



Zmiany demograficzne w Polsce – jakie wyzwania rozwojowe przyniosą?

Irena E. Kotowska

Uwagi wstępne

Ocena wyzwań rozwojowych generowanych zmianami demograficznymi w Polsce wymaga zarówno wiedzy o procesach ludnościowych w przeszłości, jak i rozważenia ich przewidywanego przebiegu. Mówiąc o „zmianie demograficznej”, skupiam się na procesie odtwarzania pokoleń w ostatnich 30 latach oraz jego konsekwencjach w postaci zmian liczby ludności i struktur wieku. W tym okresie wystąpiły znaczne zmiany każdego z trzech składników określających dynamikę wielkości populacji i jej struktur wieku, czyli płodności, umieralności i migracji. Ważną składową zmiany demograficznej są zmiany zachodzące w rodzinach i gospodarstwach domowych, ale nie traktuję ich jako symetrycznego wątku niniejszych rozważań. Odwołuję się do nich, gdy komentuję omawiane procesy lub wskazuję na główne wyzwania rozwojowe. Innym ograniczeniem jest prowadzenie analizy zmian ludnościowych w skali całego kraju – nie

W Polsce od 2013 roku utrzymuje się przewaga liczby zgonów nad liczbą urodzeń. Ujemny przyrost naturalny pozostanie cechą zmian ludnościowych w przyszłości. Kraje regionu Europy Środkowo-Wschodniej, obecnie zaliczane do relatywnie młodych demograficznie, za 30 lat będą miały jedno z najstarszych społeczeństw na świecie, a Polska znajduje się wśród liderów tych przekształceń ludności.

Kierunek zmian jest nieodwracalny, determinują go przekształcenia struktury wieku wynikające z przeszłych zmian płodności i umieralności, takich jak spadek liczby kobiet w wieku rozrodczym oraz rosnąca liczba osób starszych w populacji. Wyzwanie rozwojowe, przed jakim staje Polska, polega zatem na działaniach ograniczających negatywne zmiany w strukturze ludności, a nie na skazanych na porażkę próbach odwrócenia trendu.

uwzględniam w związku z tym przestrzennego zróżnicowania przebiegu rozpatrywanych procesów. Sięgam natomiast do danych o innych krajach europejskich i pokazuję usytuowanie Polski w Unii Europejskiej.

Głęboki spadek płodności po 1989 roku i jej pozostawanie na niskim poziomie od roku 1998¹ oraz wyraźny spadek umieralności po 1991 roku spowodowały gwałtowne obniżenie dynamiki demograficznej. Od 1997 roku współczynnik przyrostu naturalnego pozostawał poniżej 1‰, a od roku 2013 utrzymuje się przewaga liczby zgonów nad liczbą urodzeń. Ujemny przyrost naturalny pozostanie cechą zmian ludnościowych w przyszłości. Liczba urodzeń nadal będzie się zmniejszać, ponieważ zmniejsza się liczba kobiet w wieku rozrodczym, zaś liczba zgonów będzie rosła wskutek szybko rosnącej subpopulacji osób starszych. Innymi słowy, przekształcenia struktury wieku ludności wynikające z przeszłych zmian płodności i umieralności będą główną determinantą kierunku przyszłych zmian liczby urodzeń i zgonów. Na nasilenie tych zmian, czyli kształtowanie się przyrostu naturalnego, można w ograniczonym stopniu wpływać poprzez oddziaływanie na wzrost płodności lub spadek umieralności, a także na migracje zagraniczne.

Nie zmieni to jednak ich kierunku. Konieczne jest też podkreślenie roli migracji zagranicznych, które stały się bardziej znaczącym niż przed rokiem 1989 składnikiem dynamiki ludności, czyli zmian jej stanu liczebnego i struktur demograficznych. Polska od wielu dekad była krajem odpływu ludności. Nie zmieniło się to w latach 90. XX wieku, a po roku 2004 emigracja znacznie się zwiększyła. Jednak strumienie migracji zagranicznych z ostatnich lat sygnalizują, iż Polska przekształca się w kraj emigracyjno-immigracyjny.

W pierwszych dwóch rozdziałach odpowiadam na pytanie, co się stało z odtwarzaniem pokoleń w Polsce w ostatnich trzech dekadach. Przebieg tego procesu, czyli zmiany płodności, umieralności oraz migracji zagranicznych po 1989 roku, omawiam w pierwszym z nich, przy czym składniki ruchu naturalnego (płodność, umieralność) ukazane są w perspektywie porównawczej innych krajów europejskich. Szczególna uwaga zwrócona jest na spadek płodności i jego mechanizm oraz na stan zdrowia populacji i umieralność, także w kontekście pandemii COVID-19. Poprawę dzietności w Polsce można uznać za jedno z zasadniczych wyzwań generowanych zmianą demograficzną, a jej możliwości komentowane są w nawiązaniu do uwarunkowań zmian zachowań prokreacyjnych. Innym wyzwaniem jest przeciwdziałanie niekorzystnym zmianom dotyczącym stanu zdrowia i umieralności Polaków obserwowanym

Po pierwsze, należy zadbać o stały wzrost dzietności. Zmiany w polityce rodzinnej przyniosły od 2014 roku wzrost liczby urodzeń w dużych miastach, co pokazuje, że kluczowe znaczenie dla decyzji prokreacyjnych mają: możliwość łączenia pracy zawodowej z opieką nad dziećmi oraz poziom zdrowia reprodukcyjnego, czemu sprzyja lepsza dostępność odpowiednich usług w dużych miastach.

Po drugie, konieczna jest gruntowna reforma systemu ochrony zdrowia, polegająca nie tylko na podniesieniu nakładów (które obecnie należą do najniższych w Europie), lecz także na reorganizacji zasobów w celu poprawy jakości i dostępności usług zdrowotnych oraz motywacji pracowników służby zdrowia. W przeciwnym razie niemożliwa będzie poprawa przeżywalności Polek i Polaków.

Po trzecie, niezbędne jest uczynienie z polityki migracyjnej strategii rozwoju kraju w warunkach trwałego spadku liczby ludności i potencjalnych zasobów pracy. Mogą temu służyć ułatwianie dostępu do rynku pracy migrantom zarobkowym oraz zwiększanie atrakcyjności Polski jako miejsca zamieszkania.

Paweł Marczewski

¹ Od 1989 roku przekrojowy współczynnik dzietności ogólnej pozostaje poniżej wartości 2,1, a zatem płodność w Polsce nie gwarantuje prostej zastępowalności pokoleń. Co więcej, od 1998 roku współczynnik nie przekracza 1,5 dziecka na kobietę w wieku rozrodczym (15–49 lat).

w ostatnich latach, których nasilenia należy się spodziewać jako skutku pandemii i pogłębiającego się kryzysu systemu ochrony zdrowia. Stopniowe przekształcanie się Polski z kraju odpływu migracyjnego w kraj emigracyjno-imigracyjny stwarza możliwość ograniczenia niedoborów podaży pracy wynikłych ze zmniejszania się liczby ludności w wieku produkcyjnym, a otwarcie się na imigrację – stwarzającą szansę łagodzenia niekorzystnych skutków zmiany demograficznej – można także uznać za wyzwanie rozwojowe.

Głównym demograficznym skutkiem przeobrażeń, jakim podlegał proces odtwarzania pokoleń w Polsce po 1989 roku, są zmiany liczby ludności Polski i jej struktury według wieku. Omawiam je w trzeciej części opracowania. Ważniejsze od niewielkiego dotąd spadku liczby ludności, który jednak w przyszłości znacznie się nasili, są zmiany struktury wieku. Pomimo utrzymującej się niskiej dzietności oraz wzrostu długości życia zahamowanego w ostatnich latach, Polska charakteryzuje się obecnie stosunkowo słabo zaawansowanym procesem starzenia się populacji w porównaniu do innych krajów europejskich czy szerzej: krajów rozwiniętych ekonomicznie. Główną cechą tego procesu jest wzrost liczby osób starszych (65 lat i więcej) oraz ich udziału w całej populacji. Nasz kraj ma też jeszcze relatywnie niskie, choć stale rosnące inne wskaźniki opisujące przekształcenia struktury wieku ludności. Jednak proces ten ulegnie intensyfikacji w najbliższych dekadach, a tempo wzrostu udziału osób w wieku 65 lat i więcej w całej populacji będzie jednym z najszybszych w Europie. Towarzyszy temu znaczący spadek liczby ludności w tzw. wieku produkcyjnym, co pogarsza proporcje między potencjalnymi wytwórcami dóbr i usług a ich konsumentami.

Kolejna część opracowania odnosi się do tego, jak będą kształtować się zmiany liczby ludności i jej struktur wiekowych według projekcji ludnościowych Eurostatu opublikowanych w kwietniu 2020 roku (EUROPOP2019). Po krótkich uwagach o założeniach dotyczących płodności, umieralności i migracjach przyjętych w tych projekcjach przedstawiono spadek liczby ludności Polski i zmiany struktur wieku dla okresów pięcioletnich w latach 2020–2050. Przewidywania Eurostatu nie uwzględniają pandemii COVID-19, która zmienia zasadniczo umieralność i charakterystyki przeżycia, a także wpływa na pozostałe składowe zmian ludnościowych (płodność i migracje).

Główne wyzwania generowane przez zmiany demograficzne w Polsce są rozważane w ostatniej części opracowania. Omawiam tam przede wszystkim zmiany dzietności i umieralności, kluczowe dla przewidywanych zmian ludnościowych, ale także identyfikuję zagrożenia dla rynku pracy i wzrostu gospodarczego. Zwracam wreszcie uwagę na konieczne dostosowania instytucjonalne dotyczące zarówno rozwoju sektora usług społecznych, jak i systemu emerytalnego.

W analizach korzystam z szeregów czasowych danych, przy czym wybieram na ogół dane dla kolejnych podokresów. Chcąc pokazać znaczenie roku 2020 jako cezury czasowej, podaję zarówno dane dla 2019 roku, jak i dla 2020 roku.

Podczas pracy nad niniejszą analizą korzystałam ze swego tekstu opublikowanego w „Zeszytach Gospodarczych” (2021, nr 1) przez Warsaw Enterprise Institute².

2 I.E. Kotowska, *Sytuacja demograficzna Polski – diagnoza, perspektywy, główne wyzwania*, w: T. Wróblewski, I.E. Kotowska, J. Piekutowski, S. Stodolak, *Demografia*, „Zeszyty Gospodarcze” 2021, nr 1, Warsaw Enterprise Institute, s. 16–40, wei.org.pl/2021/dokumenty/raporty/admin/zeszyty-gospodarcze-1-2021-gospodarka/ (dostęp dla wszystkich cytowań: 25 sierpnia 2021).

Zmiany procesu odtwarzania pokoleń w Polsce po 1989 roku

Zmiany liczby urodzeń i płodności

Zachowania prokreacyjne Polaków uległy zasadniczym przemianom po roku 1989. Wpisują się one w prawidłowości przemian obserwowanych od końca lat 60. XX wieku w innych krajach europejskich – spadek płodności poniżej prostej zastępowalności pokoleń i odraczenie decyzji o rodzicielstwie do późniejszego wieku. Jednak odpowiednie charakterystyki procesu zmian płodności wskazują na różnice między Polską a innymi krajami Unii Europejskiej, co ilustrują odwołania do danych Eurostatu z 2019 roku.

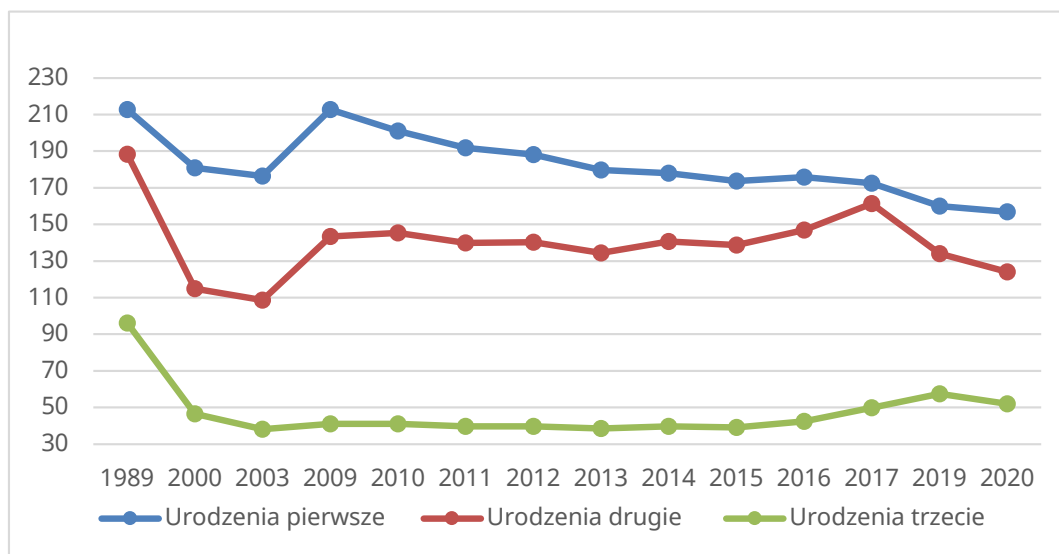
Rezultatami przemian zachowań prokreacyjnych są spadkowa tendencja liczby urodzeń (w tym szczególnie liczby urodzeń kolejnych dzieci w rodzinie), spadek płodności i zmiany jej wzorca według wieku, a w rezultacie wzrost średniego wieku matek w chwili urodzenia pierwszego dziecka oraz wzrost średniego wieku macierzyństwa. Przemiany te współwystępują ze spadkiem skłonności do zawierania małżeństw, a także większą skłonnością do tworzenia związków niemałżeńskich (kohabitacja albo związki *Living Apart Together* [będąc razem, ale żyjąc osobno]). Zwiększają się zatem liczba urodzeń pozamałżeńskich i ich udział w ogólnej liczbie urodzeń. Rośnie także ryzyko rozpadu małżeństw z powodu rozwodów.

Ogólna liczba urodzeń zmniejszyła się z 562,5 tys. w 1989 roku do 351,1 tys. w roku 2003, przy czym był to okres, gdy w wieku najwyższego natężenia urodzeń (20–29 lat) były kobiety urodzone w latach 1970–1985, czyli podczas echa powojennego wyżu urodzeń. Od 2004 roku liczba urodzeń stopniowo rosła (do 417,6 tys. w roku 2009), jednak już rok później ponownie wystąpiła tendencja spadkowa do 355,3 tys. w 2020 roku. Tendencję zakłócił wzrost liczby urodzeń w latach: 2014 (o blisko 6 tys. w stosunku do roku poprzedniego), 2016 (o prawie 13 tys.) i 2017 (o blisko 20 tys.).

Jednocześnie znacząco zmieniła się struktura urodzeń według kolejności, choć zmiany udziału urodzeń pierwszego i drugiego oraz kolejnych dzieci nie przebiegały jednolicie w rozpatrywanym okresie. Różne nasilenie zmian liczby urodzeń pierwszego, drugiego i trzeciego dziecka ilustruje odmienny mechanizm zmian płodności w poszczególnych fazach obserwowanych w latach 1989–2020: 1989–2003, 2004–2009, 2010–2015 oraz po 2015 roku (rys. 1)³.

³ Ukazując zmiany odpowiednich charakterystyk urodzeń i płodności, okres 1989–2003 ujmuję syntetycznie, wówczas bowiem zmiany przebiegały regularnie – był to systematyczny spadek lub systematyczny wzrost określonej zmiennej. Po roku 2003 występowały fazy wzrostu i spadku tej samej zmiennej, dlatego ten okres jest przedstawiony bardziej szczegółowo.

Rys. 1. Zmiany liczby urodzeń pierwszego, drugiego i trzeciego dziecka (w tys.), wybrane lata z okresu 1989–2020*



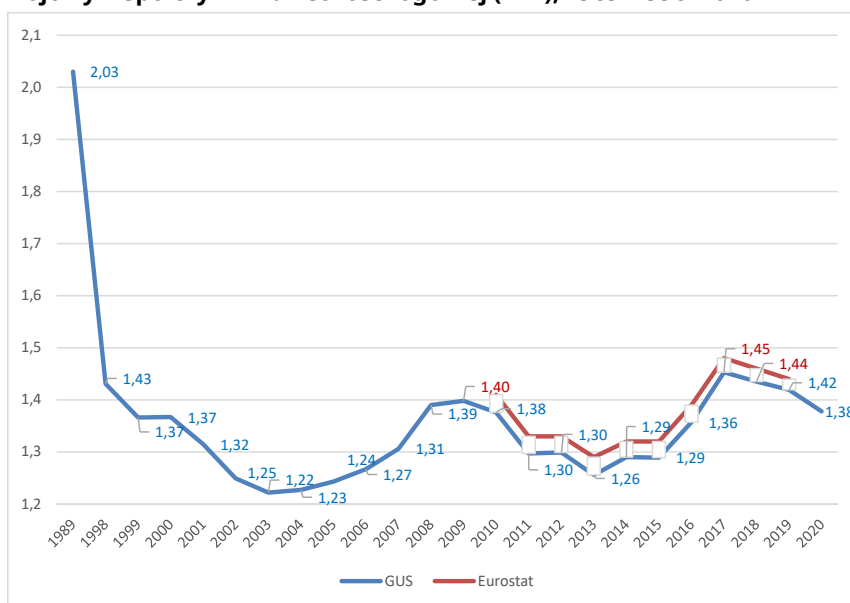
* Zmiana karty rejestracji urodzenia dziecka uniemożliwiła poprawne ustalenie kolejności urodzeń w roku 2018.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Dla pierwszej fazy stałego spadku ogólnej liczby urodzeń (1989–2003) charakterystyczne były: silny wzrost udziału urodzeń pierwszego dziecka (z 37% w 1989 roku do 50% w roku 2003), nieznaczny spadek udziału urodzeń drugiego dziecka (z 33% do 31%) oraz widoczne zmniejszenie się udziału urodzeń kolejnych dzieci, przede wszystkim trzeciego dziecka (z 17% do 11%). Ta faza zmian zachowań prokreacyjnych polegała głównie na odraczaniu decyzji o pierwszym dziecku, odraczaniu (rezygnacji z) urodzenia drugiego dziecka oraz rezygnacji z kolejnych dzieci. Druga faza zmian to obserwowany w latach 2004–2009 wzrost ogólnej liczby urodzeń, wynikający z realizacji odroczonego urodzenia pierwszego, a przede wszystkim drugiego dziecka. Wzrosła liczba urodzeń pierwszego dziecka i silnie liczba urodzeń drugiego. W efekcie – przy stabilizacji udziału urodzeń kolejnych dzieci – pojawiły się tendencja spadkowa udziału pierwszych urodzeń i wyraźny trend wzrostowy udziału drugich urodzeń. Tendencje te utrzymują się w trzeciej fazie zmian, czyli podczas powrotu do spadkowej tendencji ogólnej liczby urodzeń. W fazie czwartej po 2014 roku zarysowała się nowa zmiana – zwiększenie się liczby i udziału urodzeń kolejnych dzieci, głównie urodzeń trzeciego dziecka. Na znaczący spadek liczby urodzeń po 2009 roku wpływał przede wszystkim spadek liczby urodzeń pierwszego dziecka, zaś chwilowy wzrost liczby urodzeń w roku 2014 oraz w latach 2016–2017 wynikał z większej liczby urodzeń drugiego i kolejnego dziecka, co ilustruje zmianę kalendarza urodzeń. Finalnie wśród 355,3 tys. urodzeń w 2020 roku urodzenia pierwszego i drugiego dziecka stanowiły odpowiednio 44% i 35%, a udział urodzeń trzeciego dziecka wzrósł do 15%.

Opisane zmiany liczby urodzeń wiążą się ze spadkiem płodności kobiet, czyli natężenia urodzeń wśród kobiet w wieku 15–49 lat. Miarą powszechnie stosowaną do syntetycznego opisu płodności jest przekrojowy współczynnik dzietności ogólnej (TFR – *Total Fertility Rate*; rys. 2). Współczynnik ten jest interpretowany jako średnia liczba dzieci przypadająca na kobietę w wieku 15–49 lat przy założeniu utrzymania się przez cały okres rozrodczy natężenia urodzeń w poszczególnych grupach wieku z danego roku (wzorec płodności według wieku – por. rys. 3). Wartości TFR na poziomie 2,10–2,15 gwarantują prostą zastępowalność pokoleń.

Rys. 2. Przekrojowy współczynnik dzietności ogólnej (TFR), 1989–1998–2020*



* Eurostat dokonuje własnych szacunków TFR, posługując się kategorią ludności rezydującej, tj. odnosi liczbę urodzeń przez kobiety według wieku do liczby kobiet rezydentek w tym wieku⁴. Eurostat nie opublikował swego szacunku TFR dla 2020 roku.

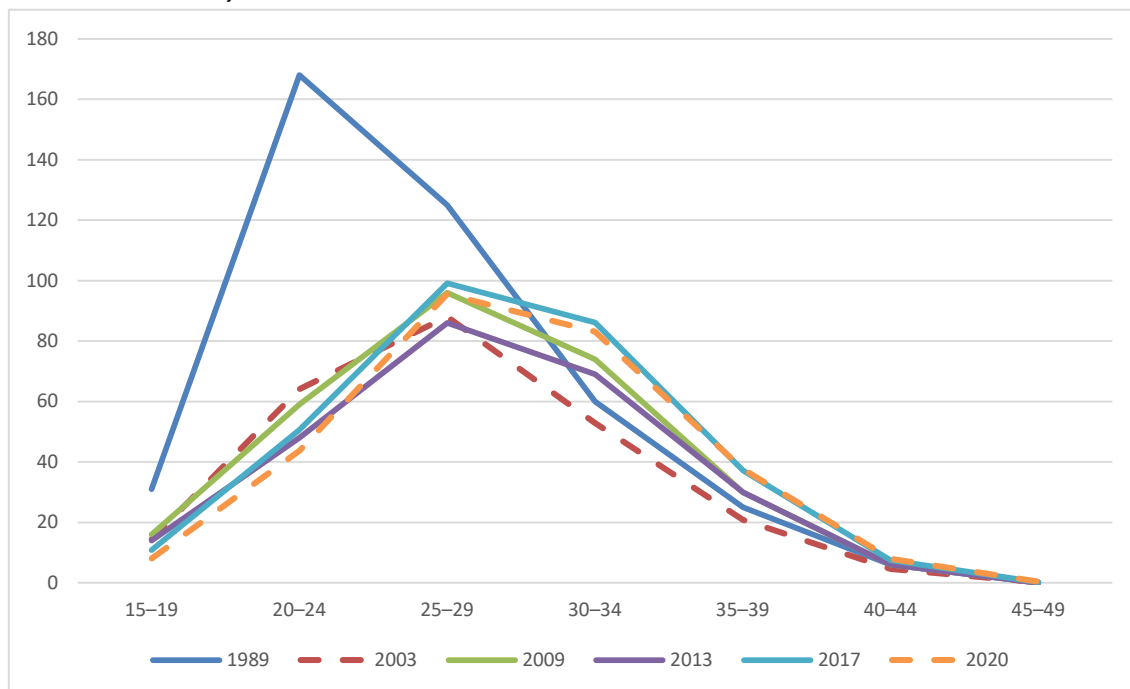
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS i Eurostatu.

Przekrojowy współczynnik dzietności nie gwarantował reprodukcji prostej ludności w Polsce już w roku 1989. W pierwszej fazie zmian (1989–2003) współczynnik ten szybko spadł do wartości charakteryzującej niską dzietność (w 1998 roku TFR < 1,5), a potem, w 2003 roku, obniżył się do 1,22, co oznacza bardzo niską dzietność (TFR < 1,3), a to sytuowało Polskę wśród krajów o najniższej dzietności nie tylko w Unii Europejskiej, ale też w skali całego świata. Przekrojowy współczynnik dzietności wzrastał od roku 2004, a zwłaszcza po 2013 roku, ale jego wartości zawierały się w przedziale 1,3–1,48, mimo że najliczniejsze kohorty kobiet z echa powojennego wyżu urodzeń (czyli urodzone w końcu lat 70. i na początku 80. XX wieku) osiągnęły wiek o największej płodności (25–34 lata). Polska nadal należy do krajów o niskiej dzietności – w 2019 roku w Unii Europejskiej niższą dzietność miały Finlandia, Luksemburg i kraje Europy Południowej (Malta, Cypr, Grecja, Włochy, Hiszpania i Portugalia). Jednak w warunkach zasadniczych zmian kalendarza urodzeń (opóźnienie) wartości tego miernika płodności są obciążone i zaniżają ocenę dzietności.

Spadkowi średniej liczby dzieci towarzyszyły zasadnicze zmiany wzorca płodności według wieku (rys. 3).

4 Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1260/2013 z 20 listopada 2013 roku w sprawie statystyk europejskich w dziedzinie demografii wyróżnia się dwie kategorie ludności: ludność zamieszkałą, czyli ludność według krajowej definicji miejsca zamieszkania, i ludność rezydującą, tzw. rezydenci, czyli ludność według międzynarodowej definicji miejsca zamieszkania (*Ruch naturalny. Bilanse ludności. Zeszyt metodologiczny*, GUS, Warszawa 2018). Ludność zamieszkała w Polsce to osoby zamieszkujące (przebywające) w poszczególnych gminach kraju przez okres co najmniej trzech miesięcy, łącznie ze stałymi mieszkańcami przebywającymi czasowo za granicą bez względu na okres ich nieobecności w kraju. Rezydentami są osoby zamieszkujące (przebywające) lub zamierzające przebywać w poszczególnych gminach kraju co najmniej 12 miesięcy. Kategoria ludności zamieszkałej w Polsce jest podstawą do obliczania odpowiednich wskaźników demograficznych i mierników społeczno-ekonomicznych wykorzystywanych głównie w skali kraju (wskaźniki publikowane przez GUS). Kategoria ludności rezydującej służy przede wszystkim potrzebom statystyki międzynarodowej. Szacunki ludności rezydującej opracowane przez GUS są przekazywane do Eurostatu i stanowią podstawę do obliczania odpowiednich wskaźników.

Rys. 3. Współczynniki płodności kobiet według wieku, wybrane lata z okresu 1989–2020 (urodzenia na 1000 kobiet)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Najsilniejsze przekształcenia krzywej płodności widoczne są do roku 2003, czyli dla pierwszej fazy zmian płodności w Polsce: szczególnie silny spadek cząstkowych współczynników płodności dotyczył kobiet w wieku 20–24 lata, a następnie w wieku 25–29 lat. W znacznie mniejszym stopniu spadło natomiast natężenie urodzeń wśród kobiet w wieku 30–39 lat. W kolejnych latach nie tylko wzrastało natężenie urodzeń wśród kobiet w wieku 25–29 lat (głównie w latach 2004–2009), ale przede wszystkim systematycznie rosły współczynniki płodności kobiet w wieku 30–34 i 35–39 lat.

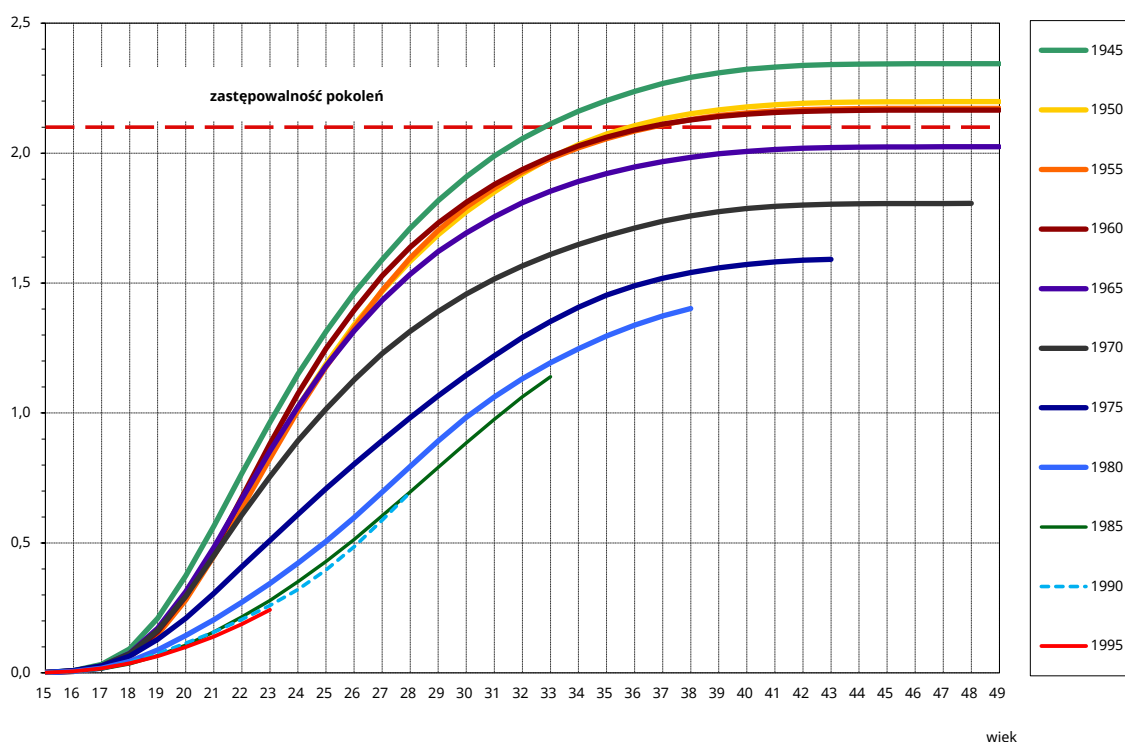
Te zmiany wzorca płodności według wieku ilustrują nie tylko spadek średniej liczby dzieci rodzonych przez kobiety („spłaszczenie” krzywej – efekt *quantum*), ale także późniejsze rodzenie pierwszych i kolejnych dzieci (efekt tempa). Spadek wartości przekrojowego współczynnika dzietności w danym roku może wynikać z odroczenia urodzenia dziecka, które pojawi się w późniejszym okresie. Gdy zatem posługujemy się przekrojowym współczynnikiem dzietności, musimy być świadomi jego ograniczeń jako miary płodności, ponieważ w warunkach zmian kalendarza urodzeń jego wartości są zaniżone. Proponuje się zatem, by stosować korektę tego współczynnika poprzez wyeliminowanie efektu tempa i korzystać ze skorygowanego przekrojowego współczynnika dzietności. W okresie 1990–2008 przyjmował on dla Polski wartości powyżej 1,5 dziecka na kobietę w wieku rozrodczym⁵, co wskazywało na wpływ odraczania urodzeń na dzietność w poszczególnych latach. Skorygowany współczynnik dzietności spadł do 1,6 w 2003 roku (nieskorygowany współczynnik wynosił 1,22), a następnie zmniejszył się do blisko 1,5 w roku 2008. W następnej dekadzie skorygowany współczynnik dzietności pozostawał poniżej 1,5, przy czym różnice między tymi dwoma miernikami były niewielkie, co wskazywało na coraz słabszy efekt tempa⁶.

5 D. Holzer-Żelaźewska, K. Tymicki, *Cohort and period fertility of Polish women, 1945–2008*, „Studia Demograficzne” 2009, 1 (155), s. 48–69.

6 *European Demographic Data Sheets*, lata 2012–2010, <https://www.oeaw.ac.at/vid/data/demographic-data-sheets>.

Powyższy opis zmian płodności po 1989 roku odwołuje się do urodzeń dzieci przez kobiety w wieku 15-49 lat w kolejnych latach kalendarzowych (ujęcie przekrojowe). Najpełniej zmiany płodności populacji ilustruje ujęcie kohortowe (wzdłużne), w którym sięga się do danych o rzeczywistej liczbie dzieci urodzonych przez kobiety z określonej kohorty urodzeniowej. Taka ocena płodności może być dokonana po zakończeniu okresu rozrodczego (lub pod koniec tego okresu, tj. dla kobiet, które ukończyły 40 lat). Kohortowy współczynnik dzietności oznacza średnią liczbę dzieci urodzonych przez kobiety z danej kohorty urodzeniowej. Rysunek 4 pokazuje dzietność wybranych kohort z okresu 1945–1995, do oszacowania której skorzystano z danych o urodzeniach do 2018 roku. Potwierdza on widoczną zmianę zachowań prokreacyjnych kobiet z kolejnych kohort urodzonych w 1965 roku i później. Wczesniejsze kohorty kobiet (z lat 1945–1960) miały podobny wzorzec zachowań prokreacyjnych, a liczba urodzonych dzieci pozostawała powyżej 2,1. Dzietność, która nie gwarantuje zastępowalności pokoleń, wystąpiła w kohorcie kobiet urodzonych w 1965 roku. Kohortowy współczynnik dzietności kobiet urodzonych w 1970 roku jest bliski 1,81, a dla kohorty z 1975 roku będzie jeszcze niższy – dla kobiet mających 43 lata wynosi 1,59. Dane z kolejnych kohort wskazują, że średnia liczba urodzonych dzieci będzie pozostawać w przedziale 1,4–1,5⁷.

Rys. 4. Współczynniki dzietności dla wybranych kohort kobiet* (1945–1995)



* Obliczeń dokonano na podstawie danych o urodzeniach do 2018 roku.

Źródło na podstawie aktualizacji rys. 4 w: K. Tymicki, K. Zeman, D. Holzer-Żelażewska, *Cohort fertility of Polish women, 1945–2015: the context of postponement and recuperation*⁸ (przez K. Tymickiego).

7 Całkowita liczba urodzonych dzieci w kohorcie kobiet z 1980 roku, które osiągnęły wiek 38 lat w 2018 roku, wynosiła 1,4. Kobiety z kohorty 1975 w tym samym wieku miały dzietność 1,54.

8 K. Tymicki, K. Zeman, D. Holzer-Żelażewska, *Cohort fertility of Polish women, 1945–2015: the context of postponement and recuperation*, „Studia Demograficzne” 2018, nr 2 (174), s. 5–23.

Reasumując, wyniki analizy płodności zarówno w ujęciu przekrojowym, jak i kohortowym wskazują, że Polska znalazła się w „pułapce niskiej dzietności”⁹.

Zmiany wzorca płodności kobiet według wieku można też syntetycznie opisać na podstawie przeciętnego wieku Polek w momencie urodzenia dziecka. Wiek ten wzrósł z 26,3 lat w 1989 roku do 29,7 lat w roku 2019, w czym dużą rolę odgrywa opóźnianie urodzenia pierwszego dziecka. Średni wiek Polek, które pierwszy raz zostawały matkami, wzrósł z 23,3 lat w roku 1989 do 27,6 lat w roku 2019. Mimo tych zmian Polska pozostaje krajem stosunkowo młodych matek w porównaniu do innych państw europejskich. W 2019 roku jedynie Bułgaria, Rumunia i Słowacja miały niższe wartości przeciętnego wieku kobiety w momencie urodzenia dziecka, zaś najwyższe wartości tej charakterystyki w przedziale 32,0–32,4 lata występowały w Hiszpanii, Irlandii, Włoszech, Szwajcarii i Luksemburgu. Podobnie tylko w Bułgarii, Słowacji i Rumunii oraz na Łotwie średni wiek urodzenia pierwszego dziecka był niższy w porównaniu z Polską, a najwyższe wartości tej charakterystyki, wynoszące 31,1–31,3 lat, występowały dla matek we Włoszech, Hiszpanii i Luksemburgu.

Charakterystyczną cechą zmian zachowań prokreacyjnych w Polsce w ostatnich trzech dekadach jest także systematyczny wzrost liczby i udziału urodzeń pozamałżeńskich: liczba tych urodzeń zwiększyła się z 32,7 tys. w 1989 roku do 93,8 tys. w 2020 roku, zaś ich udział w ogólnej liczbie urodzeń żywych wzrósł z 5,8% do 26,4%. Analizy struktury pierwszych urodzeń na podstawie danych do 2016 roku wskazują, że ta zmiana wynika głównie ze wzrostu udziału urodzeń dzieci poczętych i urodzonych poza małżeństwem (z 10% w roku 1989 do 34% w roku 2016) oraz słabszego wzrostu udziału urodzeń dzieci poczętych i urodzonych w związku małżeńskim (z 37% do 48%), znacznie zmniejszył się natomiast udział urodzeń dzieci poczętych poza małżeństwem, a urodzonych po zawarciu związku małżeńskiego¹⁰. Należy zwrócić uwagę, iż mimo tej wysokiej dynamiki urodzeń pozamałżeńskich Polska wraz z Cyprzem, Chorwacją i Grecją należą do krajów Unii Europejskiej o najniższym odsetku takich urodzeń. W pozostałych państwach – poza Rumunią, Litwą i Szwajcarią – prawie jedną trzecią urodzeń stanowią urodzenia pozamałżeńskie, zaś we Francji jest to 61% ogółu urodzeń.

Inną ważną cechą, która różnicuje zarówno płodność, jak i strukturę urodzeń, jest wykształcenie kobiet. Wraz ze znacznym zwiększeniem się liczby kobiet z wykształceniem wyższym coraz większy jest udział rodzonych przez nie dzieci, szczególnie po 2003 roku. W roku 1989 dzieci urodzone przez matki z wykształceniem wyższym stanowiły jedynie 6% ogółu urodzeń, w roku 2003 było to już 21%, zaś w roku 2020 odsetek ten wynosił 52%, a urodzenia dzieci przez matki z wykształceniem co najmniej średnim stanowiły 85% ogółu urodzeń.

Dzietność najlepiej wykształconych kobiet jest niższa, zwłaszcza w porównaniu do kobiet z wykształceniem zasadniczym zawodowym i poniżej, co można zilustrować wartością charakterystyki rozkładu urodzeń według kolejności urodzenia, jaką jest przeciętna kolejność urodzenia (tabela 1). Jednak po okresie spadku (do 2003 roku), a następnie stabilizacji dzietność kobiet z wykształceniem wyższym od 2011 roku wzrasta, co ilustrują zmiany średniej kolejności urodzenia (liczby rodzonych dzieci) wśród kobiet z wyższym wykształceniem. Warto zwrócić uwagę, że od roku 2016 widoczny jest też wzrost tej charakterystyki wśród kobiet z wykształceniem średnim i policealnym.

9 W. Lutz, V. Skirbekk, M.R. Testa, *The low fertility trap hypothesis: forces that may lead to further postponement and fewer births in Europe*, „Vienna Institute of Demography Research Paper” 2005, nr 4.

10 K. Tymicki, *Decomposition of first births in Poland, according to timing of marriage and conception*, „Wiadomości Statystyczne” 2018, rok LXIII, nr 12 (691), s. 23–39.

Tabela 1. Przeciętna kolejność urodzenia według wykształcenia matki w wybranych latach z okresu 1989–2020

Poziom wykształcenia matki	1989	2003	2009	2010	2011	2016	2017	2020
Wyższe	1,9	1,5	1,5	1,5	1,6	1,6	1,7	1,8
Średnie i policealne	1,9	1,7	1,7	1,7	1,7	1,8	1,8	1,9
Zasadnicze zawodowe	2,1	2,1	2,1	2,2	2,2	2,2	2,2	2,3
Podstawowe i gimnazjalne	2,7	2,4	2,1	-	-	-	-	-
Gimnazjalne	-	-	-	1,3	1,3	1,6	1,7	1,9
Podstawowe	-	-	-	2,6	2,7	2,7	2,7	2,7

Źródło: roczniki demograficzne GUS.

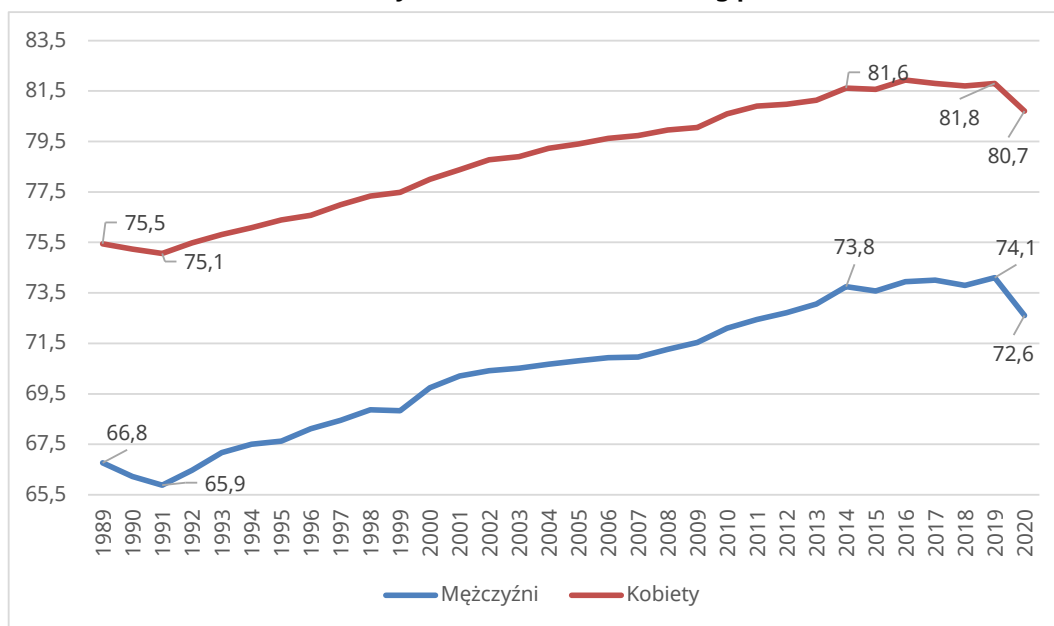
Zmiany umieralności i trwania życia

Niekorzystne trendy umieralności obserwowane w Polsce dla mężczyzn od połowy lat 60., a dla kobiet od połowy lat 70. XX wieku sprawiły, że na początku lat 90. różnica w długości życia w Polsce w stosunku do krajów w Europie o najdłuższym trwaniu życia wynosiła około 30 lat dla mężczyzn oraz 20 lat dla kobiet¹¹. Przyczyniły się do tego głównie regres długości oczekiwanego trwania życia w momencie urodzenia dla mężczyzn (parametr $e(0)$ z tablic trwania życia), jaki wystąpił w latach 1965–1991, oraz stagnacja tej charakterystyki dla kobiet w latach 1974–1991. Podobne niekorzystne zmiany umieralności były obserwowane w innych krajach Europy Środkowo-Wschodniej. Mimo poprawy charakterystyk przeżycia w tym regionie, która rozpoczęła się w latach 90. XX wieku, nadal występuje dystans między długością życia mieszkańców krajów postsocjalistycznych i pozostałych państw Unii Europejskiej. Pandemia COVID-19 wprowadziła szokową zmianę do trendów umieralności. Poniżej omawiam tendencje do roku 2019, przy czym odwołuję się do określonych charakterystyk, a także podaję dane dla 2020 roku, sygnalizując zasadniczą zmianę trendu.

W pierwszych latach transformacji systemowej (1990–1991) umieralność w Polsce wzrosła, ale później wystąpił jej wyraźny systematyczny spadek. Poprawa współczynników zgonów kobiet i mężczyzn spowodowała wyraźne wydłużenie oczekiwanego trwania życia noworodka – $e(0)$ (rys. 5). Trend wzrostowy obserwowany od 1992 roku uległ dla kobiet spowolnieniu od połowy ubiegłej dekady, a potem, po 2014 roku, stagnacji. Dla mężczyzn stagnacja wystąpiła w ostatnich pięciu latach. Co więcej, w 2015 roku oczekiwane trwanie życia chłopca urodzonego w tym roku było krótsze niż chłopca urodzonego rok wcześniej. Taka niekorzystna zmiana wartości $e(0)$ wystąpiła dla obu płci w roku 2018 w porównaniu do roku poprzedniego.

11 W. Wróblewska, *Analiza umieralności w Polsce w latach 1970–2003: dekompozycja zmian w oczekiwanym trwaniu życia noworodka*, „Studia Demograficzne” 2006, nr 1 (149), s. 8–48.

Rys. 5. Oczekiwane dalsze trwanie życia noworodka $e(0)$ według płci, 1989–2020



Źródło: tablice trwania życia GUS.

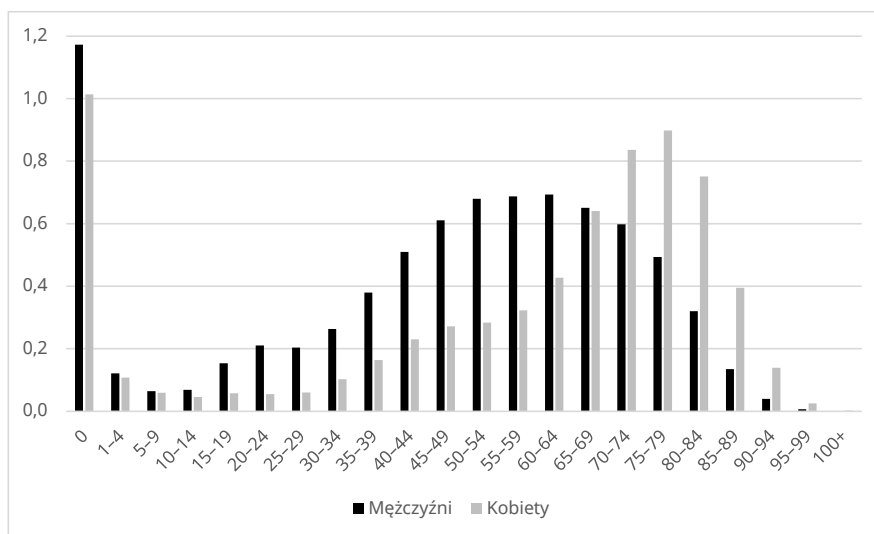
Jeśli chodzi o zmiany trwania życia noworodka w latach 1989–2019, należy stwierdzić, iż mimo zahamowania trendu wzrostowego od 2014 roku znacząca poprawa charakterystyk przeżycia sprawia, że wydłużenie dalszego trwania życia jest w Polsce na jednym z najwyższych poziomów w grupie krajów Europy Środkowo-Wschodniej będących członkami Unii Europejskiej.

Warto zwrócić też uwagę, iż mimo korzystnych zmian oczekiwanego trwania życia $e(0)$ w całym okresie do 2019 roku utrzymywała się dość duża różnica długości życia pomiędzy mężczyznami i kobietami. Zmniejszyła się z 9,0 lat w latach 90. XX wieku do 8,2 lat w 2001 roku, by następnie ponownie wzrosnąć do 8,8 lat w roku 2007. Późniejszy okres przyniósł spadek do 7,7 lat w 2019 roku, ale mimo tego różnica oczekiwanego trwania życia dla kobiet i mężczyzn należy do najwyższych w Unii Europejskiej. W 2020 roku wystąpiło ponowne powiększenie się niekorzystnej dla mężczyzn różnicy w trwaniu życia.

Do opisanych zmian trwania życia $e(0)$ przyczynił się przede wszystkim spadek umieralności niemowląt, a także osób dorosłych. Umieralność niemowląt zmniejszyła się z 15,9 do 3,6 zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych w 2020 roku, co zresztą sytuuje Polskę w grupie krajów o umiarkowanej umieralności niemowląt w Unii Europejskiej.

Spadek współczynników zgonów według wieku przebiegał odmiennie dla kobiet i mężczyzn. Dekompozycja zmian w oczekiwanym trwaniu życia noworodka w latach 1991–2016 dokonana przez Wiktoryę Wróblewską dla pięcioletnich grup wieku pokazuje, w jakim stopniu poprawa umieralności kobiet i mężczyzn w poszczególnych grupach wieku wpłynęła na wzrost $e(0)$ (rys. 6).

Rys. 6. Dekompozycja zmiany w oczekiwanim trwaniu życia $e(0)$ w Polsce w latach 1991–2016



Źródło: I.E. Kotowska, W. Wróblewska, A. Abramowska-Kmon, P. Strzelecki, *Zmiany demograficzne – pomiar procesów i ocena skutków społeczno-ekonomicznych*¹².

Spadek umieralności niemowląt w latach 1991–2016 spowodował wzrost o rok wartości $e(0)$ dla kobiet oraz o blisko 1,2 roku dla mężczyzn. Do zwiększenia się długości życia mężczyzn przyczyniła się głównie redukcja współczynników zgonów w wieku 40–74 lata. Natomiast wydłużenie trwania życia kobiet należy przypisać przede wszystkim spadkowi umieralności w wieku 65–84 lata.

Zróżnicowany według wieku i płci spadek umieralności w latach 1989–2019 przyniósł łącznie wzrost $e(0)$ o 7,3 lat dla mężczyzn oraz 6,3 lat dla kobiet, co wpłynęło na zmniejszenie się różnic w trwaniu życia między Polską i innymi krajami Europy Środkowo-Wschodniej a pozostałymi państwami Unii Europejskiej. Jednak ten region nadal charakteryzuje się widocznie niższym oczekiwanym trwaniem życia w zależności od roku urodzenia. Najdłuższe oczekiwane trwanie życia chłopca urodzonego w 2019 roku miały: Szwajcaria (82,1), Szwecja (81,5), Włochy (81,4), Norwegia (81,3) i Hiszpania (81,1), zaś krótsze niż w Polsce (74,1) trwanie życia dotyczyło czterech krajów Unii – Łotwy (70,9), Litwy i Bułgarii (71,6) oraz Rumunii (71,9). Najdłuższe oczekiwane trwanie życia dziewczynek urodzonych w 2019 roku występuje w Hiszpanii (86,7), Francji (85,9), Szwajcarii (85,8), Włoszech (85,7) i Luksemburgu (85,2), a najniższe, tj. poniżej 80 lat – w trzech krajach Europy Środkowo-Wschodniej: Bułgarii (78,8), Rumunii (79,5) i Węgrzech (79,7). Mniejsze niż w Polsce (81,8) wartości $e(0)$ kobiet mają Chorwacja (81,6), Litwa i Słowacja (81,2) oraz Łotwa (80,1).

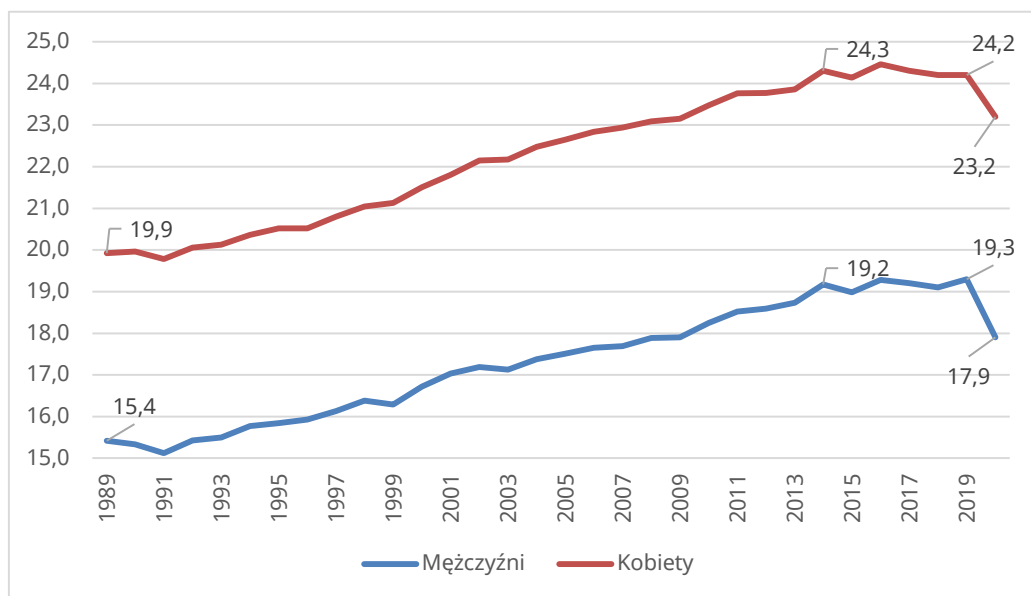
Poprawa umieralności po 1989 roku zmieniła także charakterystyki przeżycia dla osób, które dożyły 60 lat, co wpłynęło wyraźnie na przebieg procesu starzenia się populacji (rys. 7).

Należy zauważyć, że z tej zmiany mogły korzystać roczniki powojennego wyżu demograficznego. Dalsze oczekiwane trwanie życia kobiety, która dożyła 60. roku życia, wzrosło w latach 1989–2019 o 4,3 lata (rys. 7). W 2019 roku kobieta w tym wieku mogła oczekiwać jeszcze 24,2 lat dalszego życia. Mężczyzna, który osiągnął 60 lat, mógł spodziewać się jeszcze dalszych 19,3 lat życia, czyli o 3,9 lat

¹² I.E. Kotowska, W. Wróblewska, A. Abramowska-Kmon, P. Strzelecki, *Zmiany demograficzne – pomiar procesów i ocena skutków społeczno-ekonomicznych*, w: T. Panek (red.), *Statystyka społeczna. Procesy społeczne, źródła danych i metody analizy*, PWE, Warszawa 2020, rys. 3.17, s. 131.

więcej niż w roku 1989. Jednak trzeba zwrócić uwagę na stabilizację tej charakterystyki dla obu płci w latach 2016–2019.

Rys. 7. Oczekiwane dalsze trwanie życia osoby w wieku 60 ukończonych lat według płci – e(60), 1989–2020



Źródło: tablice trwania życia GUS.

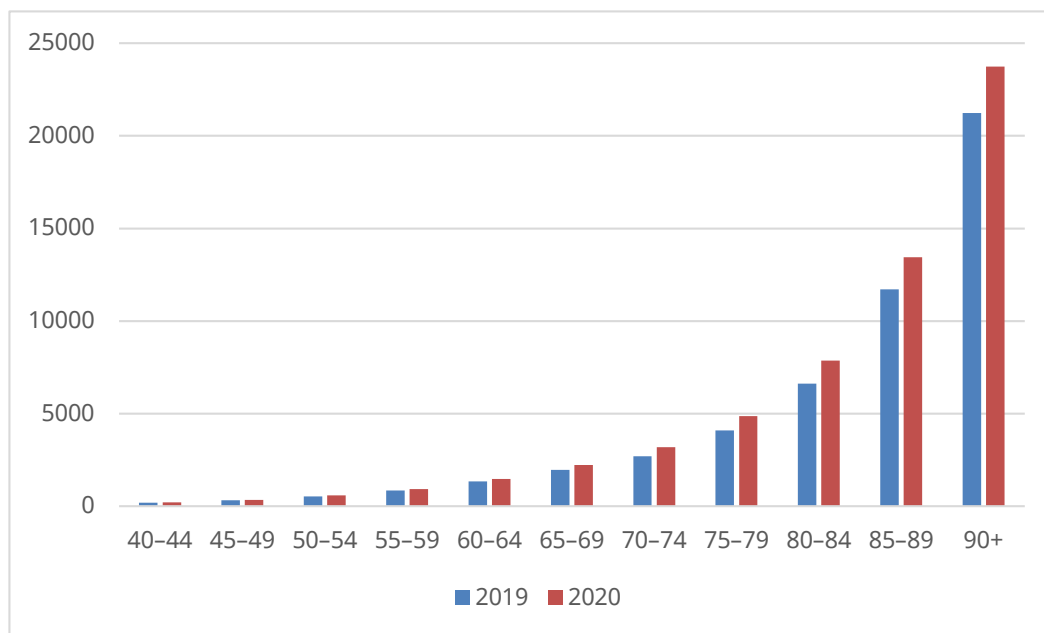
Uwzględnienie informacji o stanie zdrowia pozwala określić, jakiego trwania życia w zdrowiu, czyli bez istotnych ograniczeń zdrowotnych, może oczekiwać osoba w określonym wieku (HLY – *Healthy Life Years*). Szacunki oczekiwanego dalszego trwania życia w zdrowiu w momencie narodzin dokonane przez GUS dla lat 2009–2019 (GUS, 2020)¹³ wskazują, iż chłopiec urodzony w 2019 roku może oczekiwać 59,7 lat życia bez istotnych ograniczeń zdrowotnych (blisko 81% całej długości życia), a dziewczynka – 63,3 lat (77% całej długości życia). W rozpatrywanej dekadzie HLY (0) uległo poprawie dla obu płci o 2,2 lata, jednak mimo tego Polska należy do grupy krajów Unii Europejskiej o niższym trwaniu życia w zdrowiu. Sytuacja mężczyzn gorsza niż w Polsce jest jedynie w Finlandii i Estonii, zaś kobiet – dodatkowo jeszcze w Belgii, Czechach oraz Danii¹⁴. W Szwecji, gdzie HLY (0) jest największe dla mężczyzn, trwanie życia w zdrowiu okazuje się o blisko 14 lat dłuższe niż w Polsce. Szwecja jest obok Malty liderką długości życia w zdrowiu również dla kobiet – różnica w porównaniu z Polską wynosi niecałe 10 lat.

Pandemia COVID-19, wraz z jej skutkami: nie tylko w postaci wzrostu umieralności, ale także pogorszenia stanu zdrowia, zmieni zasadniczo przyszłe szacunki zarówno oczekiwanego trwania życia, jak i czasu przeżytego bez istotnych ograniczeń zdrowotnych. Gwałtowny wzrost współczynników zgonów, zwłaszcza osób w wieku 65 lat i więcej (rys. 8), sprawił, że uległo skróceniu oczekiwane trwanie życia: e(0) spadło o 1,1 roku dla kobiet i 1,5 roku dla mężczyzn, zaś e(60) – o rok dla kobiet i 1,4 roku dla mężczyzn.

¹³ Do oszacowania oczekiwanego dalszego trwania życia w zdrowiu (HLY – *Healthy Life Years*) wykorzystywane są dane o subiektywnej ocenie stanu zdrowia z reprezentatywnego badania EU-SILC (Europejskie Badanie Dochodów i Warunków Życia Ludności), realizowanego regularnie w krajach Unii Europejskiej.

¹⁴ Główny Urząd Statystyczny, *Trwanie życia w zdrowiu w Polsce w latach 2009–2019*, Warszawa 2020. W opracowaniu GUS porównanie obejmowało 14 krajów Unii Europejskiej, które realizują badanie EU-SILC zgodnie z wytycznymi Eurostatu dotyczącymi pytania o samoocenę stanu zdrowia (GUS 2020, s. 33).

Rys. 8. Współczynniki zgonu według wieku (na 100 tys. osób), 2019 vs. 2020



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Analiza porównawcza danych Eurostatu dotyczących oczekiwanego dalszego trwania życia osób w wieku 65 lat i więcej w krajach europejskich w latach 2019 i 2020 wskazuje, iż Polska należy do państw najmocniej doświadczających pogorszenia charakterystyk przeżycia: spadek $e(65)$ dla mężczyzn był największy (aż o 1,6 roku), zaś trwanie życia kobiet w tym wieku skróciło się o 1,2 roku. Jedynie w Hiszpanii i Belgii ten spadek był większy niż w Polsce (o 1,5 oraz 1,3 roku; rys. 9). Wynika to przede wszystkim z gorszego stanu zdrowia Polaków w porównaniu do ludzi z innych krajów, o czym świadczą zarówno przytoczone wyżej uwagi o HLY, jak i opracowanie Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH o sytuacji zdrowotnej ludności Polski do roku 2019¹⁵, analiza dotycząca wyników badania SHARE (Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe)¹⁶, a także raport przygotowany przez OECD/European Observatory on Health Systems and Policies¹⁷. Drugim zasadniczym powodem jest kryzys systemu ochrony zdrowia, który uległ znacznemu pogłębieniu w trakcie pandemii w 2020 roku.

Wnikliwe analizy sytuacji zdrowotnej ludności Polski do roku 2019 przedstawione w obszernej publikacji pod redakcją B. Wojtyniaka i P. Goryńskiego rekapitułuje stwierdzenie: „Analiza danych o długości życia i umieralności mieszkańców Polski wskazuje, że w ostatnim czasie poprawa stanu zdrowia ludności uległa zahamowaniu, co przy wciąż gorszych wskaźnikach zdrowia Polaków w porównaniu z mieszkańcami większości krajów w Unii Europejskiej należy uznać za zjawisko niepokojące”¹⁸.

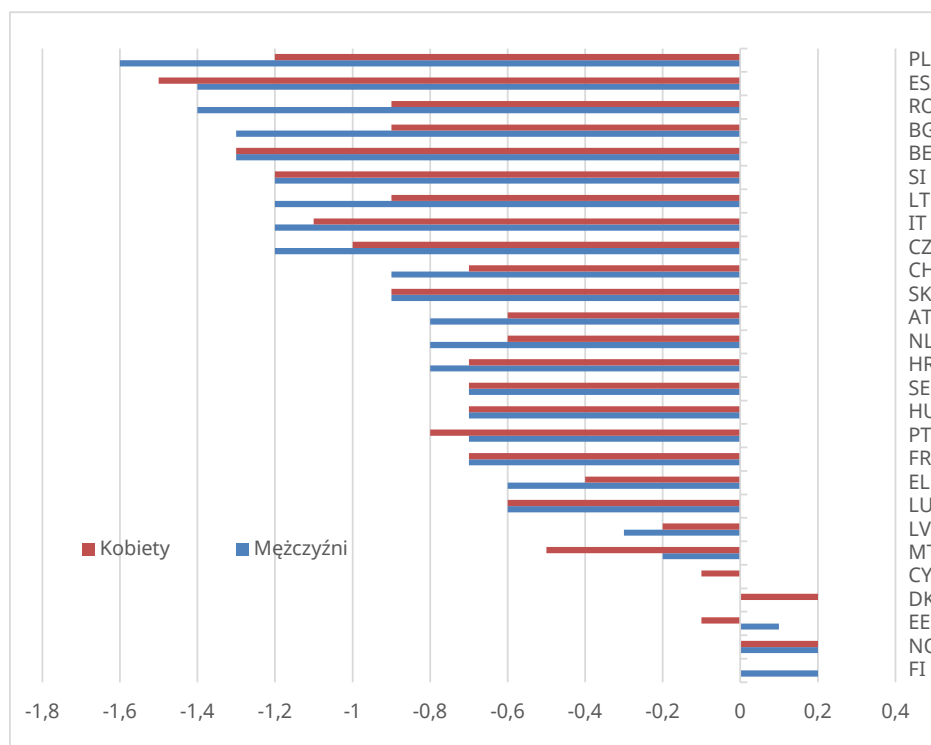
15 B. Wojtyniak, P. Goryński (red), *Sytuacja zdrowotna Polski i jej uwarunkowania 2020*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2020.

16 I.E. Kotowska, A. Chłoń-Domińczak, D. Holzer-Żelaźewska (red.), *Pokolenia 50+ w Polsce i w Europie: aktywność, stan zdrowia, warunki pracy, relacje międzypokoleniowe i wykluczenie. Raport podsumowujący wyniki badań 7. rundy badania „SHARE: 50+ w Europie”*, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej – SGH, Warszawa 2019.

17 OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, *Polska: Profil systemu ochrony zdrowia 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Bruksela 2019.

18 B. Wojtyniak, P. Goryński, *op. cit.*, s. 17.

Rys. 9. Zmiany oczekiwanego dalszego trwania życia osoby w wieku 65 ukończonych lat w krajach europejskich – e(65), 2019 vs. 2020



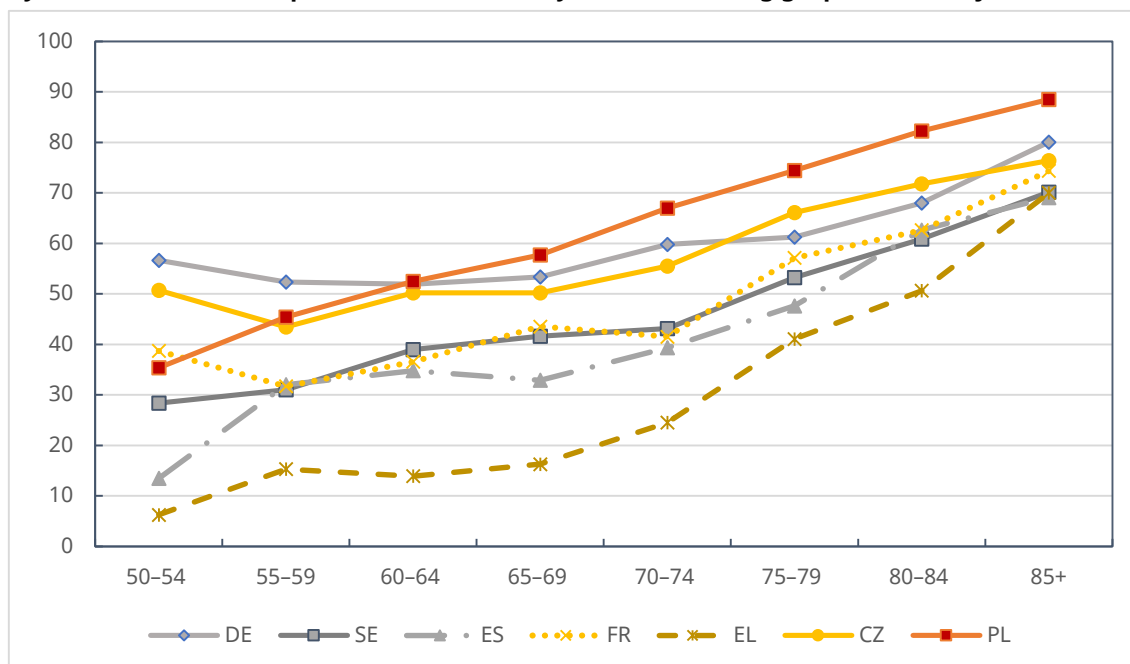
Źródło: Eurostat, Mortality_and_life_expectancy_statistics_YB2021_21-05-2021.

Z kolei wyniki z siódmej rundy badania SHARE zrealizowanego w 2017 roku w 27 krajach dokumentują znacznie gorszy stan zdrowia Polaków w wieku 50 lat i więcej w porównaniu do mieszkańców innych krajów, a także wyższe ryzyko wystąpienia poważnych schorzeń i chorób przewlekłych. Wyniki analizy występowania problemów zdrowotnych, które ograniczają codzienne aktywności (wskaźnik GALI), pokazują, że w Polsce takie ograniczenia deklaruje prawie jedna trzecia osób w wieku 50–54 lata (rys. 10). Jest to więcej niż w Szwecji, Hiszpanii czy Grecji. W kolejnych grupach wiekowych odsetek Polaków z problemami zdrowotnymi wzrasta szybciej niż w innych krajach: wśród osób w wieku 60–64 lata problemy zdrowotne ma już blisko połowa respondentów, podobnie jak w Czechach czy Niemczech, zaś w starszych grupach wiekowych ten odsetek jest największy.

Natomiast raport OECD/European Observatory on Health Systems and Policies¹⁹ wskazuje dodatkowo na stosunkowo niskie wydatki na ochronę zdrowia w porównaniu z innymi krajami unijnymi, przy czym mimo wzrostu tych wydatków w latach 2005–2017 różnica w tym względzie między Polską a średnią unijną się utrzymuje. Mniejszy udział wydatków na ochronę zdrowia w PKB miały tylko Rumunia, Łotwa, Litwa, Estonia i Luksemburg. Co więcej, wydatki na profilaktykę są niskie, a liczby zgonów możliwych do uniknięcia dzięki profilaktyce i interwencji medycznej są znacznie wyższe od średnich wskaźników w UE, co ilustruje niewystarczającą jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.

19 OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, *op. cit.*

Rys. 10. Odsetek osób z problemami zdrowotnymi (GALI) według grup wieku i kraju



Źródło: W. Wróblewska, R. Antczak, *Sytuacja zdrowotna osób w wieku okołoemerytalnym i starszych w Polsce na tle innych krajów*²⁰.

Migracje zagraniczne

Po 1989 roku zasadniczym zmianom uległy także migracje zagraniczne: wzrosła skala odpływu migracyjnego z Polski, zwiększył się w nim udział kobiet i zaznaczyła się silna dominacja osób młodych. Poniższe uwagi o migracjach zagranicznych odwołują się głównie do analiz danych ze spisów powszechnych i szacunków GUS, które starają się przybliżyć rzeczywiste przepływy migracyjne i zasoby migracyjne Polaków²¹.

Podobnie jak przed rokiem 1989, także po tej dacie Polska pozostawała krajem o ujemnym saldzie migracji zagranicznych. Warto zaznaczyć, że zmiany strumieni migrantów z ostatnich kilku lat sygnalizują proces przekształcania się Polski w kraj emigracyjno-imi-gracyjny. Wskazują na to nie tylko utrzymujące się od 2016 roku dodatnie saldo migracji na pobyt stały, ale przede wszystkim wzrost liczby imigrantów przebywających czasowo w Polsce, zwłaszcza imigrantów zarobkowych, a także wzrostowa tendencja liczby cudzoziemców podejmujących studia w Polsce²². Ponadto narastający niedobór pracowników i stopniowe otwieranie się polskiego rynku pracy na cudzoziemców mogą stymulować dalsze napływy do Polski.

20 W. Wróblewska, R. Antczak, *Sytuacja zdrowotna osób w wieku okołoemerytalnym i starszych w Polsce na tle innych krajów*, w: I.E. Kotowska i in., *Pokolenia 50+ w Polsce i w Europie...*, op. cit., rys. 2.1, s. 71.

21 Dane pochodzące z ewidencji ludności są niewystarczające do precyzyjnej oceny przepływów migracyjnych zarówno wewnętrznych, jak i zewnętrznych. Zarejestrowane formalnie przemieszczenia ludności (zameldowania, wymeldowania) zarówno wewnątrz kraju, jak i za granicą stanowią tylko stosunkowo niewielką część rzeczywistych migracji. Pozyskanie odpowiednich danych o czasowych migracjach zagranicznych, a zwłaszcza wyjazdach krótkookresowych, w warunkach dużej mobilności jest wyzwaniem nie tylko w Polsce. Mimo stałej rozbudowy systemu statystyki migracji zagranicznych GUS, w którym integrowane są różne krajowe źródła danych (administracyjne, badania statystyczne, w tym spisy ludności) oraz źródła zagraniczne, należy pamiętać, iż dokonywane szacunki stanowią jedynie przybliżenie rzeczywistych przepływów.

22 GUS, *Sytuacja demograficzna Polski do 2019 r. Migracje zagraniczne ludności w latach 2000–2019*, op. cit.

Jednak przeszłe 30 lat charakteryzuje głównie nasilenie odpływu migracyjnego z Polski, choć niejednokrotnie w poszczególnych dekadach. W latach 90. XX wieku zwiększyła się zarówno emigracja definitywna, jak i czasowa. Skalę odpływu czasowego można ocenić na podstawie danych ze spisów powszechnych. Według spisu NSP 1988 508 tys. osób przebywało za granicą przez okres powyżej dwóch miesięcy²³. Natomiast spis NSP 2002 ujawnił, iż 786,1 tys. osób mających stałe miejsce zamieszkania w Polsce przebywało dłużej niż dwa miesiące za granicą w momencie spisu (w tym prawie 80% emigrantów przebywało za granicą 12 miesięcy lub dłużej). Spośród tych czasowych emigrantów blisko 59% mieszkało w krajach europejskich.

Skala emigracji powiększyła się w latach 1998–2003 pod wpływem szybko rosnącego bezrobocia. Po przystąpieniu w 2004 roku Polski do Unii Europejskiej wyjazd za granicę nabrały masowego charakteru. Według szacunków GUS już w roku 2005 liczba czasowych imigrantów w krajach Unii wzrosła z 750 tys. do 1 mln 170 tys. osób. Spis ludności NSP 2011 ujawnił zasób migracyjny Polaków pozostających przez okres przekraczający trzy miesiące poza granicami kraju w wysokości aż 2 mln 17,5 tys. osób (około 6% populacji)²⁴. Były to osoby mające stałe miejsce zamieszkania w Polsce. Prawie 78% spośród nich to emigranci długookresowi, tj. przebywający za granicą 12 miesięcy lub dłużej. Wzrost wyjazdów dotyczył w większości krajów europejskich: ponad 85% emigrantów czasowych z Polski przebywało w krajach europejskich oraz prawie 82% w państwach Unii Europejskiej. W ostatniej dekadzie odpływy z Polski znacznie zmalały, a liczba Polaków przebywających za granicą ponad trzy miesiące wzrosła z 2 mln 60 tys. osób na koniec 2011 roku do 2 mln 540 tys. na koniec roku 2017. W następnych latach spadła do 2 mln 455 tys. osób w 2018 roku i 2 mln 415 tys. w 2019 roku. Jest to w pewnym stopniu związane z wyjściem Wielkiej Brytanii z Unii Europejskiej, bowiem zmniejszeniu uległa głównie liczba Polaków przebywających w tym kraju²⁵.

Główną przyczyną emigracji stała się praca zarobkowa, a rola przyczyn rodzinnych uległa osłabieniu. Zmniejszyło się więc znaczenie migracji osiedleńczej. Najczęściej Polacy wyjeżdżali za granicę z zamiarem podjęcia pracy, niezależnie od tego, czy była to emigracja krótkookresowa, czy długookresowa – dotyczyło to prawie 73% emigrantów, dla których ustalono przyczynę wyjazdu w roku 2011, czyli znacznie większej grupy niż w 2002 roku (44%)²⁶.

Gdy porównuje się dane z kolejnych spisów, można zauważyć wyraźną zmianę w strukturze emigrantów ze względu na płeć i wiek. Według NSP 1988 wśród osób przebywających poza krajem przeważali mężczyźni – 58%, według NSP 2002 było ich 46%, a według NSP 2011 – 49%. Zarówno dane NSP 2002, jak i NSP 2011 wskazują, iż najliczniejszą grupą emigrantów były osoby w wieku 25–29 lat, wśród których większość stanowiły kobiety (odpowiednio 58% i 54%). Opublikowane przez GUS²⁷ dane, uzyskane na podstawie szacunku liczby Polaków przebywających za granicą dłużej niż trzy miesiące na koniec 2018 roku, wskazują, że wśród emigrantów najliczniej jest reprezentowana grupa w wieku 35–39 lat (15% ogółu), przy czym połowę stanowią kobiety. Udział emigrantów w wieku mobilnym (20–44 lata) wynosi 54%, a osób w wieku 60 i więcej lat – 11%. Kobiety w wieku 25–39 lat, który jest istotny dla poziomu dzietności, są nadreprezentowane w porównaniu do ludności rezydującej w kraju – ich udział wśród emigrantek wynosi 38% wobec 22% dla populacji rezydentek. Podobne spostrzeżenie dotyczy udziału kobiet w wieku rozrodczym (15–49 lat) – 58% wobec 48%.

23 GUS, *Migracje zagraniczne ludności. 2002*, Warszawa 2003.

24 GUS, *Migracje zagraniczne ludności. Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011*, Warszawa 2013.

25 GUS, *Informacja o rozmiarach i kierunkach czasowej emigracji z Polski w latach 2004–2019. Informacja sygnałna*, Warszawa 2020.

26 GUS, *Migracje zagraniczne ludności. Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011*, op. cit.

27 GUS, *Informacja o rozmiarach i kierunkach czasowej emigracji z Polski w latach 2004–2019*, op. cit.

Tak duży odpływ migracyjny istotnie oddziałuje na strukturę wieku ludności Polski i zmniejszenie liczby osób w wieku produkcyjnym obecnych w kraju, a także starzenie się ludności. Duży udział młodych osób, a zwłaszcza struktura wieku kobiet przebywających za granicą, zmniejsza także potencjał reprodukcyjny ludności Polski. Ponadto zarówno plany emigracji, jak i sam fakt wyjazdu sprzyjają odkładaniu decyzji o powiększeniu rodziny, co mogło dodatkowo ograniczyć liczbę urodzeń w kraju.

Należy też zauważyć, iż według danych NSP 2011 populacja emigrantów charakteryzowała się wyższym wykształceniem niż ludność w kraju (aczkolwiek ustalono wykształcenie tylko dla części badanych w spisie). Wyraźnie wyższy był udział emigrantów z wykształceniem wyższym i średnim (odpowiednio blisko 23% oraz prawie 41% wśród emigrantów przebywających czasowo za granicą ponad trzy miesiące)²⁸.

Można oczekiwać, iż sygnalizowana już zmiana salda migracji zagranicznych na dodatnie będzie kontynuowana, co przekształci Polskę z państwa odpływu migracyjnego w kraj migracyjno-immigracyjny. Malejąca liczba osób w wieku mobilnym osłabia potencjał migracyjny Polski. Ponadto poprawa sytuacji na polskim rynku pracy oraz zmniejszenie różnic wynagrodzeń między Polską a krajami Unii Europejskiej przyczyniają się do ograniczenia odpływu ludności z naszego kraju, a zwłaszcza zmniejszenia emigracji zarobkowej²⁹. Dodatkowo w ostatniej dekadzie rynek pracy w Polsce stawał się coraz bardziej atrakcyjny i dostępny dla imigrantów ekonomicznych nie tylko z krajów sąsiednich, ale także z państw azjatyckich, co wzmacnia obserwowany od końca poprzedniej dekady wzrost skali imigracji³⁰. Rosnący niedobór pracowników na polskim rynku pracy będzie niewątpliwie stymulował dalszy napływ migrantów zarobkowych.

Dynamika ludności Polski i zmiany struktury wieku w latach 1989–2020

Zmiany liczby i struktury wieku ludności Polski po 1989 roku były kształtowane zarówno przez przebieg procesu reprodukcji ludności do tego roku wraz z charakterystycznym falowaniem liczby urodzeń³¹, jak i zmiany późniejsze. Omawiając dynamikę ludności w ostatnich 30 latach, sięgam do danych GUS, w których do stanu ludności wliczani są Polacy pozostający czasowo poza krajem. Szacunek ludności rezydującej dokonywany jest systematycznie przez GUS od 2014 roku (por. przypis 4).

W latach 1989–2020 ogólna liczba ludności uległa nieznacznym zmianom (por. tabela 2), choć bardziej szczegółowy wgląd w zmiany zachodzące z roku na rok ujawnia spadek wielkości populacji Polski od 2011 roku.

28 GUS, *Migracje zagraniczne ludności. Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011*, op. cit.

29 P. Strzelecki, M. Pachocka, *Procesy migracyjne w krajach Europy Środkowo-Wschodniej – transformacja od państw emigracji netto do imigracji netto*, w: M. Strojny (red.), *Raport SGH i Forum Ekonomicznego 2020*, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2020, s. 254–288.

30 GUS, *Sytuacja demograficzna Polski do 2019 r. Migracje zagraniczne ludności w latach 2000–2019*, op. cit. Przystąpienie Polski do strefy Schengen w 2008 roku oraz powstanie Partnerstwa Wschodniego w roku 2009 zmieniło zasadniczo atrakcyjność Polski jako kraju napływu migracyjnego.

31 W tym okresie wystąpiły dwa wyże urodzeń: powojenny wyż urodzeń oraz jego echo z lat 1976–1983, a także niż urodzeń w latach 60. XX wieku.

Tabela 2. Ludność Polski*, struktura według ekonomicznych grup wieku, wybrane lata z okresu 1989–2020

Grupy wieku	1989	2000	2010	2019	2020
	mln				
Ludność ogółem	37,988	38,254	38,530	38,383	38,265
Wiek przedprodukcyjny (0–17)	11,211	9,333	7,243	6,949	6,964
Wiek produkcyjny (18–59/64)	21,976	23,261	24,831	23,026	22,768
mobilny (18–44)	15,216	15,218	15,424	14,461	14,196
niemobilny (45–59/64)	6,760	8,043	9,407	8,565	8,572
Wiek poprodukcyjny (60/65+)	4,801	5,660	6,456	8,408	8,533
	%				
Ludność ogółem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Wiek przedprodukcyjny (0–17)	29,5	24,4	18,8	18,1	18,2
Wiek produkcyjny (18–59/64)	57,8	60,8	64,4	60,0	59,5
mobilny (18–44)	40,0	39,8	40,0	37,7	37,1
niemobilny (45–59/64)	17,8	21,0	24,4	22,3	22,4
Wiek poprodukcyjny (60/65+)	12,7	14,8	16,8	21,9	22,3

* Ludność według stanu na 31.12.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Roczników Demograficznych GUS.

Uwagę zwracają natomiast zmiany wielkości grup ludności w wyróżnionych ekonomicznych grupach wiekowych, decydujące o znaczących przekształceniach struktury wieku. Regularne zmiany dotyczą osób najmłodszych i starszych, zaś zmiany subpopulacji osób w wieku produkcyjnym mają wyraźną fazę wzrostu, po której rozpoczęła się faza spadku. Utrzymujący się niż urodzeń spowodował stałe zmniejszanie się liczby dzieci i młodzieży – wielkość tej grupy osób zmniejszyła się w całym okresie aż o blisko 4,3 mln, a jej udział w ogólnej liczbie ludności spadł o prawie 11 punktów procentowych.

Wielkość i strukturę wieku populacji w wieku produkcyjnym (potencjalnych zasobów pracy) kształtowały dwa wyższe urodzeń: powojenny wyż z przełomu lat 40. i 50. decydował o zmianach niemobilnych zasobów pracy, zaś jego echo z lat 70. i 80. – o przyrostach młodszych grup wiekowych (18–44 lata). Osiąganie wieku produkcyjnego przez liczne roczniki echa powojennego wyżu sprawiło, że populacja w wieku produkcyjnym wzrastała przez blisko dwie dekady, choć od 2002 roku zasilały ją coraz mniej liczne roczniki osób w wieku 18 lat. Podlegała też starzeniu się wskutek wzrostu liczby i udziału

osób w wieku niemobilnym, który to proces został zahamowany w ostatniej dekadzie. Od roku 2012 rozpoczął się trend spadkowy potencjalnych zasobów pracy, który będzie się nasilać ze względu na utrzymywanie się nizu urodzeń z jednej strony oraz opuszczanie tej grupy ludności przez roczniki powojennego wyżu urodzeń z drugiej.

Równolegle postępowało starzenie się ludności Polski, przejawiające się wzrostem liczby osób starszych i ich udziału w całej populacji. Systematycznie zwiększała się liczba osób w wieku poprodukcyjnym, co było wynikiem spadku umieralności i wydłużania się życia ludzkiego oraz wchodzenia w wiek poprodukcyjny licznych roczników z powojennego wyżu urodzeń. Ta grupa osób wzrosła o 3,7 mln. Na znaczenie tej zmiany dla całej populacji wpływają także spadek płodności i zmiany liczby urodzeń. Udział osób w wieku poprodukcyjnym w całej populacji zwiększył się o prawie 10 punktów procentowych.

Interakcja między nasileniem spadku płodności i umieralności określa przebieg zmian liczby ludności oraz przekształcenia struktur wieku. Starzenie się populacji jest naturalną konsekwencją transformacji procesu odtwarzania pokoleń. Na pewnym etapie przekształceń struktur wieku związanych z tą transformacją malejące tempo wzrostu liczby dzieci i młodzieży lub nawet jej spadek, będące efektem zmian płodności, wraz z rosnącą liczbą osób w wieku produkcyjnym tworzą tzw. dywidendę demograficzną, która sprzyja wzrostowi ekonomicznemu³². Ten etap zmian struktur wieku ludności trwał w Polsce do roku 2012³³. Znajduje to też odzwierciedlenie w zmianach relacji między grupami wieku, wyrażonych miarami zależności między określonymi grupami wieku (por. tabela 3).

Tabela 3. Współczynniki zależności między grupami wieku, wybrane lata z okresu 1989–2020

Grupy wieku	1989	2000	2010	2019	2020
Współczynnik zależności między ludnością w wieku 0–17 a 18–59/64 lat – YADR	51	40,1	29,2	30,2	30,6
Współczynnik zależności między ludnością w wieku 60/65+ a 18–59/64 lat – OADR	21,8	24,3	26	36,5	37,5
Współczynnik zależności całkowitej między ludnością w wieku 0–17 i 60/65+ a 18–59/64 lat – TADR	72,8	64,4	55,2	66,7	68,1

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z tabeli 2.

Wskaźnik definiowany jako liczba osób w wieku 0–17 lat przypadająca na 100 osób w wieku 18–59/64 lat (*Young-Age Dependency Ratio* – YADR) zmniejszyła się widocznie przez dwie pierwsze dekady. To zdecydowało o spadku współczynnika zależności całkowitej (*Total-Age Dependency Ratio* – TADR) mimo powolnego zwiększania się współczynnika definiowanego jako liczba osób starszych przypadających na 100 osób w wieku produkcyjnym (*Old-Age Dependency Ratio* – OADR). Zmiany te ilustrują wspomnianą dywidendę demograficzną. Natomiast w kolejnych dekadach utrzymującemu się spadkowi liczby

32 D.E. Bloom, D. Canning, J. Sevilla, *The Demographic Dividend. A New Perspective on the Economic Consequences of Population Change*, A RAND Program of Policy-Relevant Research Communication, 2003.

33 Pozytywny wpływ zmian kapitału ludzkiego na potencjał wzrostu polskiej gospodarki od połowy lat 90. ukazany jest w publikacji: M. Gradzewicz, J. Growiec, M. Kolasa, Ł. Postek, P. Strzelecki, *Poland's uninterrupted growth performance: new growth accounting evidence*, „Post-Communist Economies” 2018, nr 30 (2), s. 238–272.

osób najmłodszych będą towarzyszyć dalszy silny spadek wielkości potencjalnych zasobów pracy oraz przyspieszenie procesu starzenia się ludności wskutek znacznego przyrostu liczby osób starszych.

Nieco szerzej proces starzenia się ludności Polski po 1989 roku dokumentują dane tabeli 4, wskazujące też na bardziej zaawansowany przebieg starzenia się subpopulacji kobiet niż mężczyzn. Generalnie poprawa umieralności dorosłych mężczyzn zwiększyła ich szanse dożycia starszego wieku, co wpłynęło na zmniejszenie dysproporcji płci wśród osób w wieku 60 i więcej lat w ostatnich dwóch dekadach.

Tabela 4. Wybrane charakterystyki procesu starzenia się ludności Polski w latach 1990–2020

Charakterystyki procesu starzenia się ludności	1990	2000	2010	2019	2020
Ludność w wieku 60+ (w mln)	5,728	6,423	7,511	9,704	9,800
Ludność w wieku 65+ (w mln)	3,873	4,736	5,190	6,947	7,120
Udział osób w wieku 60+ (%)	15,0	16,8	19,7	25,3	25,6
Udział osób w wieku 65+ (%)	10,2	12,4	13,5	18,1	18,6
Mediana wieku	32,5	35,4	37,1	41,3	42,0
kobiety	33,7	37,4	40,0	43,0	43,3
mężczyźni	30,9	33,4	36,2	39,7	40,1
Współczynnik feminizacji dla ludności ogółem (liczba kobiet na 100 mężczyzn)	105	106	107	107	107
Współczynnik feminizacji wśród osób w wieku 60 lat i więcej	151	152	148	139	139

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Na zakończenie należy jeszcze zwrócić uwagę, iż od roku 1989 migracje zagraniczne odgrywały coraz większą rolę jako składowa zmian liczby i struktur wieku ludności Polski. Było to szczególnie widoczne po 1999 roku: saldo migracji w wartościach bezwzględnych, wyznaczone na podstawie zarejestrowanych odpływów i napływów ludności, było wyższe od przyrostu naturalnego, a przecież tylko nieznaczna część ruchów wędrowniczych jest uchwycona w rejestracji. Emigracja osób młodych pogłębiła spadek liczby urodzeń, co przyczyniło się do intensyfikacji procesu starzenia się populacji. Nasiliła również obserwowany już w ostatniej dekadzie trend spadkowy liczby osób w wieku produkcyjnym, którego wpływ na rynek pracy był skutecznie ograniczany przez imigrację zarobkową.

Perspektywy demograficzne Polski według projekcji ludnościowych

Projekcje ludnościowe dla Polski są opracowywane regularnie co kilka lat przez różne instytucje (Eurostat, ONZ, GUS). Od prawie dwóch dekad niezależnie od horyzontu przewidywań³⁴ wskazują one zgodnie na następujące prawidłowości:

³⁴ Na ogół przyjmuje się wyprzedzenie 30–50-letnie w stosunku do roku wyjściowego przewidywań, ale także ustala się horyzont dalszy, np. ostatnia projekcja ludności EUROPOP2019 przygotowana przez Eurostat przyjęła rok 2100 jako horyzont przewidywań, zaś rokiem początkowym był 2019.

- systematyczne zmniejszanie się liczby ludności;
- stały spadek liczby dzieci i młodzieży oraz ich udziału w ogólnej liczbie ludności;
- zmniejszanie się wielkości populacji w wieku produkcyjnym i jej udziału w ogólnej liczbie ludności, a także starzenie się potencjalnych zasobów pracy (wzrost liczby i udziału osób w wieku 55–64 lata);
- przyspieszenie procesu starzenia się ludności (wzrost liczby i udziału w ogóle populacji osób w wieku 60+ lub 65+).

Dodatkowo zwraca się uwagę na proces tzw. podwójnego starzenia się populacji – wzrasta nie tylko liczba i udział w ogólnej liczbie ludności osób w wieku 60+/65+, ale także osób w wieku 80+.

Te cechy przyszłych zmian ludnościowych stanowią trwałą konsekwencję zarówno przeszłych trendów płodności, umieralności i migracji, jak i wynikającej z nich struktury wieku w początkowym roku całego okresu przewidywań. Różne założenia o przyszłym kształtowaniu się płodności, umieralności i migracji mogą wpływać na nasilenie się zmian ludnościowych, ale nie zmieniają ich kierunku. W Polsce, podobnie jak w większości krajów europejskich, a także znacznej liczbie krajów rozwiniętych, przy formułowaniu tych założeń uwaga skupia się na przesłankach wzrostu płodności. Kraje te doświadczają bowiem dzietności poniżej poziomu gwarantującego zastępowalność pokoleń³⁵. Założenie o kontynuacji trendu spadkowego umieralności i wydłużania się trwania życia dotąd nie budziło kontrowersji, mimo zauważonego w ostatnich latach wyraźnego spowolnienia w wydłużaniu się życia ludzkiego³⁶. Pandemia COVID-19, a także wzrost świadomości o rosnącym ryzyku innych zagrożeń epidemiologicznych zmieniają podejście do formułowania założeń dotyczących umieralności oraz nadadzą im większą rangę w dyskusji o przyszłym kształtowaniu się bilansu urodzeń i zgonów ludności. Generalnie można się spodziewać wyraźnie słabszego trendu wydłużania się życia zakładanego w projekcjach ludności. Natomiast migracje są składową dynamiki ludności nie tylko o dużej niepewności co do przyszłej dynamiki, a także o ograniczonym rozpoznaniu ich dotychczasowego przebiegu. Stanowi to dodatkowe wyzwanie metodyczne przy formułowaniu odpowiednich założeń prognostycznych. W Polsce znaczne zmniejszanie się liczby ludności w wieku produkcyjnym, a zwłaszcza osób w wieku mobilnym (20–44 lata), ogranicza potencjał emigracyjny ze względu na selektywność strumienia odpływu według wieku (emigrują głównie osoby w wieku mobilnym). Ponadto coraz bardziej odczuwalny niedobór pracowników będzie wywierać presję na politykę szerszego otwierania rynku pracy na imigrację. To tworzy przesłankę dla formułowania założeń o dodatnim saldzie migracji zagranicznych.

Przyszłe zmiany ludności w Polsce do roku 2050 przedstawiono na podstawie ostatniej projekcji ludności Eurostatu EUROPOP2019, opublikowanej pod koniec kwietnia 2020 roku. Punktem wyjścia do obliczeń są dane o ludności rezydującej w Polsce dla roku 2019. Odwołuję się do wyników uzyskanych na podstawie scenariusza podstawowego (bazowego, tzw. *baseline scenario*)³⁷. W scenariuszu tym przyjęto, iż do 2050 roku płodność będzie rosła, ale Polska pozostanie w strefie niskiej dzietności (TFR < 1,5): przekrojowy współczynnik dzietności wzrośnie do 1,4 w roku 2030, 10 lat później do 1,45, by w 2050

35 W 2019 roku prawie połowę ludności świata stanowili mieszkańcy 93 krajów, w których współczynnik dzietności pozostaje poniżej 2,1 (ONZ, *World Population Prospects, Highlights*, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, New York 2019). Są to kraje europejskie, państwa Ameryki Północnej, Australia, Nowa Zelandia, 26 krajów Azji i Afryki Północnej oraz 20 z Ameryki Łacińskiej i Wysp Karaibskich. Co więcej, w 25 krajach, w tym 13 europejskich, współczynnik TFR nie przekracza 1,5.

36 V. Raleigh, *Trends in life expectancy in EU and other OECD countries: Why are improvements slowing?*, OECD Health Working Papers, nr 108, OECD Publishing, Paris 2019; B. Wojtyński, P. Goryński, *op. cit.*

37 Por. ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography-migration-projections/population-projections-data. Wyniki projekcji dla Polski według tego scenariusza wykorzystywane są w analizach Ministerstwa Finansów i dokumencie rządowym *Krajowy Program Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO)*.

roku osiągnąć wartość 1,49³⁸. Założenie o kontynuacji spadku umieralności znajduje odzwierciedlenie we wzroście oczekiwanego trwania życia noworodka $e(0)$, przy czym jest on szybszy dla mężczyzn niż dla kobiet. Kolejne dekady przyniosą malejący z czasem przyrost $e(0)$ na poziomie 2–2,3 lat dla mężczyzn oraz 1,5–1,7 lat dla kobiet. W efekcie dla chłopca urodzonego w 2050 roku oczekiwane trwanie życia wzrośnie do 80,7 lat, a dla dziewczynki do 86,9 lat. Różnica długości trwania życia według płci zmniejszy się z 7,9 lat do 6,2 lat. W scenariuszu bazowym przyjęto rosnące dodatnie saldo migracji zagranicznych (od 24 tys. w 2020 roku do nieco ponad 47 tys. w roku 2050).

Przewidywane zmiany stanu liczebnego ludności i jej struktury według wieku opisywane są w odniesieniu do grup wiekowych: 0–19 lat, 20–64 lata, 65 i więcej lat, stosowanych w porównaniach międzynarodowych (tabela 5). Wyniki projekcji EUROPOP2019 potwierdzają wspomniane wyżej główne prawidłowości przyszłych zmian ludnościowych w Polsce i specyfikują bliżej ich nasilenie.

Przewiduje się, że wielkość populacji Polski zmniejszy się o prawie 4 mln osób (blisko 10%) z 37,9 mln w 2020 roku do 34,0 mln w roku 2050. Do 2035 roku spadek będzie wolniejszy, zaś później przyspieszy. Jednak nie spadek liczby ludności jest największym wyzwaniem rozwojowym Polski, lecz zmiany wielkości subpopulacji w tych trzech podstawowych grupach wiekowych. Decydują one o głębokich przekształceniach struktury wieku ludności oraz pogarszaniu się relacji między poszczególnymi subpopulacjami (rys. 11 i 12). Należy przy tym zwrócić uwagę, iż poszczególne dekady okresu 2020–2050 charakteryzują się odmiennym tempem zmian rozpatrywanych subpopulacji. W najbliższej dekadzie spadkowi potencjalnych zasobów pracy (20–64 lata) o 1,6 mln będzie towarzyszyć wzrost liczby osób starszych o blisko 1,4 mln. W latach 2030–2040 najsilniej spadnie wielkość subpopulacji osób najmłodszych, zaś skala i natężenie zmian pozostałych grup ludności będą mniejsze. Ostatnie 10 lat przyniesie intensyfikację spadku zasobów pracy (o 2,5 mln osób) i wzrostu liczby osób starszych (o blisko 1,3 mln).

Stały wzrost liczby osób w wieku 65 i więcej lat (łącznie o 3,3 mln osób, czyli o 47%) ilustruje zaawansowanie procesu starzenia się ludności. Na rys. 11 wśród ludzi starszych wyodrębniono dwie grupy – osoby w wieku 65–79 lat oraz w wieku 80 i więcej lat, by ukazać proces podwójnego starzenia się populacji – starzenia się całej populacji oraz starzenia się subpopulacji osób starszych. Do roku 2030 o zaawansowaniu starzenia się populacji decyduje wzrastający udział osób w wieku 65–79 lat, co w następnej dekadzie określa tempo wzrostu udziału w całej populacji osób najstarszych. W latach 2040–2050 znówu nasila się wzrost odsetka „młodszych” osób w grupie wieku 65 i więcej lat. Intensywny wzrost udziału ludzi starszych (z 18,5% do 30,4%) wraz ze zmniejszeniem się udziału osób w wieku 20–64 lata znacząco pogarsza relację między tymi subpopulacjami: współczynnik OADR zwiększa się gwałtownie z 30 osób w roku 2020 do 57 osób w wieku 65+ na 100 osób w wieku 20–64 lata w 2050 roku (rys. 12). Współczynnik zależności YADR między osobami najmłodszymi a potencjalnymi zasobami pracy jest coraz mniejszy, przy czym osiąga blisko 28 osób w 2040 roku, a dekadę później wzrasta do prawie 31 osób. O tzw. całkowitym obciążeniu potencjalnych zasobów pracy zarówno dziećmi oraz młodzieżą, jak i osobami starszymi decydują zmiany współczynnika OADR.

38 Zakłada się, iż w następnych latach wzrost płodności będzie kontynuowany, ale TFR nie przekroczy wartości 1,6 do 2070 roku.

Tabela 5. Dynamika liczby ludności według wyróżnionych grup wieku, 2020–2050, EUROPOP2019*

Wiek	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2020–2050
	mln							
0–19	7,618	-0,190	-0,562	-0,520	-0,491	-0,197	-0,089	-2,050
20–64	23,271	-1,164	-0,441	-0,375	-0,626	-1,165	-1,378	-5,149
65+	7,025	0,959	0,442	0,239	0,403	0,593	0,671	3,307
Ludność ogółem	37,914	-0,396	-0,561	-0,656	-0,713	-0,769	-0,796	-3,892
	(1- it)100%							
0–19	-	-2,5	-7,6	-7,6	-7,7	-3,4	-1,6	-26,9
20–64	-	-5,0	-2,0	-1,7	-2,9	-5,6	-7,1	-22,1
65+	-	13,6	5,5	2,8	4,7	6,5	6,9	47,1
Ludność ogółem	-	-1,0	-1,5	-1,8	-2,0	-2,2	-2,3	-10,3

* Przyrosty absolutne i indeksy dynamiki wyznaczone w nawiązaniu łańcuchowym.

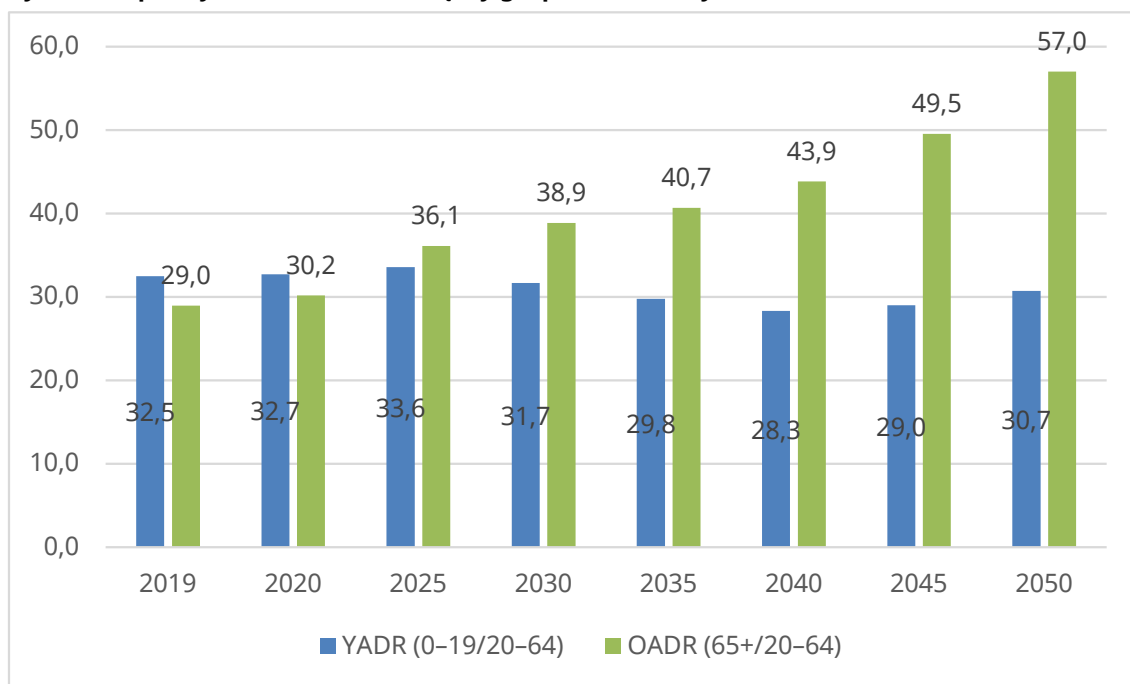
Źródło: opracowanie własne na podstawie projekcji ludności EUROPOP2019.

Rys. 11. Zmiany struktury wieku ludności Polski (%), 2020–2050, EUROPOP2019



Źródło: opracowanie własne na podstawie projekcji ludności EUROPOP2019.

Rys. 12. Współczynniki zależności między grupami wiekowymi, 2020–2050, EUROPOP2019



Źródło: opracowanie własne na podstawie projekcji ludności EUROPOP2019.

Starzenie się ludności jest nieuchronnym skutkiem długookresowego spadku dzietności i umieralności, obserwowanym w skali całego świata. Jednak utrzymywanie się od kilku dekad w Europie dzietności poniżej prostej zastępowalności pokoleń oraz największy w skali świata postęp w wydłużaniu życia ludzkiego sprawiają, iż ludność Europy nie tylko jest, ale też pozostanie najstarsza w skali globu. Ponadto Europa jako jedyny kontynent doświadcza spadku liczby osób w wieku produkcyjnym mimo stałego napływu migracyjnego.

Kraje europejskie są zróżnicowane ze względu na nasilenie zmian struktur wieku. Kolejne projekcje ludnościowe ONZ i Eurostatu wskazują, że w krajach Europy Środkowo-Wschodniej obok znacznego spadku liczby ludności wystąpi jednocześnie silniejsza niż w innych krajach europejskich redukcja potencjalnych zasobów pracy wraz z intensywniejszym starzeniem się populacji³⁹, w tym także bardziej zaawansowanym starzeniem się subpopulacji osób starszych. Kraje tego regionu, obecnie zaliczane do relatywnie młodych demograficznie, za 30 lat będą miały najstarsze struktury wieku, a Polska znajduje się wśród liderów tych przekształceń struktury wieku ludności.

Scharakteryzowane wyżej zmiany ludnościowe w Polsce są wynikiem wyjściowej struktury wieku i płci ludności rezydującej z roku 2019 oraz przyjętych założeń o przyszłych zmianach płodności, umieralności i migracjach. Pandemia COVID-19, a także działania administracji rządowej w tej dziedzinie mogą nie tylko znacznie ograniczyć zakładany wzrost długości trwania życia. Mogą także wpłynąć na zachowania prokreacyjne i migracje zagraniczne.

³⁹ *The 2021 Ageing Report. Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2019–2070)*, Institutional Paper 148, maj 2021; P. Strzelecki, *Zmiany demograficzne w Europie Środkowo-Wschodniej a perspektywy wzrostu gospodarczego*, w: M. Strojny (red.), *Wyzwania ekonomiczne dla Europy Środkowo-Wschodniej*, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2018, s. 339–351; A. Abramowska-Kmon, I.E. Kotowska, *Praca a opieka w warunkach zmian struktur demograficznych Europy Środkowo-Wschodniej*, w: M. Strojny (red.), *op. cit.*, s. 353–369; United Nations, *World Population Prospects, Highlights*, *op. cit.*

Uwagi o głównych wyzwaniach rozwojowych generowanych zmianą demograficzną w Polsce

Polska, podobnie jak inne państwa europejskie i rosnąca liczba krajów rozwiniętych, znajduje się na takim etapie rozwoju demograficznego, w którym utrzymująca się płodność poniżej prostej zastępowalności pokoleń współwystępuje z wydłużającym się trwaniem życia ludzkiego i rosnącą rolą migracji zagranicznych. Nie jest to zmiana okresowa, ale trwałe przekształcenie procesu odtwarzania pokoleń, które prowadzi do spadku przyrostu naturalnego, zmniejszenia się lub stabilizacji liczby ludności, a przede wszystkim do znacznych zmian struktur wieku. Konsekwencją utrwalenia się odtwarzania pokoleń na poziomie poniżej ich zastępowalności przy stałym wydłużaniu się życia ludzkiego są takie zmiany struktur wieku, które nie tylko pogarszają proporcje między liczbami osób najmłodszych, w wieku produkcyjnym oraz starszych, ale także ograniczają możliwości zahamowania spadku liczby ludności. Po osiągnięciu pewnego stopnia zaawansowania procesu starzenia się populacji liczba ludności spada mimo wzrostu dzietności (negatywne momentum wzrostu populacji). Z taką sytuacją mamy do czynienia w Polsce i w Europie⁴⁰.

Przyszłość demograficzna Polski charakteryzowana zmianami liczby ludności i jej struktur wieku jest więc określona – kierunku opisanych w poprzednim punkcie zmian nie da się odwrócić. Jednak na ich nasilenie wpływają założenia dotyczące płodności, umieralności i migracji. W dyskusji o wyzwaniach rozwojowych odniosę się najpierw do nich, przy czym zacznę od uwag o uwarunkowaniach trwałego wzrostu dzietności w Polsce.

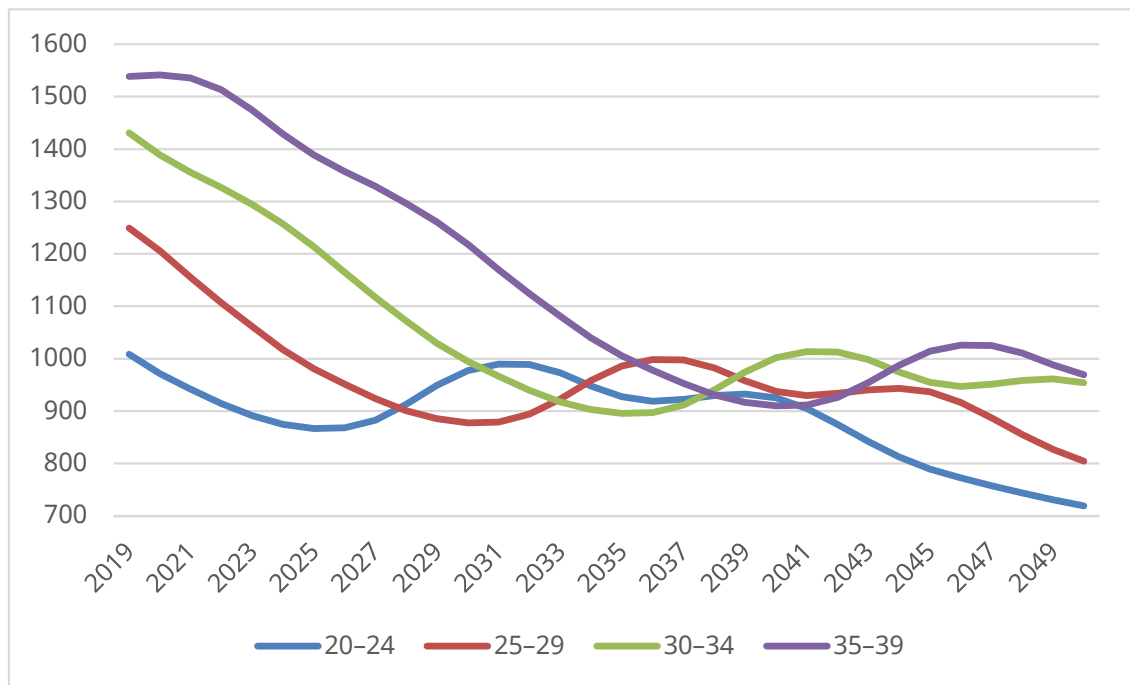
W scenariuszu bazowym projekcji ludności EUROPOP2019 przyjęto stały wzrost dzietności. Dla spełnienia tego założenia konieczne są działania zmniejszające bariery decyzji prokreacyjnych w Polsce. Wolniejszy od zakładanego wzrost dzietności lub jej spadek przyczyni się do głębszego spadku liczby urodzeń niż prognozowany. Nie ma bowiem wątpliwości, że liczba urodzeń będzie spadać – o tym decydują znaczny spadek liczby kobiet w wieku rozrodczym 15–49 lat (o 30% w okresie 2020–2050), a także zmiany liczby kobiet w poszczególnych grupach wiekowych o różnym znaczeniu dla kształtowania się ogólnej liczby urodzeń. Najważniejsze są zmiany liczby kobiet w wieku 20–39 lat, czyli w grupie, gdzie natężenie urodzeń jest decydujące dla poziomu dzietności, a przede wszystkim kobiet w wieku 25–39 lat (rys. 13). Najsilniejszy spadek liczby kobiet w tych trzech newralgicznych pięcioletnich grupach wiekowych przewidywany jest do 2030 roku, co sprawia, iż obecna dekada okazuje się szczególnie ważna dla możliwości spowolnienia spadku liczby urodzeń. Jeśli rzeczywista dzietność będzie niższa od przyjętej w założeniach, to i tak już silne przekształcenia struktur wieku jeszcze się pogłębią, a proces starzenia się ludności ulegnie dalszej intensyfikacji.

Współczesne warunki podejmowania decyzji o dziecku są kształtowane przez aspiracje życiowe młodych osób, oczekiwania wobec partnera oraz ich percepcję rodzicielstwa, w tym kosztów i korzyści związanych z wychowywaniem dzieci. Zależą one nie tylko od dokonujących się przemian społecznych, w tym przemian kulturowych (takich jak: zmiany systemu wartości i stylu życia oraz społecznych ról płci, miejsce rodziny i sieci rodzinnych w strukturze społecznej, rosnące znaczenie wykształcenia i kompetencji), ale także od uregulowań instytucjonalnych (polityka rodzinna, system zabezpieczenia

40 Negatywne momentum wzrostu populacji wystąpiło w Europie około roku 2000, a obserwowany w latach następnym wzrost liczby ludności w skali kontynentu odbywał się dzięki napływom migracyjnym.

społecznego, polityka rynku pracy) i funkcjonowania struktur ekonomicznych (struktury rynku pracy, dochody, rozwój usług, w tym usług społecznych – edukacja, opieka, zdrowie)⁴¹.

Rys. 13. Zmiany liczby kobiet w wybranych grupach wieku rozrodczego (w tys.), 2020–2050, EUROPOP2019



Źródło: opracowanie własne na podstawie projekcji ludności EUROPOP2019.

Reformy polityki rodzinnej w Polsce, które stopniowo wprowadzano od 2008 roku, a zwłaszcza zmiany dotyczące systemu urlopów, jak i wyraźna poprawa dostępności miejsc w przedszkolach świadczą o tym, że dostrzeżono znaczenie rozwiązań wspomagających łączenie pracy zawodowej z obowiązkami opiekuńczymi, wsparto model rodziny z obojgiem pracujących rodziców i zachęcono ojców do angażowania się w obowiązki opiekuńcze. Zwiększono także finansowe wsparcie rodziny (świadczenia pieniężne, ulgi podatkowe, Karta Dużej Rodziny). Wprowadzony od kwietnia 2016 roku program Rodzina 500+ radykalnie zmienił strukturę świadczeń rodzinnych poprzez wzmocnienie znaczenia transferów finansowych. Czy te zmiany zmniejszają bariery realizacji aspiracji rodzicielskich Polaków, którzy – jak wskazują badania⁴² – chcą i zamierzają mieć dzieci?

Mimo braku oczekiwanej poprawy dzietności w skali kraju od 2014 roku w miastach liczących 100 tys. i więcej mieszkańców obserwowany jest systematyczny wzrost dzietności. To zjawisko zdaje się wskazywać, iż wprowadzane rozwiązania polityki rodzinnej mają znaczenie dla określonej grupy rodzin,

41 I.E. Kotowska, *Uwarunkowania zachowań prokreacyjnych*, w: I.E. Kotowska (red.), *Niska dzietność w Polsce w kontekście percepcji Polaków. Diagnoza Społeczna 2013, raport tematyczny*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej i Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2014, s. 41–50; I.E. Kotowska, *Uwagi o urodzeniach i niskiej dzietności w Polsce oraz polityce rodzinnej wspierającej prokreację*, „Studia Demograficzne” 2019, nr 2 (176), s. 11–29; *Dobry klimat dla rodziny. Program polityki rodzinnej Prezydenta RP*, Kancelaria Prezydenta RP, Warszawa 2013.

42 M.in. M. Mynarska, M. Styr, *Preferencje i ograniczenia. Czynniki determinujące intencje posiadania pierwszego i drugiego dziecka*, w: A. Matysiak (red.), *Nowe wzorce formowania i rozwoju rodziny w Polsce. Przyczyny oraz wpływ na zadowolenie z życia*, Scholar, Warszawa 2014, s. 54–76; Z. Brzozowska, M. Mynarska, *Short-term fertility intentions and their realization*, „Studia Demograficzne” 2018, nr 2 (174), s. 25–36.

przede wszystkim dla par, w których oboje rodziców łączy pracę zawodową z życiem rodzinnym. W roku 2013 przekrojowy współczynnik dzietności w dużych miastach wyniósł zaledwie 1,15 wobec 1,26 dla kraju, zaś w roku 2019 osiągnął wartość 1,45 wobec 1,42 dla Polski. Ponadto w tym samym roku w ośmiu dużych miastach ten współczynnik przekroczył wartość 1,5 – dzietność kobiet w tych miastach nie może być uznana za niską (Gdańsk, Kraków, Koszalin, Poznań, Opole, Ruda Śląska, Warszawa, Wrocław). W 2020 roku dzietność w dużych miastach nieco spadła do 1,43, ale mniej niż w skali kraju. Trend wzrostowy utrzymał się w Warszawie, Poznaniu, Opolu i Wrocławiu. W dużych miastach jest lepszy dostęp do żłobków i przedszkoli, a praca obojga rodziców wraz z wyższymi wynagrodzeniami gwarantuje odpowiedni status materialny rodziny. Jest to zresztą zgodne z wynikami badań uzyskanymi dla innych krajów⁴³, w których zwraca się uwagę na zróżnicowanie decyzji prokreacyjnych kobiet według wykształcenia. Dla kobiet z wykształceniem wyższym szczególnie ważne są rozwiązania umożliwiające łączenie pracy zawodowej z obowiązkami rodzinnymi, w tym zwłaszcza te, które stymulują większe zaangażowanie ojców w zobowiązania rodzinne. Generalnie w Polsce znaczenie pracy kobiet dla planów rodzicielskich i decyzji o dzieciach potwierdzają wyniki licznych badań empirycznych, które wskazują wręcz, że zatrudnienie jest warunkiem, a nie barierą dla posiadania dzieci, przy czym strategia „najpierw praca, potem dziecko” ma szczególne znaczenie dla drugich urodzeń⁴⁴.

Duże miasta mają też lepszy dostęp do usług zdrowotnych, których znaczenie dla zdrowia reprodukcyjnego wzrasta⁴⁵, przy czym chodzi nie tylko o coraz późniejsze rodzenie dzieci. Rola czynników zdrowotnych, w tym trudności z poczęciem zarówno pierwszego, jak i drugiego dziecka, została potwierdzona poprzez wyniki badania barier dzietności w ramach Diagnozy Społecznej 2013⁴⁶. Wyniki badania Generations and Gender Survey w Polsce⁴⁷ uwiadcniają znaczenie stanu zdrowia dla zamierzeń prokreacyjnych. Bez działań na rzecz poprawy zdrowia reprodukcyjnego, czyli odpowiedniej edukacji i rozwoju publicznej infrastruktury zdrowotnej, w tym dostępu do diagnostyki i leczenia niepłodności, nie można oczekiwać wzrostu dzietności w Polsce⁴⁸.

Jednak te ustalenia dotyczą przeszłości. Pandemia COVID-19 zmieniła zasadniczo warunki podejmowania długookresowych zobowiązań, jakimi są decyzje o rodzicielstwie. Radykalnie wzmocniła nie tylko argumentację na rzecz znaczenia stanu zdrowia (potencjalnych) rodziców i dostępu do usług zdrowotnych w Polsce, ale także spotęgowała niepewność związaną ze zdrowiem własnym i dziecka.

43 A. Greulich, O. Thévenon, M. Guergoat-Lariviere, *Starting or enlarging families? The determinants of low fertility in Europe*, Research Report for the World Bank's Human Development Department, 2013; A. Greulich, M. Guergoat-Lariviere, O. Thévenon, *Employment and second childbirths in Europe*, „Population-E” 2017, nr 72 (4), s. 625–647.

44 A. Matysiak, *Employment first, then childbearing: Women's strategy in post-socialist Poland*, „Population Studies: A Journal of Demography” 2009, nr 63 (3), s. 253–276; A. Matysiak, *Praca kobiet a macierzyństwo: rola poziomu wykształcenia i wykonywanego zawodu*, w: A. Matysiak (red.), *Nowe wzorce formowania i rozwoju rodziny w Polsce. Przyczyny oraz wpływ na zadowolenie z życia*, Scholar, Warszawa 2014, s. 77–104; A. Kurowska, E. Słotwińska-Rosłanowska, *Zatrudnienie a pierwsze i drugie urodzenia wśród kobiet w Polsce*, „Studia Demograficzne” 2013, nr 1 (163), s. 37–52; M. Mynarska, M. Styrac, *op. cit.*

45 M. Koperwas, M. Głowacka, *Problem niepłodności wśród kobiet i mężczyzn – epidemiologia, czynniki ryzyka i świadomość społeczna*, „Aspekty Zdrowia i Choroby” 2017, nr 2 (3), s. 31–49.

46 I.E. Kotowska (red.), *Niska dzietność w Polsce w kontekście percepcji Polaków. Diagnoza Społeczna 2013, raport tematyczny*, *op. cit.*

47 K. Tymicki, *Zamierzenia prokreacyjne a możliwość ich realizacji w kontekście czynników biologicznych*, „Studia Demograficzne” 2013, nr 2 (164), s. 11–33; M. Mynarska, W. Wróblewska, *The health of women of reproductive age and their childbearing intentions*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia” 2017, t. 15, nr 2, s. 135–143.

48 I.E. Kotowska, *Jaka polityka wspierająca decyzje rodzicielskie jest w Polsce potrzebna?*, w: I.E. Kotowska (red.), *Niska dzietność w Polsce w kontekście percepcji Polaków. Diagnoza Społeczna 2013, raport tematyczny*, *op. cit.*, s. 99–104; I.E. Kotowska, *Uwagi o urodzeniach i niskiej dzietności w Polsce...*, *op. cit.*

Sygnalizują to wyniki badań jakościowych⁴⁹. Ponadto ideologizacja dyskusji o prokreacji i rodzinie oraz społecznych rolach kobiet i mężczyzn, a także projekty wprowadzania rozwiązań dyskryminujących inne niż małżeństwo formy rodziny⁵⁰, destrukcja usług edukacyjnych (szkoły) i niedostatek lub niska jakość usług edukacyjno-opiekuńczych dla dzieci znacznie pogarszają warunki dla podejmowania decyzji prokreacyjnych i wychowywania dzieci.

Moje obawy co do realności założenia o wzroście płodności w Polsce związane są także z toczącą się dyskusją o rosnącym znaczeniu niepewności w kształtowaniu decyzji prokreacyjnych. Niepewność ekonomiczna charakteryzująca współczesny rynek pracy z jego niestabilnością zatrudnienia i dochodów – szczególnie dotkliwa dla osób młodych, na ogół nisko opłacanych – jest stale przywoływana w badaniach nad płodnością jako czynnik negatywnie na nią wpływający⁵¹. Wpływ okresowego pogorszenia sytuacji ekonomicznej i wzrostu bezrobocia na odraczenie planów prokreacyjnych lub rezygnację z nich uwidocznili badania dotyczące oddziaływania na płodność kryzysu ekonomicznego, który rozpoczął się w drugiej połowie 2007 roku⁵². Badacze wskazują jednak na nowe aspekty niepewności ekonomicznej⁵³ oraz podkreślają, że globalizacja i rosnąca świadomość zagrożenia klimatycznego generują uogólnioną niepewność⁵⁴. Ma ona szczególne znaczenie dla decyzji prokreacyjnych młodych generacji.

Pandemia COVID-19 spowodowała pogorszenie, utratę lub spadek dochodów znacznej części ludności, a także nasiliła niepewność związaną z funkcjonowaniem rynku pracy, możliwości łączenia pracy zawodowej z obowiązkami rodzinnymi oraz obawy o zdrowie własne i bliskich. Badacze są zgodni, że w krajach rozwiniętych można oczekiwać spadku płodności ze względu na pogorszenie warunków łączenia pracy zawodowej i życia rodzinnego, cięższą sytuację ekonomiczną gospodarstw domowych, a także z uwagi na rosnące utrudnienia w dostępie do usług medycznych wspierających prokreację⁵⁵. Wśród czynników, które mogą moderować te negatywne skutki, szczególnie dla młodszych generacji, wymienia się zaufanie społeczne do instytucji⁵⁶. Co więcej, wyniki badań dla Włoch sugerują, że deficyt zaufania może być częściowo rekompensowany przez dostęp do publicznej opieki nad dzieckiem.

49 P. Pustułka, M. Buler, *(Wyboista) droga do macierzyństwa. Tranzycje do macierzyństwa w perspektywie trzech pokoleń Polek oraz ekspertek i ekspertów*, „Youth Working Papers” 2020, nr 3, SWPS Uniwersytet Humanistyczno-społeczny – Młodzi w Centrum LAB, Warszawa 2020.

50 Jest to szczególnie widoczne w dokumencie Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej nazwanym *Strategia Demograficzna 2040. Projekt*, opublikowanym w czerwcu 2021 roku, który wbrew tytułowi przedstawia propozycję pronatalistycznej polityki rodzinnej wspierającej prokreację małżeńską.

51 Por. przegląd badań w publikacjach: E. Wilkins, *Low Fertility: A review of the determinants*, „Working Paper”, lipiec 2019, nr 2, Technical Division „Working Paper Series”, UNFPA: Population & Development Branch, New York 2019; T. Sobotka, A. Matysiak, Z. Brzozowska, *Policy responses to low fertility: How effective are they?*, „Working Paper”, maj 2019, nr 1, „Technical Division Working Paper Series”, UNFPA: Population & Development Branch, New York 2019.

52 A. Aassve, M. Le Moglie, L. Mencarini, *Trust and fertility in uncertain times*, „Population Studies” 2021, nr 1 (75), s. 19–36; A. Matysiak, T. Sobotka, D. Vignoli, *The great recession and fertility in Europe: A sub-national analysis*, „European Journal of Population” 2021, nr 37, s. 29–64.

53 A. Matysiak, T. Sobotka, D. Vignoli, *op. cit.*

54 C.L. Comolli, G. Neyer, G. Andersson, L. Dommermuth, P. Fallesen, M. Jalovaara, T. Lappegård i in., *Beyond the Economic Gaze: Childbearing During and After Recessions in the Nordic Countries*. „European Journal of Population” 2021, nr 2 (37), s. 473–520.

55 A. Aassve, N. Cavalli, L. Mencarini, S. Plach, M. Livi Bacci, *The COVID-19 pandemic and human fertility*. „Science” 2020, nr 369 (6502), s. 370–371.

56 A. Aassve, M. Le Moglie, L. Mencarini, *op. cit.*

Pogarszający się stan zdrowia Polaków, którego dotychczasowa ocena różni się na niekorzyść od stanu zdrowia mieszkańców większości krajów Unii Europejskiej, sygnalizowany był już wcześniej⁵⁷. Przywoływany już raport OECD/European Observatory on Health Systems and Policies wskazuje, że udział wydatków publicznych w wydatkach na ochronę zdrowia w Polsce, wyrażonych zarówno jako odsetek PKB, jak i poziom wydatków na mieszkańca, jest jednym z najniższych w Europie. Poziom finansowania okazuje się niewystarczający do zagwarantowania terminowego dostępu do wysokiej jakości opieki, zwłaszcza w warunkach rosnących potrzeb zdrowotnych związanych z intensywnością procesu starzenia się ludności⁵⁸. Podobnie raport Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH z 2020 roku, oceniając sytuację do roku 2019, wyraźnie stwierdza: „Zasoby dostępne w ochronie zdrowia w Polsce, ich organizacja, sposoby zarządzania, poziom i struktura finansowania oraz motywacja pracowników systemu nie są w stanie zapewnić wystarczającego poziomu spełniania nie tylko obecnych, ale co gorsza, narastających potrzeb zdrowotnych społeczeństwa naszego kraju. Dane, które publikujemy, są ostrzeżeniem, obrazującym negatywne trendy”⁵⁹. To tworzy przesłanki mojej opinii, iż poprawa przeżywalności Polaków założona w projekcji ludnościowej EUROPOP2019 jest nierealna. Ponadto pogłębiający się od 2020 roku kryzys systemu opieki zdrowotnej wzmacnia moje obawy dotyczące zahamowania wydłużania życia ludzkiego, a przede wszystkim pogarszania się charakterystyk trwania życia w zdrowiu. Czynnikiem osłabiającym nieco te przewidywane negatywne zmiany może być rosnący poziom wykształcenia ludności, bowiem im wyższe wykształcenie, tym dłuższe trwanie życia⁶⁰. Generalnie należy jednak oczekiwać większej liczby zgonów, zwłaszcza osób w wieku 60 lat i więcej, oraz nieco wolniejszego wzrostu wielkości subpopulacji osób starszych. Jednak wobec większego spadku urodzeń niż określony w projekcji, skutek możliwego spadku płodności, udział osób starszych w całej populacji się nie zmniejszy, a opisane zależności między rozważanymi grupami wiekowymi mogą się nie poprawić. Ponadto szybszy niż założony w projekcji wzrost liczby zgonów wraz z większym spadkiem urodzeń mogą nasilić proces zmniejszania się wielkości populacji Polski.

Wreszcie można oczekiwać, iż niedobory pracowników na rynku pracy będą stałym bodźcem napływu do Polski, zatem trudno kwestionować założenia o dodatnim saldzie migracji. Jego realne wartości mogą się różnić od założonych nie tylko ze względu na wyczerpywanie się potencjału emigracyjnego, ale przede wszystkim z uwagi na większy strumień imigracyjny. Zdają się na to wskazywać nie tylko dane o rosnącej liczbie imigrantów na pobyt czasowy, ale także skala migracji zarobkowych do Polski. Konieczna jest jednak zmiana podejścia do imigracji. Chodzi przy tym nie tylko o poprawę dostępności rynku pracy dla migrantów zarobkowych w kontekście przeciwdziałania spadkowi podaży pracy. Ważne są też działania zwiększające atrakcyjność kraju jako miejsca dla osiedlenia się zarówno dla migrantów zarobkowych, jak i dla rosnącej liczby młodych osób studiujących w Polsce. Innymi słowy, chodzi o postrzeganie polityki migracyjnej jako elementu strategii rozwoju w warunkach określonych trwałą zmianą sytuacji demograficznej Polski⁶¹.

Aby podsumować powyższą ocenę założeń projekcji ludności EUROPOP2019 i wpływu odchyleń od nich na wyniki przewidywań w latach 2020–2050, należy stwierdzić, iż może wystąpić silniejszy od przewidywanego spadek wielkości populacji Polski i pogłębią się zmiany struktury wieku wskutek

57 Zob. rozdział: *Zmiany procesu odtwarzania pokoleń w Polsce po 1989 roku*.

58 OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, *op. cit.*, s. 18.

59 B. Wojtyński, P. Goryński, *op. cit.*, s. 44.

60 Różnice oczekiwanego dalszego trwania życia osoby w wieku 30 lat są w Polsce szczególnie duże dla mężczyzn – jest ono o 12 lat krótsze dla mężczyzn z poziomem wykształcenia niższym od średniego w porównaniu do tych z wykształceniem wyższym. Dla kobiet ta różnica wynosi 5,1 lat (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, *op. cit.*, s. 4).

61 P. Strzelecki, M. Pachocka, *op. cit.*

większego niż zakładany spadek liczby urodzeń oraz wzrostu liczby zgonów. Natomiast rosnące dodatnie saldo migracji, a zwłaszcza wzrost imigracji, może złagodzić spadek liczby ludności oraz przeciwdziałać zmniejszeniu się wielkości potencjalnych zasobów pracy.

Coraz mniejsza liczba ludności w wieku produkcyjnym oraz starzenie się populacji sprawiają, że lepsze wykorzystanie malejących zasobów pracy jest kluczowym wyzwaniem rozwojowym. Analizy wskazują bowiem, iż mimo zakładanego wzrostu aktywności zawodowej konsekwencją zmniejszania się liczby ludności w wieku produkcyjnym w krajach Unii Europejskiej będzie spadek podaży pracy, co ograniczy przyszły wzrost ekonomiczny⁶². Ponadto przy zmniejszających się potencjalnych zasobach pracy ich starzenie się, czyli wzrost udziału osób wieku 50/55–64 lata, dodatkowo redukuje możliwości wzrostu gospodarczego. Zarówno skala redukcji podaży pracy, jak i spadek tempa wzrostu PKB będą szczególnie odczuwalne w Polsce, podobnie zresztą jak w innych krajach Europy Środkowo-Wschodniej⁶³, ze względu na silniejszy spadek liczby osób w wieku produkcyjnym.

W tych analizach przyjmuje się założenia o wzroście aktywności zawodowej określonych grup ludności, głównie kobiet w wieku 25–54 lata, a następnie aktywności osób w wieku 55–64 lata oraz w znacznie mniejszym stopniu osób najmłodszych (20–24 lata). Założenia te, zwłaszcza dla kobiet i osób w wieku 55–64 lata, mogą być trudne do spełnienia. Barię wzrostu zatrudnienia kobiet w Polsce jest, podobnie jak w innych krajach Europy Środkowo-Wschodniej, między innymi głęboki niedobór usług opiekuńczo-edukacyjnych dla dzieci oraz usług opiekuńczych dla osób dorosłych, w tym zwłaszcza dla ludzi starszych⁶⁴. W Polsce spośród blisko 1,6 mln kobiet w wieku 25–54 lata biernych zawodowo opieka i inne powody rodzinne były wskazywane jako przyczyna bierności przez co najmniej 80% kobiet w wieku 25–44 lata i blisko połowę kobiet w wieku 45–54 lata. Wśród biernych zawodowo blisko 1,5 mln kobiet w wieku 55–64 lata opieka i inne powody rodzinne były wskazywane niemal równie często, jak stan zdrowia, łącznie przez około 35% kobiet. Spośród 0,9 mln biernych zawodowo mężczyzn w tym wieku prawie 40% zadeklarowało stan zdrowia jako przyczynę bierności⁶⁵. W krajach Europy Środkowo-Wschodniej stopień familizacji opieki jest wysoki, szczególnie w odniesieniu do opieki nad starszymi, a nakłady publiczne na usługi opiekuńcze, w tym na opiekę długoterminową, należą do najniższych w Europie. Ze względu na przewidywane przyśpieszenie starzenia się ludności w tych krajach, w tym szybki wzrost liczby osób w wieku 80 lat i więcej, istniejąca obecnie luka opiekuńcza dla osób starszych może się jeszcze pogłębić⁶⁶. Na głęboki niedostatek formalnej opieki długoterminowej w Polsce i związane z nim korzystanie w dużym stopniu z opieki nieformalnej zwraca także

62 Por. *The 2021 Ageing Report. Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2019–2070)*; P. Strzelecki, *op. cit.*; P. Lewandowski, *Źródła wzrostu zatrudnienia osób starszych w Polsce*, w: P. Lewandowski, J. Rutkowski (red.), *Starzenie się ludności, rynek pracy i finanse publiczne w Polsce*, Komisja Europejska – Przedstawicielstwo Komisji Europejskiej w Polsce, Warszawa 2017, s. 23–28; M. Stonawski, *Kapitał ludzki w warunkach starzenia się ludności a wzrost gospodarczy*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2014.

63 Największy spadek podaży pracy jest przewidywany w Bułgarii, Rumunii i Polsce, które odczuwają także najsilniejsze ograniczenie tempa wzrostu PKB (zob. *The 2018 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2016–2070)*, nr 79; European Economy Institutional Paper, maj 2018).

64 A. Abramowska-Kmon, I.E. Kotowska, *op. cit.*; A. Abramowska-Kmon, I.E. Kotowska, W. Łątkowski, Z. Szweda-Lewandowska, *Stan zdrowia i otrzymywanie opieki wśród osób starszych w krajach Europy Środkowo-Wschodniej*, w: M. Strojny (red.), *Europa Środkowo-Wschodnia wobec globalnych trendów: gospodarka, społeczeństwo i biznes*, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2019, s. 109–136; K. Sączuk, *Uwagi o spadku podaży pracy w Polsce*, „Studia Demograficzne” 2020, nr 1 (177), s. 125–148.

65 Por. Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności 2018, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/pracujacy-bezrobotni-bierni-zawodowo-wg-bael/praca-a-obowiazki-rodzinne-w-ii-kwartale-2018-r-na-podstawie-wstepnych-wynikow-badania-modulowego-bael,32,1.html>; K. Sączuk, *op. cit.*

66 A. Abramowska-Kmon, I.E. Kotowska, W. Łątkowski, Z. Szweda-Lewandowska, *op. cit.*

uwagę raport OECD/European Observatory on Health Systems and Policies⁶⁷, przy czym podkreśla też przewidywany szybszy niż średnio w Unii Europejskiej wzrost liczby osób zależnych od innych w życiu codziennym. Zatem niedostatek usług edukacyjno-opiekuńczych dla dzieci oraz usług opiekuńczych dla dorosłych w krajach Europy Środkowo-Wschodniej może być uznany za barierę wzrostu gospodarczego, bowiem utrudnia efektywniejsze wykorzystanie malejących potencjalnych zasobów pracy, które jest niezbędne dla wspomagania tego wzrostu. Jeśli uwzględni się znaczenie tych usług dla jakości życia (zarówno osób wymagających wsparcia, jak i ludzi je świadczących), ich rozwój należy uznać za konieczne dostosowanie do zmian demograficznych w Polsce.

Wzrost aktywności zawodowej osób w wieku 55–64 lata jest zależny nie tylko od charakterystyk indywidualnych (stan zdrowia, kompetencje, status zawodowy), ale przede wszystkim od ustawowego wieku emerytalnego i rozwiązań systemu emerytalnego, struktur rynku pracy, w tym struktur zawodowych oraz dostosowań organizacji i warunków pracy do możliwości starszych pracowników, a także dostępu do usług zdrowotnych⁶⁸. Zarówno poprawa wykorzystania tego segmentu zasobów pracy, jak i coraz dłuższe pozostawanie na rynku pracy, czyli wzrost efektywnego wieku emerytalnego, należą do kluczowych kwestii związanych z reformami systemów emerytalnych w krajach europejskich⁶⁹, a zwłaszcza specyfiki tych zmian w krajach Europy Środkowo-Wschodniej⁷⁰. Reformy systemów emerytalnych pozwalające na utrzymanie ich stabilności i adekwatności w warunkach pogłębiania się niekorzystnych relacji między płacącymi składki a korzystającymi ze świadczeń emerytalnych to kluczowe dostosowanie instytucjonalne do zmiany demograficznej. W Polsce doświadczającej silnych przekształceń struktur wieku i wynikających z nich zagrożeń dla przyszłego wzrostu ekonomicznego obniżenie w 2016 roku wieku emerytalnego zdecydowanie pogorszyło możliwości przeciwdziałania temu⁷¹. Wydłużenie się zarówno dalszego trwania życia osoby w wieku 60 lat, jak i dalszego trwania życia w zdrowiu w Polsce wzmacnia argumentację na rzecz konieczności podniesienia wieku emerytalnego oraz zrównania wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn⁷².

Kolejnym wyzwaniem jest rosnące obciążenie finansów publicznych kosztami opieki zdrowotnej. Zwykle dyskutuje się o nim w kontekście starzenia się populacji, a zwłaszcza procesu podwójnego starzenia się ludności (np. kolejne raporty *Working Group on Ageing Populations and Sustainability*⁷³). Jednak

67 OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, *op. cit.*, s. 20.

68 Por. P. Lewandowski, *op. cit.*; F. Chybalski, *Wiek emerytalny z perspektywy ekonomicznej. Studium teoretyczno-empiryczne*, C.H. Beck, Warszawa 2018; F. Chybalski, *Wiek emerytalny: problem wieloaspektowy*, „Zeszyt mBank-CASE” 2021, nr 167, s. 18–27; F. Chybalski, M. Gumola, *Do Demographics Change the Intergenerational Borderline between Working and Retiring Generations? A Cross-national Study for OECD Countries*, „Journal of Intergenerational Relationships” 2020; A. Chłoń-Domińczak, *Wiek emerytalny a zasoby pracy, aktywność zawodowa i wydatki systemów emerytalnych*, „Zeszyt mBank-CASE” 2021, nr 167, s. 5–17.

69 Por. *The 2021 Ageing Report. Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2019–2070)*; P. Strzelecki, *op. cit.*

70 A. Chłoń-Domińczak, E. Cichowicz, M. Góra, J. Rutecka-Góra, *Systemy emerytalne wyzwaniem dla nowych krajów członkowskich UE z Europy Środkowej i Południowej*, w: M. Strojny (red.), *Raport SGH i Forum Ekonomicznego 2020*, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2020, s. 386–426.

71 W dekadzie 2009–2019, w której dwukrotnie zmieniano wiek emerytalny, dla kobiet i mężczyzn w wieku 60 lat oczekiwane dalsze trwanie życia w zdrowiu rosło szybciej niż oczekiwane dalsze trwanie życia w chwili narodzin. Dla mężczyzn HLY (60) wzrosło o 1,5 roku wobec zwiększenia się e(60) o 1,4 roku, zaś dla kobiet te zmiany wyniosły odpowiednio 1,3 roku oraz 1,1 roku (GUS, *Sytuacja demograficzna Polski do 2019 r. Migracje zagraniczne ludności w latach 2000–2019*, *op. cit.*).

72 Por. P. Strzelecki, *op. cit.*; A. Chłoń-Domińczak, *op. cit.*; F. Chybalski, *op. cit.*

73 Ta grupa ekspercka, powołana w 2006 roku w Komisji Europejskiej, regularnie przygotowuje opracowania zawierające projekcje ludności oraz projekcje zatrudnienia, wzrostu gospodarczego, wydatków publicznych na emerytury i renty, ochronę zdrowia, opiekę długoterminową (*Ageing Report 2009, Ageing Report 2012, Ageing Report 2015, Ageing Report 2018, Ageing Report 2021*).

zmiany stanu zdrowia zarówno osób w wieku produkcyjnym, jak i dzieci oraz młodzieży są nie tylko ważne dla jakości życia ludności, ale także – obok wykształcenia i kompetencji – wpływają na jakość kapitału ludzkiego. Zmiany jakościowe kapitału ludzkiego mają zaś kluczowe znaczenie dla zmniejszania negatywnych konsekwencji zmian struktur wieku w odniesieniu do perspektyw wzrostu ekonomicznego Polski⁷⁴.

Irena E. Kotowska – emerytowana profesor zwyczajna w Instytucie Statystyki i Demografii Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie, jego dyrektorka w latach 2016–2018. Członkini Zespołu Ekspertki-go ds. Usług Społecznych Fundacji Batorego. Przewodnicząca Komitetu Nauk Demograficznych PAN w latach 2011–2019, honorowa przewodnicząca Komitetu od 2021 roku, członkini Naukowej Rady Statystycznej Głównego Urzędu Statystycznego oraz Rządowej Rady Ludnościowej. Współpracuje z GUS w zakresie badań demograficznych, rynku pracy i warunków życia gospodarstw domowych. Współautorka *Diagnozy Społecznej* – panelowego badania warunków i jakości życia w Polsce prowadzonego w latach 2000–2015. Była jedną z kluczowych ekspertek zespołu opracowującego program polityki rodzinnej w Kancelarii Prezydenta Bronisława Komorowskiego. Doradzała przy programach badawczych realizowanych przez Eurostat i Komisję Europejską.

Jest krajową koordynatorką badań realizowanych w Polsce w ramach międzynarodowego programu badawczego Generations and Gender Programme (GGP), włączonego w 2021 roku w Europejską Mapę Drogową Infrastruktury Badawczej 2021 prowadzoną przez Europejskie Forum Strategiczne Infrastruktur Badawczych (ESFRI); program GGP wraz z programem międzynarodowym Survey for Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) tworzą „Polską Infrastrukturę Badań nad Rodzinami, Generacjami i Kapitałem Ludzkim” wpisaną w 2020 roku w Polską Mapę Infrastruktury Badawczej w naukach humanistycznych i społecznych.

74 M. Stonawski, *Kapitał ludzki w warunkach starzenia się ludności a wzrost gospodarczy*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2014.

Fundacja im. Stefana Batorego

Sapieżyńska 10a
00-215 Warszawa
tel. (48-22) 536 02 00
fax (48-22) 536 02 20
batory@batory.org.pl
www.batory.org.pl

Teksty udostępniane na licencji Creative Commons. Uznanie autorstwa na tych samych warunkach
3.0 Polska (CC BY SA 3.0 PL)



Redakcja: Agnieszka Łodzińska
Korekta: Joanna Liczner
Warszawa 2021
ISBN 978-83-66543-93-5