało miejsce po ponad dziesięcioletnim kontakcie z czynnikami i warunkami powodującymi chorobę (zachorowania dotyczą głównie osób w wieku 40 - 59 lat). **Wzrost wypadków przy pracy i chorób zawodowych ma miejsce w sytuacji znacznego spadku produkcji (w 1991 roku spadek ten w stosunku do 1989 r. wyniósł 33,2%). W 1991 r. stwierdzono w Polsce 11 988 nowych zachorowań na choroby zawodowe (o 2 662 więcej niż w 1990 roku). Współczynnik zachorowalności w 1991 r. wyniósł 111,4 na 100 tys. zatrudnionych; był najwyższy w ostatnim dwudziestoleciu.** Najczęstszymi schorzeniami zawodowymi są; zawodowe uszkodzenia słuchu, choroby narządu głosu, choroby zakaźne i inwazyjne, pylica płuc, choroby skóry, zespół wibracyjny, przewlekłe zapalenie oskrzeli, zatrucia. ZUS przyznał w 1991 r. 3 469 rent z tytułu wypadków przy pracy i 6 269 z tytułu chorób zawodowych (w stosunku do 1990 roku liczba przyznanych świadczeń długoterminowych wzrosła o 24%).

Wzrost liczby osób zapadających na choroby zawodowe jest skutkiem wieloletniej pracy w warunkach zagrożenia, przestarzałych technologii, złego stanu sprzętu i pomieszczeń, a także złej sytuacji ekonomicznej zakładów pracy, które ograniczają wydatki na poprawę warunków pracy, ochronę zdrowia, szkolenia i współpracę z ośrodkami naukowymi. W kontrolowanych przez inspektorów PIP w 1991 roku zakładach wstrzymano lub ograniczono prace nad mechanizacją i hermetyzacją procesów stwarzających zagrożenia dla pracowników oraz zakupy maszyn i urządzeń poprawiających warunki pracy.

W Polsce nie prowadzi się celowej rotacji pracowników zatrudnionych na stanowiskach szkodliwych i uciążliwych dla zdrowia, tak, aby ograniczyć ryzyko zachorowania na chorobę zawodową. Nie informuje się pracowników podejmujących pracę na stanowiskach szkodliwych i uciążliwych dla zdrowia o zagrożeniach związanych z pracą, w tym także zagrożeniach dla potomstwa. Przeciwnie - cały system świadczeń socjalnych i uprawnień (dodatki za pracę w warunkach szkodliwych, korzystniejsze warunki uzyskania renty i emerytury, niż w powszechnym systemie pracowniczym) skłania do trwałego i nieprzerwanego zatrudnienia na takich stanowiskach. W Polsce



nie ma podmiotu polityki społecznej odpowiedzialnego za prewencję, rehabilitację i pomoc pracownikom w odzyskaniu zdolności zarobkowania i powrotu do systemu zatrudnienia. W krajach o rozwiniętych systemach ubezpieczeń społecznych funkcje takie spełniają ubezpieczenia od wypadków przy pracy i chorób zawodowych oraz ubezpieczeń chorobowych. W Polsce we wszystkich postulatach związanych z warunkami pracy nie żąda się zmiany tych warunków, lecz skrócenia czasu pracy potrzebnego do uzyskania renty i emerytury, wyższego wymiaru świadczeń socjalnych, dodatków itp. System podatkowy także nie sprzyja poprawie warunków pracy.

Dane GUS wykazują, że podstawowym obszarem zagrożeń złymi warunkami pracy są zakłady państwowe. Trzeba jednak zwrócić uwagę, że nierozpoznanym obszarem zagrożeń czynnikami szkodliwymi dla zdrowia są nowo utworzone zakłady prywatne i inne, które nie są objęte sprawozdawczością o narażeniu zdrowia w związku z wykonywaną pracą zawodową. W wielu przypadkach warunki pracy w sektorze prywatnym są gorsze niż w zakładach państwowych; często zlokalizowane są one w piwnicach, suterynach, budynkach inwentarskich, na strychach, używają wyeksploatowanych maszyn i urządzeń. Prywatni pracodawcy zatrudniają pracowników bez badań lekarskich, uprawnień i szkolenia bhp.

Z informacji Państwowej Inspekcji Pracy wynika, że w ostatnich latach likwiduje się przemysłową służbę zdrowia oraz ogranicza się jej działalność do opieki leczniczej. Maleje systematycznie liczba porad o charakterze profilaktycznym.

Trudna sytuacja na rynku sprawia, że wiele osób podejmuje pracę bez uwzględnienia wpływu złych warunków pracy na ich zdrowie, bez koniecznego zabezpieczenia i ochrony. Sprzyja temu nie tylko wysoka podaż pracy na rynku, ale też i niska świadomość pracowników i pracodawców, skomplikowane, nieprzejrzyste i niespójne przepisy prawa pracy i ubezpieczeń społecznych. Zatrudnianie bez umów na piśmie, nagminne zaniżanie zarobków pracowników (w celu obniżenia podatków i składek ubezpieczeniowych) powoduje wiele napięć i konfliktów, szczególnie wówczas, gdy pracownik ulegnie wypadkowi i ubiega się o odszkodowanie.

## 9. Umieralność

**Następuje dalszy wzrost umieralności z powodu chorób: - układu krążenia - 52,4% wszystkich zgonów w 1990 r., nowotworów - 19% zgonów, urazów, wypadków i zatruc -8,8% (główna przyczyna to wypadki drogowe).** Spadła, chociaż nieznacznie, umieralność z powodu chorób układu oddechowego. Największą dynamikę wykazują zgony z powodu chorób układu krążenia.

**Następuje dalszy wzrost umieralności mężczyzn,** dotyczy to mężczyzn w wieku od 35 -59 lat zarówno w mieście, jak i na wsi. Lata osiemdziesiąte i początek lat dziewięćdziesiątych charakteryzują się niekorzystnymi tendencjami w zakresie umieralności, (szczególnie w grupie mężczyzn w wieku 35 - 59 lat).

W Polsce od lat sześćdziesiątych wzrasta umieralność mężczyzn. Dotyczy to w szczególności grupy wieku 45 - 64 lat. Główne przyczyny to choroby układu krążenia, (wzrost umieralności z tego powodu w 1991 r. w stosunku do 1990 wyniósł 4,6%), urazy i zatrucia (wzrost o 7,7%) oraz pozostałe przyczyny (wzrost o 13,5%). Standaryzowana umieralność mężczyzn w wieku 45 - 64 lat w okresie 1960 - 1984 wzrosła o 45,4% (tylko dwa kraje europejskie miały w tym czasie wyższą umieralność męż-

czynn z tego powodu: Węgry - 73,3%, Czecho-Słowacja 50,1%). Nadumieralność mężczyzn jest odzwierciedleniem złej sytuacji zdrowotnej, jej przyczyny są bardzo złożone. Stanowią łączny skutek złych warunków życia (ubóstwa, złych warunków mieszkaniowych lub braku mieszkania, życia i pracy w środowiskach zdegradowanych pod względem ekologicznym), zatrudnienia w warunkach szkodliwych i uciążliwych dla zdrowia, niskiego poziomu opieki medycznej, braku systemu profilaktyki i wychowania do zachowań prozdrowotnych, nadużywania alkoholu, upowszechnienia palenia tytoniu, brak nawyków i warunków do odpoczynku i rekreacji.

Pogłębia się zróżnicowanie umieralności w przekroju wojewódzkim. Utrzymuje się wysoka umieralność w województwach: katowickim, łódzkim, szczecińskim, elbląskim, wałbrzyskim. Utrzymuje się nadumieralność kobiet i mężczyzn w młodszym grupach wieku w następstwie chorób nowotworowych (25 - 29 i 35 - 39 lat), z jednoczesnym różnicowaniem się terytorialnym tego zjawiska.

## 11. Kondycja psychiczna ludności

**W poradniach zdrowia psychicznego leczono w 1990 r. 553 tys. osób, w tym 133,9 tys. osób zgłosiło się po raz pierwszy. Do poradni odwykowych zgłosiło się w 1990 roku po raz pierwszy 34,2 tys. osób. Spożycie alkoholu (w przeliczeniu na alkohol 40%. wynosiło 9,6 litra na 1 mieszkańca. Zanotowany od 1989 roku spadek spożycia o 1,3 litra wskazuje raczej na utratę kontroli państwa nad tym zjawiskiem, niż na faktyczne zmniejszenie spożycia. W ocenie specjalistów (m.in. J. Melibruda) wskazuje się, że od 1990 r. nastąpił około 40% wzrost spożycia alkoholu, oraz znaczny wzrost zachorowań na choroby pozostające w związku z nadużywaniem alkoholu.**

**Wzrosła liczba samobójstw (4970 osób w 1990 r., 5316 osób w 1991 r.).** Nastąpił dalszy wzrost (o 7%) liczby zgonów wskutek samobójstw. Liczba samobójstw w Polsce gwałtownie rośnie od 1989 roku. Wskazuje się na zagrożenia wynikające z nieuwzględniania kosztów społecznych w procesie transformacji systemowej, jako na główną przyczynę wzrostu tej liczby. Liczba zabójstw wynosiła 1122 w 1990 r. i 1099 w 1991 r.

## 12. Przeciętne trwanie życia

**Obserwuje się dalsze skracanie się przeciętnego trwania życia - dla mężczyzn wynosiło 66,11 lat, dla kobiet 75,27 lat w 1991 roku.** Różnica na niekorzyść mężczyzn wyniosła w 1991 roku 9,16 lat i powiększyła się w stosunku do 1990 roku (wynosiła 8,69 lat i 8,13 lat w 1985 r.). W 1991 roku w stosunku do 1990 roku przeciętne dalsze trwanie życia noworodka płci męskiej obniżyło się o 0,40 lat, a noworodka płci żeńskiej o 0,22 lat. Tendencja taka pogłębia się od kilku lat. Demografowie (m.in. M. Okólski) formułują tezę o "anormalności" w sferze zdrowotności i umieralności ludności, jaka ma miejsce w Polsce i byłych krajach komunistycznych. Charakteryzuje się ona słabnięciem od początku lat sześćdziesiątych dynamiki spadku natężenia zgonów i skracaniem się przeciętnego trwania życia ludzkiego w Polsce. [3]

Szczególnie ostry przebieg ma obniżanie się przeciętnego trwania życia mężczyzn dorosłych; w Polsce w 1991 roku dalsze trwanie życia mężczyzny po ukoń-

czeniu 30 roku życia było krótsze o 3,1 roku niż 25 lat wcześniej. Natężenie zgonów mężczyzn w latach 1965 - 1990 uległo zwiększeniu we wszystkich rocznikach, z tym że w rocznikach między 35 a 60 rokiem życia zwiększyło się o 40%, natomiast w rocznikach 45 - 49 wzrosło o 65%. Przyczyny zgonów koncentrują się w ponad 80% przypadkach na trzech grupach:

- choroby układu krążenia,
- nowotwory,
- urazy i zatrucia.

M. Okólski formułuje tezę, iż mamy w Polsce do czynienia z **kryzysem zdrowotnym** ludności, który można w skrócie opisać przy pomocy dwóch parametrów: pogarszania się stanu zdrowia większości grup ludności według wieku oraz zaburzenia wzorca umieralności. Zdaniem M. Okólskiego pogarszanie się zdrowia społeczeństwa znajdowało swój wyraz w następujących zjawiskach:

- wzrost liczby ciąż patologicznych, urodzeń przedwczesnych, urodzeń z niedowagą, pogorszenie się stanu zdrowia młodych kobiet,
- nasilanie się zaburzeń rozwojowych zwłaszcza młodzieży wiejskiej, wzrost liczby dzieci i młodzieży wymagającej stałej opieki lekarskiej, pogarszanie się wskaźników antropometrycznych młodzieży,
- obniżanie się sprawności fizycznej uczniów oraz młodych mężczyzn stających do poboru wojskowego,
- wzrost liczby i odsetka osób, które zmuszone zostały do przerywania aktywności zawodowej z przyczyn zdrowotnych,
- wzrost inwalidztwa i niepełnosprawności w najstarszych grupach wieku,
- wzrost lub utrzymywanie się wysokiej zapadalności na niektóre choroby (np. układu krążenia, nowotwory, marskość wątroby, zapalenia górnych dróg oddechowych, choroby zawodowe, gruźlicę, cukrzycę, zatrucia, wirusowe zapalenie wątroby).

Ze sfery zjawisk związanych ze umieralnością szczególne znaczenie, zdaniem M. Okólskiego, miały:

- wzrost ogólnego natężenia zgonów, a szczególnie dotkliwie mężczyzn w wieku średnim,
- skracanie się przeciętnego trwania życia ludzkiego, tak kobiet, jak i mężczyzn,
- stosunkowo wysokie natężenie zgonów niemowląt (w tym brak poprawy w umieralności tzw. neonatalnej),
- gwałtowny wzrost natężenia zgonów na choroby układu krążenia, nowotwory, urazy, zatrucia,
- utrzymywanie się na wysokim poziomie (lub wzrost) zróżnicowania umieralności między różnymi regionami kraju i różnymi grupami ludności. (7)

Anormalności przebiegu procesów demograficznych w Polsce to wynik wielu powiązanych ze sobą przyczyn; złych warunków pracy, złych warunków życia (ubóstwa), złego stanu ochrony zdrowia, systematycznie pogarszającego się stanu środowiska naturalnego, złej kondycji psychicznej społeczeństwa poddanego wieloletnim stresom i zagrożeniom (najpierw realnym socjalizmem, a obecnie, nieliczącymi się z kosztami społecznymi, żywiołowo przebiegającymi procesami transformacji systemu). Kryzys zdrowotny w Polsce ma charakter utrwalony, długotrwały i intensywny. Jego wyrazem jest zaburzenie procesów ludnościowych. Charakter kryzysu zdrowotnego wskazuje na konieczność podjęcia długofalowych, skoordynowanych działań,

które doraźnie ograniczyłyby skutki, a w dłuższym czasie eliminowały przyczyny niekorzystnych zjawisk.

### 13. Migracje

**Systematycznie maleje trend przemieszczeń ludności.** Zmniejszają się migracje wewnętrzne, maleje napływ ludności ze wsi do miast (221,8 tys. w 1989 r., 196,6 tys. w 1990 r. i 189 tys. w 1991 r.). Odpływ z miast na wieś pozostaje na zbliżonym poziomie (odpowiednio 82,0 tys., 83,9 tys. i 82,6 tys. osób). Liczba osób zmieniających miejsce zamieszkania w 1991 r. wyniosła 505,4 tys. osób i była niższa o 24,5 tys. niż przed rokiem. Spadek liczby ludności zmieniającej miejsce zamieszkania dotyczył wszystkich kierunków: saldo migracji wieś - miasto w 1991 r. wyniosło minus 106,4 tys. osób (6,3 tys. mniej niż w 1990 r.). Przyczynami spadku przemieszczeń ludności są: recesja gospodarcza, bezrobocie, brak mieszkań. **Zwiększa się dysproporcja (nadmiar mężczyzn) w strukturze ludności według płci w młodszych grupach wieku na wsi w województwach rolniczych (łomżyńskie, ostrołęckie, siedleckie, zamojskie, białkopodlaskie).**

Zmniejszenie się trendu przemieszczeń ludności wewnątrz kraju oznacza, iż zostały wyczerpane możliwości przemieszczania ludności ze wsi do miasta. Nie ma także koncepcji rozwoju społeczno-ekonomicznego terenów nie zurbanizowanych. Szczególnie trudna jest sytuacja na terenach po zlikwidowanych PGR. Liczba ludności "zbędnej" na terenach rolniczych nie jest znana; w państwowych gospodarstwach rolnych zatrudnionych było około 350 tys. pracowników, liczbę chłopów-robotników szacowano na 2 - 3 mln osób, (większość byłych pracowników PGR i byłych chłopów-robotników utraciła poprzednie zatrudnienie). Określenie liczby ludności "zbędnej" na terenach nie zurbanizowanych jest niemożliwe bez odniesienia takich szacunków do koncepcji rozwoju społeczno-ekonomicznego tych terenów. Odnotowywany w statystykach wzrost (nieznaczny) zatrudnienia w rolnictwie wskazuje na to, iż ten dział gospodarki pełni rolę, jak to miało miejsce we wczesnych fazach industrializacji, "przechowalni" zbędnych zasobów pracy. Jeżeli jednak w okresach poprzednich wiadomo było, iż jest to przechowalnia dla rozwijającego się przemysłu, to obecnie nie jest wiadomo, w jakim celu przechowuje się te zasoby pracy, jak długo mają tam pozostawać.

**Nie jest znana liczba osób opuszczających Polskę na stałe i na pewien czas.** Istniejące dane statystyki państwowej i szacunki znacznie różnią się od siebie. Polskie statystyki podają dane liczbowe ponad 10-krotnie niższe niż statystyki krajów Europy Zachodniej. Szacuje się, że czasowo pracuje za granicą (dane dla roku 1991 około 500 - 800 tys. osób). Oficjalne dane informują, że liczba osób, które opuściły Polskę na stałe w 1990 roku wyniosła 18,4 tys., w 1991 r. - 21 tys. Liczba imigrantów na pobyt stały do Polski w 1990 r. wyniosła 2 626 osób i 5 040 w roku 1991. Około 58% wyjazdów z Polski rekrutuje się z katowickiego, opolskiego, gdańskiego, olsztyńskiego, wrocławskiego i krakowskiego.

Według danych statystyki niemieckiej w latach 1989 - 1990 wyjechało z Polski do RFN 756,1 tys. osób. W tym samym okresie powróciło do Polski 308,2 tys. osób. Łącznie na terenie RFN w latach 1989 - 1990 przebywało 448 tys. osób (w latach 1987 - 1990 liczba obywateli polskich przebywających w RFN wyniosła 747,1 tys. osób). Według

danych GUS w latach 1989 - 1990 wyjechało na stałe z Polski do RFN 29,9 tys. osób, a w latach 1987 - 1990 około 73,9 tys. osób. Statystyka szwedzka podaje, że w latach 1989 - 1991 przybyły z Polski per saldo 5403 osoby, zaś według statystyki GUS wyjechało na stałe z Polski do Szwecji w tym czasie 1469 osób. Statystyka holenderska podaje, że w latach 1989 - 1991 pozostawało w Holandii per saldo 3383 obywateli polskich, w Danii 1429 osób, w Szwajcarii - 704, w Grecji (w 1989 r.) 3888 obywateli polskich. [5]

W Polsce nie gromadzi się i nie analizuje wystarczających i wiarygodnych informacji o kształtowaniu się procesów migracyjnych. Nie są znane powody dla których odpowiednie instytucje zrezygnowały po 1989 roku ze zbierania miarodajnych danych o migracji obywateli polskich. Brak wiarygodnych danych dotyczy także liczby obywateli niepolskich przyjeżdżających i pozostających w Polsce (nie wiemy ile osób, skąd, po co i na jak długo przyjeżdża do Polski). Braków tych nie można usprawiedliwić brakiem koncepcji według której dane takie będą zbierane i analizowane (tym bardziej że w wielu krajach Europy Zachodniej, m. in. w RFN) funkcjonują od wielu dziesięcioleci systemy zbierania i analizy danych dotyczących procesów migracyjnych. Według danych GUS liczba osób, które przekroczyły granicę Polski wyniosła w 1991 r. 113,9 mln osób, a w 1992 r. około 150 mln osób. Nie wiadomo ile osób spośród przekraczających granicę i jak długo pozostaje w Polsce.

**W Polsce nie słabnie nacisk na emigrowanie na Zachód.** Na podstawie dostępnych danych nie możemy scharakteryzować populacji migrujących pod względem społeczno-demograficznym.

W badaniach demograficzno-społecznych zagadnienia emigracji i imigracji należą do najtrudniejszych. W literaturze wskazuje się na wielkie trudności w realizacji badań z tej dziedziny, na konieczność integracji wysiłków badawczych i podejmowania badań interdyscyplinarnych, które dopomogłyby w bliższym poznaniu tych zagadnień.

Wobec znacznych różnic w danych dotyczących rozmiarów emigracji trudno jest oszacować, jaki jest rzeczywisty przyrost ludności w Polsce. Raport Rządowej Komisji Ludnościowej uwzględniający dane oficjalne GUS podaje, że rzeczywisty przyrost ludności Polski w 1991 roku wynosił 126,0 tys. osób (był niższy o 11% niż w 1990 roku).

Nasila się emigracja osób wysoko wykształconych do krajów zachodnich. Duży udział w tej grupie stanowią osoby zatrudnione w nauce i szkolnictwie wyższym. W latach osiemdziesiątych wyemigrował z Polski: co dziesiąty biolog, co siódmy lekarz, 12% chemików, 14% matematyków i fizyków, 10% inżynierów. Około 34% wyemigrowało do USA, 23% do RFN, 14% do Kanady. (6)

## 14. Zasoby pracy

**W Polsce - w latach 1991 - 2010 - odnotuje się duży przyrost ludności w wieku produkcyjnym. Liczba ludności w tej grupie wieku wzrośnie o około 3,5 mln osób (o 14,7%). W tym samym czasie wzrost tej kategorii ludności w Europie (bez b. ZSRR) wyniesie 6,5 mln osób. Oznacza to, że w europejskim przyroście zasobów pracy Polska partycypuje aż w 54%. Pozostałe 46% przypada na: Czechy, Słowację, Rumunię. Jugosławię, Albanie, Francję, Wielką Brytanię, Hiszpa-**

nię, Irlandię, Portugalię i Holandię. W tym samym czasie nastąpi w wielu krajach znaczny ubytek zasobów pracy - największy w RFN (o ponad 4,2 mln osób, tj. o 18,2%). W Polsce pogłębią się problemy związane z zapewnieniem zatrudnienia i zwalczaniem bezrobocia. Trudności te będą pogłębione dodatkowo przez niekorzystne zmiany w strukturze zasobów pracy oraz skutki wadliwej struktury szkolnictwa na poziomie ponadpodstawowym (wysoki udział młodzieży kształconej w zasadniczych szkołach zawodowych, niski poziom skolaryzacji młodzieży na poziomie wyższym).

Do roku 2010 narastać będzie proces starzenia się zasobów pracy - zarówno w Polsce, jak i w Europie. Wzrostowi liczby ludności w wieku produkcyjnym towarzyszyć będą niekorzystne przekształcenia w jej strukturze według wieku. Udział młodszej grupy wieku (do 44 lat) w tej populacji ustabilizuje się, natomiast wzrośnie o 3,2 mln osób (tj. o 49,1%) populacja starsza (powyżej 45 roku życia). Emigracja z Polski spowoduje znaczące pogłębienie tego zjawiska. Trzeba zwrócić uwagę na to, że procesom emigracyjnym z Polski sprzyjać też będzie wielomilionowa polska emigracja z lat ubiegłych. Liczbę emigrantów pochodzących z Polski, a obecnie mieszkających w krajach zachodnich szacuje się na około 13-14 mln osób. Emigracji z Polski sprzyjać też będzie niski poziom życia i słaba chłonność rynku pracy. Natomiast przeciwdziałać emigracji z Polski będzie polityka ochrony krajowych rynków pracy prowadzona przez państwa zachodnie.

**Przeobrażenia w polskiej gospodarce wskazują, że podaż pracowników będzie znacznie przewyższała popyt na pracę, pogłębi się zjawisko bezrobocia, zwiększy się nacisk na skracanie wieku emerytalnego i na łagodzenie warunków uzyskania renty inwalidzkiej, nie ustanie i nie zmniejszy się nacisk na emigrację na Zachód.**

W 1990 r. zgłoszono 511,0 tys. wniosków o emeryturę i 378,1 tys o rentę inwalidzką, (w 1991 odpowiednio 499,3 i 436,0, w 1992 r. 284,8 i 314,3 tysięcy osób). Około 24% obecnych (tzn. pobierających świadczenia w 1993 r.) emerytów i rencistów w Polsce przybyło w latach 1990-1992. Trudności na rynku pracy zwiększają nacisk starszych pracowników na uzyskanie uprawnień do świadczeń z ubezpieczenia społecznego. Ma to miejsce szczególnie w rejonach zagrożonych bezrobociem. Przechodzeniu na renty i emerytury sprzyja też realizowana polityka społeczna, która - w ułatwieniach przechodzenia na emerytury i renty - poszukuje sposobu na złagodzenie napięć na rynku pracy. Odsunięcie od pracy starszych pracowników ma, w założeniu, powiększyć szanse zatrudnienia ludzi młodym.

Obniżająca się efektywność gospodarowania w rolnictwie, a także postępujące zubożenie ludności rolniczej, zachęca wielu rolników indywidualnych do przechodzenia na emerytury i renty (tylko w 1992 r. przybyło 11,8% ogółu rent i emerytur rolniczych).

## **15. Wnioski dla polityki społecznej wynikające z sytuacji demograficznej Polski.**

Przedstawiony stan procesów i zjawisk ludnościowych pozwala na sformułowanie niektórych wniosków dla polityki społecznej państwa w okresie transformacji systemu.

/1/ W Polsce ma miejsce kumulacja negatywnych cech położenia społecznego i ekonomicznego ludności, która w procesach ludnościowych manifestuje się; niskim poziomem reprodukcji (poniżej prostej zastępowalności pokoleń), spadkiem liczby zawieranych małżeństw, pogarszaniem się stanu zdrowia ludności i systematycznym wzrostem umieralności, dalszym pogłębianiem się zjawiska nadumieralności mężczyzn, skracaniem się przeciętnego dalszego trwania życia zarówno mężczyzn, jak i kobiet,

/2/ Nieprzewidywalny jest przebieg różnych procesów demograficznych w okresie transformacji systemowej. Szczególnej obserwacji i uwagi wymagają;

- **zmniejszający się przyrost naturalny**, zmiany w poziomie dzietności kobiet pod wpływem zwiększającej się aktywności zawodowej niektórych grup, wzrostu poziomu wykształcenia kobiet, późniejszego wieku zawierania małżeństwa,

- **wpływ i konsekwencje poszerzającego się ubóstwa**, braku pracy i stałego dochodu, braku mieszkania i szans na mieszkanie, na postawy prokreacyjne kobiet i małżeństw,

- **wpływ: stanu zdrowia**, w tym stanu zdrowia matek w ciąży, **stanu środowiska naturalnego** na zdrowie rodziców i dzieci oraz **ograniczonego (i nadal ograniczanego) dostępu do usług ochrony zdrowia** na stan zdrowia i jakość kolejnych populacji.

/3/ **Zmiany w zawieraniu małżeństw**: późniejszy wiek zawierania małżeństw, zwiększanie się udziału związków nieformalnych (obecnie jest ich 1,2% w stosunku do ogółu małżeństw), zmniejszonej skłonności do zawierania związków małżeńskich, wpływ instytucji separacji małżeńskiej na poziom rozwodów.

/4/ Szczególnie słabo poznanym i trudno dającym się zbadać problemem jest obecnie w Polsce **problem emigracji i imigracji**. W tym zakresie pozostaje wiele problemów nie wyjaśnionych. Nie jest dostatecznie znany wpływ emigracji i imigracji na stan i strukturę ludności w Polsce, na poziom zatrudnienia i bezrobocia, na prawidłowość oceny przebiegu zjawisk i procesów demograficznych. W związku z brakiem dostatecznych informacji i wiedzy o procesach demograficznych nie można ocenić rozmiarów i konsekwencji niektórych zjawisk;

- **jeżeli prawidłowe są oszacowania dotyczące liczby osób w wieku produkcyjnym przebywających za granicą - wynoszącej około 1 mln - to:**

- dramatyczne są wskaźniki umieralności osób w wieku produkcyjnym,  
- nieprawidłowe są publikowane dane dotyczące poziomu aktywności zawodowej,

- nieprawidłowe są dane dotyczące struktury wieku ludności.

Uzyskanie prawidłowych danych wymagałoby zbadania jednocześnie trzech problemów; aktywności zawodowej, migracji i bezrobocia. Takimi danymi obecnie informacja statystyczna nie dysponuje.

/5/ **Przeceniana jest w Polsce możliwość rozwiązania problemów bezrobocia drogą migracji**. W Europie Zachodniej jest obecnie około 12 mln ludzi bez pracy. Koszt ich zatrudnienia w poszczególnych krajach jest nieporównywalnie niższy niż koszt zatrudnienia (oficjalnego) nie tylko stałego, ale także i czasowego, pracowników cudzoziemskich. Kosztów tych nie równoważy niższe wynagrodzenie za pracę robotnika cudzoziemskiego. Dlatego też wszystkie kraje zachodnie będą różnymi metodami (skutecznie) bronić się przed napływem emigrantów z Polski (i z innych krajów Europy

Środkowo-Wschodniej). Będą chronić własny rynek pracy i finanse publiczne przed wydatkami związanymi z przyjmowaniem emigrantów. Problemu bezrobocia w Polsce, wynoszącego obecnie (w lipcu 1993 r.) około 2,7 mln osób, nie rozwiąże emigracja.

Prowadzona obecnie przez Polskę polityka szerokiego otwierania granic dla emigrantów z krajów postkomunistycznych może w krótkim czasie, w przypadku zaostrzenia się napięć politycznych w krajach sąsiednich, doprowadzić do żywiołowego napływu emigrantów i utraty kontroli państwa nad tym zjawiskiem. W konsekwencji na rynku pracy w Polsce pojawią się dodatkowe osoby poszukujące zatrudnienia (na ogół "na czarno", co umniejszy dochody budżetu). **Sprzyjać temu będą umowy o readmisji zawarte przez rząd Polski w maju 1993 r. z RFN i Czechami.** System socjalny państwa dodatkowo zostanie obciążony zadaniami przekraczającymi jego wydolność (finansową, kadrową, instytucjonalną). Wpłynie to na pogorszenie poziomu życia i zaspokojenia potrzeb obywateli polskich. Doświadczenia krajów Europy Zachodniej wskazują na wiele różnorodnych problemów wynikających z napływem emigrantów. Poza wydatkami, których w obecnym stanie finansów publicznych Polska nie jest w stanie ponieść, wystąpić może zagrożenie konfliktami społecznymi.

/6/ **Zła kondycja zdrowotna społeczeństwa** jest skutkiem wielu wzajemnie powiązanych ze sobą czynników i warunków związanych ze stanem środowiska naturalnego, stanem i warunkami środowiska pracy, stylem, poziomem i warunkami życia, stanem ochrony zdrowia i brakiem profilaktyki zdrowotnej, wreszcie niską oceną zdrowia i życia jako wartości samych w sobie.

/7/ **Szczególnie niepokojącym zjawiskiem jest narastanie natężenia umieralności z powodu chorób układu krążenia, nowotworów, wypadków (głównie komunikacyjnych), urazów i zatruc.** Główne przyczyny zgonów w Polsce są takie same, jak w innych krajach europejskich. To, czym negatywnie wyróżnia się Polska wśród innych krajów, jest wysoka i wciąż zwiększająca się umieralność mężczyzn w wieku średnim. Przyczyny tego zjawiska nie są wyjaśnione. Można wskazać, iż jest to skutek kilku wzajemnie wspierających się czynników: złych warunków i nadmiernej w stosunku do wydolności organizmu ludzkiego pracy, wysokiego spożycia alkoholu, rozpowszechnionego palenia tytoniu, niskiego poziomu życia, złego stanu opieki zdrowotnej i braku profilaktyki, a także złego stanu środowiska naturalnego. Obecny stan wiedzy nie pozwala na określenie wagi i znaczenia poszczególnych czynników w przyczynianiu się do wysokiej umieralności mężczyzn. Problem ten wymaga pogłębionych i systematycznych, interdyscyplinarnych badań.

/8/ Nie ma dostatecznych dowodów na głoszoną tezę, że przyczyną znacznego rozpowszechnienia się zaburzeń psychicznych jest brak programu polityki społecznej państwa. Systemu działań chroniących skutecznie słabsze grupy społeczne przed marginalizacją i zagrożeniem w okresie transformacji systemowej. Jednak chyba to właśnie spowodowało w latach 1989 - 1991 wzrost o 10% liczby hospitalizacji psychiatrycznych, samobójstw (wzrost w latach 1989 - 1991 o 22,8%, w tym samym czasie liczba zabójstw wzrosła o ponad 73%), psychoz alkoholowych (wzrost o 27% w latach 1989 - 1991), uzależnień lekowych.

/9/ **W okresie transformacji systemowej szczególne znaczenie ma czynnik tzw. ludzki.** Analiza programów społecznych i gospodarczych, formułowanych w Polsce od wielu lat wykazuje, że w procesach zmian ten - podstawowy dla powodzenia



procesów przekształceń czynnik - postrzegany jest częściej jako **obciążenie społeczeństwa wydatkami** (na kształcenie, pomoc socjalną, opiekę zdrowotną itp.) **niż szansa rozwoju**. Wskazuje na to między innymi;

- **brak reformy systemu edukacji w Polsce** polegającej na dostosowaniu polityki oświatowej państwa do warunków i potrzeb gospodarki rynkowej i demokratycznego społeczeństwa, na ograniczeniu zjawisk o charakterze patologicznym, na inwestowaniu w czynnik ludzki jako podstawowy warunek rozwoju cywilizacyjnego Polski,

- **żywiolowy przebieg procesów na rynku pracy**. W tym zakresie nie tylko nie ma programu działania obejmującego ochronę własnego rynku pracy, ale nawet koncepcji zbierania danych dotyczących rynku pracy w Polsce. Brak informacji o procesach zachodzących na rynku pracy uniemożliwia: opracowanie programu chroniącego zasoby pracy i wprowadzającego zasady gospodarowania tymi zasobami, kształtowanie rynku pracy kwalifikowanej przez system szkolnictwa i oświaty i kształtowanie generalnych kierunków polityki socjalnej państwa (m. in. w zakresie dochodów, ubezpieczeń społecznych, ochrony zdrowia, zatrudnienia),

- **brak w polityce gospodarczej państwa zasad i narzędzi skutecznej ochrony zasobów pracy przed degradacją, w tym także pracowników przed utratą zdrowia i sprawności** przez poprawę warunków pracy, ochronę pracownic w okresie prokreacyjnym, przed pracą w szkodliwych warunkach. Sygnalizowane przez Państwową Inspekcję Pracy zjawiska świadczące o pogarszaniu się warunków pracy, brak systemu prewencji i rehabilitacji - przy braku reformy systemu ubezpieczeń społecznych w części dotyczącej systemu ochrony pracowników przed skutkami złych warunków pracy - nie rokują poprawy,

/10/ Stan zjawisk i procesów demograficznych jest najbardziej obiektywnym instrumentem oceny skutków przyjętych do realizacji programów i poprzednio podejmowanych decyzji. Dla polityki społecznej państwa informacje o stanie ludności, strukturze procesów i zjawisk ludnościowych - powinny stanowić podstawową wytyczną programu działania w zakresie: ochrony zdrowia, ubezpieczeń społecznych, polityki rodzinnej, polityki oświatowej, polityki zatrudnienia, ochrony pracy, mieszkalnictwa, polityki w zakresie emigracji, kształtowania sieci osadniczej i polityki rozwoju przestrzennego kraju itp.

/11/ Skutki uprawiania przez ostatnie pół wieku polityki gospodarczej i społecznej bez uwzględniania uwarunkowań demograficzno-społecznych "zaowocowały" w Polsce "anormalnym" charakterem procesów i zjawisk demograficznych, których wystąpienie, przebieg i nasilenie nie jest przecież kwestią przypadku, lecz logicznym i konsekwentnym skutkiem wielu połączonych działań.

### Literatura cytowana:

1/ M. Kuciarska-Ciesielska, *Motywy zawarcia małżeństwa a rozwody*, "Wiadomości Statystyczne", 1992, nr 12 (badania reprezentatywne GUS, 1991 r., *Przyczyny i skutki rozwodów*).

2/ *Psychologiczno-demograficzne uwarunkowania rozwodów i ich konsekwencje*, GUS, Warszawa 1991.

3/ M. Okólski, *Anomalies in demographic transition in Poland*, "Geographia Polonica" 1992, nr 59.

4/ *Recent demographic developments in Europe*, Council of Europe Press, Bruxelles 1992.

5/ Sytuacja demograficzna Polski, Raport 1991, Raport 1992, Rządowa Komisja Ludnościowa

6/ Dane Europejskiego Instytutu Rozwoju Regionalnego UW, raport dla UNESCO, 1991.

7/ M. Okólski, *Kryzys zdrowotny w Polsce*, "Polityka Społeczna", 1993, nr 1.

### **Bibliografia:**

Augustyniak H., *Zmiany wzorców zachowań prokreacyjnych w ujęciu międzygeneracyjnym*, "Studia Demograficzne", 1992, nr 2/108.

Daszyńska M., *Sytuacja socjalno-bytowa młodych małżeństw w 1992 roku*, GUS, Warszawa 1993.

"Demografia 1990", GUS, Warszawa 1991.

Dzienio K., Drzewieniecka K., *Przewidywane zmiany w stanie i strukturze ludności w wieku produkcyjnym w krajach europejskich i pozaeuropejskich w latach 1990 - 2010 i ich konsekwencje dla migracji zagranicznych*, "Studia Demograficzne", 1992, nr 1/107.

Johnson P., *Starzenie się Europy a demografia gospodarcza*, "Polityka Społeczna", 1993, nr 1.

Kaczorowski G., *Umieralność mężczyzn w Polsce według wybranych przyczyn zgonów w latach 1960- 1989*, "Studia Demograficzne", 1992 nr 1/107.

Maksimowicz-Ajchel A., *Uwarunkowania zmian umieralności w trakcie przejścia demograficznego. Próba konkretyzacji*, WNE Uniwersytet Warszawski, Warszawa 1992.

Okólski M. (red), *Determinanty umieralności w świetle teorii i badań empirycznych*, "Studia i Materiały", SGPiS, Warszawa 1990.

*Prognoza ludności Polski według województw na lata 1990 -2010. Wersja po-emigracyjna*, GUS, Warszawa 1991.

Szamotołska K., *Biodemograficzne uwarunkowania występowania niskiej wagi urodzeniowej noworodków rodzonych przez nastolatki w Polsce*, "Studia Demograficzne", 1992 nr 2/108.

Sierpień 1993 r.