

RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA

BIULETYN

56

Warszawa 2011

PL ISSN 1642-5979

Opracowuje:
Sekretariat Rządowej Rady Ludnościowej

Pod redakcją:
Aliny Potrykowskiej
Ewy Orzelek

Redakcja językowa:
Władysława Czech-Matuszewska

SPIS TREŚCI

WSTĘP	5
I. KONFERENCJA NAUKOWA PT. „ŻYWNOŚĆ I ŻYWIENIE A POLITYKA LUDNOŚCIOWA W POLSCE”, POD HONOROWYM PATRONATEM MINISTRA ZDROWIA ORAZ MINISTRA ROLNICTWA I ROZWOJU WSI	7
➤ Dr Alina Potrykowska – Sprawozdanie z konferencji naukowej pt. „Żywność i żywienie a polityka ludnościowa w Polsce”, pod Honorowym Patronatem Ministra Zdrowia oraz Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi, która odbyła się w dniu 23 listopada 2010 r. w Instytucie Żywności i Żywienia w Warszawie	7
➤ Prof. dr hab. Zbigniew Strzelecki – Sytuacja demograficzna Polski i jej uwarunkowania	17
➤ List Pana Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi	24
➤ Albert Jurek – Kontrola żywności – kompetencje Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi	25
➤ Prof. dr hab. Mirosław Jarosz – Żywnościowe uwarunkowania zdrowia	27
➤ Prof. dr hab. Andrzej Kowalski – Bezpieczeństwo żywnościowe a polskie rolnictwo i przemysł spożywczy	57
➤ Prof. dr hab. Hanna Kunachowicz, mgr inż. Beata Przygoda – Zmiany w jakości zdrowotnej żywności w okresie gospodarki rynkowej	71
➤ Dr Katarzyna Stoś – Suplementy diety i ich znaczenie	81
➤ Prof. dr hab. Jan K. Ludwicki – Aktualne wyzwania dla bezpieczeństwa żywności w Polsce	91
➤ Prof. dr hab. Wiktor B. Szostak – Epidemiologia żywieniowa chorób układu krążenia w Polsce	99
➤ Prof. dr hab. Jan Dzieńszewski – Żywnienie a nowotwory	105
➤ Dr Iwona Traczyk – Przedsięwzięcia krajowe i międzynarodowe w zakresie żywieniowej promocji zdrowia	121
➤ Dr Włodzimierz Sekuła – Zmiany długookresowe modelu żywienia w Polsce: uwarunkowania i skutki zdrowotne	133
➤ STANOWISKO RZĄDOWEJ RADY LUDNOŚCIOWEJ W SPRAWIE POPRAWY ŻYWIENIA I ZWIĘKSZENIA AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ LUDNOŚCI POLSKI	141
II. DOKUMENTACJA Z 44. SESJI KOMISJI DO SPRAW LUDNOŚCI I ROZWOJU ONZ nt. „Płodności, zdrowia prokreacyjnego i rozwoju”, NOWY JORK, 11–15 KWIEŹNIA 2011 R.	147
III. DECYZJA Nr 1 PRZEWODNICZĄCEGO RZĄDOWEJ RADY LUDNOŚCIOWEJ z dnia 14 stycznia 2011 r. w sprawie powołania zespołu do spraw aktualizacji założeń programu działań w zakresie polityki ludnościowej	177
IV. PROTOKÓŁ Z POSIEDZENIA PLENARNEGO RZĄDOWEJ RADY LUDNOŚCIOWEJ Z DNIA 1 CZERWCA 2011 R.	179
V. SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI RZĄDOWEJ RADY LUDNOŚCIOWEJ W 2010 ROKU	199

WSTĘP

Oddajemy do rąk Czytelników kolejny, 56. numer „Biuletynu Rządowej Rady Ludnościowej”, dokumentujący działalność Rządowej Rady Ludnościowej i jej Sekretariatu.

Na treść biuletynu składają się następujące materiały:

- Sprawozdanie, streszczenia referatów i prezentacje przedstawione na konferencji Rządowej Rady Ludnościowej „Żywność i żywienie a polityka ludnościowa w Polsce”
- Stanowisko Rządowej Rady Ludnościowej w sprawie poprawy żywienia i zwiększenia aktywności fizycznej ludności Polski
Problematyka konferencji dotycząca żywienia i aktywności fizycznej ludności w Polsce jest od wielu lat przedmiotem zainteresowania Rządowej Rady Ludnościowej, co znajduje wyraz w publikacjach: *Raportach o sytuacji demograficznej*, *Założeniach Polityki Ludnościowej* (2006) oraz w stanowiskach RRL.
- Dokumentacja z 44. Sesji ONZ Komisji do Spraw Ludności i Rozwoju (Nowy Jork 12–16 kwietnia 2011 r.)
- Decyzja nr 1 Przewodniczącego Rządowej Rady Ludnościowej z dnia 14 stycznia 2011 r. w sprawie powołania zespołu do spraw aktualizacji założeń programu działań w zakresie polityki ludnościowej.
- Sprawozdanie z posiedzenia Rządowej Rady Ludnościowej w dniu 1 czerwca 2011 r.
- Sprawozdanie z działalności Rządowej Rady Ludnościowej w roku 2010

Ważniejsze dokumenty RRL prezentowane są na stronie internetowej www.stat.gov.pl/bip

Dr Alina Potrykowska
Sekretarz Generalny
Rządowej Rady Ludnościowej

I. KONFERENCJA NAUKOWA PT. „ŻYWNOŚĆ I ŻYWIENIE A POLITYKA LUDNOŚCIOWA W POLSCE”, POD HONOROWYM PATRONATEM MINISTRA ZDROWIA ORAZ MINISTRA ROLNICTWA I ROZWOJU WSI

Sprawozdanie z konferencji naukowej pt. „Żywność i żywienie a polityka ludnościowa w Polsce”, pod Honorowym Patronatem Ministra Zdrowia oraz Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi, która odbyła się w dniu 23 listopada 2010 r w Instytucie Żywności i Żywienia w Warszawie.

Rządowa Rada Ludnościowa oraz Instytut Żywności i Żywienia współorganizowały konferencję naukową pt. „*Żywność i żywienie a polityka ludnościowa w Polsce*” pod Honorowym Patronatem Ministra Zdrowia Pani Minister Ewy Kopacz oraz Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi Pana Marka Sawickiego. Konferencja odbyła się w dniu 23 listopada 2010 r. w Instytucie Żywności i Żywienia (program w załączeniu).

Otwarcia uroczystości i powitania gości w imieniu organizatorów dokonał Przewodniczący Rządowej Rady Ludnościowej, **Pan prof. dr hab. Zbigniew Strzelecki**, który podziękował Pani Minister Ewie Kopacz i Panu Ministrowi Markowi Sawickiemu za objęcie konferencji honorowym patronatem. Następnie przywitał Pana Ministra Adama Froncza, Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia; Pana Ministra Przemysła Bilińskiego, Głównego Inspektora Sanitarnego; Pana Profesora dr hab. Janusza Witkowskiego, Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego oraz Zastępcę Dyrektora Departamentu ds. Bezpieczeństwa i Higieny Żywności w Ministerstwie Rolnictwa i Rozwoju Wsi Pana Alberta Jurka, który reprezentował Ministra Sawickiego. W dalszej kolejności Przewodniczący powitał Pana Prof. Andrzeja Kowalskiego, Dyrektora Instytutu Ekonomiki Rolnictwa i Rozwoju Wsi; Pana Tadeusza Ołdakowskiego, Pana Wiesława Łagodzińskiego, Radcę Generalnego Prezesa GUS, oraz Pana Dyrektora Macieja Piróga, Dyrektora Centrum Zdrowia Dziecka. Powitał także Pana Prof. Mirosława Jarosza, Dyrektora Instytutu Żywności i Żywienia oraz podziękował za współorganizację konferencji, która odbyła się w siedzibie Instytutu.

W konferencji wzięło udział ponad 100 osób, w tym członkowie Rządowej Rady Ludnościowej, pracownicy naukowcy Instytutu Żywności i Żywienia, eksperci z dziedziny polityki ludnościowej i demografii oraz żywności i żywienia, a także medycyny i innych nauk.

Podczas sesji inauguracyjnej Przewodniczący Rządowej Rady Ludnościowej **Pan prof. dr hab. Zbigniew Strzelecki** wygłosił referat pt. „*Sytuacja demograficzna Polski i jej uwarunkowania*”, w którym przedstawił główne rysy i wybrane problemy sytuacji demograficznej Polski w powiązaniu z problematyką żywności i żywienia. Omówił zmiany od 1950 r. do przełomu systemowego, gdy występował wzrost demograficzny i obecnie obserwowana stabilizacja procesów demograficznych z symptomami załamania, głównie w wyniku niekorzystnych tendencji w zakresie ruchu naturalnego, bowiem kończy się okres intensywnych wyżów i niżów demograficznych w zakresie urodzeń. Jest to czynnik, który zadecydował o stabilizacji i niewielkim spadku zaludnienia Polski obecnie. Stało się to głównie poprzez procesy związane z płodnością, bowiem występuje bardzo niska dzietność (o współczynniku dzietności poniżej 1,5 dziecka na kobietę w wieku rozrodczym), a model dzietności społeczności wiejskiej i miejskiej są podobne.

Przyszłe zmiany charakteryzujemy poprzez współczynnik zastępowalności pokoleń, który określa, w jakim stopniu obecne pokolenia zostaną zastąpione w przyszłości. Deficyt w tym zakresie w Polsce wynosi około 30%, aby pokolenie obecne zostało zastąpione w przyszłości. W efekcie tych zmian tylko przejściowo powstrzymana została w latach 2008–2009 tendencja spadkowa współczynnika zastępowalności pokoleń, ale i tak deficyt międzygeneracyjny w urodzeniach stanowi około 30%.

W zakresie umieralności ludności kontynuowane były trendy zapoczątkowane już w początkach transformacji społeczno-gospodarczej; w dalszym ciągu zmniejszało się (choć już w coraz wolniejszym tempie) natężenie zgonów, w tym także niemowląt, co w konsekwencji powodowało wydłużenie przeciętnego trwania życia Polaków. Pomimo niskiego już poziomu umieralności niemowląt wciąż jest on

2–2,5-krotnie wyższy niż w przodujących pod tym względem krajach Europy. Obserwuje się względną stabilizację struktury zgonów według głównych przyczyn chorobowych. Jednocześnie jednak ta zmiana w zakresie umieralności nie spowodowała w ostatnich latach wyraźnej poprawy w wyrównywaniu się różnic trwania życia kobiet i mężczyzn. W dalszym ciągu przeciętne dalsze trwanie życia kobiet w Polsce jest dłuższe o 8,5 roku od przeciętnego dalszego trwania życia mężczyzn i nadal różnica ta jest znacznie wyższa w stosunku do krajów o najniższej umieralności. W dalszym ciągu zmniejsza się wysoka nadumieralność Polaków spowodowana chorobami układu krążenia i nowotworami w stosunku do krajów europejskich notujących niską umieralność z powodu tych chorób. Autor porównał wysoką umieralność w Polsce w stosunku do krajów, które pod względem chorób układu krążenia przodują, czyli Finlandii, Grecji, Islandii, Holandii. Wzorec umieralności w Polsce jest zbliżony do Grecji, a w stosunku do Islandii, Finlandii i Holandii ten poziom jest bardzo wysoki. Prognozy demograficzne są dla nas niekorzystne. Od obecnego roku rysuje się systematyczny wzrost umieralności i systematyczny spadek rozrodczości, co oznacza, że ten czynnik naturalny będzie negatywnie oddziaływał na przyrost liczby ludności w przyszłości. Należy mieć nadzieję, że działania, które byłyby podjęte między innymi w zakresie stylu odżywiania się i aktywności fizycznej ludności, mogą spowodować, że różnica między umieralnością mężczyzn i kobiet będzie się zmniejszała. Przeciętne dalsze trwanie życia wówczas nie tylko będzie się wydłużało dynamicznie w stosunku do wymienionych krajów, ale również umieralność mężczyzn się zmniejszy. Dlatego jest ważne, by takie działania zostały podjęte, aby Polska nie weszła w fazę depopulacji, czyli zmniejszania się liczby ludności, która, według szacunków, zmniejszy się o ponad 2,5 miliona do 2035 roku. Jeśli działania zostaną zaniechane i założenia, które przyświecały konstrukcji tej prognozy nie zmieniają się, wówczas piramida struktury ludności według wieku uzyska postać wrzeciona, tzn. będzie bardzo szeroka jej górna część, czyli ogromny udział roczników w wieku starszym i bardzo niewielki udział dzieci i młodzieży. W konsekwencji będzie to powodowało wiele niekorzystnych skutków ekonomicznych i będziemy społeczeństwem starzejącym się i coraz mniej licznym. Prof. Z. Strzelecki wskazał, jak ogromne są wyzwania, które należy podjąć w działaniach praktycznych,

Następnie w imieniu Pani Minister Zdrowia Ewy Kopacz, głos zabrał **Pan Minister Adam Fronczak**, który nawiązał do stylu życia mającego wielki wpływ na dalsze trwanie naszego życia, jego kondycję i jakość. Medycyna gros środków przeznacza na leczenie, naprawę skutków często, niestety, złego stylu życia. Odnosił się do profilaktyki i działań Ministra Zdrowia w tym zakresie oraz bezpieczeństwa żywności. W ramach działań profilaktycznych finansowanych ze środków będących w dyspozycji Ministra Zdrowia od roku 2007 realizowany jest **Narodowy Program Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej POL-HEALTH na lata 2007–2011**, który obecnie stanowi moduł I programu zdrowotnego pn. **Narodowy Program Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym**. Podstawowymi celami tego programu zdrowotnego jest powszechna edukacja żywieniowa społeczeństwa, zmniejszenie występowania nadwagi i otyłości oraz zmniejszanie zachorowalności i umieralności na choroby niezakaźne w Polsce. W 2009 r. realizowane były zadania w większości skierowane do dzieci i młodzieży (np. do placówek edukacyjnych przekazano ponad 3000 sztuk dwóch monografii: 1) *Zasady prawidłowego żywienia dzieci i młodzieży oraz wskazówki dotyczące zdrowego stylu życia*; 2) *Obiady szkolne z uwzględnieniem zasad dobrej praktyki higienicznej oraz systemu HACCP dla posiłków szkolnych*).

Obecnie realizowane są zadania z zakresu edukacji żywieniowej społeczeństwa poprzez publikację poradnika pod nazwą „*Praktyczny podręcznik dietytyki*”, broszury „*Opracowanie zaleceń dla lekarzy i pielęgniarek dotyczących diagnozowania zaburzeń odżywiania*” oraz ulotki na temat *obniżenia zawartości soli w diecie*. Koszt realizacji zadań w roku 2010 wynosi 1 458 440 zł. W 2011 roku w ramach tych programów planowana jest realizacja zadań skierowanych do dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym, mających na celu zmniejszenie negatywnych skutków nadwagi i otyłości wśród tych dzieci poprzez propagowanie zdrowego stylu życia i postaw prozdrowotnych, a przede wszystkim uprawiania sportu, ruchu od najmłodszych lat oraz zwiększenie świadomości żywieniowej rodziców i opiekunów dzieci. Jest to bardzo ważne, gdyż coraz mniej młodzieży chce aktywnie uczestniczyć w zajęciach fizycznych (młodzież spędza wiele godzin przed komputerem lub TV). W Polsce zbudowano ponad 700 „Orlików”, które należy zapełniać w sposób permanentny oraz zachęcić dzieci i młodzież do uprawiania sportu. Pan Minister

mówił o konieczności modyfikacji modelu spożycia żywności; zmniejszeniu częstości występowania żywieniowych czynników ryzyka chorób dietozależnych; wypracowaniu modelu postępowania zwiększającego aktywność fizyczną wszystkich grup wiekowych (największe trudności w zmianie stylu życia mają osoby w starszym wieku); wzroście świadomości społecznej o roli ruchu i zachowaniu dobrego stanu zdrowia i sprawności fizycznej; zmniejszeniu częstości występowania nadwagi, otyłości, hipercholesterolemii, hiperlipidemii oraz hiperchomocysteinemii.

Działania z zakresu profilaktyki chorób dietozależnych podejmowane są również w ramach pozostałych programów realizowanych ze środków finansowych pozostających do dyspozycji Ministra Zdrowia, jak; *Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD* oraz *Narodowy Program Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym*, moduł *II Program Prewencji i Leczenia Cukrzycy w Polsce na lata 2010–2011*, w zakresie którego realizowane są zadania zmierzające do zwiększenia świadomości społeczeństwa o roli zdrowego trybu życia, nabycia umiejętności istotnych w profilaktyce cukrzycy i zapobiegania powikłaniom oraz wykształcenie w społeczeństwie postaw prozdrowotnych. Jest to gigantyczne zadanie, a kwestia dotarcia do milionów młodych ludzi i naszego społeczeństwa jest bardzo ważna. Minister podkreślił, że jesteśmy u progu budowania strategii, która do tego doprowadzi.

Pan Minister A. Fronczak przedstawił w imieniu Pana Ministra P. Bilińskiego sondaż **EUROBAROMETR**, który wykazał, że większość Europejczyków ma zaufanie do krajowych i międzynarodowych urzędów do spraw bezpieczeństwa żywności jako źródeł informacji na temat niebezpieczeństw w dziedzinie żywności. Większość respondentów (58%), pytanych o zdanie na temat żywności, w dużym stopniu kojarzyła żywność i jedzenie z przyjemnością wiążącą się z wybieraniem świeżej i smacznej żywności. Mniej niż połowa respondentów skupiła się na takich zagadnieniach, jak: poszukiwanie przystępnych cen, zaspokajanie głodu. Jeszcze mniejsza liczba respondentów (1/3) była zainteresowana bezpieczeństwem żywności i zagadnieniami związanymi z żywnością, jak sprawdzanie zawartości kalorii, składników odżywczych. Mając do wyboru różne zagrożenia, które mogą dotyczyć ich osobiście, więcej obywateli Unii Europejskiej wskazało kryzys ekonomiczny (20%), zanieczyszczenie środowiska (18%), a nie możliwe ryzyko związane ze szkodliwą dla zdrowia żywnością (tylko 11%) jako bardzo prawdopodobne czynniki, które mogą mieć wpływ na ich życie. Z listy możliwych problemów dotyczących żywności 31% badanych wskazało pozostałości chemiczne pestycydów w owocach, warzywach i produktach zbożowych (wzrost o trzy punkty procentowe w porównaniu z 2005 r.); 30% wskazało antybiotyki i hormony w mięsie; 30% – klonowanie zwierząt w celu produkcji żywności; 29% – zanieczyszczenia takie jak rtęć, wanad i dioksyny w wieprzowinie, 23% potwierdziło duże obawy dotyczące zanieczyszczenia żywności przez bakterie; 15% – zagrożenia związane z odżywianiem, takie jak: zwiększenie masy ciała; 15% – niestosowanie zdrowej i zrównoważonej diety. Główne obawy, jakie przedstawiali respondenci, to pozostałości pestycydów w owocach, warzywach i produktach zbożowych i one budzą zasadniczo najwięcej obaw w 12 państwach członkowskich. Jakość i świeżość żywności budzi najwięcej, aż 94%, obaw na Łotwie i Litwie, tj. w krajach bałtyckich oraz na południu Europy: w Portugalii i Hiszpanii. Zatrucia pokarmowe wywołane przez bakterie, takie jak salmonella w jajach lub listeria w serze, najwięcej obaw budzą w Bułgarii. Dodatki, takie jak barwniki i środki konserwujące czy wzbogacające smak stosowane w żywności i napojach, w Polsce znajdują się na pierwszym miejscu wśród obaw (prawie 80% respondentów).

Pozostałości, takie jak antybiotyki i hormony w mięsie, to problem budzący najwięcej obaw na Cyprze. We Francji 80% respondentów wyraża obawy dotyczące zanieczyszczeń takich jak rtęć; taki sam poziom obaw zarejestrowano w tym kraju w odniesieniu do pozostałości pestycydów. W Austrii respondenci są jednakowo zaniepokojeni pestycydami i organizmami modyfikowanymi genetycznie (GMO) – po 67%.

Kwestia GMO jest bardzo trudnym tematem, dlatego Minister Zdrowia wraz z Głównym Inspektorem Sanitarnym przy współudziale Ministerstwa Środowiska i Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi odpowiada za ten problem na forum Unii Europejskiej. W związku z systemem bezpieczeństwa żywności w Unii Europejskiej ogólnie odczucie jest takie, że konsumenci czują się chronieni. 46% respondentów zgadza się, że organy publiczne w Unii Europejskiej uważają zdrowie obywateli za ważniejsze niż korzyści dla producentów. Natomiast ponad 80% uważa, że władze publiczne powinny zrobić więcej, aby zapewnić, by żywność była zdrowa i aby społeczeństwo było informowane o zdrowej diecie i zdrowym stylu życia.

Opinia publiczna jest zgodna co do systemu bezpieczeństwa żywności w Unii Europejskiej, że organy publiczne robią dużo w celu zapewnienia bezpieczeństwa żywności w Europie, że działają szybko, podejmują decyzje na podstawie dowodów naukowych i wykonują dobrą pracę, informując społeczeństwo o zagrożeniach związanych z żywnością. W przypadku pojawienia się zagrożenia, skażenia itp. ten system działa sprawnie i szybko produkty są eliminowane. Odnośnie do sytuacji demograficznej mówca przypomniał, że Polska jest szóstym co do wielkości krajem w Unii Europejskiej, stanowi 7,7% jej ludności. Jednakże, jeżeli prognozy się sprawdzą, liczba ludności Polski spadnie o około 7 mln, to jest o 18%, a więc te przewidywania są katastrofalne. Opierając się na danych z Eurostatu, organa odpowiedzialne za zdrowie publiczne w Polsce powinny wypracować strategię działań pozwalających na maksymalne zniwelowanie skutków niekorzystnych zmian demograficznych, między innymi poprzez wzmocnienie systemu bezpieczeństwa żywności, promocję zdrowego stylu życia. Do udziału w pracach nad strategią powinny być włączone instytucje naukowo-badawcze oraz organizacje pozarządowe, tak aby podkreślić międzyresortowy charakter tych działań. Potrzebne jest działanie wszystkich i jeżeli nie będziemy wspólnie podchodzić do tematu, to będziemy diagnozować, prognozować, ale nie znajdziemy rozwiązań na przyszłość.

List **Pana Marka Sawickiego, Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi** (w załączeniu) złożył na ręce Przewodniczącego Rządowej Rady Ludnościowej prof. Z. Strzeleckiego **Pan Albert Jurek**, Zastępca Dyrektora do spraw Bezpieczeństwa i Higieny Żywności w Departamencie Bezpieczeństwa Żywności i Weterynarii Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi. Pan Minister M. Sawicki podziękował za to, że mógł objąć honorowym patronatem konferencję naukową „*Żywność i żywienie a polityka ludnościowa w Polsce*”, zorganizowaną przez Rządową Radę Ludnościową we współpracy z Instytutem Żywności i Żywienia oraz za zaproszenie do wzięcia udziału w tej konferencji i jednocześnie złożył na ręce Pana Przewodniczącego wyrazy uznania za podjęcie inicjatywy prowadzenia debaty nad oceną sytuacji w zakresie wpływu żywności i żywienia na procesy demograficzne w Polsce. Zapewnił, że utrzymanie wysokiego poziomu bezpieczeństwa i jakości żywności jest jednym z najważniejszych celów z punktu widzenia ochrony konsumentów oraz jednym z głównych zadań Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi. Stwierdził, że jakość zdrowotna i handlowa polskiej żywności utrzymana jest na wysokim poziomie, o czym świadczą wyniki wielu misji kontrolnych przeprowadzonych w Polsce przez inspektorów Biura Żywności Inspekcji Weterynarii Unii Europejskiej, a także fakt, że polska żywność jest coraz bardziej ceniona i chętnie kupowana przez konsumentów z innych państw członkowskich oraz zdobywa coraz szersze rynki zbytu w państwach trzecich.

Pan Albert Jurek – Zastępca Dyrektora do spraw Bezpieczeństwa i Higieny Żywności w Departamencie Bezpieczeństwa Żywności i Weterynarii Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi w wystąpieniu dot. systemu bezpieczeństwa żywności stwierdził, że w kompetencjach Ministra Rolnictwa w zakresie kontroli żywności wpisane są działania wykonywane przez trzy inspekcje: Inspekcję Weterynaryjną, Inspekcję Jakości Handlowej Artykułów Rolno-Spożywczych oraz Inspekcję Ochrony Roślin i Nasiennictwa. Inspekcje podległe Ministrowi RiRW są odpowiedzialne za urzędową kontrolę żywności, zgodnie z zasadą nadzoru nad produkcją od „pola do stołu”. Urzędowa kontrola jakości żywności ma ogólnie za cel zapewnienie zarówno jakości zdrowotnej (w kompetencji Inspekcji Weterynaryjnej oraz Państwowej Inspekcji Sanitarnej) oraz jakości handlowej (odpowiadają Inspekcja Jakości Handlowej Artykułów Rolno-Spożywczych oraz Inspekcja Handlowa). Inspekcja Weterynaryjna pełni nadzór nad bezpieczeństwem żywności pochodzenia zwierzęcego, również nad kontrolą graniczną żywności pochodzenia zwierzęcego przywożonej z państw trzecich na terytorium całej Unii Europejskiej. Inspekcja Jakości Handlowej Artykułów Rolno-Spożywczych kontroluje jakość artykułów rolno-spożywczych w produkcji i obrocie, kontroluje jakość handlową artykułów rolno-spożywczych sprowadzanych z zagranicy, w tym przeprowadza kontrolę graniczną takich artykułów oraz kontroluje warunki składowania i transportu artykułów rolno-spożywczych. Inspekcja Ochrony Roślin i Nasiennictwa w zakresie bezpieczeństwa żywności przede wszystkim sprawuje kontrolę pozostałości środków ochrony roślin w produktach roślinnych pochodzących bezpośrednio z produkcji pierwotnej. Te trzy inspekcje wykonują nadzór nad tym obszarem mającym zapewnić konsumentom, że żywność jest bezpieczna. Zapewnił o wszelkich działaniach podejmowanych przez Ministra Rolnictwa w zakresie promocji polskiej żywności, w tym promocji żywności o sprawdzo-

nej jakości poprzez system certyfikacji takich produktów, a także o działaniach dążących do wspierania polskiego rolnictwa i polskiej produkcji żywności

Prof. Z. Strzelecki raz jeszcze podziękował Panu Ministrowi nie tylko za patronat honorowy, ale za wyraz materialny patronatu, w tym także za promocję zdrowej żywności w przerwie obrad.

Następnie gospodarz konferencji **prof. dr hab. Mirosław Jarosz**, Dyrektor Instytutu Żywności i Żywnienia, wygłosił referat pt. „**Żywieniowe uwarunkowania zdrowia**”, podkreślając, że na stan zdrowia wpływa wiele czynników, z których za najważniejszy uważa się styl życia. Nieprawidłowe żywienie i mała aktywność fizyczna zwiększają ryzyko rozwoju wielu chorób przewlekłych. W Polsce przewlekłe choroby niezakaźne występują u 60–80% osób dorosłych, a czynniki ryzyka pojawiają się już w dzieciństwie. Większość populacji (60–80% dorosłych i 55–70% dzieci) odżywia się nieprawidłowo.

Wśród czynników żywieniowych, które wpływają negatywnie na stan zdrowia występuje nadmiar soli w diecie, której spożycie w Polsce przekracza około 2,5-krotnie zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia (do 5 g/dobę). Jest to istotny czynnik ryzyka rozwoju wielu chorób, w tym: nadciśnienia tętniczego, udarów mózgu, raka żołądka, kamicy nerkowej, osteoporozy, otyłości i powoduje gorsze funkcjonowanie płuc u chorych z zapaleniem oskrzeli i z astmą.

Nieprawidłowe żywienie bardzo łatwo może doprowadzić do rozwoju nadwagi, a następnie otyłości. Szczególnie niepokojący jest wzrost odsetka dzieci otyłych w Polsce, a mianowicie nadwaga bądź otyłość występują u około 20% chłopców i 15% dziewcząt.

Otyłość jest główną przyczyną innych chorób przewlekłych, zwłaszcza chorób układu krążenia, niektórych nowotworów, cukrzycy typu 2, kamicy żółciowej. Utrzymanie się trendu wzrostu nadwagi i otyłości może prowadzić do skracania przewidywanego dalszego trwania życia populacji. Dlatego koszty leczenia otyłości i związanych z nią chorób są coraz większe.

Autor wskazał również nowotwory, które obok otyłości stanowią poważny problem zdrowotny, społeczny i ekonomiczny. W Polsce są one drugą, po chorobach układu krążenia, najważniejszą przyczyną zachorowalności i umieralności, zwłaszcza wśród kobiet w ostatnim okresie. Z powodu rozwoju epidemii otyłości i związanego z tym ryzyka rozwoju chorób przewlekłych Światowa Organizacja Zdrowia i Komisja Wspólnot Europejskich podejmują liczne inicjatywy.

Odpowiedzią Polski na te inicjatywy jest *Narodowy Program Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym poprzez Poprawę Żywnienia i Aktywności Fizycznej POL-HEALTH*, zatwierdzony przez Ministerstwo Zdrowia do wdrażania w latach 2007–2011 (1. etap).

Podczas drugiej sesji **poświęconej żywności**, której przewodniczyła **Pani prof. dr hab. Hanna Kunachowicz**, jako pierwszy wystąpił **Pan prof. dr hab. Andrzej Kowalski**, Dyrektor Instytutu Ekonomiki Rolnictwa i Gospodarki Żywnościowej. Przedstawił referat pt. „**Bezpieczeństwo żywnościowe (food security) a polskie rolnictwo i przemysł spożywczy**”, w którym podkreślił, że rozwój gospodarki żywnościowej w Polsce ma trwałe podstawy. Tworzy je duży krajowy rynek zbytu, który wciąż wykazuje tendencje rozwojowe. Rozwój gospodarczy kraju po wejściu do UE poprawił strukturę konsumpcji i jakość żywienia człowieka. Zmiany konsumpcji żywności powodują wzrost spożycia żywności pochodzenia zwierzęcego, głównie mięsa i ryb, a także żywności wysoko przetworzonej.

W związku z tym występuje konieczność przesunięcia paradygmatu z problemu wielkości produkcji żywności oraz jej podaży, czyli bezpieczeństwa żywnościowego, na poziom bezpieczeństwa żywności.

Panie **prof. dr hab. Hanna Kunachowicz** i **mgr inż. Beata Przygoda** (Zakład Wartości Odżywczej Żywności, Instytut Żywności i Żywnienia) zaprezentowały referat pt. „**Zmiany w jakości zdrowotnej żywności w okresie gospodarki rynkowej**”, w którym podkreśliły, iż „pojęcie jakości zdrowotnej żywności obejmuje: bezpieczeństwo dla zdrowia, wartość odżywczą żywności oraz zespół cech organoleptycznych”. Na szczególną uwagę zasługują zmiany, jakie zaobserwowano w wartości odżywczej żywności w okresie gospodarki rynkowej. Wpływ na nie miało przede wszystkim: opracowanie nowych receptur produktów spożywczych, zastosowanie nowych technologii w przemyśle spożywczym, zmiany w produkcji rolnej zarówno zwierzęcej jak i roślinnej. Wprowadzono nowe opakowania żywności, pozwalające na wydłużenie jej terminu przydatności do spożycia. Wystąpił także znaczący wzrost importu żywności, której w Polsce wcześniej nie spożywano.

W ostatnim 20-leciu dokonało się wiele pozytywnych zmian zwyczajów żywieniowych m.in.: zmiany w strukturze spożycia tłuszczów na korzyść tłuszczów roślinnych, rozpowszechnienie się spożycia warzyw i owoców, zmiana w spożyciu mięsa na korzyść mięsa drobiowego. Występują również negatywne zjawiska np.: duże spożycie cukru, słodczy, tłuszczu czy soli, wyższe niż wynika z zapotrzebowania spożycie energii, nieregularność spożywania posiłków. Podkreślono, że bogaty rynek produktów żywnościowych umożliwia realizację prozdrowotnej diety.

Następnie **Pani dr Katarzyna Stoś** (Instytut Żywności i Żywienia w Warszawie) wygłosiła referat pt. „**Suplementy diety i ich znaczenie**”, w którym podkreśliła, że w ostatnich latach rynek suplementów gwałtownie wzrósł. Szacuje się, że około 20% populacji w Polsce stosuje suplementy diety. Częstość stosowania waha się w populacji w zależności m.in. od miejsca zamieszkania, wykształcenia, stylu życia oraz stanu zdrowia badanych osób. Suplementy diety stosują zarówno osoby zdrowe jak i chore, osoby uprawiające sport, ludzie starsi oraz osoby nie mające czasu na racjonalne żywienie.

Najważniejszym sposobem utrzymania zdrowia oraz zmniejszenia ryzyka chorób jest zbilansowana dieta zawierająca niezbędne składniki odżywcze w odpowiednich proporcjach oraz aktywność fizyczna. Dieta ta powinna dostarczać wszystkich składników odżywczych, niezbędnych do prawidłowego rozwoju i zachowania zdrowia, w ilościach spełniających normy ustalone i zalecane na podstawie ogólnie przyjętych danych naukowych.

Znaczenie suplementów diety dla zdrowia jest wciąż badane. Coraz częściej pojawia się pytanie o bezpieczeństwo ich stosowania.. Należy rozważyć korzyści i zagrożenia związane z ewentualnym stosowaniem suplementu.

Pan prof. dr hab. Jan K. Ludwicki (Państwowy Zakład Higieny – Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego) jako ostatni na tej sesji przedstawił referat pt. „**Aktualne wyzwania dla bezpieczeństwa żywności w Polsce**”.

Autor przytoczył definicje żywności i bezpieczeństwa żywności. Podkreślił, że posługiwanie się terminem ‘bezpieczeństwo żywności’ wymaga zrozumienia dwóch podstawowych pojęć, jakimi są ‘zagrożenie’ i ‘ryzyko’. Nie są to pojęcia tożsame. Zagrożeniem jest czynnik fizyczny, chemiczny lub biologiczny, który może wywołać niekorzystny skutek. Natomiast ryzyko jest prawdopodobieństwem, że taki skutek wystąpi. Do wielu aspektów bezpieczeństwa żywności odnosi się także zasada ryzyka i korzyści. W obszarze bezpieczeństwa żywności istotne są przede wszystkim zmiany w prawodawstwie dotyczącym obrotu żywnością. Globalizacja zapewniająca niezwykłą dostępność nawet bardzo egzotycznych towarów niesie za sobą ryzyko wniknięcia na nasz rynek produktów o nieakceptowalnej w UE jakości, lub też często nie dających możliwości prześledzenia ich historii, zanim trafiły do obrotu detalicznego.

W 2007 roku powstała definicja ‘nowo pojawiających się zagrożeń żywności’ (*emerging risks*); zgodnie z nią są one definiowane jako ryzyko wynikające z zagrożeń, które zostały zidentyfikowane po raz pierwszy i które mogą spowodować wystąpienie nieoczekiwanych nowych skutków zdrowotnych lub istotne nasilenie skutków znanych już wcześniej. Na przykład stwierdzono w ostatnich latach, że różne substancje chemiczne przenikają do żywności z opakowań. Spowodowało to opracowanie zasad badania i oceny bezpieczeństwa wyrobów do kontaktu z żywnością.

Autor określił nowo pojawiające się zagrożenia żywności stwarzające ryzyko wystąpienia negatywnych skutków zdrowotnych.

W dyskusji podsumowującej pierwszą część obrad jako pierwszy zabrał głos **Pan dr L. Szponar** w kwestii zagrożeń zdrowia populacji na drodze żywieniowej, szczególnie grup ryzyka (rodzin niepełnych i dzieci z rodzin ubogich) oraz polityki pronatalistycznej. W odpowiedzi **prof. Z. Strzelecki** podkreślił, iż problematyka ta, bardzo złożona, jest przedmiotem prac Rządowej Rady Ludnościowej, a zwłaszcza weryfikacji założeń polityki ludnościowej w Polsce. W dalszej dyskusji uczestniczyli **prof. prof. L. Ludwicki** i **H. Kunachowicz** w kwestii roślin genetycznie modyfikowanych (GMO) oraz **A. Gronowska-Senger**, która poruszyła problemy ekonomiczne w kontekście procesów demograficznych oraz żywności i żywienia. **Prof. Z. Strzelecki** odpowiedział, że kwestie żywności i żywienia na tle sytuacji demograficznej odgrywają szczególną rolę, a zwłaszcza zmiana stylu życia, edukacja i informacja, powinny więc znaleźć się w narodowej strategii polityki ludnościowej. W nawiązaniu do dyskusji **Pan W. Łagodziński** (GUS) podkreślił, że proces produkcji żywności i kwestia żywienia są uwarunkowane procesami ekonomicznymi,

ze szczególnym uwzględnieniem procesów transformacji i integracji międzynarodowej. Poruszył m.in. sprawy zagospodarowania ziemi, produkcji żywności, skali gospodarstw domowych oraz stopnia mechanizacji w procesie przetwarzania żywności. Poinformował także o kwestiach i przebiegu Powszechnego Spisu Rolnego 2010 (1.09.2010–31.10.2010) w Polsce.

Kolejnej **sesji nt. żywienia** przewodniczył **prof. dr hab. Jan Dzieniszewski**. Jako pierwszy mówca wystąpił **prof. dr hab. Wiktor B. Szostak** (Instytut Żywności i Żywienia w Warszawie) i wygłosił referat pt. „**Epidemiologia żywieniowa chorób układu krążenia w Polsce**”.

Autor podkreślił, iż choroby układu krążenia (ChUK) powstające na tle miażdżycy należą do najczęstszych w krajach ekonomicznie rozwiniętych jako przyczyna około połowy wszystkich zgonów. Polska należy do krajów o wysokiej umieralności z powodu tych chorób. W 2000 roku zajmowaliśmy w Europie piąte miejsce, po Rosji, Bułgarii, Rumunii i Węgrzech, pod względem umieralności na choroby układu krążenia. Jest to zależne w przeważającej mierze od cech stylu życia, w którym żywienie odgrywa szczególnie ważną rolę.

Żywienie o cechach profilaktycznych w stosunku do ChUK cechuje się unikaniem nadwagi ciała, spożywaniem tłuszczów roślinnych zamiast zwierzęcych, dużym spożyciem warzyw i owoców, zwiększeniem konsumpcji ryb kosztem mięsa, większym niż aktualne w Polsce spożyciem nasion roślin strączkowych i ograniczeniem spożycia soli.

W Polsce, poczynając od lat 1990–1991 zarysowała się poprawa sposobu żywienia zgodnie z zasadami profilaktyki miażdżycy i po 1991 roku nastąpił również spadek umieralności z powodu chorób układu krążenia, który w latach 1991–2008 wyniósł około 42%. Zatem poprawa żywienia odegrała ważną rolę w spadku umieralności z powodu tych chorób. Tym niemniej w młodszych grupach wiekowych obserwuje się od kilku lat zanik trendu spadkowego umieralności na choroby układu krążenia w Polsce. Pozostaje to prawdopodobnie w związku z brakiem dalszej poprawy zwyczajów żywieniowych, co obserwujemy od kilku ostatnich lat. Można temu przeciwdziałać, rozwijając wieloletni program poprawy sposobu żywienia i innych cech stylu życia.

Następnie **prof. dr hab. Jan Dzieniszewski** (Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa) przedstawił referat pt. „**Żywienie a nowotwory**”, w którym wyjaśnił, że ocena wpływu składników pokarmowych na powstanie określonych schorzeń nie jest łatwa, zwłaszcza w takich przypadkach, kiedy proces powstania choroby jest wieloletni. Taka sytuacja zachodzi w procesie powstawania nowotworów o konkretnej lokalizacji narządowej. Podstawowa ocena wpływu żywienia na powstanie i rozwój nowotworów jest prowadzona w pierwszym rzędzie w badaniach populacyjnych, gdzie ocenia się żywienie dużych populacji w długich okresach i porównuje z trendami dotyczącymi chorobowości i umieralności na różne choroby. W tego typu badaniach stwierdzono częstsze występowanie nowotworów różnych narządów (przełyku, jelita grubego, pęcherzyka żółciowego, trzustki) u osób z nadwagą i otyłością oraz w populacjach o wysokim spożyciu tłuszczów zwierzęcych i czerwonego mięsa. Większe spożycie warzyw i owoców oraz ryb morskich (kwasy tłuszczowe omega-3) sprzyjało mniejszej zapadalności na nowotwory, zwłaszcza jelita grubego.

Zasady racjonalnego żywienia (piramida prawidłowego żywienia) mogą mieć istotny wpływ na zmniejszenie ryzyka powstania nowotworów. Podobnie korzystny wpływ ma aktywność fizyczna.

Kolejna referentka **Pani dr Iwona Traczyk** (Instytut Żywności i Żywienia w Warszawie) omówiła wyczerpująco „**Przedsięwzięcia krajowe i międzynarodowe w zakresie żywieniowej promocji zdrowia**”.

Promocja zdrowia to proces umożliwiający zwiększenie kontroli nad zdrowiem oraz jego polepszenie poprzez podnoszenie poziomu wiedzy o sposobach zapobiegania chorobom w celu długotrwałej poprawy stanu zdrowia społeczeństwa.

Dokonujące się na świecie zmiany polityczne, ekonomiczne i społeczne niosą ze sobą nie tylko nowe wyzwania i możliwości, ale także zagrożenia dla zdrowia wielu grup ludności. Jakkolwiek na przestrzeni ostatnich lat udało się zwalczyć wiele chorób zakaźnych, w tym chorób związanych z niewłaściwą jakością zdrowotną żywności (zatrucie pokarmowych), to jednocześnie wyzwaniem stały się nowe choroby dotychczas nie występujące lub nie rozpoznawane u ludzi, jak AIDS, nowe odmiany grypy, których spektakularny przebieg jest szeroko omawiany w mediach. Obecnie największym zagrożeniem zdrowia pu-

blicznego nie są choroby zakaźne, a przewlekłe, takie jak: choroby serca, udary, nowotwory, choroby układu oddechowego oraz cukrzyca. Są one główną przyczyną zgonów na świecie (stanowiąc 60% wszystkich zgonów). Należy dodać, za danymi WHO, że spośród 35 mln zgonów z powodu chorób przewlekłych w roku 2005 połowa dotyczyła osób poniżej 70. roku życia. Podkreślenia wymaga także fakt, że przeciwnie do powszechnej opinii 80% zgonów z powodu chorób przewlekłych dotyczy krajów o niskim lub średnim statusie ekonomicznym.

Poważnym problemem zdrowotnym jest także nadmierna masa ciała. Otyłość przybrała rozmiary epidemii. Zgodnie z danymi WHO w 2005 r. około 1,6 mld osób w wieku powyżej 15 lat i 20 mln dzieci charakteryzowało się nadwagą, a co najmniej 400 mln osób dorosłych było otyłych. WHO przewiduje, że do 2015 r. liczba osób z nadwagą osiągnie 2,3 mld osób, ponad 700 mln osób dorosłych będzie otyłych.

Główne przyczyny chorób przewlekłych to nieprawidłowe żywienie, niewłaściwa aktywność fizyczna, palenie tytoniu. Eliminacja głównych czynników ryzyka chorób przewlekłych może skutecznie zmniejszać zapadalność na choroby przewlekłe. WHO podaje, że możliwe jest zmniejszenie zapadalności na udary, cukrzycę typu 2 nawet o 80%, a zapadalność na nowotwory o 40%.

Z tego powodu podejmowane są różne działania na rzecz promocji zdrowia i zmniejszenia zapadalności na choroby przewlekłe. Podejmowane są one na forum Światowej Organizacji Zdrowia, Unii Europejskiej, jak i w poszczególnych regionach geograficznych świata i w wielu krajach.

W Polsce zagadnienia promocji zdrowia realizowane są w różnych programach, niektóre z nich zawierają elementy związane z żywieniową promocją zdrowia lub, jak np. program POL-HEALTH, zagadnienia żywienia i aktywności fizycznej w prewencji chorób przewlekłych stawia na pierwszym miejscu. Spośród obecnie realizowanych w kraju programów można wymienić m.in.:

1. Narodowy Program Zdrowia (NPZ) na lata 2007–2015” (czwarta wersja).
2. Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD.
3. Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych ustanowiony na mocy ustawy z dnia 1 lipca 2005 r.
4. Program Eliminacji Niedoboru Jodu w Polsce.
5. Narodowy Program Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej POL-HEALTH.

Jako ostatni mówca wystąpił **Pan dr Włodzimierz Sekuła**, (Instytut Żywności i Żywienia), który omówił „**Zmiany długookresowe modelu żywienia w Polsce: uwarunkowania i skutki zdrowotne**”. Podkreślił, że od kilkunastu lat trwa poprawa sytuacji zdrowotnej w naszym kraju, co znajduje odzwierciedlenie w poniższych procesach. W 2009 r. kontynuowana była niemal nieprzerwana (z wyjątkiem 2003 r.) tendencja spadkowa w umieralności w naszym kraju, zapoczątkowana w 1992 r., a więc obejmująca już 18 lat. Dzięki niej wydłużyło się przeciętne trwanie życia.

Autor wskazał, iż poprawa sytuacji zdrowotnej w bardzo dużej mierze łączy się z korzystnymi zmianami modelu żywienia, pojmowanego jako ilości artykułów żywnościowych, wyrażone w przeliczeniu na mieszkańca rocznie oraz ilości energii i składników odżywczych pochodzących z tych artykułów łącznie w przeliczeniu na mieszkańca/dzień. Przekonanie to opiera się na dobrze rozpoznanych i udowodnionych zależnościach pomiędzy żywieniem a zdrowiem, co znalazło m.in. wyraz w postaci następującego, syntetycznego wniosku, sformułowanego przez ekspertów uczestniczących w konsultacji zorganizowanej wspólnie przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) i Organizację ds. Wyżywienia i Rolnictwa (FAO). W następstwie zmian, które miały miejsce w ostatnich kilkunastu latach, model żywienia w Polsce stał się bardziej „oszczędny”. Spożycie żywności ogółem było w 2008 r. o 10% niższe w porównaniu z 1989 r., w którym zainicjowano transformację polityczną, społeczną i ekonomiczną. Nastąpiło to przede wszystkim kosztem artykułów pochodzenia zwierzęcego, a konkretnie mleka i przetworów, masła i pozostałych tłuszczów zwierzęcych oraz masła wołowego. W rezultacie, żywność pochodzenia zwierzęcego łącznie stanowiła 38% ogółu żywności przeznaczonej do spożycia w 2008 r., przy 44% w 1989 roku.

Udział artykułów pochodzenia roślinnego wzrósł jednocześnie z 56% do 62%, co było następstwem wyższego spożycia tłuszczów roślinnych utwardzonych i olejów oraz owoców.

Szczególnie korzystną cechą obecnego modelu żywienia było to, że zawierał on mniej nasyconych kwasów tłuszczowych, a jednocześnie więcej kwasów wielonienasyconych w porównaniu z modelem

żywienia w 1989 roku. Korzystne zmiany nastąpiły także w zawartości cholesterolu, która była w 2008 r. o 12% niższa w stosunku do 1989 roku.

Prof. J. Dzieniszewski otworzył dyskusję; głos w niej zabrał **dr L. Szponar**, który zwrócił uwagę na dramatyczną sytuację demograficzną Polski, co wynika z faktu, że populacja kobiet w wieku prokreacyjnym będzie systematycznie malała, a jest to podstawa biologiczna populacji. Zapytał, jak poprawić sytuację w zakresie pronatalistycznym i czy możemy oczekiwać poprawy tej sytuacji w perspektywie do 2050 roku. Z kolei w najbliższych latach w kraju będzie ponad 2 mln 80-latków, a wiemy, co to znaczy z punktu widzenia ochrony zdrowia. Z jednej strony wystąpi dramatyczny spadek liczby dzieci i młodzieży, z drugiej – wzrost do 23% w 2035 r. osób powyżej 65. roku życia. Ten dramatyzm sytuacji przekłada się również na wzrost ryzyka zespołów otępiennych i wzrost ryzyka przypadków choroby Alzheimera. W pierwszym przypadku mamy pewne szanse na drodze żywieniowej zmieniać tę sytuację. Natomiast w odniesieniu do choroby Alzheimera te możliwości są ograniczone. Podkreślił także, że w związku ze starzeniem się społeczeństwa nie nastąpi spadek odsetka otyłości w populacji osób dorosłych, ponieważ otyłość osób w wieku 60 lat i więcej w porównaniu do wieku 20–29 lat wzrasta 11-krotnie. Jednocześnie systematycznie wzrasta otyłość dzieci i młodzieży. Proponował uszczegółowić program walki z otyłością.

W dyskusji podkreślono, że potrzebne jest bardziej zintegrowane działanie na wielu płaszczyznach, aby ten program mógł zrealizować.

Prof. dr hab. Zbigniew Strzelecki, dokonując podsumowania konferencji pt. „**Żywność i żywienie a polityka ludnościowa w Polsce**”, ocenił ją jako bardzo owocną i ukazującą nowe perspektywy w badaniach demograficznych w relacji do sytuacji żywnościowej oraz nowe możliwości Rządowej Rady Ludnościowej w służbie nauce i społeczeństwu.

Opracowała:
Dr Alina Potrykowska
Sekretarz Generalny RRL



KONFERENCJA NAUKOWA



Żywność i żywienie a polityka ludnościowa w Polsce

**pod honorowym patronatem Ministra Zdrowia
oraz Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi**

Warszawa, 23 listopada 2010 r.



10.00 – 11.00 Powitanie gości — SESJA OTWARCIA

Sytuacja demograficzna Polski i jej uwarunkowania — Rządowa Rada Ludnościowa

Wystąpienie Pani Minister Zdrowia

Wystąpienie Pana Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi

Żywnościowe uwarunkowania zdrowia — prof. Mirosław Jarosz, dyrektor IŻŻ



11.15–11.35

Przerwa na kawę

11.35–13.50

SESJA NT. ŻYWNOSCI

Bezpieczeństwo żywnościowe (food security) a polskie rolnictwo i przemysł spożywczy

— prof. Andrzej Kowalski, dyrektor Instytutu Ekonomiki Rolnictwa i Gospodarki Żywnościowej

Zmiany w jakości zdrowotnej żywności w okresie gospodarki rynkowej

— prof. Hanna Kunachowicz, mgr Beata Przygoda, IŻŻ

Suplementy diety i ich znaczenie

— dr Katarzyna Stoś, IŻŻ

Aktualne wyzwania dla bezpieczeństwa żywności w Polsce

— prof. Jan K. Ludwicki, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego–Państwowy Zakład Higieny

13.25–14.35

Przerwa obiadowa

14.35–16.35

SESJA NT. ŻYWIENIA

Epidemiologia żywieniowa chorób układu krążenia w Polsce

— prof. Wiktor B. Szostak, IŻŻ

Żywnienie a nowotwory

— prof. Jan Dzieniszewski, IŻŻ

Przedsięwzięcia krajowe i międzynarodowe w zakresie żywieniowej promocji zdrowia

— dr Iwona Traczyk, IŻŻ

Zmiany długookresowe modelu żywienia w Polsce: uwarunkowania i skutki zdrowotne

— dr Włodzimierz Sekuła, IŻŻ

16.35–17.00

Dyskusja, podsumowanie, zakończenie

SYTUACJA DEMOGRAFICZNA POLSKI I JEJ UWARUNKOWANIA

Moja prezentacja stanowi wprowadzenie do problematyki konferencji nt. „Żywność i żywienie a polityka ludnościowa w Polsce” i może w pewnym stopniu wyjaśnić również to, dlaczego Rządowa Rada Ludnościowa jako organ pomocniczy Prezesa Rady Ministrów, odpowiadający za politykę ludnościową oraz działania, które pochodzą z różnego typu regulacji mających skutki demograficzne, wspólnie z Instytutem Żywności i Żywienia podjęła tę problematykę. Chcielibyśmy zaprezentować główne kierunki i wybrane problemy sytuacji demograficznej Polski, próbując również wskazać na to, z jakim obszarem tej sytuacji możemy wiązać problematykę żywności i żywienia.

Do okresu przełomu systemowego występował wzrost demograficzny. Od tego czasu nastąpiła stabilizacja z symptomami załamania. Dzieje się tak głównie w wyniku bardzo niekorzystnych tendencji, jeśli chodzi o ruch naturalny. Kończy się w Polsce okres intensywnych wyzów i niżów demograficznych w zakresie urodzeń. Nawet ten ostatni mały symptom ożywienia, praktycznie rzecz biorąc, jest bardzo niewielki, a poza tym bardzo krótki. Dlatego można stwierdzić, że ten czynnik oprócz migracji zadecydował o stabilizacji oraz o niewielkim już spadku zaludnienia Polski. Stało się to głównie poprzez procesy związane z płodnością, które pokazują, że znaleźliśmy się w strefie bardzo niskiej dzietności, gdy model dzietności społeczności wiejskiej i miejskiej, praktycznie rzecz biorąc, już się nie różni. Zmniejszenie liczby ponad 3 dzieci do niecałych 1,5 na 1 kobietę pokazuje skalę spadku dzietności. Ten proces obserwujemy od 1990 r. do chwili obecnej. To, co nas będzie czekało, charakteryzujemy poprzez współczynnik zastępowalności pokoleń, a więc w jakim stopniu obecne pokolenia zostaną zastąpione w przyszłości. Do takiego stanu, gdy będzie prosta zastępowalność pokoleń wynosząca 1,0; w tym współczynniku brakuje nam 40%, co pokazuje, jakie perspektywy mamy przed sobą.

Inny obszar, który możemy wiązać z dzisiejszą konferencją, to przeciętne dalsze trwanie życia. Ogólnie rzecz biorąc, bez względu na rocznik, który bierzemy pod uwagę, cały czas wydłuża się – zarówno jeśli chodzi o mężczyzn, jak i kobiety – czas trwania życia ludności. Niemniej jednak deficyt w tym zakresie w stosunku do przodujących krajów jest jeszcze duży. W wyrazie graficznym cały czas mamy tendencje pozytywne, ale następuje rozwarcie krzywych, charakteryzujących przeciętne dalsze trwanie życia kobiet i mężczyzn i dla niemowląt ten obszar praktycznie od dwudziestu lat się nie zmienia. Tak samo jest, jeśli chodzi o osoby 45-letnie. Jest to różnica bardzo duża, choć od 1990 r. następuje poprawa w przypadku mężczyzn. Dla 60-latków również nie zauważamy zmniejszania się tej różnicy, a nawet obserwujemy zwiększanie się jej, co w języku demograficznym określamy nadumieralnością mężczyzn. I podobnie wśród osób starszych też te nożyce się zwiększają, co możemy po części wiązać z zagadnieniami dzisiejszej konferencji. Być może dzisiaj będziemy mogli do tego nawiązać, jeśli chodzi o wpływ żywności i odżywiania się na kształtowanie tych tendencji. Skutkiem przedstawionych w skrócie procesów jest struktura wieku ludności, co rodzi określone problemy społeczno-ekonomiczne.

W wyniku tych procesów podstawa piramidy wieku, czyli udział dzieci i młodzieży, bardzo się „kurczy”. Warto też krótko pokazać naszą polską sytuację demograficzną na tle Europy i świata. Okazuje się, że Europa również „wyhamowuje”, jeśli chodzi o przyrost demograficzny. Natomiast Ameryka Północna, wręcz przeciwnie, jest pod tym względem kontynentem, który się rozwija. Polska zatem nie odbiega od tendencji, które dominują w Europie. Na szczęście jednak nie osiągnęliśmy jeszcze wskaźników krajów Europy Wschodniej, które powstały po rozpadzie Związku Radzieckiego, ponieważ to średnioroczne tempo, choć już schodzimy poniżej zera, nie jest aż tak ogromne. Z jakiego powodu tak się dzieje? – dlatego, że kontynent amerykański charakteryzuje się jeszcze dodatnim przyrostem naturalnym, a Polska schodzi w strefę ujemnego przyrostu, tak jak Europa.

Jeśli chodzi o przeciętne dalsze trwanie życia i jego kształtowanie się w Polsce to jest jeszcze przed nami wiele do osiągnięcia; Polska ma spory deficyt do przodujących pod tym względem krajów europejskich: Holandii, Finlandii, Islandii, a nawet Grecji. Ta różnica w dużym stopniu jest uzależniona od

stylu życia, który powinien się zmienić, ponieważ 50% czynników, które powodują umieralność i zachorowalność, związana jest ze stylem życia. Z kolejnych 50%, tylko 10% zależy od ochrony zdrowia, czyli medycyny. Ten deficyt, który wynosi 4–5 lat, jest rezerwą, która przy określonych działaniach, w tym między innymi zmianie stylu życia i odżywiania się, jest możliwa do zniwelowania. Rezerwa ta jest mniejsza, jeśli chodzi o kobiety. Wyzwanie to można już szczegółowo wiązać z problemami stylu odżywiania się, jakości żywności, bowiem one kształtują poziom współczynników zgonów. W pierwszej grupie, która jest największa, jeśli chodzi o umieralność, choroby układu krążenia (mierzone wskaźnikami standaryzowanymi); mamy jeszcze zbyt wysoką umieralność w Polsce w porównaniu do tych krajów, które pod względem chorób układu krążenia mają najniższe wskaźniki, czyli Finlandii, Grecji, Islandii, Holandii. To również przenosi się na przeciętne dalsze trwanie życia i wzorec umieralności w Polsce, który odbiega znacznie na niekorzyść w stosunku do wymienionych krajów. Umieralność standaryzowaną z powodu chorób nowotworowych, nowotworów złośliwych cechuje jeszcze większy dystans do przodujących krajów.

Perspektywy rysują się – i prawie zgodne co do tego są wszystkie ośrodki prognostyczne – niestety niekorzystnie. Od 2011 r. będziemy mieć systematyczny wzrost umieralności i spadek rozrodczości, co oznacza, że ten czynnik naturalny będzie negatywnie oddziaływał na przyrost liczby ludności w przyszłości. Miejmy nadzieję, że działania, które byłyby podjęte między innymi w zakresie stylu odżywiania się, mogą spowodować, że ta rozbieżność pomiędzy umieralnością mężczyzn i kobiet powodująca tak dużą różnicę w długości trwania życia ludności będzie się zmniejszała. Czyli przeciętne dalsze trwanie życia nie tylko będzie się dynamicznie wydłużało, ale również umieralność mężczyzn będzie się zmniejszać. Takie działania winny być podjęte, abyśmy nie weszli w fazę depopulacji (czyli zmniejszania się liczby ludności Polski), którą szacuje się do roku 2035 na ponad 2,5 miliona. Jeśli założenia, które przyświecały konstrukcji tej prognozy, nie zmienią się, to piramida ludności Polski przybierze niestety kształt wrzecion. Jej górna część będzie bardzo szeroka, czyli ogromny udział roczników w wieku starszym i bardzo niewielki udział dzieci i młodzieży, co w konsekwencji będzie powodowało wiele skutków ekonomicznych. Podobnie jak w większości krajów europejskich, będziemy społeczeństwem coraz mniej licznym. Pragnę podkreślić jak ogromne są wyzwania, na które mogą odpowiedzieć działania praktyczne, o których będziemy dzisiaj dyskutować.

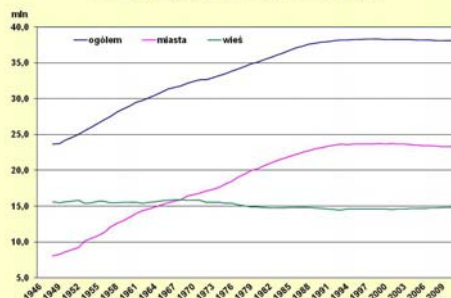
Sytuacja demograficzna Polski i jej uwarunkowania (wybrane problemy)

Zbigniew Strzelecki

„Żywność i żywienie a polityka ludnościowa w Polsce”
Rządowa Rada Ludnościowa, Instytut Żywności i Żywienia
Warszawa 23 listopada 2010 r.

1

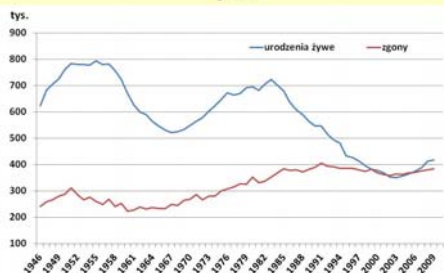
Ludność Polski w latach 1946-2009



2

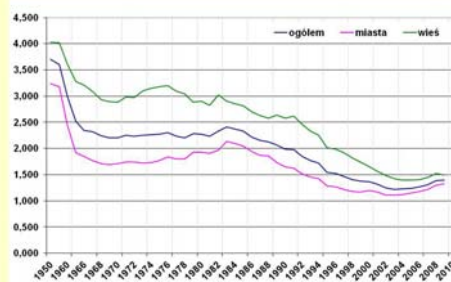
Ruch naturalny ludności w latach 1946-2009

Ogółem



3

Współczynniki dzietności ogólnej w latach 1950-2009



4

Współczynniki zastępowalności pokoleń w latach 1950-2009



5

Przeciętne dalsze trwanie życia osób w Polsce według wieku

Lata	Mężczyźni							Kobiety						
	według wieku													
	0	15	30	45	60	75	0	15	30	45	60	75		
1990	66,2	53,1	39,1	26,1	15,3	7,5	75,2	61,8	47,2	33,0	20,0	9,5		
2000	69,7	55,6	41,4	27,9	16,7	8,6	78,0	63,8	49,0	34,7	21,5	10,4		
2008	71,3	56,9	42,6	29,1	17,9	9,2	80,0	65,5	50,8	36,3	23,1	11,5		
2009	71,5	57,1	42,9	29,3	17,9	9,2	80,1	65,6	50,9	36,4	23,2	11,6		

6

Przeciętne trwanie życia w Polsce w latach 1950 - 2009



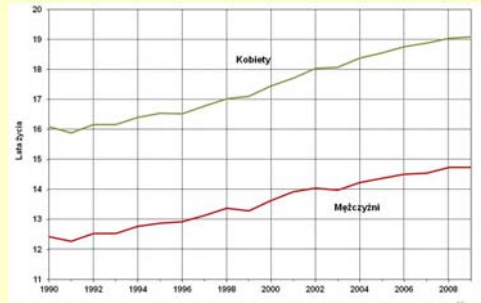
Przeciętne dalsze trwanie życia osób w wieku 45 lat



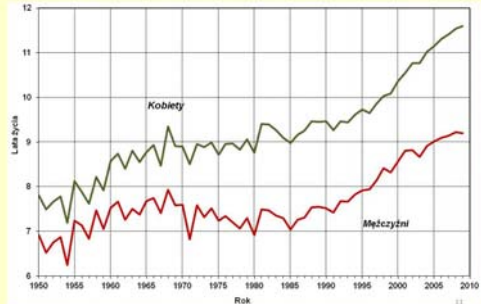
Przeciętne dalsze trwanie życia osób w wieku 60 lat



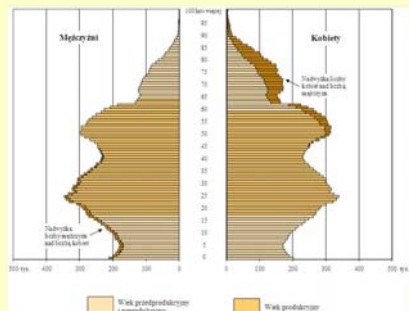
Przeciętne dalsze trwanie życia osób w wieku 65 lat

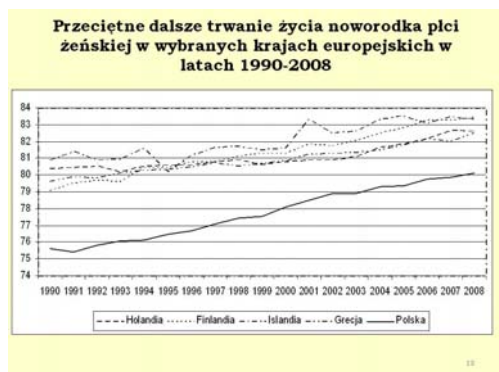
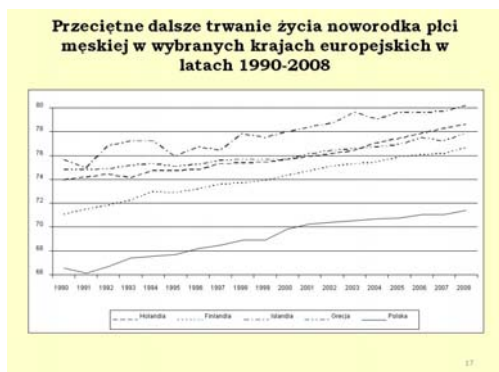
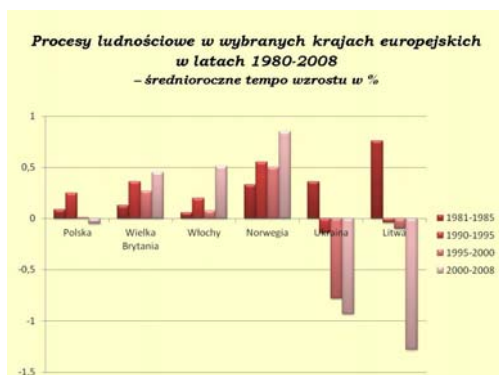
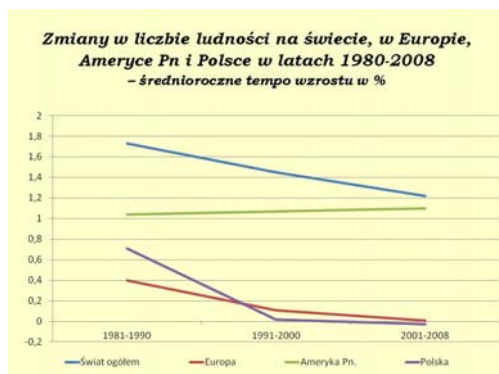
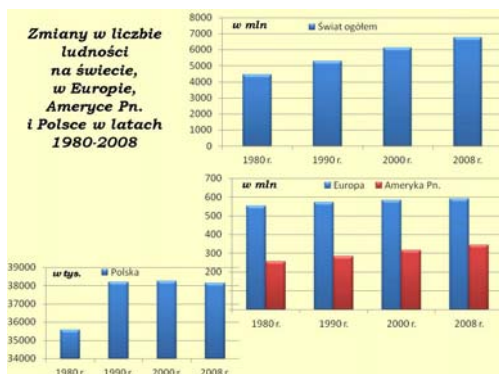


Przeciętne dalsze trwanie życia osób w wieku 75 lat

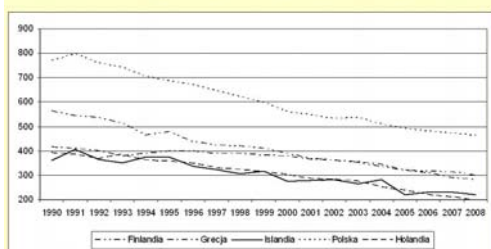


Ludność według płci i wieku w 2008 roku



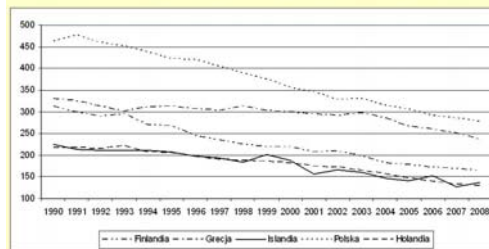


Standaryzowane współczynniki zgonów mężczyzn z powodu chorób układu krążenia w latach 1990-2008 w wybranych krajach (na 100 tys.)



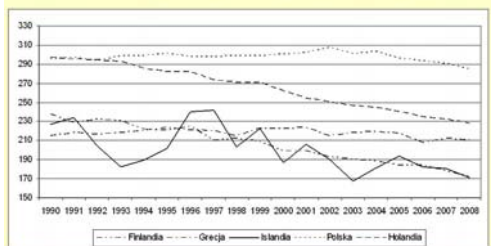
19

Standaryzowane współczynniki zgonów kobiet z powodu chorób układu krążenia w latach 1990-2008 w wybranych krajach (na 100 tys.)



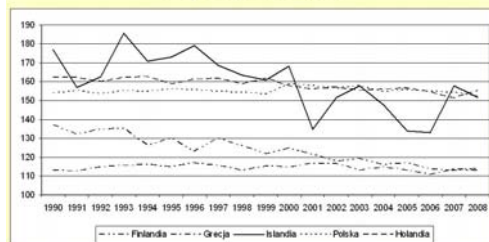
20

Standaryzowane współczynniki zgonów mężczyzn z powodu nowotworów złośliwych w latach 1990-2008 w wybranych krajach (na 100 tys.)



21

Standaryzowane współczynniki zgonów kobiet z powodu nowotworów złośliwych w latach 1990-2008 w wybranych krajach (na 100 tys.)



22

Urodzenia i zgony 1990-2007 oraz prognoza na lata 2008-2035



Przeciętne dalsze trwanie życia - prognoza do 2035 roku

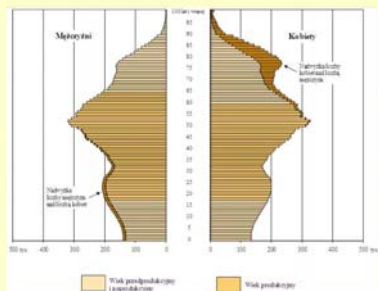


23

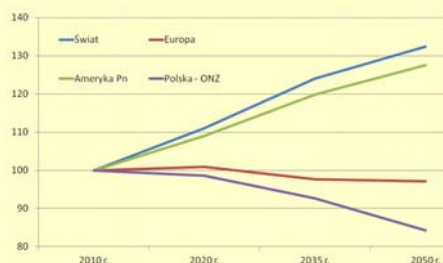
Ludność Polski w latach 1946-2008 oraz prognoza na lata 2009-2035



Ludność według płci i wieku w 2035 roku



Wskaźniki prognozy liczby ludności na świecie, w Europie i Ameryce Pn. na lata 2010-2050 *2010 r. = 100*





MINISTER ROLNICTWA
I ROZWOJU WSI

Marek Sawicki

Warszawa, 19 listopada 2010 r.

**Pan
dr hab. Zbigniew Strzelecki
prof. Szkoły Głównej Handlowej
Przewodniczący
Rządowej Rady Ludnościowej**

Jest mi niezmiernie miło złożyć na ręce Pana Przewodniczącego serdeczne podziękowania, że mogłem objąć honorowym patronatem konferencję naukową pt. „Żywność i żywienie a polityka ludnościowa w Polsce” zorganizowanej przez Rządową Radę Ludnościową we współpracy z Instytutem Żywności i Żywienia oraz za zaproszenie do wzięcia udziału w tej konferencji.

Z przykrością jednak pragnę poinformować, że z powodu wcześniej zaplanowanych obowiązków służbowych nie mogę osobiście w niej uczestniczyć.

Chciałbym jednocześnie złożyć na ręce Pana Przewodniczącego wyrazy uznania za podjęcie inicjatywy prowadzenia debaty nad oceną sytuacji w zakresie wpływu żywności i żywienia na procesy demograficzne w Polsce.

Ze swojej strony chciałbym zapewnić Pana Przewodniczącego i wszystkich uczestników konferencji, że utrzymanie wysokiego poziomu bezpieczeństwa i jakości żywności jest jednym z najważniejszych celów z punktu widzenia ochrony konsumentów oraz jednym z głównych zadań Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi.

Jednocześnie pragnę zapewnić, że jakość zdrowotna i handlowa polskiej żywności utrzymana jest na bardzo wysokim poziomie, o czym świadczą wyniki wielu misji kontrolnych przeprowadzonych w Polsce przez Inspektorów Biura Żywności i Weterynarii (FVO) Komisji Europejskiej, a także fakt, że Polska żywność jest coraz bardziej ceniona i chętnie kupowana przez konsumentów z innych państw członkowskich oraz zdobywa coraz szersze rynki zbytu w państwach trzecich.

Przekazując powyższe, pragnę wszystkim uczestnikom Konferencji życzyć owocnych obrad.



Kontrola żywności – kompetencje Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi

Albert Jurk
Zastępca Dyrektora ds. ds. bezpieczeństwa i higieny żywności
Departament Bezpieczeństwa Żywności i Weterynarii
Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi



Inspekcje podległe Ministrowi Rolnictwa i Rozwoju Wsi odpowiedzialne za urzędową kontrolę żywności, zgodnie z zasadą nadzoru nad produkcją od „pola do stołu” (from stable to table):

- Inspekcja Weterynaryjna
- Inspekcja Jakości Handlowej Artykułów Rolno-Spożywczych
- Inspekcja Ochrony Roślin i Nasiennictwa



Urzędowa kontrola żywności

CEL

JAKOŚĆ ZDROWOTNA

JAKOŚĆ HANDLOWA



Inspekcja Weterynaryjna - kompetencje

Urzędowa kontrola żywności pochodzenia zwierzęcego - **zapewnienie właściwej jakości zdrowotnej**

- wszystkie etapy produkcji żywności pochodzenia zwierzęcego (dobrostan zwierząt, nadzór nad paszami przeznaczonymi do żywienia zwierząt, zdrowie zwierząt, ubój zwierząt, przetwórstwo, transport i składowanie żywności)
- sprzedaż bezpośrednia żywności pochodzenia zwierzęcego
- kontrola graniczna żywności pochodzenia zwierzęcego



Inspekcja Jakości Handlowej Artykułów Rolno-Spożywczych - kompetencje

Urzędowa kontrola żywności – **zapewnienie właściwej jakości handlowej artykułów rolno-spożywczych**

- kontrola jakości handlowej artykułów rolno-spożywczych w produkcji i obrocie
- kontrola jakości handlowej artykułów rolno-spożywczych sprowadzanych z zagranicy, w tym kontrola graniczna tych artykułów
- kontrola warunków składowania i transportu artykułów rolno-spożywczych



Inspekcja Ochrony Roślin i Nasiennictwa -kompetencje

w zakresie urzędowej kontroli żywności pochodzenia roślinnego - **zapewnienie właściwej jakości zdrowotnej**

urzędowa kontrola pozostałości środków ochrony roślin w produktach roślinnych pochodzących bezpośrednio z produkcji pierwotnej (przed wprowadzeniem na rynek)

ŻYWIENIOWE UWARUNKOWANIA ZDROWIA

Na stan zdrowia wpływa wiele czynników, z których za najważniejszy uważa się styl życia. Ryzyko rozwoju wielu chorób przewlekłych zwiększają przede wszystkim nieprawidłowe żywienie i mała aktywność fizyczna. Obecnie w wielu krajach rozwiniętych liczba zgonów z powodu tych chorób wielokrotnie przekracza liczbę zgonów z powodu chorób zakaźnych.

Ocenia się, że w Polsce przewlekłe choroby niezakaźne występują u 60–80% osób dorosłych, a czynniki ryzyka pojawiają się już w dzieciństwie. Znaczna część populacji (60–80% dorosłych i 55–70% dzieci) odżywia się nieprawidłowo.

Wśród czynników żywieniowych, które mogą mieć istotny wpływ na stan zdrowia, często wymieniany jest nadmiar soli w diecie. W Polsce jej spożycie przekracza około 2,5-krotnie zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia (do 5 g/dobę). Stanowi to istotny czynnik ryzyka rozwoju wielu chorób, w tym: nadciśnienia tętniczego, udarów mózgu, raka żołądka, kamicy nerkowej, osteoporozy, otyłości i powoduje gorsze funkcjonowanie płuc u chorych z zapaleniem oskrzeli i z astmą.

Nieprawidłowe żywienie bardzo łatwo może doprowadzić do rozwoju nadwagi, a następnie otyłości. Obecnie mówi się o epidemii otyłości ze względu na jej powszechne występowanie i narastający trend odnotowywany w ciągu ostatnich dziesięcioleci. Szczególnie niepokojący jest wzrost odsetka otyłych dzieci. W Polsce nadwaga bądź otyłość występują u około 20% chłopców i 15% dziewcząt. Częstsze występowanie tych nieprawidłowości w młodszych grupach wieku może sprzyjać dalszemu nasileniu epidemii.

Otyłość jest główną przyczyną innych chorób przewlekłych, zwłaszcza chorób układu krążenia, niektórych nowotworów, cukrzycy typu 2, kamicy żółciowej. Stanowi również problem psychologiczny. Utrzymanie się trendu wzrostu rozpowszechnienia nadwagi i otyłości może prowadzić do zjawiska skracania się przewidywanego dalszego trwania życia. Coraz większe są też koszty leczenia otyłości i chorób z nią związanych.

Obok otyłości również nowotwory stanowią poważny problem zdrowotny, społeczny i ekonomiczny. W Polsce są drugą, po chorobach układu krążenia, najważniejszą przyczyną zachorowalności i umieralności. Wśród mężczyzn zachorowalność na nowotwory złośliwe wzrastała do 1995 r., po czym w ciągu ostatnich kilkunastu lat uległa obniżeniu. Natomiast wśród kobiet po okresie względnej stabilizacji w latach 1970–1990 obserwuje się wzrost zachorowalności, aczkolwiek mniej dynamiczny w ostatnich latach.

Tendencje zachorowalności na poszczególne rodzaje nowotworów złośliwych są zróżnicowane. Przykładem może być rak żołądka i jelita grubego. Od lat 70. ubiegłego wieku w Polsce obserwuje się spadek zachorowalności na raka żołądka mimo dużego rozpowszechnienia zakażenia bakterią *Helicobacter pylori*, która w przypadku raka żołądka jest karcinogenem klasy 1. Przypuszcza się, że istotną rolę odegrały tu czynniki żywieniowe: wzrost spożycia warzyw i owoców, a tym samym zawartej w nich witaminy C i innych antyoksydantów oraz zmniejszenie zawartości soli w diecie (która jednak nadal jest zbyt wysoka). W przypadku raka jelita grubego w tym samym czasie doszło do wzrostu zachorowalności, aczkolwiek w ciągu ostatnich kilku lat współczynnik zachorowalności u kobiet nie zmienia się znacząco. Rosnąca zachorowalność mogła wynikać m. in. ze wzrostu spożycia tłuszczów, wysokiego spożycia alkoholu oraz ze zmniejszenia zawartości błonnika w diecie.

W związku z narastaniem epidemii otyłości i związanego z tym ryzyka rozwoju chorób przewlekłych Światowa Organizacja Zdrowia i Komisja Wspólnot Europejskich podejmują szereg inicjatyw. Jedną z ważniejszych była inicjatywa WHO, wyrażona w Globalnej Strategii dot. Żywienia, Aktywności Fizycznej i Zdrowia przyjętej na 57. Światowym Zgromadzeniu Zdrowia w maju 2004 r. w Genewie.

W listopadzie 2006 r. została podpisana przez ministrów zdrowia Regionu Europejskiego WHO *Europejska Karta Walki z Otyłością*. Polska, podpisując tę kartę, zobowiązała się do podjęcia działań mających na celu przeciwdziałanie otyłości i chorobom przewlekłym.

W 2007 r. przy Komisji Europejskiej rozpoczęła działalność Grupa Wysokiego Szczebla ds. Żywienia i Aktywności Fizycznej. W pierwszej kolejności eksperci zajęli się zagadnieniami związanymi z obniżeniem spożycia soli. W pracach tej grupy aktywny udział bierze przedstawiciel Polski.

Odpowiedzią Polski na powyższe inicjatywy jest *Narodowy Program Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej POL-HEALTH*, zatwierdzony przez Ministerstwo Zdrowia do wdrażania w latach 2007–2011 (1. etap). Głównym celem programu jest zmniejszenie występowania nadwagi i otyłości, zachorowalności i umieralności z powodu chorób przewlekłych oraz zmniejszenie wydatków na ochronę zdrowia, związanych z leczeniem tych schorzeń. Wydaje się, że tylko długofalowe, zintegrowane działania w tym zakresie mogą przyczynić się do poprawy niekorzystnej obecnie sytuacji.

KONFERENCJA NAUKOWA
Żywność i żywienie a polityka ludnościowa w Polsce
Warszawa, 23 listopada 2010 r.

**Żywnościowe
uwarunkowania zdrowia**

Mirosław Jarosz
Instytut Żywności i Żywienia w Warszawie

Plan wykładu

- ① Wprowadzenie
- ② Wybrane choroby żywieniowo zależne
 - 2.1. Choroby z nadmiernego spożycia NaCl
 - 2.2. Choroby z otyłości
 - 2.3. Nowotwory złośliwe
- ③ Czy mamy strategię działania?
- ④ POL-HEALTH Narodowy Program Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej
- ⑤ Podsumowanie

①

WPROWADZENIE

Co wpływa na nasze zdrowie?

Styl życia 52%

Środowisko 22%

Genetyka 16%

Ochrona zdrowia 10%

Ames Acad Soc, 1987

Przewlekłe choroby niezakaźne* (świat)
(WHO, 2009)

49% całkowitej liczby zachorowań

63% całkowitej liczby zgonów (40 mln)

↑ dalsza tendencja wzrostu

* Otyłość, cukrzyca, choroby układu krążenia, nowotwory, osteoporoza i inne

Liczba zgonów wg przyczyny (w tys.)

REGION	CHOROBY ZAKAŻNE*	CHOROBY NIEZAKAŻNE
Afryka	7 779	2 252
Ameryki	875	4 543
Wsch. cz. Basenu M. Śródziemnego	1 746	2 030
Europa	567	8 112
Azja Płd.-Wsch.	5 730	7 423
Zachodni Pacyfik	1 701	9 000

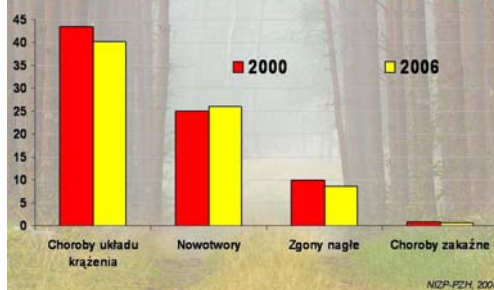
* oraz niedożywienie

WHO

Przewlekłe choroby niezakaźne u osób dorosłych

Choroba	Liczba zachorowań
Choroba niedokrwienna serca (zawał serca – 100 tys./rok)	1 mln
Udar mózgu	70 tys./rok
Nadwaga i otyłość	15 mln
Nadciśnienie tętnicze	8,5 mln
Cukrzyca typu 2	1,6 mln
Osteoporoza	2 mln
Nowotwory złośliwe	120 tys./rok

Struktura umieralności w Polsce w 2000 r. i 2006 r. (mężczyźni)



NIZP-PZH, 2008

Co możemy powiedzieć o współczesnym

ŻYWIENIU

ZDROWIU

Żywnościowe uwarunkowania zdrowia



Dieta:

nieprzetworzone produkty roślinne
min ilość tłuszczów zwierzęcych



KITAWA



Wielkie rejony
Chin



OKINAWA



MALEZJA

brak chorób sercowo-naczyniowych
(ChNS, zawał, udar niedokrwienny)

Co możemy...

ZDROWIE!

Przewlekłe choroby niezakaźne*

dorośli — 60–80%

dzieci — 40–60%

Otyłość, choroby układu sercowo-naczyniowego, nowotwory, cukrzyca, osteoporoza, próchnica, niedokrwistość z niedoboru Fe, inne żywieniowozależne

Co możemy...

ŻYWIENIE!

Nieprawidłowe* żywienie

dorośli — 60–80%

dzieci — 55–70%

Nadmiar energii, tłuszczów zwierzęcych, cukru, soli; niedobór kwasu foliowego, Fe, witamin z grupy B, wielonienasyconych kwasów tłuszczowych omega 3 i omega 6

Co możemy...

Leki

Zażywa przewlekłe lub okresowo

55–85% populacji

Interakcje pomiędzy żywnością a lekami: ~60%

Jarosław, Woźnicka, Pol. J. Food Nutr. Sci., 2010

Co możemy...

Suplementy diety

Zażywa przewlekłe lub okresowo

20–75% populacji osób dorosłych
20–65%, Polska

Interakcje pomiędzy
suplementami diety a lekami: 40–60%

Jarosław, Dziembowski, PZWL, 2007

Leki wchodzące w interakcje z flawonoidami i furanokumarynami owoców i soków cytrusowych (głównie grejpfrutowych)

3–12-krotny wzrost stężenia we krwi

LEK	SKUTEK
→ blokery kanału wapniowego (nifedypina, felodypina, nifedypina) → Statyny (simvastatyna, lowastatyna) → benzodiazepiny	hipotonia ortostaticzna, bradykardia, ból głowy miopatia, biegunka, zmęczenie, świąd skóry, zaburzenia ostrości widzenia depresja oddechowa krążeniowa

Jarosław, Dziembowski, PZWL, 2007

Interakcje pomiędzy witaminami zawartymi w suplementach diety a lekami

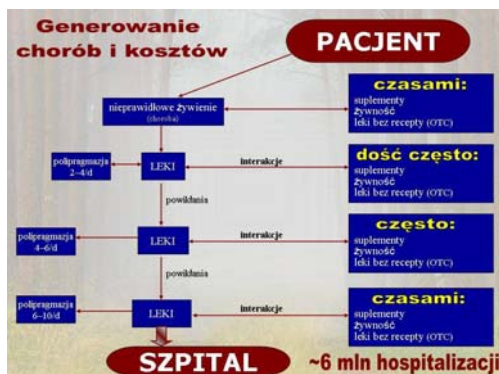
Produkty bogate w wit. K (> 50 µg/100 g)
(brokuły, fasola, zielony groszek, kalafior, otręby, sałata, soja, jaja, wątróbka)

Leki p-krzepliwe (hamujące syntezę wit. K)
(np. acenokumaryl, SINTROM)

ANTAGONIZM

Oslabienie lub zmniejszenie działania leku

Zakrzepica (ryzyko zatoru, udaru)



②

Wybrane choroby żywieniowo zależne

Wybrane choroby...

Choroby związane z nadmiernym spożyciem soli (NaCl)

Spożycie sodu (soli kuchennej — NaCl) a zdrowie

Choroby związane z ↑ spożyciem soli (NaCl)

Ile soli zjemy?

Czytaj informacje na etykietach produktów

Producenci nie zawsze podają zawartość soli na opakowaniu produktu, ale czasami podają zawartość sodu.

$1 \text{ g Na} = 2,5 \text{ g NaCl} \rightarrow \text{sól} = \text{sód} \times 2,5$

Polska: źródła soli (NaCl)

Choroby związane z ↑ spożyciem soli (NaCl)

Ilość soli pochodząca z produktów przetworzonych (~40%)

Ilość soli dodawana w czasie gotowania i dosalania przy stole (~60%)

Udział NaCl (sodu) w diecie

Choroby związane z ↑ spożyciem soli (NaCl)

- 7% naturalnie zawarty w żywności
- 33% dodany podczas przemysłowego przerobu
- 60% dodany podczas kulinarnego przygotowania

Sód w żywności oraz możliwości i kierunki jego racjonalnego ograniczenia
Praca JZ, 1995, Baryła-Pikwana H., Jawor-Kulesza M.

Ile soli można spożywać?

Choroby związane z ↑ spożyciem soli (NaCl)

do 5 g soli/dzień

tj. 2000 mg sodu

Spożycie sodu i soli kuchennej

Dane z badań budżetów gospodarstw domowych, POLSKA, 2006 r.

Spożycie sodu średnio na 1 mieszkańca 5081 mg/dzień	=	Spożycie soli kuchennej na 1 mieszkańca 12,8 g/dzień
--	---	---

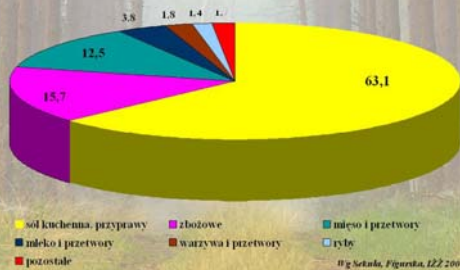
Sól dodawana do potraw (dosalanie) ~8,1 g/dzień

Spożycie soli kuchennej na 1 mieszkańca 12,8 g/dzień

wg Ślóska, Pijarska, JZ 2008

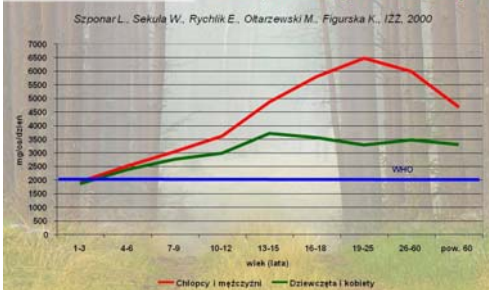
Dane z badań budżetów gospodarstw domowych, POLSKA, 2006 r.

Struktura pochodzenia sodu z różnych grup produktów



Badania ind. spożycia żywności w gospodarstwach domowych w Polsce, 2000 r.

Spożycie sodu wśród badanych dzieci, młodzieży i osób dorosłych



Konsekwencje nadmiernego spożycia soli (sodu)

Choroby związane z ↑ spożyciem soli (NaCl)

- ☞ Nadciśnienie tętnicze
- ☞ Udar mózgu (~50%)
- ☞ Zawał (~45%)
- ☞ Przerost lewej komory serca (niewydolność serca)
- ☞ Rak żołądka
- ☞ Osteoporoza
- ☞ Dysfunkcja nerek
- ☞ Astma (?)

Nadmiar soli (sodu): NADCIŚNIENIE TĘTNICZE

Choroby związane z ↑ spożyciem soli (NaCl)

The INTERNATIONAL study of SALT and blood pressure (INTERSALT)
32 kraje

W krajach o wysokim spożyciu soli (14,6–26,3 g/dobę ⇔ 5700–10 300 mg Na) częstość nadciśnienia tętniczego jest wyższa niż w krajach o mniejszym spożyciu soli (11,7–14,6 g/dobę ⇔ 4600–5700 mg Na)

Przy mniejszym spożyciu Na (2300 mg/dobę) przez 30 lat ciśnienia tętniczego skurczowego był o 10 mmHg mniejszy

Stamler J., Rose et al.

Nadmiar soli (sodu): NADCIŚNIENIE TĘTNICZE

Choroby związane z ↑ spożyciem soli (NaCl)

Redukcja o 6 g soli (NaCl)

↓
obniżenie RR

uregulowanie RR bez farmakoterapii !

↓ dawek leków hipotensyjnych !

Nadmiar soli (sodu): NADCIŚNIENIE TĘTNICZE

Choroby związane z ↑ spożyciem soli (NaCl)

Częstość występowania choroby

Badania WOBASZ (populacja osób dorosłych, 2000 r.)

	Kobiety	Mężczyźni
Nadciśnienie tętnicze skurczowe ≥ 140 mmHg; rozkurczowe ≥ 90 mmHg	32,9%	42,1%
Ciśnienie wysokie prawidłowe skurczowe 130–139 mmHg; rozkurczowe 85–89 mmHg	16%	27%

Tykowski i wsp.

**Nadmiar soli (sodu):
UDARY**

Choroby związane
z ↑ spożyciem soli (NaCl)

The INTERNATIONAL study
of SALT and blood pressure (INTERSALT)
Analiza podgrupy 12 krajów europejskich

Wyższe spożycie soli wiązało się
z wyższym ryzykiem udaru mózgu,
przy czym związek ten był niezależny
od ciśnienia tętniczego krwi i masy ciała

**Nadmiar soli (sodu):
Przerost lewej
komory serca**

Choroby związane
z ↑ spożyciem soli (NaCl)

Wyższe spożycie soli
jest czynnikiem ryzyka
przerostu lewej komory,
bardziej niż wysokość ciśnienia tętniczego krwi

Niewydolność krążenia

Schlüter R.E. et al., 1993

**Nadmiar soli (sodu):
RAK ŻOŁĄDKA**

Choroby związane
z ↑ spożyciem soli (NaCl)

W badaniach INTERSALT zaobserwowano,
że umieralność z powodu udarów mózgu
i raka żołądka są ściśle ze sobą skorelowane

wspólny czynnik

wysokie spożycie soli

Jousilahti J. et al., Int.J.Epidemiol. 1996; 25, 3, 494-504

**Nadmiar soli (sodu):
RAK ŻOŁĄDKA**

Choroby związane
z ↑ spożyciem soli (NaCl)

**Nadmiar soli
w pożywieniu**

Hipertoniczny sok żołądkowy
↓
Zanikowe zapalenie
 błony śluzowej żołądka
↓
Achlorhydria
↓
Rozwój bakterii
produkujących enzym
przekształcający
azotany w azotyny

Nitrozoaminy
↓
Karcinogeneza

Correa P. et al., Lancet 1975; II, 58-60

**Nadmiar soli (sodu):
OSTEOPOROZA**

Choroby związane
z ↑ spożyciem soli (NaCl)

↑ spożycie Na
+
↓ spożycie Ca

↑ wydalania Ca

↓ Ca w surowicy

zanik tkanki kostnej

Nordin B., J. Nutrition, 1981, 111, 1615

Choroby związane
z otyłością

Żywność a otyłość

Choroby związane
z otyłością

Dlaczego epidemia otyłości narasta?

Choroby związane
z otyłością

Epidemia otyłości (1970 – 2010) — analiza

Choroby związane
z otyłością

**„Otyłość
jest najważniejszą chorobą żywieniową
na świecie.”**

Editors. *Infant and Adult Obesity*

Lancet 1974, 303, 17-18

Choroby związane
z otyłością



PREVENTING AND
MANAGING
THE GLOBAL
EPIDEMIC
Report of a WHO
Consultation on Obesity
Geneva, 3-5 June 1997

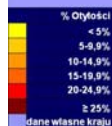
Director of
Noncommunicable Diseases
World Health Organization
Geneva
Programme of Nutrition
Family and Reproductive Health

Otyłość

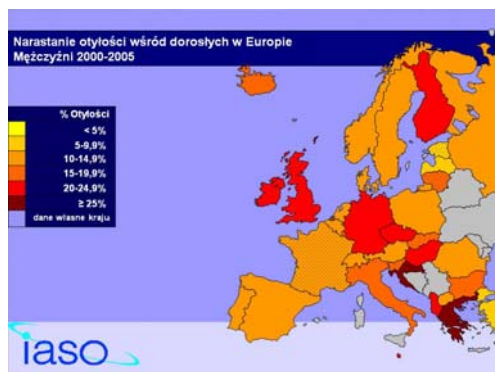
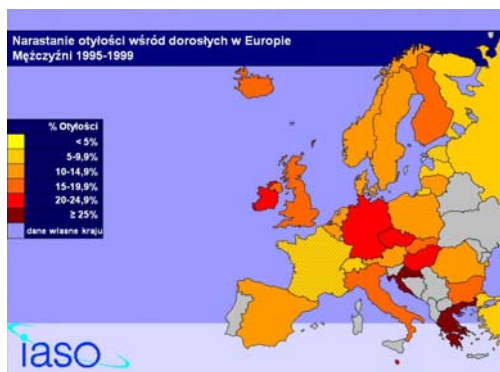
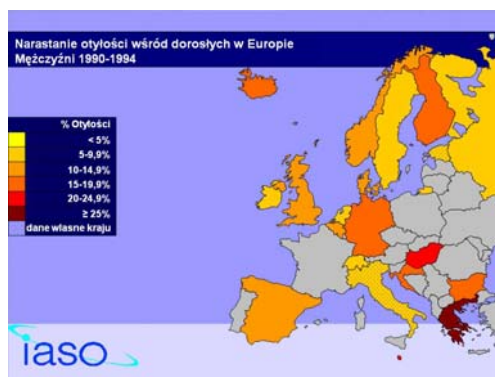
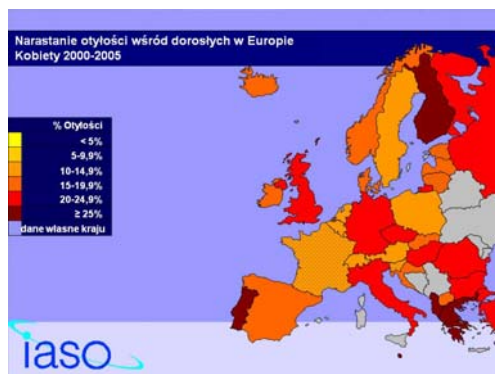
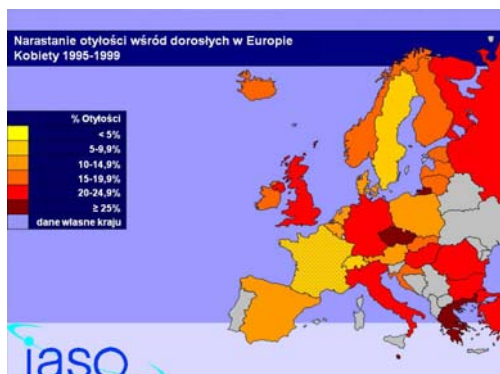
Choroby związane
z otyłością

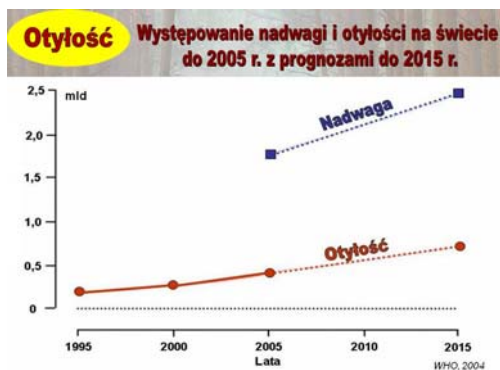
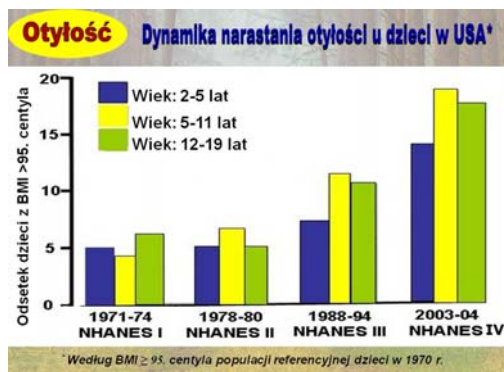
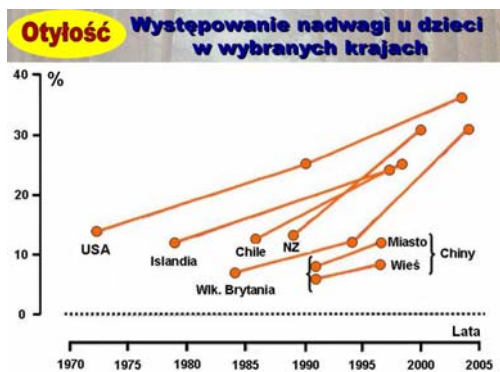
Europa, 1990-2005: kobiety

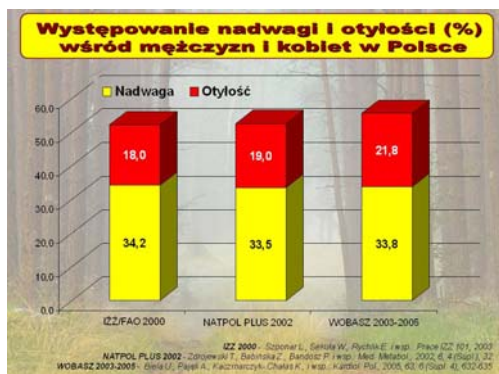
Narastanie otyłości wśród dorosłych w Europie
Kobiety 1990-1994



iaso



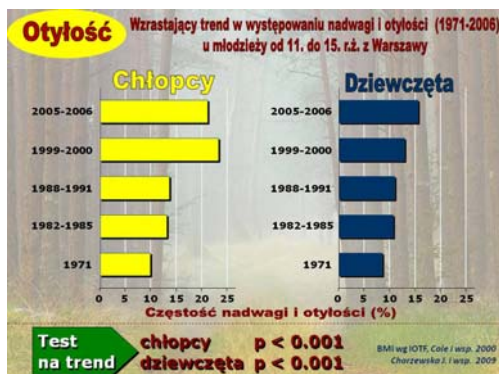




Częstość występowania nadwagi i otyłości (%) w wieku 1-18 lat w Polsce*

Wiek	Nadwaga		Otyłość	
	Chłopcy	Dziewczęta	Chłopcy	Dziewczęta
1-3	15,1	24,2	5,7	12,1
4-6	15,4	9,8	10,3	7,3
7-9	16,5	14,7	5,2	2,9
10-12	20,6	12,2	1,6	2,4
13-15	15,0	8,1	2,7	2,2
16-18	12,3	7,4	2,3	0,8
Ogółem	15,9	11,1	4,0	3,4

* Wg międzynarodowych kryteriów IOTF
Badania indywidualnego spożycia żywności i stanu odżywienia w gospodarstwach domowych. IZZ/FAO, 2000





Częstość występowania niedoboru masy ciała (%) w wieku 1-18 lat w Polsce

Wiek	Niedobór masy ciała (ryzyko niedożywienia energetyczno-białkowego)	
	Chłopcy	Dziewczęta
1-3	23,0	9,1
4-6	18,0	18,3
7-9	8,3	20,6
10-12	12,7	16,3
13-15	7,1	13,3
16-18	8,5	6,7
Ogółem	11,8	14,2

Badania ankietowe: opinia ekspertów i planu odżywiania w gospodarstwach domowych, GZPAC, 2003



Choroby związane z otyłością

Otyłość jest chorobą (WHO, 1998)

Wymaga:

- ✓ diagnozy,
- ✓ leczenia (zachowawczego, operacyjnego),
- ✓ rehabilitacji,
- ✓ zwolnień lekarskich



Powikłania otyłości u dzieci	Psychosocjalne	Zła samopocena Łęk Depresja Zaburzenia jedzenia Izolacja społeczna Gorzej wyświadek w nauce
	Neurologiczne	Ciepłota, ongi miedzy
	Endokrynologiczne	Insulinooporność Cukrzyca typu 2 Przewlekłe dogrzewanie Zespół policystycznych jajników (dziewczyna) Hipoponadyzm (chłopcy)
	Sercowo-naczyniowe	Zaburzenia lipidowe Nadciśnienie tętnicze Kosmopolipia Przewlekłe zapalenie Dysfunkcja śródśrodkowa (rodzina)
	Płucne	Zespół niedostateczności Asthma Nietolerancja ćwiczeń fizycznych
	Żółdkowo-jelitowe	Choroba refluksowa przełyku Choroba otokowa zmiennego wagi Kamica żółciowa Zaparcia stolca
	Nerkowe	Stwardnienie kłębuszków nerkowych (Glomerulosclerosis)
	Mięśniowo-szkieletowe	Doległości Zwiększenie masy ciała kości udowej Złamanie przeobrażenia Płaskostopie

Otyłość — główna przyczyna chorób przewlekłych

- ✓ Choroby układu krążenia (CHS, udar mózgu, nadciśnienie tętnicze)
- ✓ Cukrzyca typu 2
- ✓ Nowotwory złośliwe (rak jelita grubego, sutka, gruczołu krokowego)
- ✓ Kamica żółciowa
- ✓ Zaburzenia lipidowe
- ✓ Niealkoholowe stłuszczenie wątroby
- ✓ Zaburzenia hormonalne (zespół policystycznych jajników)
- ✓ Zmiany zwyrodnieniowe układu kostno-stawowego
- ✓ Nocny bezdech i inne.

Obniża bardzo istotnie jakość życia (problem psychospołeczny)

Swedish Obese Subject Study, SOS (n = 1743)

- ✓ Objawy depresji i lęku u osób otyłych występowały istotnie częściej niż w grupie kontrolnej.

Shulman M et al.: Swedish obese subjects (SOS) — an intervention study of obesity. Int. J. Obes. 1993, 17, 503-512.

Choroby związane z otyłością

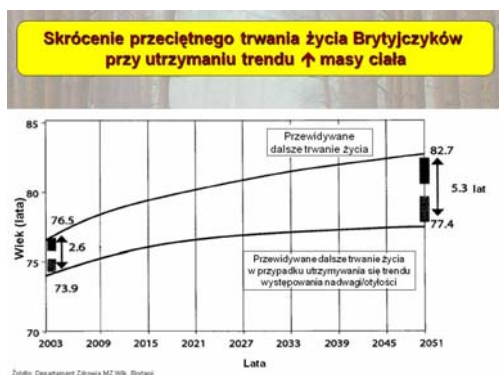
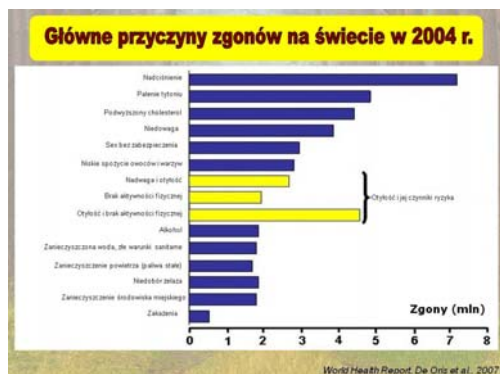
Swedish Obese Subject Study, SOS (n = 1743)

- ✓ Ocena swego stanu zdrowia, poczucia wartości była zła bądź gorsza niż osób cierpiących z powodu przewlekłego bólu czy uogólnionej choroby nowotworowej.

Shulman M et al.: Swedish obese subjects (SOS) — an intervention study of obesity. Int. J. Obes. 1993, 17, 503-512.

Choroby związane z otyłością

Koszty otyłości i zagrożenia cywilizacyjne



Przyczyny otyłości

Główne przyczyny nadwagi i otyłości

- ➡ Nadmierne spożycie energii (zwłaszcza tłuszczu i cukrów prostych)
- ➡ Zbyt mała ilość posiłków i nieregularność ich spożywania
- ➡ Nieświadome spożywanie kalorii (ukryte kalorie np. w słodkich napojach, sokach owocowych)
- ➡ Mała aktywność fizyczna (coraz więcej dzieci nie ćwiczy na lekcjach wf)

Przyczyny otyłości

POL HEALTH

Wartość energetyczna diety > 110% normy

7-12 lat	13-15 lat
✓ 53,7% chłopców	✓ 65,5% chłopców
✓ 44,2% dziewcząt	✓ 51,5% dziewcząt

(ŻŻ/FAO, 2003)

Przyczyny otyłości

POL HEALTH

Wartość energetyczna diety > 150% normy

7-12 lat	13-15 lat
✓ 17,2% chłopców	✓ 33,6% chłopców
✓ 11,6% dziewcząt	✓ 19,4% dziewcząt

(ŻŻ/FAO, 2003)

Przyczyny otyłości

POL HEALTH

Uczniowie spożywający obiady szkolne

9,1% uczniów (szkoły podstawowe)	5,2% uczniów (gimnazja)
----------------------------------	-------------------------

Wg. Systemu Informacji Ciepłotowej, stan na 13.09.2003 r.

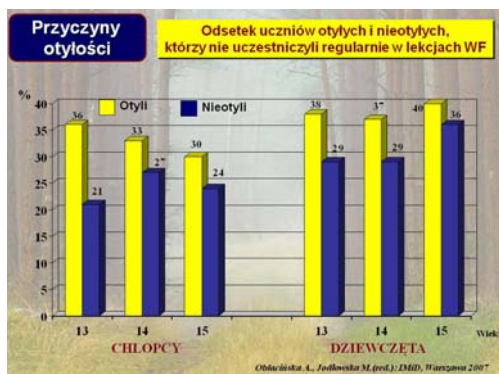
Przyczyny otyłości

POL HEALTH

Uczniowie spożywający wspólne śniadania

11,8% uczniów (szkoły podstawowe)	2,2% uczniów (gimnazja)
-----------------------------------	-------------------------

Wg. danych Podurzędowej Inspekcji Sanitarnej za 2000r.

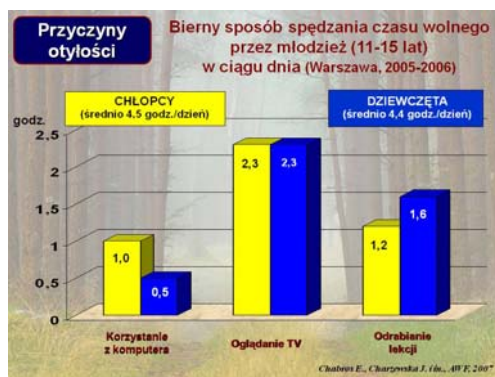
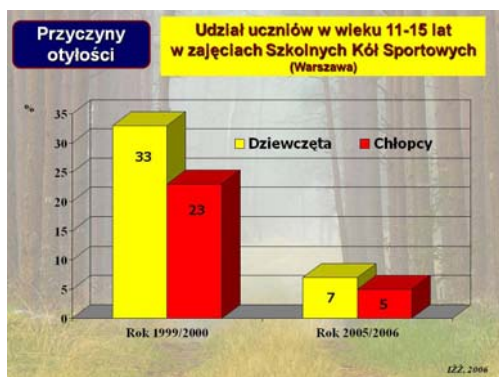


Przyczyny otyłości

Zwolnienia z lekcji WF (woj. małopolskie)

	Dziewczęta	Chłopcy
Zwolnienia ogółem	36,0%	18,6%
w tym:		
– od rodziców	29,0%	18,2%
– od lekarzy ok. 5 dni	9,0%	7,1%
– od lekarzy długotrwale	0,15%	0,08%
Ucieczka z lekcji	0,4%	0,7%

IZZ, 2006



Przyczyny otyłości

Reklama

14,3% produktów w reklamach można nazwać prozdrowotnymi (jogurty, woda)

Mazur A. i wsp., IJO, 2006

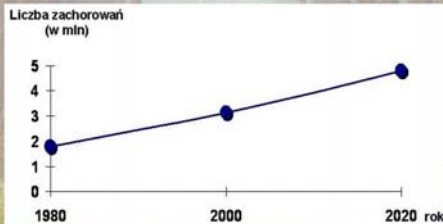
Norwegia, Szwecja — zakaz reklamy dla dzieci poniżej 12 lat

Żywność a nowotwory złośliwe

Nowotwory złośliwe w Europie (WHO, 2006 r.)

- ➡ Zachorowania: 3 191 000 osób
- ➡ Zgony: 1 703 000 osób
- ➡ Wzrost zachorowań rocznie, od 2004 r. o: 300 000 osób
- ➡ Prognoza 2020 r.
 - kraje rozwijające się 2-krotnie
 - kraje rozwinięte o 40%

ZACHOROWANIA NA NOWOTWORY PRZEWODU POKARMOWEGO NA ŚWIECIE (International Agency for Research of Cancer – IARC, 2003)



Nowotwory złośliwe w Polsce (2006 r.)

- ➡ choruje: 390 000
- ➡ zachorowało: 126 000 o 500 więcej niż w 2005 r.
- ➡ zmarło: 91 500 o 1200 więcej niż w 2005 r.
- ➡ przyczyna zgonów: M = 23%
K = 26%

ZACHOROWALNOŚĆ MĘŻCZYZN W POLSCE

NOWOTWORY



Krajowy Rejestr Nowotworów, 2008

ZACHOROWALNOŚĆ Kobiet w Polsce

NOWOTWORY

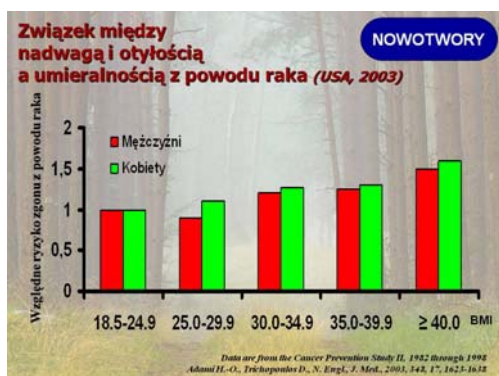
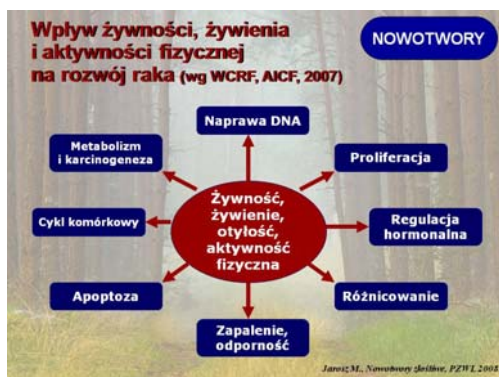


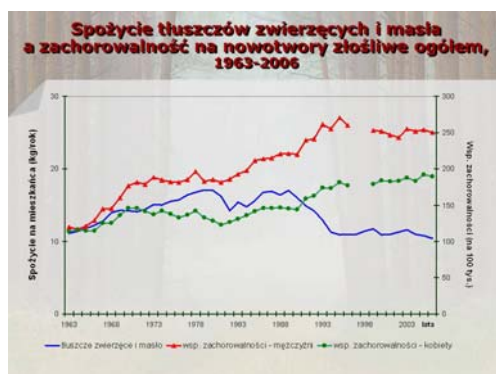
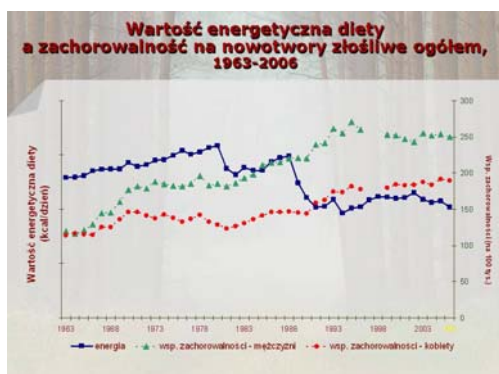
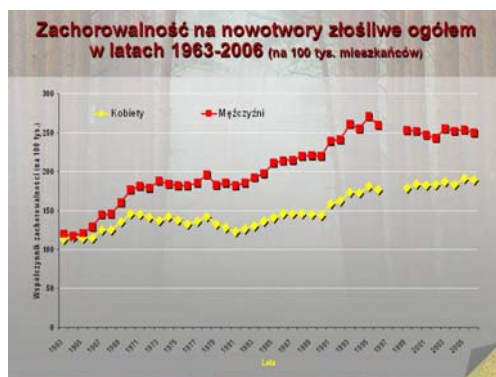
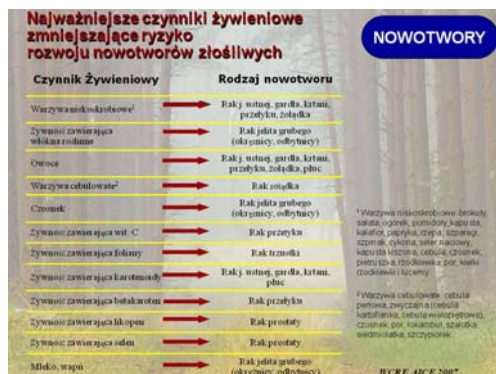
Krajowy Rejestr Nowotworów, 2008

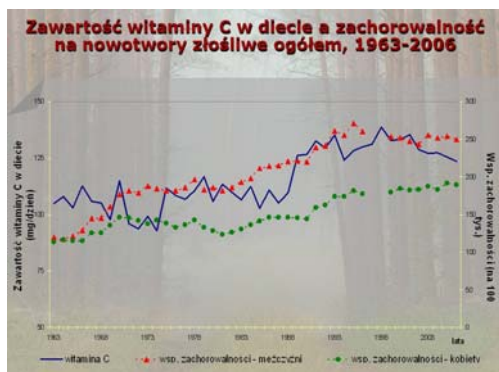
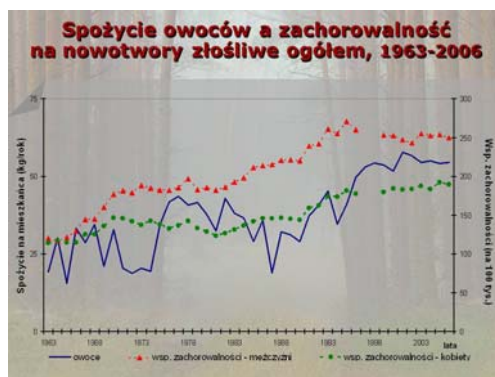
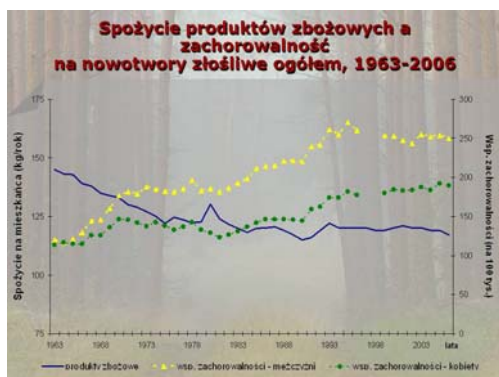
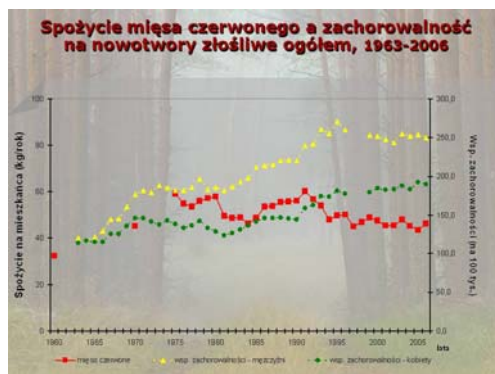
Jak powstaje wiedza o nowotworach złośliwych?

NOWOTWORY

- ➡ Badania epidemiologiczne (określone populacje)
- ➡ Badania eksperymentalne (zwierzęta, ludzie)
- ➡ Badania genetyczne
- ➡ Hodowle tkankowe i komórkowe
- ➡ Metaanalizy







Wnioski

NOWOTWORY

Wzrost zachorowalności na nowotwory złośliwe do roku 1995 mógł być wynikiem:

- wartości energetycznej diety
- dużego spożycia tłuszczów zwierzęcych
- niskiego stosunku kwasów tłuszczowych wielonienasyconych do nasyconych (P:S) w diecie
- wzrostu, a następnie utrzymywania się na wysokim poziomie spożycia mięsa czerwonego
- spadku spożycia produktów zbożowych

Wnioski

NOWOTWORY

Korzystne trendy w zachorowalności na nowotwory złośliwe po roku 1995 mogą być wynikiem m.in. (1):

- spadku wartości energetycznej diety począwszy od roku 1989, a następnie utrzymanie się jej na zbliżonym poziomie
- obniżenia spożycia tłuszczów zwierzęcych w latach 1989-1995, a w kolejnych latach utrzymania się spożycia tych produktów na względnie stałym poziomie
- wyraźnego wzrostu stosunku P:S w diecie

Wnioski

NOWOTWORY

Korzystne trendy w zachorowalności na nowotwory złośliwe po roku 1995 mogą być wynikiem m.in. (2):

- spadku spożycia mięsa czerwonego począwszy od roku 1992
- zahamowania spadkowej tendencji spożycia produktów zbożowych
- wzrostu spożycia owoców, zwłaszcza w latach 1991-2001, co wpłynęło m.in. na zwiększenie zawartości witaminy C w diecie.

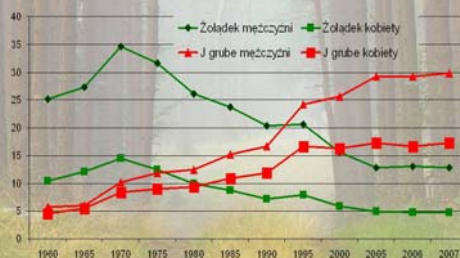
Polska

NOWOTWORY

Różne przykłady epidemiologiczne:
rak żołądka, rak jelita grubego

Rak żołądka i jelita grubego

NOWOTWORY



Polska

NOWOTWORY

Rak żołądka
a spożycie warzyw, owoców,
witaminy C i soli kuchennej
w latach 1960–2006

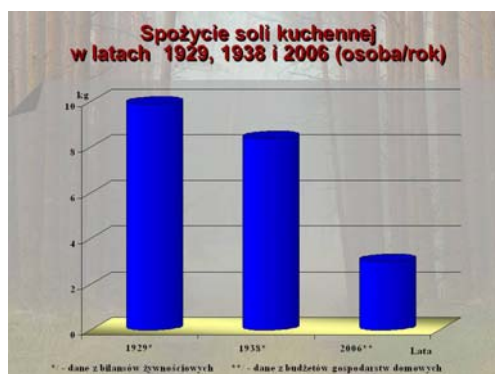
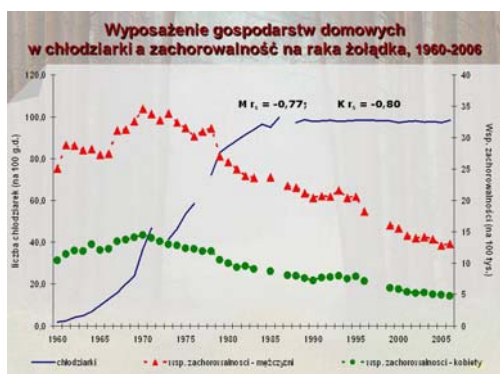
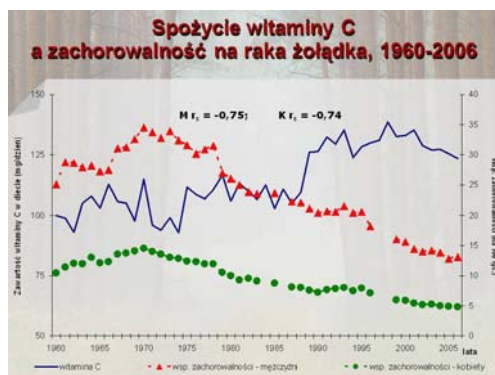
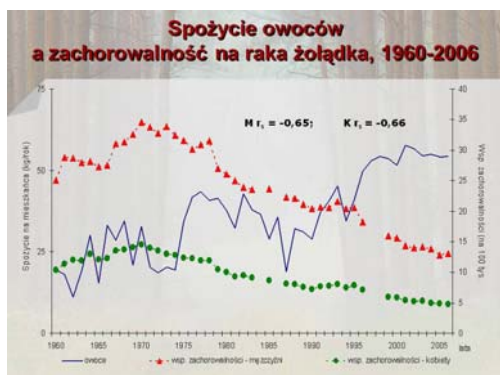
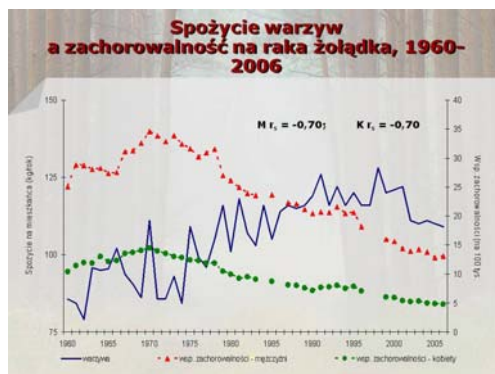
Jarosz M., Sekula W., Rychlik E., Figurska K.:
Impact of diet on long-term decline in gastric cancer incidence rate in Poland
despite the high prevalence of *H. pylori* infection. *World J. Gastroenterol.*, 2010

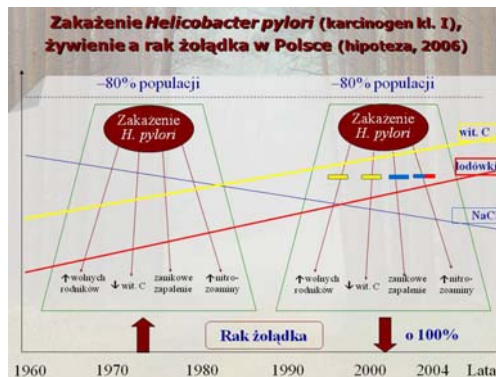
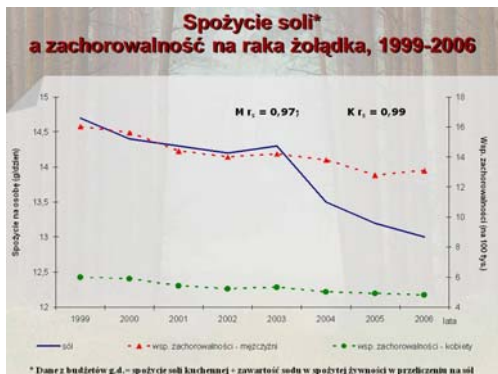
Rozwój raka żołądka zainicjowany przez zakażenie *Helicobacter pylori*

NOWOTWORY



Jarosz M., Nowotwory złośliwe, PZWL 2009





Wnioski

NOWOTWORY

Ponad 2-krotny spadek zachorowalności na raka żołądka prawdopodobnie związany jest:

- ze wzrostem spożycia: warzyw, owoców i witaminy C
- ze spadkiem spożycia soli
- z upowszechnieniem zastosowania chłodziarek, co przyczynia się do zahamowania powstawania azotynów i ochrony zawartości witaminy C w owocach i warzywach.

Polska

NOWOTWORY

Rak jelita grubego a spożycie tłuszczów, błonnika, alkoholu i mleka

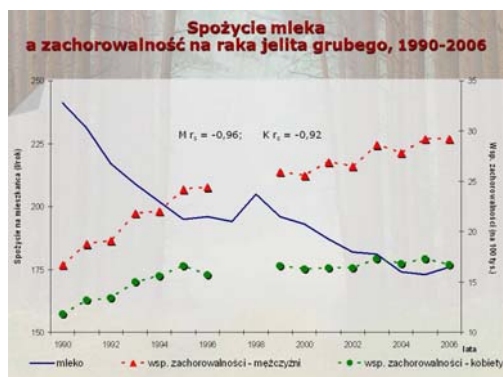
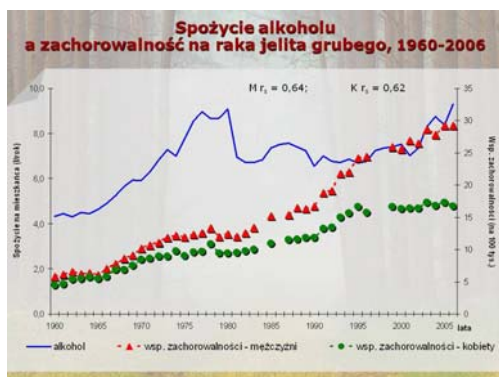
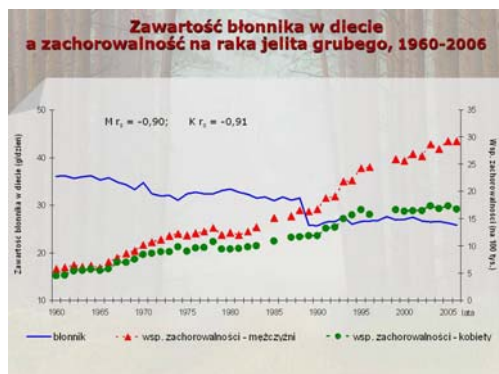
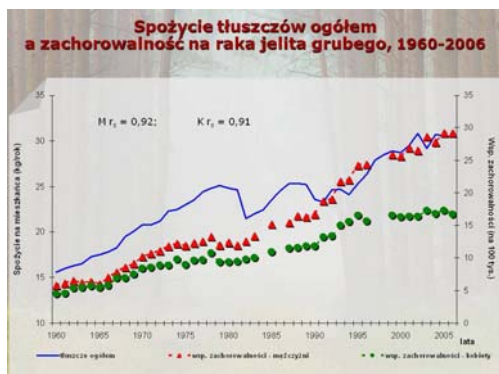
Jarosz M., Sekula W., Figurska K., Rychlik E.
Dietary trends and cancer morbidity rates in Poland in the years 1960-2005.
Pol. J. Food Nutr. Sci., 2008, 38, 4, 511-515

Żywność a ryzyko zachorowania na raka okrężnicy i odbytnicy zgodnie ze zgromadzonymi dowodami naukowymi (wg WCRF, AICF, 2007)

Dowody	Zmniejszenie ryzyka	Wzrost ryzyka
Przekonujące	• aktywność fizyczna	• czerwone mięso • mięso przetworzone* • alkohol (u mężczyzn) • otyłoscie ciała (BMI > 25 kg/m²) • otyłość brzuszna
Prawdopodobne	• żywność zawierająca włókna roślinne • czosnek • mleko (krowie) • wapń	• alkohol (u kobiet)
Niewystarczające	• owoce • żywność zawierająca foliany, selen i witaminę D • ryby	• tłuszcze zwierzęce • węglowodany proste (cukier, słodczyce)

* Mięso przetworzone - szynka, kiełbasa, salami, pastręt, szynki, kiełbaski.





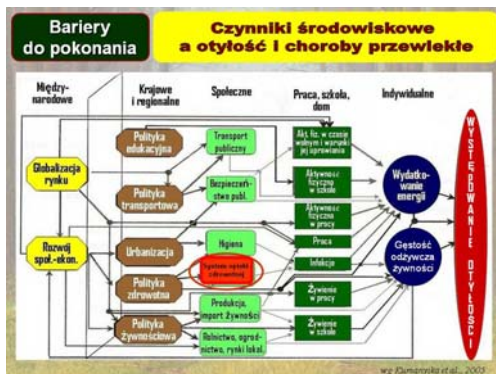
Wnioski

NOWOTWORY

- ✓ Rosnąca zachorowalność na raka jelita grubego, w dalszym ciągu utrzymująca się u mężczyzn, może być związana ze $\uparrow$ spożycia tłuszczów jadalnych, $\downarrow$ zawartości błonnika w diecie, wysokim spożyciem alkoholu.
- ✓ W ostatnich latach nie można wykluczyć również niekorzystnego wpływu obniżającego się spożycia mleka.

Poprawa żywienia

Bariery do pokonania



"Bicie na alarm!"

Strategia

- WHO, Genewa, 2004
Globalna Strategia dot. żywienia, aktywności fizycznej i zdrowia
- WHO, Stambuł 2006
Europejska Karta Walki z Otyłością
- WHO, 2007
II Europejski Plan Działania dot. polityki w zakresie żywności i żywienia (2007–2012)
- Komisja Europejska, Bruksela, 2007
Biała Księga KE „Strategia dla Europy w sprawie żywienia, nadywagi i otyłości w aspekcie zdrowia”
- Komisja Europejska, październik 2007
Grupa Wysokiego szczebla ds. Żywienia i Aktywności Fizycznej

Podpisanie Europejskiej Karty Walki z Otyłością

WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity

Thursday, 16 November 2006

Session 1
09:00-10:30 The role of and support from different government sectors
- Keynote overview presentation
- Presentations from government sectors
- Discussion

10:30-11:00 Break

Session 2
11:00-12:30 Call for political commitment and action - the European Charter on Counteracting Obesity
- Presentation of the draft European Charter for adoption (Drafting Committee)
- Discussion

12:30-14:00 Lunch break

Session 3
14:00-15:15 The role of international actors
- Presentations from international organizations, civil society networks, public/private partnerships

15:15-15:30 **The European Charter - Signing ceremony**

15:30-16:00 Break and Photo conference

Session 4
16:00-17:00 Ministerial round table: Challenges and opportunities ahead in strengthening action against obesity

17:00-17:30 Best practice award ceremony

Polskie stanowisko w sprawie Europejskiej Karty Walki z Otyłością

WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity

Wednesday, 15 November 2006

09:30-10:30 **Session 1**
Opening
- Welcome addresses
- Election of officers
- Introduction to the programme
- Introduction to the draft European Charter (Drafting Committee)

10:30-11:00 Break and Press conference

11:00-12:30 **Session 2**
The challenge posed by obesity
- Keynote overview presentation:
- the public health challenge
- social and economic aspects
- Discussion

12:30-14:00 Lunch break

14:00-15:30 **Session 3**
Priority focus: children and people of lower socioeconomic status
- Keynote overview presentation:
- overweight and obesity in children
- inequalities and obesity
- Discussion: national policies, experiences, case studies

15:30-16:00 Break

16:00-17:45 **Session 4**
Evidence for effective action
- Panel discussion:
- National policies and the role of health systems
- Action at the subnational and local level

WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity

Diet and physical activity for health

Istanbul, Turkey, 15-17 November 2006

EUROPE

Deklarujemy nasze zaangażowanie na rzecz intensyfikacji działań dotyczących zwalczania otyłości, zgodnie z postanowieniami niniejszej Karty oraz **umieszczenie tego zagadnienia wśród najważniejszych spraw w programach politycznych naszych rządów**. Wzywamy również wszystkich partnerów i zainteresowane strony do podjęcia bardziej zdecydowanych działań na rzecz zwalczania otyłości oraz uznajemy wiodącą rolę Europejskiego Biura Regionalnego WHO w tej dziedzinie.



WHO European Ministerial Conference
on Counteracting Obesity
Diet and physical activity for health
Istanbul, Turkey, 15-17 November 2006



W działaniach w Regionie Europejskim WHO należy kierować się następującymi zasadami:

Dla osiągnięcia mobilizacji i współpracy różnych sektorów niezbędna jest wola polityczna na wysokim szczeblu i zaangażowanie wszystkich władz.



WHO European Ministerial Conference
on Counteracting Obesity
Diet and physical activity for health
Istanbul, Turkey, 15-17 November 2006



2. CO MOŻNA ZROBIĆ: cele, zasady i struktura działań (...)

2.3. Następujące zasady muszą kierować działaniem w Regionie Europejskim WHO

2.3.3. Należy znaleźć równowagę pomiędzy odpowiedzialnością poszczególnych osób oraz rządów i społeczeństwa. Nie powinno się dopuszczać do tego, aby ciężar odpowiedzialności za otyłość spoczywał jedynie na osobach otyłych.



WHO European Ministerial Conference
on Counteracting Obesity
Diet and physical activity for health
Istanbul, Turkey, 15-17 November 2006



2. CO MOŻNA ZROBIĆ: cele, zasady i struktura działań (...)

2.3. Następujące zasady muszą kierować działaniem w Regionie Europejskim WHO:

(...)

2.3.7. Należy skoncentrować szczególną uwagę na grupach wrażliwych, jak dzieci i młodzież.



WHO European Ministerial Conference
on Counteracting Obesity
Diet and physical activity for health
Istanbul, Turkey, 15-17 November 2006



2.4.4. Media ponoszą ważną odpowiedzialność za dostarczanie informacji i edukację, zwiększanie świadomości i wspieranie polityki zdrowia publicznego w tej dziedzinie.



WHO European Ministerial Conference
on Counteracting Obesity
Diet and physical activity for health
Istanbul, Turkey, 15-17 November 2006



2.4.10. Wprowadzenie przez podstawową opiekę zdrowotną odpowiednio wczesnego rozpoznawania i sposobów postępowania w odniesieniu do nadwagi i otyłości, zapewnianie szkoleń pracowników służby zdrowia w zakresie zapobiegania otyłości oraz wydawanie wskazówek klinicznych dotyczących badań przesiewowych i leczenia.

Rutynowe pomiary antropometryczne i poradnictwo w systemie podstawowej opieki zdrowotnej.



POL HEALTH

Narodowy Program Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej

Narodowy Program Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej

POL 4 HEALTH

dalszy rozwój

we współpracy z Grupą Roboczą Wysokiego Szczebla ds. żywienia, aktywności fizycznej i otyłości Komisji Europejskiej (HLG)



Jak zwalczać przewlekłe choroby niezakaźne?

POL 4 HEALTH

- ✓ **Poprawić:**
 - jakość zdrowotną żywności,
 - sposób żywienia.
- ✓ **Zwiększyć aktywność fizyczną.**
- ✓ **Zmniejszyć występowanie czynników ryzyka** (otyłość, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe)
- ✓ **Zwalczać palenie tytoniu.**

Jak zwalczać przewlekłe choroby niezakaźne?

POL 4 HEALTH

ŻYWIENIE

- ✓ Odpowiednio zbilansowana dieta (energia, składniki, mikroelementy)
- ✓ Zapewnienie dostępności żywności (walka z ubóstwem)
- ✓ Bezpieczeństwo żywności
- ✓ Wyłączne karmienie piersią przez pierwszych 6 miesięcy

Zwalczanie przewlekłych chorób niezakaźnych

POL 4 HEALTH

Co powinno się zrobić?

Żywność:

- ↓ zanieczyszczeń chemicznych i fizycznych
 - karcinogeny (aflatoksyny, heterocykliczne aminy)
 - czynniki uszkadzające naczynia (akrylamid)

WHO, FAO, 2003

Zwalczanie przewlekłych chorób niezakaźnych

POL 4 HEALTH

Co powinno się zrobić?

Żywność:

- ↓ energii
- ↓ tłuszczów zwierzęcych i cholesterolu
- ↓ mięsa czerwonego
- ↓ soli (sodu)
- ↓ alkoholu
- ↓ cukrów prostych

WHO, FAO, 2003

Zwalczanie przewlekłych chorób niezakaźnych

Co powinno się zrobić?

Żywność:

- ↑ warzyw
- ↑ roślin strączkowych
- ↑ owoców
- ↑ produktów zbożowych (pełnoziarnistych)
- ↑ przetworów mlecznych (wapni)
- ↑ tłuszczów nienasyconych (ryby, oleje roślinne)
- zwalczanie niedoborów jodu

WHO, FAO, 2003



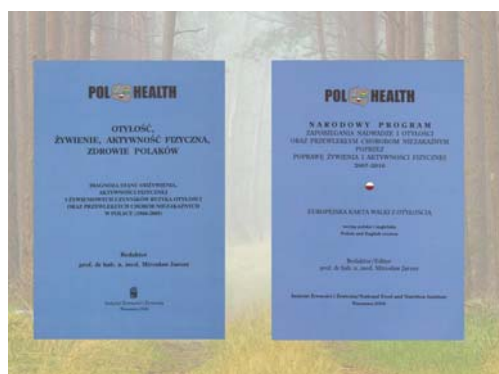
Więcej informacji:

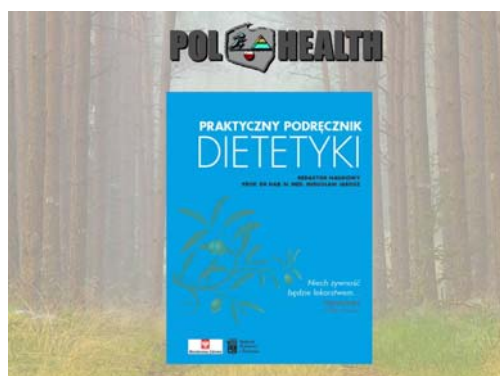
Instytut Żywności i Żywienia
ul. Powsińska 61/63
02-903 Warszawa

jarosz@izz.waw.pl

Centrum Promocji
Zdrowego Żywienia
i Aktywności Fizycznej

centrum@izz.waw.pl





BEZPIECZEŃSTWO ŻYWNOŚCIOWE A POLSKIE ROLNICTWO I PRZEMYSŁ SPOŻYWCZY

Przyspieszenie wzrostu gospodarczego Polski, na co duży wpływ miało wejście do UE, wpłynęło na ożywienie produkcji i poprawę ekonomicznego stanu agrobiznesu.

Integracja z UE przyczyniła się do wzrostu skali wytwarzania i przyspieszyła procesy koncentracji produkcji, szczególnie rzepaku i buraków cukrowych oraz chowu bydła i krów mlecznych. Rozwój krajowego rynku żywności i eksportu rolno-spożywczego wpłynął na wzrost produkcji rolnej. Nastąpiło przezwyciężenie wieloletniego zastoju w produkcji rolnej, której wartość w cenach stałych zwiększyła się o ok. 10–15%, przy wyższym wzroście produkcji końcowej i towarowej niż globalnej. Istotne jest także to, że wzrost wartości produkcji wyprzedzał przyrost wartości zużycia pośredniego, co oznacza, że w okresie poakcesyjnym poprawiła się efektywność wykorzystania ponoszonych nakładów. Osiągnięto postęp w tej dziedzinie, ale nadal rolnictwo cechuje niska produktywność, co świadczy o wadliwości strukturalnej i technologicznej oraz o konieczności dalszych przemian struktur agrarnych i wytwórczych. Ponad 90% gospodarstw nie osiąga dochodu parytetowego i ma ograniczone możliwości rozwojowe.

W latach 2003–2010 średnie tempo rozwoju produkcji przemysłu spożywczego, mierzone jej wartością w cenach stałych, wynosiło 5,2% rocznie, a w całym tym okresie zwiększyła się ona o 35%. W tym czasie tempo rozwoju tego sektora było podobne do tempa wzrostu Produktu Krajowego Brutto, ale o 2/5 niższe niż w latach poprzedniego ożywienia (1993–1998) i o 1/3 wolniejsze niż tempo wzrostu produkcji całego polskiego przemysłu. Pod tym względem efekt integracji był w przemyśle spożywczym mniejszy od efektów procesów transformacji dokonanych w poprzedniej dekadzie. W okresie integrowania z UE zmniejszył się także udział produkcji żywności, napojów i wyrobów tytoniowych w całym polskim przemyśle. Równocześnie rozwój tej produkcji był ponad dwukrotnie szybszy niż produkcji rolniczej (ok. 1,8–2,6% rocznie) i 2,4 razy szybszy od wzrostu krajowego spożycia tych produktów (2,25% rocznie). Oznacza to, że po wejściu Polski do UE zwiększył się udział przemysłu spożywczego w zagospodarowaniu produkcji rolniczej oraz w pokryciu krajowego popytu konsumpcyjnego. Istotnym źródłem wzrostu tego sektora był szybki rozwój eksportu produktów przemysłu spożywczego (w tempie 22,5% rocznie), czego skutkiem było to, że w latach 2003–2008 około 45% przyrostu sprzedaży (w cenach stałych) ulokowano na rynkach zagranicznych, a udział eksportu w przychodach przemysłu spożywczego zwiększył się dwukrotnie (z 11% w latach 2000–2002 do 22% w 2008 r.). Innym niezwykle ważnym źródłem rozwoju tego sektora było utrzymanie wysokiego tempa wzrostu przetwórstwa wtórnego, tj. produkcji żywności wysoko przetworzonej, napojów bezalkoholowych, przekąsek i deserów, która – podobnie jak w całym minionym dwudziestolecu – zwiększała się w tempie ok. 7% rocznie. W okresie integrowania z Unią Europejską podobnie wysokie było tempo wzrostu produkcji używek (6,7% rocznie), a ponadto nastąpiło przyspieszenie rozwoju wstępnego przerobu produktów rolnych, rozpoczęte już w latach 1998–2003. W całym okresie transformacji bardzo powolny był proces odbudowy (w tempie 2–3% rocznie) przetwórstwa właściwego, tj. produkcji tradycyjnych wyrobów spożywczych.

Rozwój gospodarki żywnościowej w Polsce ma trwałe podstawy. Tworzy je duży krajowy rynek zbytu, który wciąż wykazuje tendencje rozwojowe, a ożywienie gospodarcze będące efektem integracji wzmocniło te tendencje. Rozwój gospodarczy kraju poprawił bowiem strukturę konsumpcji i jakość żywienia człowieka. Skutkiem tego nie jest poprawa wyżywienia mierzona wartością odżywczą spożywanej żywności, która w krajach rozwiniętych jest raczej stabilna, lecz poprawa wyżywienia, które następuje w wyniku zmian struktury konsumpcji oraz zwiększania obudowy produktów żywnościowych różnego rodzaju usługami, ułatwiającymi dostęp do żywności, wygodę korzystania z żywności czy też wzrost zadowolenia z jej spożywania. Takie zmiany konsumpcji żywności dokonują się po wejściu do UE, gdyż:

- wzrasta spożycie żywności pochodzenia zwierzęcego, głównie mięsa i ryb (o ok. 12%), przy równoczesnej redukcji lub zmniejszeniu udziału produktów roślinnych, głównie węglowodanowych,

- spożycie żywności uznawanej za wysoko przetworzoną zwiększyło się o ok. 20%.

Rozwój powiązań z rynkami zagranicznymi był nie tylko czynnikiem poszerzenia rynków zbytu dla polskich producentów żywności, lecz stał się także czynnikiem stabilizującym krajowy rynek żywnościowy, uniezależniając sytuację bieżącą od wahań koniunktury wewnętrznej i bieżącej gry politycznej. To ostatnie oddziaływanie powodowało jednak większą wrażliwość rynku rolno-spożywczego i całej gospodarki żywnościowej na zjawiska globalne, szczególnie o charakterze kryzysowym.

Stopniowo traci na sile efekt kreacji i rozwoju handlu wywołany włączeniem Polski w obszar jednolitego rynku europejskiego. Dlatego w najbliższych latach zmaleje dynamika wzrostu wymiany handlowej produktami rolno-spożywczymi. Będzie to wynik redukcji naszych przewag cenowo-kosztowych i spodziewanej liberalizacji światowego handlu rolnego.

Nasilenie tendencji liberalizacyjnych może prowadzić do utraty części rynków zbytu przez polskich i unijnych producentów żywności. Może to nawet spowodować obniżenie eksportu, wzrost importu i wzmocnić presję konkurencyjną ze strony krajów o niskich kosztach wytwarzania oraz intensywności konkurencji zarówno na rynku krajowym, jak i międzynarodowym. Nie stwarza to jednak dużego zagrożenia dla polskiego handlu rolno-spożywczego w perspektywie do 2015 roku.

Skala oraz intensywność zjawisk, jakie wystąpiły w obszarze produkcji i dystrybucji żywności w ciągu ostatnich 20–30 lat, wymaga innego spojrzenia także na problem jakości żywności, jej walorów odżywczych, a także skutków zdrowotnych dla naszego organizmu. Ogromny wzrost znaczenia chemii rolnej, kolejne epidemie chorób odzwierzęcych (BSE, H5N1, choroba niebieskiego języka itd.), wzrastające zużycie dodatków do żywności, hormonów, antybiotyków, wymagają przewartościowania naszego podejścia do zagadnień produkcji żywności. W tych warunkach coraz częściej mówi się o konieczności przesunięcia paradygmatu z problemu wielkości produkcji żywności oraz jej podaży, czyli bezpieczeństwa żywnościowego, na poziom bezpieczeństwa żywności. Jest to problem ważny i trudny do politycznego rozstrzygnięcia, zwłaszcza w sytuacji, gdy ponad 1 mld osób na świecie cierpi głód. Jednak nie sposób uciec od decyzji w sprawie jakości i bezpieczeństwa żywności. Każdy bowiem ma prawo domagać się dostępu do zdrowej i bezpiecznej żywności (*healthy and safe food*) jako podstawowego prawa człowieka.

BEZPIECZEŃSTWO ŻYWNOŚCIOWE A POLSKIE ROLNICTWO I PRZEMYSŁ SPOŻYWCZY

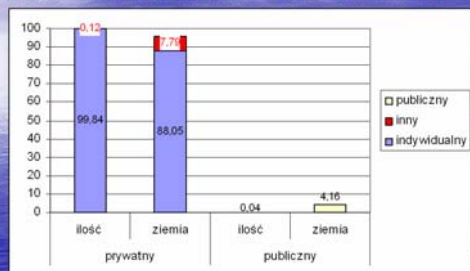
PROF. DR HAB. ANDRZEJ KOWALSKI

Bezpieczeństwo żywnościowe:

- Zapewnić wszystkim ludziom w każdym czasie, na dostatecznym poziomie fizycznej i ekonomicznej dostępności do bezpiecznej żywności, niezbędnej do aktywnego i zdrowego życia zgodnie z potrzebami i preferencjami

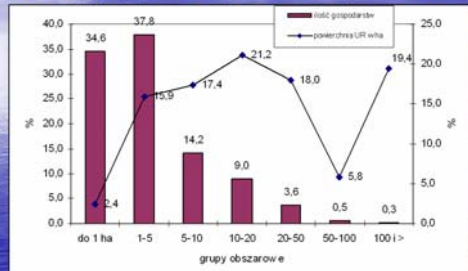
Struktura ilościowa gospodarstw rolnych wg sektorów własnościowych w Polsce w 2005 r.

(Źródło: Charakterystyka gospodarstw rolnych w 2005 r., GUS, Warszawa 2006)



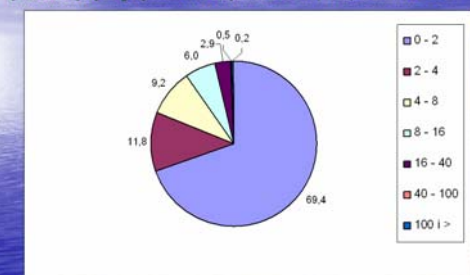
Rozkład liczby gospodarstw rolnych i powierzchni użytków rolnych wg obszaru gospodarstw w Polsce w 2005 r.

(Charakterystyka gospodarstw rolnych w 2005 r., GUS, Warszawa 2006)

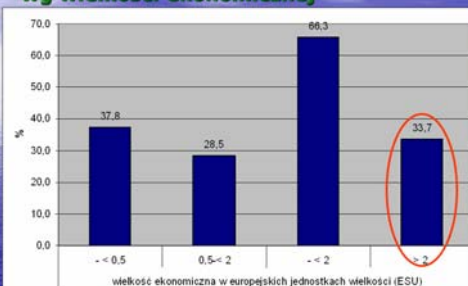


Rozkład liczby gospodarstw rolnych wg wielkości ekonomicznej ESU w Polsce w 2008 r.

(Charakterystyka gospodarstw rolnych w 2008 r., GUS, Warszawa 2009)



Rozkład gospodarstw rolnych w Polsce wg wielkości ekonomicznej

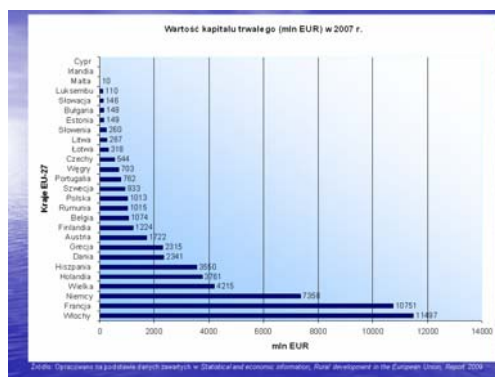
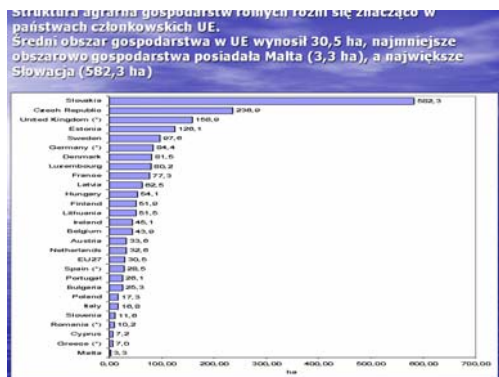
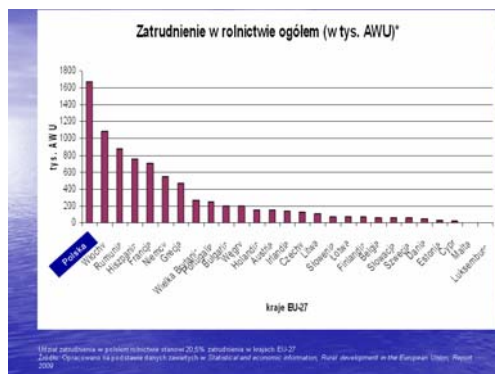
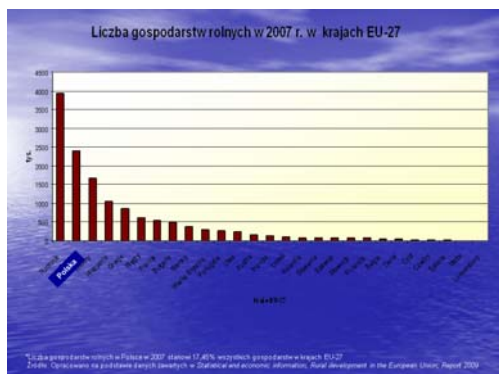


Ekwiwalent wielkości ekonomicznej gospodarstw rolnych w Polsce wg regionów SGM, wyrażony w jednostkach fizycznych wybranych działalności rolniczych

Region	Działalność	Jednostka miary	Wielkość ekonomiczna (w ESU)				
			1 ESU	2 ESU	4 ESU	8 ESU	100 ESU
Pomocze i Mazury	Pracownicy	ha	3,9	7,7	15,7	31,4	395,3
	Pracownicy przeliczeni	ha	5,2	10,4	20,9	41,8	527,2
	Pracownicy	ha	1,8	3,6	7,2	14,5	185,2
	Pracownicy przeliczeni	ha	1,4	2,8	5,7	11,4	147,3
	Pracownicy	ha	1,8	3,6	7,2	14,5	185,2
Wielkopolska i Śląsk	Pracownicy	ha	2,1	4,1	8,2	16,5	206,1
	Pracownicy przeliczeni	ha	2,8	5,6	11,2	22,4	285,2
	Pracownicy	ha	4,4	8,8	17,6	35,2	447,8
	Pracownicy przeliczeni	ha	3,6	7,2	14,5	29,0	367,8
	Pracownicy	ha	0,9	1,8	3,6	7,2	91,8
Mazowiecie i Lubelskie	Pracownicy	ha	2,8	5,6	11,2	22,4	285,2
	Pracownicy przeliczeni	ha	4,1	8,2	16,5	33,0	417,2
	Pracownicy	ha	5,1	10,2	20,4	40,8	517,2
	Pracownicy przeliczeni	ha	4,3	8,6	17,2	34,4	435,6
	Pracownicy	ha	1,8	3,6	7,2	14,5	185,2
Małopolska i Podkarpackie	Pracownicy	ha	2,8	5,6	11,2	22,4	285,2
	Pracownicy przeliczeni	ha	4,1	8,2	16,5	33,0	417,2
	Pracownicy	ha	5,1	10,2	20,4	40,8	517,2
	Pracownicy przeliczeni	ha	4,3	8,6	17,2	34,4	435,6
	Pracownicy	ha	1,8	3,6	7,2	14,5	185,2

Przestrzenne zróżnicowanie w przeciętnym obszarze indywidualnego gospodarstwa rolnego powyżej 1 ha UR oraz 2 i więcej ESU





Podstawowe wskaźniki makroekonomiczne dla Polski w latach 2004-2010 (w %)

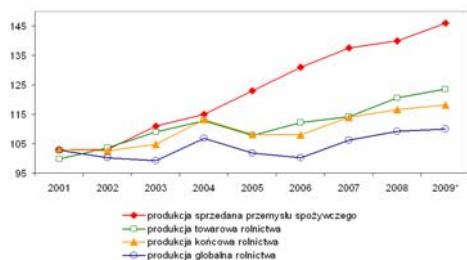
Lata	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Tempo wzrostu PKB	5,3	3,6	6,2	6,7	4,9	1,9
Stopa bezrobocia	19,0	17,6	14,8	11,2	9,5	11,9
Stopa inflacji	3,5	2,1	1,0	2,5	4,2	3,5
Deficyt budżetowy	-5,2	-4,3	-3,9	-1,9	-3,9	-7,1
Saldo obrotów bieżących	-1,1	-1,2	-2,7	-4,7	-5,5	-1,6

Źródło: Opracowanie na podstawie danych GUS i Eurostatu

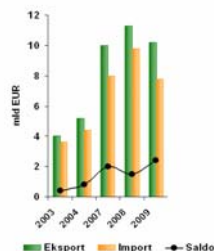
Porównanie dynamiki rozwoju przemysłu spożywczego i otoczenia rynkowego

Wyszczególnienie	Przyrost w latach 2003-2008 w proc.	Średnie tempo rozwoju w proc. rocznie w latach	
		2003-2008	1999-2002
Produkcja przemysłu spożywczego	35,0	5,17	1,58
Produkcja rolnictwa: globalna	10,3	1,83	-1,73
towarowa	16,5	2,65	1,30
Spożycie żywności, napojów i wyrobów tytoniowych	14,1	2,25	1,18
Eksport produktów przemysłu spożywczego	234,7	22,60	6,95
Import produktów przemysłu spożywczego	176,7	19,20	2,18

Rozwój rolnictwa i przemysłu spożywczego w Polsce w latach 2001-2009 (w cenach stałych, średnia lat 2000-2002 = 100)



Ogólna ocena wyników handlu zagranicznego w sektorze żywnościowym



- Systematyczny wzrost obrotów handlowych w latach 2003-2009 oraz poprawa salda;
- Czynniki decydujące o prawie wyników:
 - dostęp do rynku UE;
 - postęp we wdrażaniu unijnych standardów sanitarnych, weterynaryjnych i jakościowych;
 - inwestycje zagraniczne;
 - unijne refundacje wywozowe;
 - mniejsze znaczenie kursu walutowego;
- Eksport istotnym czynnikiem rozwoju sektora żywnościowego - stanowi ok. 21% wartości przychodów ze sprzedaży;
- Udział produktów rolno-spożywczych polskim eksportem wzrósł do 9%;
- W latach 2008-2009 widoczne są w handlu skutki kryzysu gospodarczego:
 - 2008 r. - pogorszenie salda;
 - 2009 - spadek obrotów, ale znacząca poprawa salda!!!

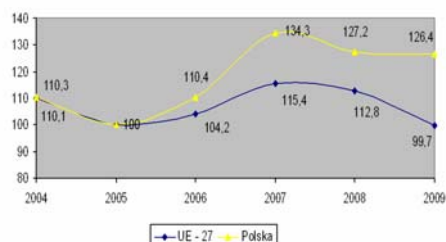
Wyszczególnienie	2008			
	mld EUR	2003 = 100	Średnia roczna dynamika	
			mld EUR	%
Eksport	11,3	280%	1,49	23%
Import	9,8	276%	1,23	21%
Saldo	1,5	334%	0,26	27%

Porównanie cen podstawowych produktów rolnictwa w Polsce i UE-25/27 (UE-25/27 = 100)

Wyszczególnienie	II półrocze ze 2004	2005	2006	2007	2008	2009	I półrocze 2010
Pozemica konsumpcyjna	93,5	87,3	97,8	98,8	101,4	90,8	98,7
Jęczmień paszowy	90,1	87,0	89,2	94,9	100,7	87,4	94,4
Kukurydza paszowa	98,4	88,9	94,8	96,6	101,4	98,5	97,4
Mięso wieprzowe	102,1	95,6	88,9	95,0	103,3	101,1	94,7
Mięso wołowe	70,1	75,5	75,2	77,8	80,6	81,8	77,0
Mleko	87,0	90,6	94,3	93,5	87,0	76,8	98,1
Mięso drobiowe	70,9	77,2	67,9	75,9	77,1	72,9	76,5
Jaja konsumpcyjne	98,0	96,1	97,8	98,3	105,9	99,3	107,8

Lp.	Wyszczególnienie	2004	2006	2008	2009*	
					2009	2004=100
1.	Produkcja rolna z roląga	64 595	62 850	76 698	75 768	117,3
z tego:						
A.	Produkcja zwierzęca	29 804	25 974	36 416	33 554	112,6
B.	Produkcja zwierzęca	28 895	30 278	33 838	35 214	121,9
C.	Produkty do produkcji	3 692	4 463	4 110	4 614	125,0
D.	Przetwory produkcji	2 204	2 137	2 334	2 386	108,3
E.	Zapasy produktów	37 923	37 436	40 892	46 697	123,1
6.	Wartość dodana brutto (1-5)	26 472	25 212	27 896	29 071	109,8
7.	Amortyzacja	5 642	51 170	5 640	5 740	101,9
8.	Wartość dodana netto (6-7)	21 030	20 042	22 256	23 331	110,9
9.	Przetwory produkcji	1 375	1 262	1 520	1 470	106,9
10.	Przetwory rolnicze	4 303	6 303	10 315	8 888	206,6
11.	Dochód z czynników produkcji (8-9+10)	23 958	25 083	31 051	30 741	128,3
12.	Koszty pracy najemnej	2 719	2 990	4 001	4 294	157,9
14.	Czynsze dzierżawy	340	391	470	470	138,2
15.	Saldo odsetek zapłaconych i uzyskanych	701	1 035	1 126	1 126	160,6
16.	Dochód „przedopłatami z roląga” (11-12-14-15)	20 198	20 667	25 454	24 851	123,0
17.	Udział dopłat i subwencji w dochodzie	39,6	52,1	56,7	54,3	137,1

Dynamika dochodu z czynników produkcji na pełnozatrudnionego w rolnictwie w cenach stałych (2005=100)



Wyniki ekonomiczne uzyskane przez różnej wielkości gospodarstwa rolne w 2007 roku

Wyszczególnienie	Gospodarstwa średnio	do 2 ESU	2 i więcej ESU
Średni dochód (zł)			
z gospodarstwa	9 649	1 224	25 859
na 1 godzinę nakładów pracy własnej	2,11	0,94	4,36
udział dochodów rolniczych w dochodach ogółem rodzin (%)	27,1	9,5	60,9

- W sferze zasilania rolnictwa w środki produkcji skutkiem integracji był przede wszystkim duży wzrost cen środków produkcji, towarów i usług kupowanych przez rolników. Ceny tych produktów w 2009 roku są o 40% wyższe od stanu z lat 2000-2002 i o 33% wyższe niż w 2003 roku.

- Rozwój cen w otoczeniu rynkowym był i jest niekorzystny zarówno dla rolników, jak i przetwórców. Wskaźniki wzrostu cen produktów rolnych i cen żywności były i są niższe od wskaźników inflacji i od dynamiki cen środków produkcji dla rolnictwa.

- W okresie poakcesyjnym nie zaszły zasadnicze zmiany w wielkości zasobów wykorzystywanych czynników produkcji i dlatego nie było istotnych zmian relacji między czynnikami. Rolnictwo polskie na tle całej Unii charakteryzuje się niskim wyposażeniem zasobów pracy w pozostałe dwa czynniki produkcji, tj. ziemię i kapitał. Jedne z niższych w Europie nakłady kapitału do zasobów ziemi wyznaczają względnie niską intensywność wytwarzania w polskim rolnictwie.

Jednym z największych beneficjentów integracji z UE jest polskie rolnictwo. Zdecydowały o tym przede wszystkim dodatkowe strumienie finansowe, które zwiększyły wartość dodaną rolnictwa, łącznie z łowiectwem, z 20 mld zł w latach 2000-2002 do 40,6 mld zł (ceny bieżące) w latach 2004-2006 roku, w 2009 roku ok. 38,5 mld zł.

- W okresie integrowania przyspieszone zostały przemiany strukturalne przemysłu spożywczego. Efektem ożywienia inwestycyjnego jest to, że polski przemysł spożywczy pod względem nowoczesności zaliczany jest do czołówki europejskiej. W całym okresie transformacji i integracji został on gruntownie zmodernizowany oraz dobrze dostosowany do warunków gospodarki rynkowej.

- Pozycja polskiej gospodarki żywnościowej w Unii Europejskiej jest silniejsza niż całej naszej gospodarki i stale rośnie. W UE-27 jesteśmy szóstym producentem żywności i napojów po Francji, Niemczech, Włoszech, Wielkiej Brytanii i Hiszpanii, z 7% udziałem.

- Rozwój polskiego agrobiznesu żywnościowej ma trwałe podstawy. Tworzy je duży krajowy rynek zbytu, który wciąż wykazuje tendencje rozwojowe, a ożywienie gospodarcze będące efektem integracji wzmocniło te tendencje. Rozwój gospodarczy kraju poprawił bowiem strukturę konsumpcji i jakość żywienia

- Większość, bo ponad 80% eksportu żywności w 2008 roku była skierowana do krajów Unii Europejskiej, co w przypadku załamania się gospodarczego i ograniczenia bieżących przewag może grozić jego ograniczeniem; kierunki eksportu powinny być bardziej zdywersyfikowane,

- Stopniowo traci na sile efekt kreacji i rozwoju handlu wywołany włączeniem Polski w obszar jednolitego rynku europejskiego. Dlatego w najbliższych latach zmaleje dynamika wzrostu wymiany handlowej produktami rolno-spożywczymi. Będzie to wynik redukcji naszych przewag cenowo-kosztowych i spodziewanej liberalizacji światowego handlu rolnego.

- Polskich producentów i przetwórców czeka w najbliższych latach wiele wysiłku, aby promować markę i konsolidować się, tworząc organizacje branżowe dla rozwijania lobbingu i wyrażania interesów sektora, zwłaszcza wobec struktur unijnych. Stoi przed nimi także konieczność dalszej potrzeba integracji poszczególnych ogniw łańcucha i to zarówno w płaszczyźnie poziomej, jak i pionowej, obejmująca produkcję surowca, przetwórstwo, a także dystrybucję.

- Otwarcie polskiej gospodarki powoduje, że złoty podlega silnym wahaniom kursowym, często niezależnym od aktualnego stanu naszej gospodarki, a bardziej zależnym od oceny sytuacji w danym regionie świata; wahania kursowe powodują osłabienie pozycji krajowych przedsiębiorstw w stosunku do korporacji transnarodowych.

- W warunkach postępującej liberalizacji światowego handlu Polska utrzyma przewagi konkurencyjne na jednolitym rynku europejskim w takich grupach produktów, jak: owoce, warzywa, mięso i ich przetwory. Do produktów o najwyższej pozycji konkurencyjnej będą należeć produkty wyżej przetworzone i pracochłonne, co wynika z niższych kosztów pracy i niższych marż przetwórczych. Polski sektor rolny, z uwagi na duże zasoby taniej siły roboczej, utrzyma przewagi w pracochłonnych kierunkach produkcji.

- Będą zmieniały się zasady i cele polityk wspólnotowych.

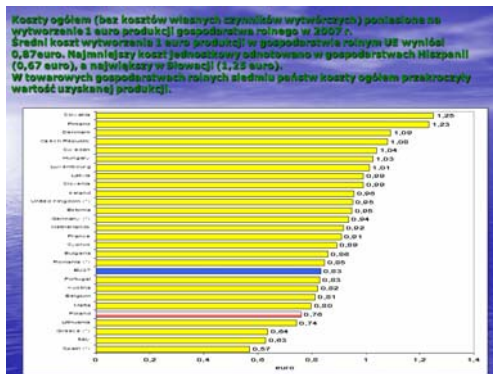
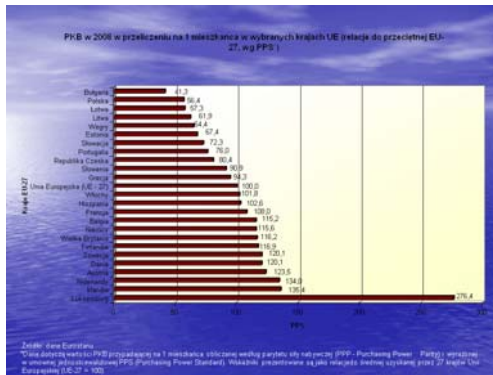
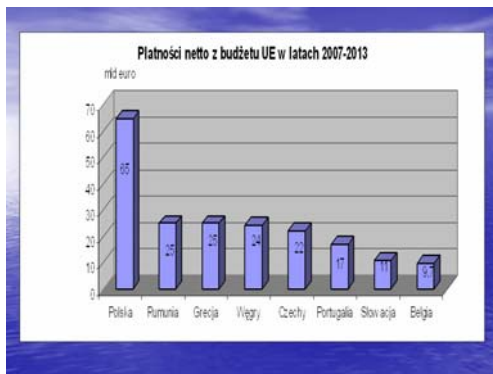
Przestrzeń koniecznej harmonizacji polityki krajowej i wspólnotowej:

- Utrzymanie potencjału produkcji rolnej w Europie, mając na uwadze bezpieczeństwo żywnościowe UE i potrzeby żywnościowe świata;
- Utrzymanie jednolitego rynku i wspólnotowych zasad konkurencji;
- Zbudowanie systemu zarządzania ryzykiem i łagodzenia skutków silnych fluktuacji cenowo-dochodowych w odniesieniu do rolnictwa;
- Uproszczenie sposobu wdrażania działań wchodzących w skład WPR i wiązania ich z innymi programami wspólnotowymi.

W perspektywie 10 lat rolnictwo europejskie według „*A Vision for the Common Agricultural Policy*” oparte będzie na następujących podstawach:

- rolnictwo ma funkcjonować na wolnym rynku europejskim na podobnych zasadach, jak inne działy gospodarki i być poddane tym samym zasadom konkurencji;
- polityka rolna UE musi mieć jasno sprecyzowane cele i koncentrować się głównie na sprawach ochrony środowiska i zrównoważonego rozwoju obszarów wiejskich;
- cła powinny zostać obniżone do poziomu istniejącego w innych działach gospodarki (obecnie jest to średnio 4%);

-
- Platności netto z budżetu UE w latach 2007-2013
- mlrd euro
- | Państwo | Platność netto (mlrd euro) |
|--------------|----------------------------|
| Dania | -2.4 |
| Austria | -2.4 |
| Szwecja | -1.1 |
| Holandia | -2.4 |
| Włochy | -4.6 |
| Francja | -5.1 |
| Wł. Brytania | -5.7 |
| Niemcy | -9.6 |



Country	Publications
Indonesia	1.873
Malaysia	1.74
Maldives	1.65
Thailand	1.65
South Korea	1.43
Iran (Islamic Republic of)	1.43
Philippines	1.39
United Kingdom	1.39
India	1.36
Germany	1.35
Denmark	1.29
Canada	1.27
United States	1.24
United States of America	1.22
Spain	1.22
United States	1.22
Belgium	1.17
China (People's Republic of)	1.16
France	1.14
Belgium	1.14
Germany	1.13
United States	1.09
United States	1.07
United States	1.06
Malaysia	1.06
Malaysia	1.05
Italy	1.05
United States	1.02

Country	Percentage
Poland	0.58
Ireland	0.50
Luxembourg	0.36
Latvia	0.33
Estonia	0.33
Greece (CY)	0.32
Slovenia	0.29
Lithuania	0.29
Austria	0.26
Estonia	0.26
Portugal	0.24
Slovakia	0.22
Czech Republic	0.22
Malta	0.21
United Kingdom (CY)	0.20
Hungary	0.20
Finland	0.20
Cyprus	0.19
Romania (CY)	0.17
Bulgaria	0.17
Germany (CY)	0.16
France	0.14
Spain (CY)	0.13
Belgium	0.12
Bulgaria	0.12
Denmark	0.11
Italy	0.10
Netherlands	0.04

Globalizacja prowadząca do swobodnego przepływu ponad granicami oszczędności i towarów, a w konsekwencji inwestycji i popytu powoduje, że zasadniczo zmienia się kryterium efektywności. Efektywny i konkurencyjny staje się ten, kto potrafi wykorzystać relacje rzadkości i obfitości zasobów w skali globalnej.

- Współczesny rynek światowy przypomina odwróconą piramidę. Jej zwężona podstawa to finanse obsługujące sektor realny, albo strumienie towarów, jego udział stanowi nie więcej niż 10-12% ogólnego obrotów zasobów finansowych świata. Cały pozostały kapitał pieniężny nie ma materialnego substratu. Została zminimalizowana ograniczona więc pomiędzy sferą realną a finansową.

- Do 2050 roku liczba ludności świata będzie istotnie wzrastała. Wzrost ten będzie jednak głęboko nierównomierny.
- Dramatycznie obniży się udział zasobów ludności zdolnej do pracy w Rosji, Japonii,
- Niemczech, Chinach (- 143 mln osób w stosunku do 2006 roku). Gwałtownie natomiast wzrośnie w Indiach (+ 390 mln osób w 2050 względem 2006), w Nigerii, Pakistanie oraz USA.
- W Polsce liczba ludności ogółem spadnie z 38,1 mln w 2008 roku do 35,99 w 2035 i prawdopodobnie do około 34 mln w 2050 roku, tj. o 11% - w okresie niespełna dwóch pokoleń.

Dane World Economic Outlook IMF z kwietnia 2008 wskazują, iż PKB Chin – liczony wg parytetu siły nabywczej – wysunął się na drugie miejsce po PKB USA; Indii na 4, Rosji na 7, zaś Brazylii na 9. Przewidywana dynamika wzrostu tych krajów, nawet obniżona z powodu spowolnienia wzrostu gospodarki światowej tylko przyspieszy doganianie najwyższej rozwiniętych gospodarek.

- Jedna piąta najbogatszej populacji świata obejmująca kraje najbogatsze, zwiększyła swój dochód z 8315 do 14 623 USD tj. o około 75%
- Jedna piąta obejmująca najbiedniejsze kraje zwiększyła dochód per capita z 551 do 1137 USD, czyli o ponad 100%
- Światowa konsumpcja jest dziś ponad dwukrotnie większa niż w latach 60 ubiegłego wieku.

- Rozwój technologii informatycznych i telekomunikacji przekładają się na wzrost konkurencji
- To co kiedyś mogło być wytwarzane tylko w krajach wysoko uprzemysłowionych może być wytwarzane niemal wszędzie
- Technologia jest mobilna w skali międzynarodowej

Wpływ procesów globalizacji na zachowania podmiotów rynku

- Popyt krajowy nie przesądza o popycie na produkty krajowe, tak jak jego brak nie wyklucza aktywności produkcyjnej w kraju, gdy potrafi on tanio zaspokoić popyt zewnętrzny.
- Koszty komparatywne w coraz mniejszym stopniu stają się podstawą specjalizacji w handlu zagranicznym, a stają się wyznacznikiem dopływu kapitału i lokalizowania różnych faz produkcji.

Konsekwencją rynku globalnego jest lawinowy rozwój konsumeryzmu jako filozofii życia. Produkcja zmienia swój charakter. **Produkuje się dla konsumpcji a nie się nie po to aby zaspokoić potrzeby.**

Wielkie korporacje ponadnarodowe coraz częściej wpisują się w układ podmiotów gospodarczych, zajmując w nich pozycję dominującą. Ogromna siła tych korporacji oraz rozproszenie akcjonariatu pozwala na podporządkowanie sobie nie tylko słabszych państw, ale także całych segmentów rynku.

W nowej erze ekonomicznej wszystkie kraje świata w coraz większym stopniu uzależniają się od siebie wzajemnie. Współzależności stają się współzależnościami globalnymi.

Oceniając skutki ekonomiczne i społeczne procesu globalizacji zwracano uwagę przede wszystkim na niekorzystne zjawiska dla regionów i krajów biedniejszych. Ostatnio coraz częściej dostrzega się także zagrożenia dla krajów wysokorozwiniętych. Globalizacja tworzy system dopuszczający na rynek towary po cenach dumpingowych.

Preferencje konsumentów wynikające z zunifikowanych gustów prowadzą do powstania jednorodnego rynku globalnego.

- Analiza przyczyn rozwoju i upadku wielkich cywilizacji upoważnia do postawienia tezy że głównym źródłem ich klęski był brak rozpoznania oraz skutecznej realizacji nowych wyzwań rozwojowych.

ZMIANY W JAKOŚCI ZDROWOTNEJ ŻYWNOŚCI W OKRESIE GOSPODARKI RYNKOWEJ

Pojęcie jakości zdrowotnej żywności obejmuje: bezpieczeństwo dla zdrowia, wartość odżywczą żywności oraz zespół cech organoleptycznych.

Na szczególną uwagę zasługują zmiany, jakie zaobserwowano w wartości odżywczej żywności w okresie gospodarki rynkowej. Wpływ na nie przede wszystkim miały: opracowanie nowych receptur produktów spożywczych, zastosowanie nowych technologii w przemyśle spożywczym, zmiany w produkcji rolnej zarówno zwierzęcej, jak i roślinnej. Wprowadzono nowe opakowania żywności, pozwalające na wydłużenie jej terminu przydatności do spożycia. Zaobserwowano także znaczący wzrost importu żywności często w Polsce wcześniej nie spożywanej.

W każdej z grup żywności odnotowano mniejsze bądź większe zmiany wartości odżywczej wchodzących w ich skład produktów spożywczych. Poniżej omówiono wybrane z nich.

W ostatnim 20-leciu w grupie produktów mlecznych odnotowano znaczący wzrost asortymentów mleka o obniżonej zawartości tłuszczu. Wzrosła produkcja jogurtów naturalnych, owocowych, z ziarnami o zróżnicowanej zawartości tłuszczu, w tym z dodatkiem witamin i składników mineralnych. Na szczególną uwagę zasługuje pojawienie się na rynku mlecznych napojów fermentowanych nowej generacji, tj. biojogurtów, mleku i maślaneń acydofilnych.

Istotne zmiany odnotowano w wartości odżywczej produktów wchodzących w skład grupy mięsa i produktów mięsnych. Wzrósł asortyment mięsa drobiowego, głównie indyczego i z kurczaka, a także wędlin drobiowych. Stwierdzono zmiany w wartości odżywczej szynki, szczególnie wieprzowych. Charakteryzują się one niższą zawartością tłuszczu, a wyższą zawartością wody. Są to tzw. szynki wysoko wydajne. Do ich produkcji stosuje się wiele dodatków, tj. białko sojowe, karagen, fosforany.

W grupie tłuszczów również odnotowano ważne zmiany, przede wszystkim zastąpiono całkowicie olej rzepakowy wysokoerukowy olejem o obniżonej zawartości tego kwasu tłuszczowego. Na rynku znajduje się bogaty asortyment olejów roślinnych oraz margaryn miękkich o obniżonej zawartości tłuszczu, nie zawierających izomerów trans kwasów tłuszczowych.

W grupie produktów zbożowych wzrósł asortyment pieczywa tradycyjnego i chrupkiego. Pojawiła się liczna grupa zbożowych produktów śniadaniowych (płatki zbożowe, müsli).

Obecnie świeże warzywa i owoce dostępne są praktycznie przez cały rok. Wpłynął na to import m.in. owoców cytrusowych i egzotycznych. Wzrósł asortyment mrożonych warzyw, owoców, jak i mieszanek warzywnych oraz soków warzywnych, warzywno-owocowych i owocowych, w tym znaczny udział wzbogacanych.

Innym korzystnym zjawiskiem obserwowanym w ostatnich latach jest produkcja żywności funkcjonalnej oraz wzbogacanej dodatkiem witamin, składników mineralnych i innych substancji.

Należy mieć na uwadze, że zmiana zwyczajów żywieniowych jest procesem długotrwałym, niemniej jednak w ostatnim 20-leciu dokonało się wiele pozytywnych zmian m.in.: zmiany w strukturze spożycia tłuszczów na korzyść tłuszczów roślinnych, rozpowszechnienie się spożycia warzyw pod różnymi postaciami, wzrost spożycia soków warzywnych i owocowych, zmiana w spożyciu mięsa na korzyść mięsa drobiowego. Nie możemy zapominać również o negatywnych zjawiskach, które mają miejsce, np.: duże spożycie cukru, słodczy, tłuszczu czy soli, wyższe niż wynika z zapotrzebowania spożycie energii, nieregularność spożywania posiłków czy pojadanie między nimi.

Reasumując, trzeba podkreślić, że bogaty rynek produktów żywnościowych umożliwia realizację zdrowotnej diety.

Zmiany w jakości zdrowotnej żywności w okresie gospodarki rynkowej

Hanna Kunachowicz
Beata Przygoda

Jakość zdrowotna żywności obejmuje:

- ❖ bezpieczeństwo dla zdrowia,
- ❖ wartość odżywczą żywności,
- ❖ zespół cech organoleptycznych.

Wartość odżywcza żywności

to jej przydatność do pokrycia zapotrzebowania organizmu człowieka na składniki odżywcze niezbędne do prawidłowego przebiegu procesów życiowych.

Ważnym elementem jakości zdrowotnej jest też informacja o produkcie

- ❖ opakowanie produktu, które powinno zapewniać trwałość w okresie przydatności do spożycia,
- ❖ informacja o produkcie - zgodna z obowiązującym ustawodawstwem, podaje m.in. skład produktu, w tym obecność alergenów, informacje o sposobie przygotowania produktu do spożycia, informacje o wartości odżywczej.



Co wpłynęło na zmiany w składzie i wartości odżywczej żywności w ciągu ostatnich 20 lat ?

- ❖ nowe receptury
- ❖ nowe technologie
- ❖ zmiany w produkcji rolnej: zwierzęcej i roślinnej
- ❖ nowe opakowania
- ❖ import żywności

Duży asortyment produktów spożywczych daje możliwość urozmaicania diety.

Zmiany w wartości odżywczej na wybranych przykładach



Mleko

Było:

Mleko 3,2 % tłuszczu
Mleko 2 % tłuszczu

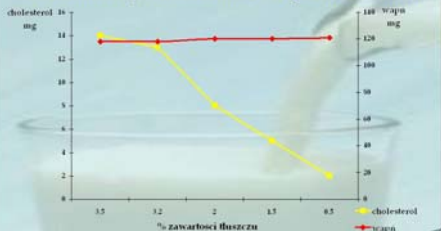


Jest:

Mleko o obniżonej
zawartości tłuszczu:
mleko 1,5 % tłuszczu
mleko 0,5 % tłuszczu
mleko 0,1 % tłuszczu
Mleko o obniżonej
zawartości laktozy



Zależność pomiędzy zawartością tłuszczu a zawartością cholesterolu i wapnia w mleku



Zawartość wybranych witamin w 100 g mleka płynnego

Nazwa produktu	Składnik odżywczy			
	Ryboflawina	Witamina E ₂	Witamina A	Witamina D
	mg	µg	µg	µg
Mleko spożywcze, 3.5% tł.	0,170	0,40	40	0,03
Mleko spożywcze, 3.2% tł.	0,170	0,40	36	0,03
Mleko spożywcze, 2.0% tł.	0,170	0,40	25	0,02
Mleko spożywcze, 1.5% tł.	0,170	0,40	20	0,01
Mleko spożywcze, 0.5% tł.	0,170	0,40	15	0,00
Mleko UHT 3.2% tłuszczu	0,170	0,20	33	0,03
Mleko UHT 1.5% tłuszczu	0,170	0,20	19	0,01
Mleko UHT 0.5% tłuszczu	0,170	0,20	15	0,00

Źródło: Tabele składu i wartości odżywczej żywności, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005

Mleczne napoje fermentowane

Było:

Jogurt naturalny owocowy
trwałość 3 dni
Kefir
Zsiadłe mleko



Jest:

Jogurty naturalne i owocowe
o różnych zawartościach tł.
Jogurty naturalne i owocowe
wzbogacane o różnych
zawartościach tł.
trwałość 3 tygodnie
Kefiry o zróżnicowanej
zawartości tł.
Mleko acidofilne
Masłanka acidofilna



Mleczne napoje fermentowane

Biorąc pod uwagę pochodzenie oraz mikroflorę odpowiedzialną za ich wytwarzanie, mleczne napoje fermentowane można podzielić na dwie grupy: **tradycyjne**, których sposób otrzymywania i skład mikroflory są znane od wielu stuleci np. **kwasne mleko, masłanka, kefir, jogurt**,

nowej generacji, produkowane z wykorzystaniem specyficznych bakterii, głównie *Lactobacillus acidophilus* i *Bifidobacterium bifidus* wyizolowanych z przewodu pokarmowego zdrowych ludzi i zwierząt, w oparciu o ich właściwości probiotyczne i technologiczne. Do napojów tych można zaliczyć: **liczne rodzaje biojogurtów, mleko acidofilne ukwaszone i mleko acidofilne słodkie oraz masłankę acidofilną.**

Wartość energetyczna i zawartość wybranych składników odżywczych w 100 g jogurtu

Nazwa produktu	Składnik odżywczy			
	Wartość energetyczna	Białko	Tłuszcz	Cholesterol
	kcal	g	g	mg
Jogurt naturalny 2% tł.	60	4,3	2,0	5
Jogurt naturalny z ziarnem zboż	93	3,9	2,5	7
Jogurt naturalny 4,5% tł.	82	4,9	4,5	17
Bio-jogurt bezkwasinowy o obniżonej zawartości tłuszczu, z aspartamem	43	4,7	0,1	4
Jogurt truskawkowy o obniżonej zawartości tłuszczu	43	4,2	0,5	2
Jogurt z truskawkami 1,5% tł.	60	3,7	1,5	6
Jogurt smietankowy truskawkowy 8,0% tł.	139	2,3	8,5	30

Wartość energetyczna i zawartość wybranych składników mineralnych w 100 g jogurtu

Nazwa produktu	Składnik odżywczy		
	Wapń	Fosfor	Potas
	mg	mg	mg
Jogurt naturalny 2% tł.	170	122	200
Jogurt naturalny z ziarnem zboż	135	117	194
Jogurt naturalny 4,5% tł.	184	145	236
Bio-jogurt bezkwasinowy o obniżonej zawartości tłuszczu, z aspartamem	100	90	152
Jogurt truskawkowy o obniżonej zawartości tłuszczu	150	116	188
Jogurt z truskawkami 1,5% tł.	134	97	179
Jogurt smietankowy truskawkowy 8,0% tł.	88	64	109

Wartość energetyczna i zawartość wybranych witamin w 100 g jogurtu

Nazwa produktu	Składnik odżywczy			
	Witamina A	Witamina D	Witamina B ₁	Witamina B ₂
	µg	µg	mg	µg
Jogurt naturalny 2% tł.	16	0,03	0,216	0,50
Jogurt naturalny z ziarnem zboż	95	-	0,249	-
Jogurt naturalny 4,5% tł.	46	0,03	0,250	0,50
Jogurt truskawkowy o obniżonej zawartości tłuszczu	13	0,00	0,205	0,40
Jogurt z truskawkami 1,5% tł.	19	0,01	0,187	0,35
Jogurt smietankowy truskawkowy 8,0% tł.	70	0,08	0,113	0,24

Sery

Sery podpuszczkowe dojrzewające mają **wysoką zawartość tłuszczu, cholesterolu i soli**.

Sery **twarogowe**, jak i większość serków kwasowo-podpuszczkowych, zawierają **niższe ilości tych składników**.

Obecnie na rynku znajdują się również **sery dojrzewające o obniżonej zawartości tłuszczu**, a w związku z tym o **niższej wartości energetycznej**.

Zawartość głównych składników sera, tj. **białka, wapnia, ryboflawiny i witaminy B₁₂**, nie różni się zasadniczo od ilości zawartych w serach tradycyjnych.

Podobnie rzecz ma się z **serkami twarogowymi**, produkując się także o **obniżonej wartości energetycznej**, obniżając zawartości **tłuszczu**, czy w serkach smakowych, zastępując **sacharozę substancjami słodzącymi** (sztucznymi środkami słodzącymi np. aspartamem).

Mięso i wędliny

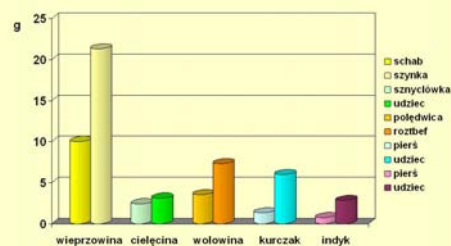
Było:

Mięso wieprzowe i mięso wołowe
Wędliny wieprzowe i wołowe
Nisko wydajne szynki o niższej zawartości wody i wyższej zawartości tłuszczu

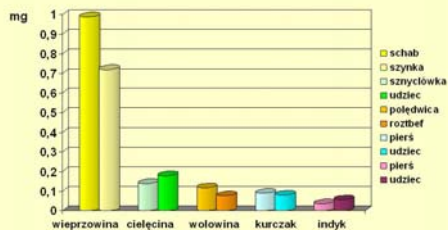
Jest:

Mięso drobiowe: indyjskie i z kurcząt
Wędliny drobiowe
Wysokowydajne szynki i inne wędliny
Wędliny paczkowane o wydłużonym okresie trwałości
Stosuje się do nich szereg substancji dodatkowych tj. białko sojowe, karagen, fosforany

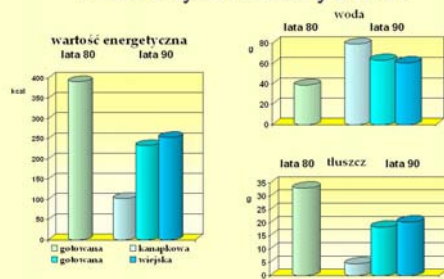
Zawartość tłuszczu w różnych gatunkach mięsa



Zawartość tiaminy w różnych gatunkach mięsa



Porównanie szynek produkowanych w latach 80-tych i od lat 90-tych XX w.



Porównanie kielbasy zwyczajnej produkowanej w latach 80-tych i od lat 90-tych XX w.

Produkt	Wartość energetyczna	Woda	Białko	Tłuszcz
	kcal	g	g	g
Kielbasa zwyczajna produkowana w latach 80-tych	218	62,8	17,9	16,2
Kielbasa zwyczajna produkowana od lat 90-tych	209	65,9	17,6	15,6

Porównanie zawartości tłuszczu w wybranych asortymentach szynek produkowanych od lat 90 XX w. (w 100 g)



Tłuszcze

Było:

Masło
Smalec
Olej rzepakowy
wysokoerukowy
Margaryny 80 % tłuszczu

Jest:

Olej rzepakowy
o obniżonej zawartości
kwasu erukowego
Szeroki asortyment margaryn
o obniżonej zawartości tłuszczu
Margaryny z dodatkiem
fitosteroli
Bogaty asortyment
oliwy z oliwek i olejów
roślinnych
Tłuszcze mieszane
(masło z olejem)

Olej rzepakowy





Wartość energetyczna i zawartość tłuszczu w 100 g margaryn miękkich

Składnik odżywczy

Nazwa produktu	Wartość energetyczna kcal	Tłuszcz g	Wielonienasycone kwasy tłuszczowe g
Margaryna miękka, 80% tłuszczu	710	80	32
Margaryna miękka, 70% tłuszczu	621	70	19
Margaryna miękka, 60% tłuszczu	533	60	23
Margaryna miękka, 50% tłuszczu	442	50	17
Margaryna miękka, 45% tłuszczu	398	45	14

Wszystkie margaryny są wzbogacane w witaminy: A i D

Produkty zbożowe

Było:

- Maki
- Kasze
- Pieczywo
- Płatki owsiane

Jest:

- Maki wzbogacane
- Bogaty asortyment pieczywa
- Bogaty asortyment pieczywa chrupkiego
- Bogaty asortyment platków zbożowych, müssli



Warzywa i przetwory warzywne

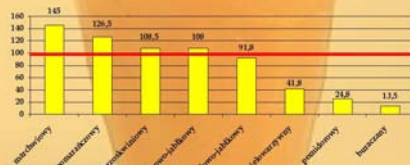
Było:

Warzywa krajowe sezonowe
Przetwory głównie
puszkowane i w słoikach
Ubogi asortyment warzyw
mrożonych
Sok pomidorowy

Jest:

Warzywa krajowe
i importowane dostępne
cały rok
Bogaty asortyment konserw
warzywnych
Bogaty asortyment warzyw
mrożonych i mieszanek
warzywnych
Soki warzywne
i warzywno-owocowe

Realizacja normy zalecanego dziennego spożycia
na witaminę A przez 200 ml (szklankę)
soków warzywnych i warzywno-owocowych



Owoce i przetwory owocowe

Było:

Owoce sezonowe
Owoce suszone
Ubogi asortyment owoców
mrożonych
Ubogi asortyment soków
i napojów owocowych
Kompoty, syropy owocowe
Dżemy wysokosłodzone

Jest:

Owoce krajowe i importowane
dostępne cały rok
Bogaty asortyment konserw
owocowych
Bogaty asortyment owoców
mrożonych
Bogaty asortyment soków
i napojów owocowych,
w tym wzbogacanych
Dżemy niskosłodzone

Porównanie zawartości witaminy C
w wybranych owocach świeżych i mrożonych (mg/100g)

Owoc	Witamina C
Czarne jagody	14,7
Czarne jagody mrożone	13,2
Maliny	31,4
Maliny mrożone	28,3
Porzeczki czarne	182,6
Porzeczki czarne mrożone	164,3
Truskawki	66,0
Truskawki mrożone	59,4
Wiśnie	12,0
Wiśnie mrożone	10,8

Żywność funkcjonalna

Żywność funkcjonalna

- „... żywność funkcjonalna jest to żywność, która wpływa korzystnie na organizm, zapobiegając tym samym chorobom i promując zdrowie...”
- „... żywnością funkcjonalną jest żywność o potwierdzonym pozytywnym działaniu na zdrowie, kondycję fizyczną i sprawność umysłową, dzięki zawartym w niej składnikom odżywczym...”
- „... żywność funkcjonalna jest to:
 - żywność, która silniej oddziałuje na metabolizm i fizjologię niż żywność podstawowa,
 - żywność, za pomocą której można osiągnąć określony efekt końcowy i go monitorować,
 - żywność specjalnego przeznaczenia – produkty dietetyczne...”

Przykłady żywności funkcjonalnej:

- produkty o zredukowanej zawartości tłuszczu, wartości energetycznej lub cukru,
- produkty fermentowane z czynną mikroflorą
 - jogurt probiotyczny,
- produkty o wysokiej zawartości prozdrowotnych składników np.:
 - błonnika pokarmowego - chleby z ciemnych mąk z ziarnami, płatki zbożowe, orzechy,
 - bioflawonoidów - soki owocowe, owocowo-warzywne, warzywa np.: cebula zwłaszcza czerwona, owoce jagodowe,
- niektóre produkty wzbogacane w odpowiednie witaminy, składniki mineralne i inne składniki o potwierdzonych właściwościach prozdrowotnych



jogurt naturalny 150 g +
 musli łyżka – 10 g +
 jagody 30 g +
 maliny 30 g +
 truskawki 40 g



wartość energetyczna: 170 kcal
 białko: 8,6 g
 wapń: 288 mg
 witamina C: 42 mg

Typowe składniki zawarte w żywności funkcjonalnej

- błonnik pokarmowy, zwany włóknem pokarmowym,
- probiotyki np.: *Lactobacillus acidophilus*, *Lactobacillus GG*, *Bifidobacterium bifidum*, *Bifidobacterium thermophilum*
- prebiotyki np.: fruktooligosacharydy, galaktooligosacharydy, inulina
- wielonienasycone kwasy tłuszczowe
- witaminy: C, E, β -karoten
- fitozwiązki w tym: polifenole, bioflawonoidy, fitosterole
- składniki mineralne takie jak: wapń, żelazo

Zawartość związków flawonoidowych, po hydrolizie kwasowej, w wybranych warzywach (mg/100g)

Warzywo	Flawonole			Flawony	
	kwercetyna	kempferol	mirecetyna	luteolina	apigenina
Cebula czerwona	7,7-19,5	0,3-0,6	1,8-5,9	< 0,03	< 0,01
Cebula żółta	2,6-34,7	0,06-4,5	0,02-3,2	0,02-1,1	2,1
Kapusta biała	5,1	0	0	0,02	0,09-0,8
Kapusta czerwona	0,02-0,46	< 0,01	1,1-1,3	0,2-0,4	0,01-0,11
Kapusta włoska	11-12	21,1-47,0	0	0	0
Brokuł	0,1-13,7	0,3-7,2	< 0,04	< 0,03	< 0,01

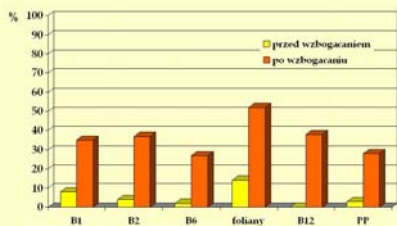
Źródło: W. Grajek [red.] Przeciwnieciaż w żywności, Wyd. Naukowo-Techniczne, Warszawa 2007

Żywność z dodatkiem witamin, składników mineralnych i innych substancji

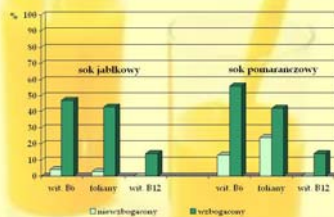
Substancje dodawane do żywności

- Witaminy
- Składniki mineralne
- Aminokwasy (leucyna, walina, izoleucyna, tauryna, L-karnityna)
- Niezbędne nienasycone kwasy tłuszczowe (wielonienasycone kwasy tłuszczowe n-3)
- Błonnik pokarmowy
- Prebiotyki (inulina, oligofruktoza, rafinoza, stachioza)
- Lecytyna
- Likopen
- Luteina
- Różne rośliny przyprawowe i ekstrakty roślinne.

Wpływ spożycia 100 g bułki pszennej wyprodukowanej z mąki pszennej niewzbogaconej i wzbogaconej na realizację normy na witaminy



Realizacja normy zapotrzebowania na wybrane witaminy przez 200 ml (szkлянkę) soków niewzbogaconych i wzbogaconych



Zmiana zwyczajów żywieniowych jest procesem długotrwałym, tym nie mniej w ostatnim 20-leciu dokonało się wiele zmian prozdrowotnych:

- zmiany w strukturze spożycia tłuszczów, na korzyść tłuszczów roślinnych;
- rozpowszechnienie spożycia warzyw pod różnymi postaciami;
- wzrost spożycia soków owocowych i warzywnych;
- zmiany w strukturze spożycia mięsa, na korzyść mięsa drobiowego;
- wzrost spożycia zbożowych produktów śniadaniowych i wiele innych.

Obok pozytywnych zmian występują także, negatywne zjawiska:

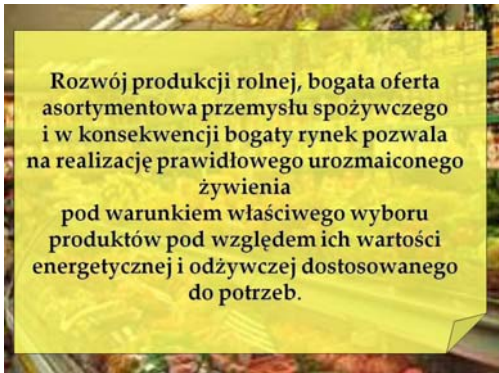
- duże spożycie cukru i słodczy;
- wysokie spożycie napojów bezalkoholowych;
- nadmierne spożycie soli;
- wysokie spożycie tłuszczu;
- wyższe niż wynika z zapotrzebowania spożycie energii;
- nieregularność spożywanych posiłków,
- pojadanie między posiłkami.

Przykładowe II śniadanie dzieci w szkole



Przykładowy obiad dzieci w szkole





Rozwój produkcji rolnej, bogata oferta
asortymentowa przemysłu spożywczego
i w konsekwencji bogaty rynek pozwala
na realizację prawidłowego urozmaiconego
żywienia
pod warunkiem właściwego wyboru
produktów pod względem ich wartości
energetycznej i odżywczej dostosowanego
do potrzeb.

SUPLEMENTY DIETY I ICH ZNACZENIE

Suplementy diety – zgodnie z ustawą o bezpieczeństwie żywności i żywienia – są to środki spożywcze, których celem jest uzupełnianie normalnej diety, będące skoncentrowanym źródłem witamin, składników mineralnych lub innych substancji, wykazujące efekt odżywczy lub inny fizjologiczny, wprowadzone do obrotu w formie umożliwiającej dawkowanie, przeznaczone do spożywania w małych, odmierzonych ilościach jednostkowych, z wyłączeniem produktów posiadających właściwości produktu leczniczego w rozumieniu przepisów prawa farmaceutycznego.

W ostatnich latach rynek suplementów gwałtownie wzrósł. Szacuje się że ok. 20% populacji w Polsce stosuje suplementy diety. Częstość stosowania waha się w populacji w zależności m.in. od miejsca zamieszkania, wykształcenia, stylu życia oraz stanu zdrowia badanych osób. Suplementy diety stosują zarówno osoby zdrowe, jak i chore. Często po suplementy diety sięgają osoby uprawiające sport, ludzie starsi oraz osoby nie mające czasu na racjonalne żywienie. Niektóre suplementy stosowane są także z zamiarem poprawienia urody lub wyglądu skóry.

Naukowcy wyrażają pogląd, że najważniejszym sposobem utrzymania zdrowia oraz zmniejszenia ryzyka chorób jest zbilansowana dieta zawierająca niezbędne składniki odżywcze w odpowiednich proporcjach oraz aktywność fizyczna. Odpowiednia i zróżnicowana dieta powinna w normalnych warunkach dostarczać wszystkich składników odżywczych, niezbędnych dla prawidłowego rozwoju i zachowania zdrowia, w ilościach spełniających normy, ustalone i zalecane na podstawie ogólnie przyjętych danych naukowych.

Suplementy diety mogą być wykorzystywane w celu uzupełnienia witamin, składników mineralnych i innych składników w diecie, jeżeli z różnych powodów trudno jest zapewnić dietę pokrywającą wszystkie potrzeby żywieniowe konsumenta.

Na obecnym etapie wiedzy istnieją badania wskazujące na korzystne właściwości niektórych składników suplementów diety na organizm człowieka, np. zmniejszanie ryzyka występowania chorób sercowo-naczyniowych u osób stosujących suplementy diety zawierające w swym składzie kwasy tłuszczowe n-3, obniżenie ryzyka wystąpienia wad cewy nerwowej u płodu w wyniku przyjmowania przez kobiety ciężarne suplementów diety zawierających kwas foliowy w dawce 400 µg na dzień, obniżenie ryzyka występowania osteoporozy w wyniku stosowania suplementacji wapniem i witaminą D przez kobiety w wieku pomenopauzalnym i osoby starsze.

Często jednak brak jest wystarczających dowodów naukowych, które potwierdziłyby wpływ suplementacji na obniżanie ryzyka występowania przewlekłych chorób niezakaźnych.

Znaczenie suplementów diety dla zdrowia jest wciąż badane. Coraz częściej pojawia się pytanie o bezpieczeństwo ich stosowania.

Suplementy diety wprowadzane do obrotu nie mogą stanowić zagrożenia dla zdrowia i życia konsumentów. Pomimo iż mogą one być skutecznym uzupełnieniem składników w diecie, należy mieć na uwadze możliwości wystąpienia pewnych zagrożeń przy niewłaściwym ich stosowaniu.

Witaminy i składniki mineralne spożywane zarówno z suplementów diety jak i z żywności wzbogacanej mogą zwiększać ryzyko przekroczenia górnych bezpiecznych poziomów w przypadku niektórych składników. Suplementy diety mogą być przyczyną powikłań farmakoterapii u pacjentów zażywających leki będących następstwem interakcji pomiędzy składnikami zawartymi w suplementach a powszechnie stosowanymi lekami.

Duży nacisk powinien być położony na bezpieczeństwo i rzetelną informację o suplementach diety. W wielu przypadkach stosowane są niepotrzebnie, a u wielu chorych mogą wywierać działania niepożądane. Należy rozważyć korzyści i zagrożenia związane z ewentualnym stosowaniem suplementu. Ważne jest, aby decyzja o zażywaniu suplementów była skonsultowana z lekarzem i/lub dietetykiem. W niektórych bowiem przypadkach mogą one być pomocne w wyrównaniu niedoborów związanych z nieprawidłowym żywieniem lub zwiększonym zapotrzebowaniem na składniki mineralne i witaminowe.

Suplementy diety i ich znaczenie

Katarzyna Stoś

Instytut Żywności i Żywienia



Plan prezentacji

1. Suplementy diety- źródło składników o działaniu fizjologicznym, definicja
2. Częstość suplementacji, zasadność suplementacji
3. Poziomy witamin i składników mineralnych
4. Inne składniki
5. Zagrożenia: ryzyko spożycia, interakcje



Dobrze zbilansowana, zróżnicowana dieta powinna dostarczać wszystkich niezbędnych składników pokarmowych. Musi zatem zawierać różnorodne produkty, czyli warzywa, owoce, produkty z pełnego ziarna, produkty strączkowe, produkty mleczne oraz ryby i chude mięso.

Niestety, niektóre grupy osób odżywiają się nieracjonalnie, co może wynikać z uwarunkowań fizjologicznych, psychologicznych i socjoekonomicznych.



Niedobory składników odżywczych można eliminować przede wszystkim poprzez

- spożywanie urozmaiconej diety,
- żywność wzbogacaną
- stosowanie okresowo suplementów diety



Suplement diety

- środek spożywczy, którego celem jest uzupełnienie normalnej diety,
- skoncentrowane źródło witamin lub składników mineralnych lub innych substancji wykazujących efekt odżywczy lub inny fizjologiczny,...

(ustawa o bezpieczeństwie żywności i żywienia z 25 sierpnia 2006 r.)



Rynek suplementów w UE

(Graham Brooks, Health Claims Conference, 30.09.2010)

- Ogólna wartość rynku 8.2-8.6 mld euro (2009)
- 50%-55% - witaminy i składniki mineralne
- 45%-50% - „inne substancje”





(Szponik, 2000)

(Kokosa i wsp., 2004).

(OBOP 2008)



W badanych aptekach wśród produktów wspomagających odchudzanie największą popularnością cieszyły się produkty, w skład których wchodziły: CLA, chrom, blonnik, L-karnityna, zielona herbata, ocet jabłkowy.

Suplementy a zdrowie

KORZYŚCI

i

ZAGROŻENIA

Nieprawidłowości w sposobie żywienia i zasadność suplementacji

Wyniki badań przeprowadzonych w 2000r. przez Instytut Żywności i Żywienia w ramach „Ogólnopolskich badań sposobu żywienia i stanu odżywienia ludności w Polsce” wykazały, że:

- diety większości badanych osób były źle zbilansowane pod względem zawartości energii i składników odżywczych,
- spożycie niektórych składników odżywczych znacznie przekraczało normę (np. sodu), natomiast w przypadku innych składników, w dietach niektórych grup badanych osób stwierdzono **niedobory m.in.**
wapnia, potasu, magnezu, żelaza, cynku, miedzi, witamin: C, B₁, B₂, B₆

Wieloośrodkowe Ogólnopolskie Badanie Stanu Zdrowia Ludności (program WOBASZ)

W badaniach tych stwierdzono m.in. małe spożycie **wapnia, witamin z grupy B**, zarówno u mężczyzn, jak i kobiet.

W oparciu o obecny stan wiedzy przyjmuje się, iż stosowanie suplementów diety może być zasadne w następujących przypadkach:

- u osób dorosłych spożywających poniżej 1600 kcal dziennie, gdyż małe jest prawdopodobieństwo, iż zapotrzebowanie na witaminy i składniki mineralne zostanie w tym przypadku pokryte z żywności
- u kobiet w ciąży, które powinny przyjmować suplementy zawierające kwas foliowy i żelazo, oraz w uzasadnionych przypadkach wapń, jod i inne składniki mineralne,
- u osób starszych, które mogą wymagać suplementacji witaminami i składnikami mineralnymi, zwłaszcza gdy dieta jest nieracjonalna i poniżej 1500 kcal dziennie,

- u osób stosujących diety z ograniczeniami, bądź eliminacją niektórych składników pokarmowych takich jak. np. weganie, osoby eliminujące wszystkie produkty mleczne, co utrudnia pokrycie zapotrzebowania m.in. na wapń i witaminę D,
- u kobiet po menopauzie, gdyż obniżenie stężenia estrogenów wiąże się z utratą masy kostnej, co w konsekwencji prowadzi do osteoporozy, tak więc przy niedostatecznym dowozie wapnia i witaminy D wskazane jest przyjmowanie suplementów zawierających te składniki,

- u niemowląt karmionych piersią, ze względu na znaczne ryzyko niedoboru witaminy D₃, zgodnie z zaleceniami Krajowego Konsultanta i Zespołu Ekspertów, obowiązuje suplementacja witaminą D₃ w dawce 400 j. od 3 tygodnia życia, jeśli matka stosowała suplementację w czasie ciąży, lub od 1 doby życia, jeśli matka podczas ciąży nie przyjmowała suplementów.

Aspekty bezpieczeństwa

- charakterystyka składników
- dawka
- interakcje
- przeciwwskazania, ostrzeżenia
- prezentacja, oświadczenia

W ostatnich latach obserwuje się na świecie wzrost spożycia :
 - żywności wzbogacanej i tzw. „żywności funkcjonalnej”
 - suplementów diety

Pojawia się pytanie dotyczące – „safe” upper level of intake?

Nutrient Risk Assessment for Upper Level of Intake

WHO/FAO International Food Safety Authorities Network (INFOSAN),
 31.03.2006

A Model for Establishing Upper Levels of Intake for Nutrients and Related Substances

Report of Joint FAO/WHO Technical Workshop on Nutrient Risk Assessment WHO Headquarters, Geneva, Switzerland
 2-6 May 2005

Witaminy i składniki mineralne

— poziomy w suplementach diety

Poglądy na normy żywienia ulegają stałym zmianom ze względu na:

- postęp wiedzy dotyczącej fizjologii żywienia
- zmieniające się warunki bytowania człowieka i jego pracy

**Normy żywienia człowieka.
 Podstawy prewencji otyłości i chorób
 niezakaźnych
 IŻŻ, PZWL, 2008**

redakcja naukowa: prof. M. Jarosz, doc. B. Bułhak-Jachymczyk

**Poziom witamin i składników mineralnych
 dodawanych do żywności powinien uwzględniać:**

- 1) górne tolerowane poziomy spożycia (UL) witamin i składników mineralnych ustalone na podstawie naukowej oceny ryzyka, w oparciu o ogólnie akceptowane dane naukowe, uwzględniając zmienne stopnie wrażliwości różnych grup konsumentów;
- 2) spożycie witamin i składników mineralnych wynikające z innych źródeł diety;

- Pod uwagę należy brać również zalecane (referencyjne) spożycie witamin i składników mineralnych dla populacji.

UL (Tolerable Upper Intake Level)

- najwyższe dzienne spożycie składnika pokarmowego, które jeszcze nie będzie miało negatywnego wpływu na zdrowie populacji. Wyższe spożycie może wywołać działanie niekorzystne.

Dla ustalenia UL – stosuje się współczynniki niepewności i/lub współczynniki modyfikujące – indywidualnie – najczęściej w granicach 1-10



Ryc. 1.1. Koncepcja zakresu bezpiecznego spożycia. Zakres bezpiecznego spożycia oznacza bardzo niskie prawdopodobieństwo wystąpienia niedoboru lub nadmiaru danego składnika pokarmowego dla osoby wybranej losowo z danej populacji. Opracowane na podstawie *Health and Welfare*, Kanada, 1983.

Ilość suplementów diety zawierających różne poziomy witamin w odniesieniu do zalecanego dziennego spożycia w grupie produktów opiniowanych w 2008 roku

Witaminy	<1 x RDA*	1-2 x RDA*	>2x RDA*
Witamina B ₁	10	5	1
Witamina B ₂	10	2	0
Witamina B ₆	10	8	3
Witamina B ₁₂	4	9	0
Niacyna	7	7	2
Witamina A	11	1	0
Witamina C	10	18	1
Witamina E	15	3	1
Witamina D	1	10	0
Kwas foliowy	5	6	0
Kwas pantotemowy	7	5	0
Biotylna	2	4	1
Ogółem	92	78	9

RDA* - Zalecane dzienne spożycie określone w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 października 2007 r. w sprawie składu oraz oznakowania suplementów diety

Ilość suplementów diety zawierających różne poziomy składników mineralnych w odniesieniu do zalecanego dziennego spożycia w grupie produktów opiniowanych w 2008 roku

Składniki mineralne	<1 x RDA	1-2 x RDA	>2x RDA
Wapń	11	0	0
Fosfor	2	0	0
Magnez	7	3	1
Żelazo	7	1	1
Cynk	7	1	0
Jod	2	0	0
Ogółem	36	5	2

RDA* - Zalecane dzienne spożycie określone w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 października 2007 r. w sprawie składu oraz oznakowania suplementów diety

Składniki roślinne dodawane do żywności

- brak szczegółowych regulacji na poziomie UE
- EFSA – naukowe podstawy oceny
- regulacje krajowe

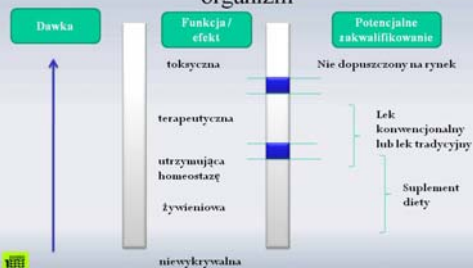
Produkty roślinne jako produkty żywnościowe

- Warzywa i owoce,
- Ziola i przyprawy,
- Herbaty ziołowe
- Składniki roślinne dodawane jako substancje smakowe lub jako składniki pełniące inne funkcje (np. guarana)
- Roślinne suplementy diety zawierające aktywne składniki odżywcze, np. karotenoidy, flawonole, izoflawony, procyanidy, fitosterole, itp.

Niektóre produkty roślinne stosowane jako suplementy diety i jako leki

- Czosnek
- Milorzab japoński
- Żeń – szeń
- Ostropest

Działanie substancji aktywnych na organizm



Ryzyko związane ze stosowaniem suplementów

- Ryzyko spożycia wysokich poziomów witamin i składników mineralnych
np. poprzez jednoczesne stosowanie kilku preparatów zawierających takie same składniki, wybieranie żywności wzbogacanej
- Stosowanie nieodpowiednich suplementów – bez określenia rzeczywistych potrzeb
- Często brak informacji dla konsumenta o możliwym ryzyku - przeciwwskazania
- Ryzyko interakcji pomiędzy składnikami suplementów – żywnością - lekami

Potencjalne ryzyko przekroczenia UL

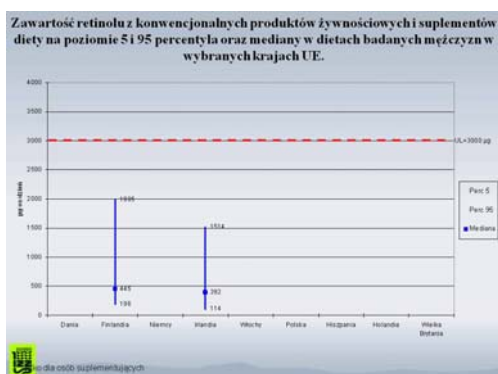
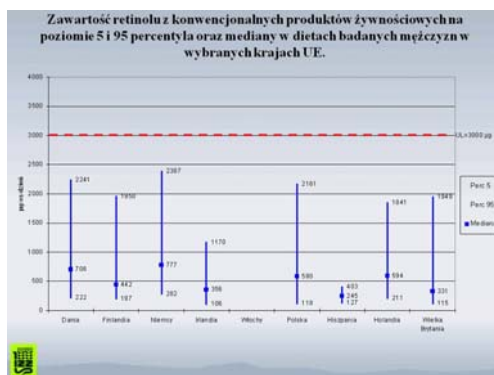
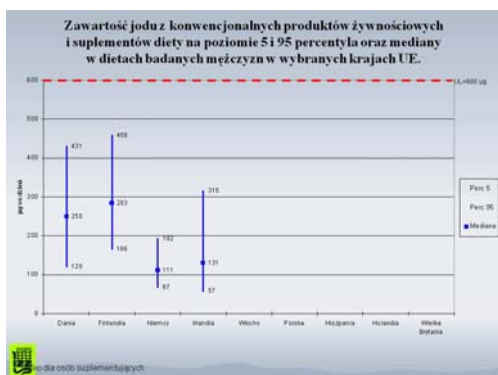
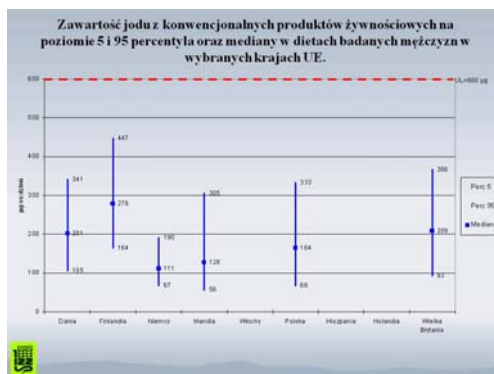
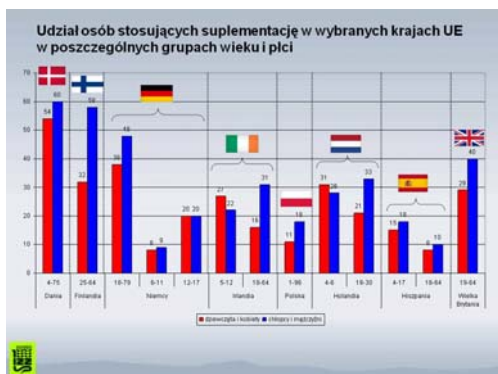
Witamina A, Beta-karoten (palacze), Wapń, Miedź, Fluor, Jod, Żelazo, Mangan, Cynk

Komisja Europejska, Orientation Paper ..., 2007

„Intake of selected nutrients from foods, from fortification and from supplements in various European countries”

Flynn A., Hirvonen T., Mensink G.B.M. et al.
Food & Nutrition Research suppl 1, 2009

– Commissioned by the ILSI
Europe Addition of Nutrients to Food Task Force



- ♦ Zasadniczym źródłem wszystkich składników mineralnych i witamin we wszystkich badanych krajach jest podstawowa dieta.
- ♦ Poziom suplementowania diety i dobrowolnego wzbogacania żywności różni się znacznie pomiędzy krajami.
- ♦ Ryzyko zbyt dużego pobrania większości składników mineralnych i witamin jest niskie.
- ♦ Możliwe ryzyko dotyczy: retinolu, cynku, jodu, miedzi i magnezu.
- ♦ Dzieci są częściej narażone na wysokie spożycie w stosunku do poziomów UL

Kobiety w ciąży – stosowanie suplementów

Hamulka, Wawrzyniak, Gronowaka-Senger, Warszawskie Forum Żywnościowe,
18-19.11.2010

- Częstość stosowania suplementów:
 - przed ciążą – 41%, - w ciąży - 93%
- Najczęściej preparaty wieloskładnikowe
- Kilka preparatów jednocześnie stosowało około 25% badanych,
- dostarczając zbyt dużych ilości żelaza, jodu, witaminy A, D, C

Antyoksydanty w suplementach

Pozytywna rola antyoksydantów zawartych w żywności

- dobrze udokumentowana
- rola i zawartość w suplementach podlega ciągłej dyskusji

Wyniki

Suplementy	Ryzyko raka
Wit. A, C, E	brak efektu
Wit. A; β -karoten	↑

Bjelaković G., Nikolova D., Simonetti R.G., Gluud C.,
Aliment. Pharmacol. Ther., 2008, 28, 689-703

Wyniki

Antyoksydanty a śmiertelność

Wzrost ryzyka śmiertelności na:

- choroby układu krążenia
- raka prostaty
- raka płuc

Bjelaković G., Nikolova D., Simonetti R.G., Gluud C.,
Aliment. Pharmacol. Ther., 2008, 28, 689-703

Żywność, suplementy a leki

Przykłady interakcji: suplementy diety – leki

Interakcje suplementów diety z lekami

SKŁADNIK PREPARATU	LEK	MECHANIZM DZIAŁANIA
Wapń	Tetracyklina i jej pochodne	– Unieczynnienie – ↓ wchłaniania leku
Kwas foliowy Wit. B6	Phenytoina (barbiturany) Fenobarbital	– ↓ działania leku
Wit. E	Acenocumarol Warfaryna	– Sumowanie się efektu przeciwwskrzepowego (→ krwawienia)
Wit. K	Acenocumarol Warfaryna	– ↓ działania leku (powstawanie skrzepin)
Betakaroten	Alkohol	– Uszkodzenie wątroby
Wapń, żelazo, cynk	Chinolony (antybiotyki)	– ↓ wchłaniania leku

SUPLEMENTY DIETY ZAWIERAJĄCE SKŁADNIKI ZIOŁOWE

Milorzab japoński → NLP, Aspiryna,
(Ginkgo biloba) Heparyna,
leki p-zakrzepowe

efekt: spontaniczne krwawienia

Gupp M.L.: Am. Fam. Physician., 1999

➡ Rola zbilansowanej diety
w prawidłowym żywieniu

➡ Suplementy diety – uzupełnienie diety

➡ Decyzja o zażywaniu suplementów
- czy jest potrzeba suplementacji
- konsultacja lekarska i/lub dietetyka.
(zwłaszcza gdy zażywane są leki!)

➡ Powszechna edukacja

AKTUALNE WYZWANIA DLA BEZPIECZEŃSTWA ŻYWNOŚCI W POLSCE

Zagadnienie bezpieczeństwa żywności jest regulowane dwoma obszarami określającymi ramy problemu. Jeden z tych obszarów wytycza definicja żywności, która, zrównując terminy 'żywność' i 'środek spożywczy', w art. 2 Rozporządzenia 178/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady określa, że jest to *jakakolwiek substancja lub produkt spożywczy przetworzony, częściowo przetworzony lub nieprzetworzony, przeznaczony do spożycia lub spożycia, którego można się spodziewać*. Zgodnie z tą definicją, żywnościami lub środkami spożywczymi są również: woda do picia, guma do żucia, substancje dodawane podczas przygotowywania czy przetwarzania żywności i – zgodnie z późniejszą interpretacją – również suplementy diety.

Drugi z obszarów wytycza definicja bezpieczeństwa żywności, którą można rozumieć jako: 1) ochronę dostaw żywności przed zagrożeniami lub zanieczyszczeniami na wszystkich etapach jej produkcji i dystrybucji (od pola do stołu) oraz 2) pewność, że żywność nie spowoduje choroby ani innego uszczerbku dla zdrowia konsumenta w procesie jej produkcji i dystrybucji (od pola do stołu).

Posługiwanie się terminem 'bezpieczeństwo żywności' wymaga zrozumienia dwóch podstawowych pojęć, jakimi są 'zagrożenie' i 'ryzyko'. Nie są to pojęcia tożsame. Zagrożeniem jest czynnik fizyczny, chemiczny lub biologiczny, który może wywołać niekorzystny skutek, natomiast ryzyko jest prawdopodobieństwem, że taki skutek wystąpi. Rozgraniczenie to jest szczególnie ważne dla osób (instytucji) odpowiedzialnych za informowanie o ryzyku. Inna bowiem jest percepcja ryzyka np. u toksykologów zajmujących się oceną ryzyka, a inna wśród konsumentów żywności, czego przykładem jest wiele skandali związanych z bezpieczeństwem żywności będących pochodną mieszaniny faktów i reakcji społeczeństwa na informacje z mediów. W europejskich badaniach społecznej percepcji ryzyka związanego z bezpieczeństwem żywności czołowe miejsca zajmują choroby pochodzące od żywności i zatrucia pokarmowe, niewłaściwe przechowywanie i transport żywności, zanieczyszczenia chemiczne (np. pestycydy, dioksyny), produkty zawierające naturalne toksyny (np. owoce morza, grzyby).

Do wielu aspektów bezpieczeństwa żywności odnosi się zasada ryzyka i korzyści. Na przykład ryby, zaliczane do żywności funkcjonalnej ze względu na obecność wielonienasyconych kwasów tłuszczowych, zawierają też znaczne niekiedy ilości metylortęci (np. tuńczyk z Morza Śródziemnego) lub PCB (śledzie z Bałtyku). Naturalna żywność organiczna to również podwyższone ryzyko narażenia na mikotoksyny, a tzw. nowa żywność to obok lepszej różnorodności na naszym stole również powiększona niepewność wynikająca z niedostatecznie udokumentowanej historii spożycia, a atrakcyjność tzw. *fast food* często okupiona jest aspektami żywieniowymi.

Czego więc można się spodziewać w obszarze bezpieczeństwa żywności zwłaszcza w czasach, kiedy dysponujemy zaawansowanymi technikami umożliwiającymi identyfikację zagrożeń z niespotykaną wcześniej precyzją i czułością?

Przed wszystkim ważne są zmiany w prawodawstwie dotyczącym obrotu żywnością. Globalizacja zapewniająca niezwykłą dostępność nawet bardzo egzotycznych towarów niesie za sobą ryzyko wniknięcia na nasz rynek produktów o nieakceptowalnej w UE jakości, często nie dających możliwości prześledzenia ich historii, zanim trafiły do obrotu detalicznego. Brak tzw. *taceability* w praktyce oznacza rozmycie odpowiedzialności.

W roku 2005 odpowiedzią na problem nowo pojawiających się zagrożeń żywności była symulacja komputerowa typu *expert choice*, przeprowadzona na posiedzeniu dyrektorów europejskich agencji bezpieczeństwa żywności, umożliwiającą nadanie rang poszczególnym zagrożeniom. W wyniku tego otrzymano następującą hierarchię zagrożeń:

1. Zanieczyszczenia pochodzące ze środowiska.
2. Wzrost istniejących i nowe grzyby pochodzące od żywności.

3. Przenikanie do handlu międzynarodowego produktów o niewłaściwej jakości zdrowotnej.
4. Zmiana stylów życia.
5. Utrata możliwości śledzenia historii produktów spożywczych.
6. Nowe praktyki produkcyjne, nowe produkty.

W 2007 roku powstała definicja nowo pojawiających się zagrożeń żywności (*emerging risks*), zgodnie z którą są one definiowane jako ryzyko wynikające z zagrożeń, które zostały zidentyfikowane po raz pierwszy i które mogą spowodować wystąpienie nieoczekiwanych nowych skutków zdrowotnych lub istotne nasilenie skutków znanych już wcześniej. Przykładem mogą być stwierdzone w ostatnich latach różne substancje chemiczne przenikające do żywności z opakowań, np. stwierdzony w 2005 r. ITX (izopropylotioksanton), który jako składnik farb drukarskich przedostawał się do wewnętrznych części zadrukowanych opakowań typu *tetrapack* wskutek procesu *set-off*. W 2009 r. stwierdzono przedostawanie się do wnętrza opakowań tekturowych innego fotoinicjatora (4-metylobenzofenonu), który był przedmiotem zgłoszenia do RASFF przez Niemcy, a później przez Belgię. Stwierdzenie estrogennych właściwości bisfenolu A w wyrobach z poliwęglanu wywołało szczególnie niepokój z uwagi na to, że tworzywo to ze względu na doskonałe właściwości fizyko-chemiczne było wykorzystywane do produkcji wysokiej jakości butelek do karmienia niemowląt. Te odkrycia spowodowały opracowanie zasad badania i oceny bezpieczeństwa wyrobów do kontaktu z żywnością.

Zasadniczy problem, jaki się pojawia w aspekcie nowych zagrożeń, związany jest z koniecznością oceny, w jakim stopniu nowe zagrożenie stwarza ryzyko wystąpienia negatywnych skutków zdrowotnych. Wiedza taka jest niezbędna do racjonalnego zarządzania ryzykiem i w każdym przypadku powinna być oparta na naukowej ocenie ryzyka uwzględniającej zarówno rozkład narażenia na czynnik ryzyka w populacji, jak i przewidywany rozkład skutków zdrowotnych, jakie mogą wystąpić w populacji. Taka zintegrowana ocena ryzyka wymaga zastosowania metod probabilistycznych, np. symulacji Monte-Carlo.

Podsumowując, należy zwrócić uwagę, że nowo pojawiające się zagrożenia żywności można podzielić na trzy grupy:

- nowe produkty o słabo poznanej historii jako środków spożywczych. Do tej grupy można zaliczyć np. nową żywność, a szczególnie suplementy diety;
- nowe substancje chemiczne stwierdzone w żywności, które były w niej obecne wcześniej, ale nie dysponowaliśmy wiedzą na ten temat (np. akrylamid, ITX, furan);
- nowe właściwości biologiczne (toksykologiczne) substancji, których obecności w żywności byliśmy świadomi i je tolerowaliśmy (np. aspartam).

W każdym jednak przypadku społeczeństwo oczekuje racjonalnego zarządzania ryzykiem, a niekiedy nawet zarządzania kryzysem. W obu przypadkach działania takie nie mogą się obyć bez oceny ryzyka opartej na metodach naukowych.



Aktualne wyzwania dla bezpieczeństwa żywności w Polsce

Prof. Jan K. Ludwicki
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego
– Państwowy Zakład Higieny

Rządowa Rada Ludnościowa oraz Instytut Żywności i Żywnienia, listopad 2010



Bezpieczeństwo żywności: Definicje

1. Ochrona dostaw żywności przed zagrożeniami lub zanieczyszczeniami, które mogą pojawić się na wszystkich etapach jej produkcji i dalszych etapach: uprawa (hodowla), pozyskanie, przetwarzanie, transport, przygotowywanie, dystrybucja, przechowywanie.
2. Pewność, że żywność nie spowoduje choroby ani innego uszczerbku dla zdrowia konsumenta w procesie jej przygotowywania, serwowania i spożywania zgodnie z przeznaczeniem.

Rządowa Rada Ludnościowa oraz Instytut Żywności i Żywnienia, listopad 2010



Risk vs Hazard ZAGROŻENIE – RYZYKO

Zagrożenie: to chemiczny, biologiczny lub fizyczny czynnik mogący wywołać szkodliwy skutek

Ryzyko: jest funkcja prawdopodobieństwa wystąpienia szkodliwego skutku i jego natężenia

Ryzyko dla toksykologów żywności
versus
Percepcja ryzyka

Informowanie o ryzyku
- Jak informować?
- Kto ma informować? (władze, media)

Wiele skandali związanych z żywnością to mieszanina faktów i reakcji społeczeństwa na informacje z mediów



Foodborne illness Choroby pochodzące od żywności

Źródła chorób pochodzących od żywności i zatrucia pokarmowych:

- spożywanie żywności zanieczyszczonej patogennymi mikroorganizmami lub ich toksynami (np. w wyniku niewłaściwego obchodzenia się lub przechowywania i przetwarzania żywności),
- Zanieczyszczenia chemiczne (pestycydy, persystentne zanieczyszczenia środowiskowe (PCB, dioksyny),
- Spożywanie produktów zawierających naturalne toksyny, np. trujące rośliny lub grzyby.

Rządowa Rada Ludnościowa oraz Instytut Żywności i Żywnienia, listopad 2010



Czym jest żywność?

Każda substancja, która jest metabolizowana przez organizm w celu dostarczenia energii i budowy tkanek

Każda substancja lub produkt spożywany bezpośrednio lub po przetworzeniu przeznaczona, lub co do której można w sposób rozsądny oczekiwać, że jest spożywana przez ludzi.

Czy te definicje dzisiaj są jeszcze adekwatne?

- Żywnienie i dieta obejmują w rzeczywistości znacznie więcej aspektów, niż uważano w przeszłości
- Żywność uczestniczy także w utrzymaniu dobrostanu fizycznego i psychicznego, oraz
- w ogólnie pojmowanym potencjale jednostki.

Rządowa Rada Ludnościowa oraz Instytut Żywności i Żywnienia, listopad 2010



Czym zatem jest żywność?



Rządowa Rada Ludnościowa oraz Instytut Żywności i Żywnienia, listopad 2010

Czy te rodzaje żywności są bezpieczne?
Ryzyko - korzyść

Żywność funkcjonalna	Ryby: 3n PUFA versus Metylortęć, dioksyny, PCB
Żywność organiczna	Mniej substancji chemicznych versus Ryzyko mikotoksyn
Nowa Żywność	Różnorodność versus Niepewność co do skutków oddalonych, brak statusu GRASS, alergie
Fast food	Przygotowywana i podawana szybko versus Aspekty żywieniowe

Rządowa Rada Ludnościowa oraz Instytut Żywności i Żywienia, listopad 2010

Czego zatem można się spodziewać w obszarze bezpieczeństwa żywności?

Liberalizacja handlu globalnego	Versus	Bezpieczeństwo żywności
Nie akceptowalne, niskie standardy żywności		Lepszy potencjał analityczny laboratoriów
Wzrost istniejących i pojawianie się nowych zachorowań od żywności		Wiele laboratoriów zaangażowanych w kontrolę żywności
Utrata traceability		

Rządowa Rada Ludnościowa oraz Instytut Żywności i Żywienia, listopad 2010

NADCHODZĄCE ZAGROŻENIA

Londyn 2005: ćwiczenia:
Na posiedzeniu Dyrektorów Agencji ds. Bezpieczeństwa Żywności zidentyfikowano sześć podstawowych zagrożeń przy zastosowaniu skomputeryzowanej metodologii 'Expert Choice'

```

    graph TD
      A[Cel] --> B[Ocena możliwego wpływu globalizacji]
      A --> C[Wskazanie możliwych do podjęcia przyszłych działań]
  
```

Rządowa Rada Ludnościowa oraz Instytut Żywności i Żywienia, listopad 2010

1. Zanieczyszczenie środowiska

Pozostałości pestycydów
Ludzie wyrażają raczej ogólną obawę przed pestycydami, niż w przypadku sytuacji, kiedy przekraczane są poszczególne MDP

Zanieczyszczenia
Chemiczne i pochodzące od drobnoustrojów

Rządowa Rada Ludnościowa oraz Instytut Żywności i Żywienia, listopad 2010

2. Wzrost istniejących i nowe choroby pochodzące od żywności

- Transmisja chorób zakaźnych
- Owady i pasożyty
- Infekcje wśród ludności pojawiające się w skali globalnej

Rządowa Rada Ludnościowa oraz Instytut Żywności i Żywienia, listopad 2010

3. Produkty w handlu międzynarodowym poniżej standardów EU

Produkty importowane na obszar EU, które w innych państwach (nie należących do Unii) są akceptowalne, ale nie w UE.

Wzrost importu taniej i lichej żywności z państw trzecich

Rządowa Rada Ludnościowa oraz Instytut Żywności i Żywienia, listopad 2010



4. Zmiana stylów życia

Zmiana zwyczajów żywieniowych

Zwyczaje związane z tradycją i kulturą regionalną mogą zaniknąć

5. Utrata możliwości śledzenia losów żywności

Bardziej złożone łańcuchy produkcji i dystrybucji

Brak przejrzystości na drodze od pola do stołu
(from farm to fork)

Nieznany producent

Odpowiedzialność

Rządowa Rada Ludnościowa oraz Instytut Żywności i Żywności, listopad 2010



6. Nowe praktyki produkcyjne, nowe produkty

Suplementy żywności: czy tylko witaminy i mikroelementy?
Akceptowane pobranie? Agresywna reklama

'Botanicals' – produkty pochodzenia roślinnego: historia stosowania, gdzie? Jaka populacja?, działanie fizjologiczne versus działanie farmakologiczne

GMO: nie istnieją możliwości przeprowadzenia dowodu naukowego wskazującego na zagrożenia, konsumenci nie widzą korzyści

Nanoprodukty: ciągle wiele pytań, na które nie ma odpowiedzi. Metabolizm?, Tkanki i narządy docelowe? Docelowe receptory?, działanie uboczne?

Rządowa Rada Ludnościowa oraz Instytut Żywności i Żywności, listopad 2010



W 2007 roku powstała oficjalna definicja nowopojawiających się zagrożeń (emerging risks)

Jest to ryzyko wynikające z zagrożeń, które zostały zidentyfikowane po raz pierwszy i które mogą spowodować wystąpienie nieoczekiwanych nowych skutków zdrowotnych lub istotne nasilenie skutków znanych już wcześniej.

[Komitet Naukowy EFSA, 2007]

Rządowa Rada Ludnościowa oraz Instytut Żywności i Żywności, listopad 2010



Nowe zagrożenia (przykłady)

ITX - (2005) Izopropylotioxanton, (fotoinicjator) składnik farb drukarskich w niektórych materiałach opakowaniowych stwierdzony także żywności dla dzieci, przedostaje się do żywności z zanieczyszczonych wewnętrznych części nadrukowanych opakowań (set-off)

4-metylobenzofenon - (fotoinicjator). W lutym 2009, władze niemieckie zgłosiły do RASf migrację 4-metylobenzofenonu z opakowań tekturowych do niektórych produktów zbożowych w stężeniu 798 µg/kg. W tym samym miesiącu władze belgijskie poinformowały o stężeniach 4-metylobenzofenonu w produktach zbożowych do 3729 µg/kg.

Bisfenol A – 2,2-bis(4-hydroksyfenylo)-propan. Stosowany jako monomer przy produkcji poliwęglanu i żywic syntetycznych. Stwierdzany np. w butelkach do karmienia niemowląt i wewnętrznych powłokach puszek. Ma działanie estrogenne (endocrine disruptor), w organizmie szybko metabolizuje.

Rządowa Rada Ludnościowa oraz Instytut Żywności i Żywności, listopad 2010



Materiały do kontaktu z żywnością

Jak oceniane jest ryzyko dla człowieka (1)

Migracja	Zakres danych	Wymagane badania
Wysoka migracja (5-60 mg/kg żywności)	Szeroki	3 badania mutagenności (bakterie, komórki ssaków, aberracje chromosomalne) 90-dniowe narażenie drogą pokarmową (2 gatunki ssaków) - Absorpcja, rozmieszczenie, wydalanie, metabolizm - Badania reprodukcji i toksykologia rozwojowa 2-letnie narażenie drogą pokarmową (szczur)

Rządowa Rada Ludnościowa oraz Instytut Żywności i Żywności, listopad 2010



Materiały do kontaktu z żywnością

Jak oceniane jest ryzyko dla ludzi (2)

Migracja	Zakres danych	Wymagane badania
Umiarkowana migracja (0.05 – 5 mg/kg żywności)	Zredukowany	90-dniowe narażenie drogą pokarmową (2 gatunki ssaków) - Dowód braku kumulacji u ludzi 3 badania mutagenności (bakterie, komórki ssaków, aberracje chromosomalne)
Niska migracja (<0.05 mg/kg żywności)	Minimalny	3 badania mutagenności (bakterie, komórki ssaków, aberracje chromosomalne)

Rządowa Rada Ludnościowa oraz Instytut Żywności i Żywności, listopad 2010



Narażenie / ocena ryzyka (1)

Informacje niezbędne do oceny ryzyka

Zagrożenie (identyfikacja czynnika ryzyka, skutki dla zdrowia, zależność dawka odpowiedź)

Narażenie (kto jest narażony, w jakich okolicznościach, jakie są poziomy narażenia, jak rozkłada się narażenie w populacji)

Ryzyko (jaki jest prawdopodobieństwo wystąpienia skutku zdrowotnego, jak rozkłada się ryzyko w populacji narażonej)

Rządowa Rada Ludnościowa oraz Instytut Żywności i Żywności, listopad 2010



Ryzyko ≠ Zagrożenie



Fakty

Plotki

Sensacje

Mity

Wszystko może być niebezpieczne
Wszystko może być bezpieczne

OKOLICZNOŚCI

Informowanie

Rządowa Rada Ludnościowa oraz Instytut Żywności i Żywności, listopad 2010



Informacja o ryzyku



Mleko kobiet:

- pestycydy
- polichlorowane bifenyle

Zalecać karmienie naturalne akceptując narażenie dziecka?
Odradzać karmienia piersią, chroniąc dziecko przed zanieczyszczeniami chemicznymi?

Rządowa Rada Ludnościowa oraz Instytut Żywności i Żywności, listopad 2010



Narażenie / ocena ryzyka (2)

Jak ocenić narażenie ?

- Metody deterministyczne (zakładają z góry wielkość narażenia i oceniają ryzyko wystąpienia skutku)
- Metody probabilistyczne (wymagają badania rozkładów narażenia w populacji i rozkładów wrażliwości na czynnik ryzyka w populacji)

↓
Analiza ryzyka i korzyści

Rządowa Rada Ludnościowa oraz Instytut Żywności i Żywności, listopad 2010



Jakie są wyzwania dla bezpieczeństwa żywności

- Nowe produkty o słabo poznanej historii jako środków spożywczych (nowa żywność, suplementy diety)
- Nowa dane toksykologiczne o substancjach chemicznych obecnych w żywności (aspartam)
- Nowe substancje chemiczne w żywności, które były w niej wcześniej, ale nie dysponowaliśmy wiedzą na ten temat (ITX, akrylamid (mut. rak. kat. 2), furan)
- Zarządzanie ryzykiem w oparciu o metody naukowe
- Narzędzia do oceny narażenia i oceny ryzyka (bazy danych, symulacja Monte Carlo)

Rządowa Rada Ludnościowa oraz Instytut Żywności i Żywności, listopad 2010



2010 EFSA: potencjalne nowe zagrożenia (1):

• Zmiany w epidemiologii znanych patogenów

wyzłozowanie nowych hiperwirusów lub opornych na antybiotyki gatunków:

Salmonella,
Campylobacter,
Escherichia Coli,
Streptococcus aureus,
Clostridium difficile,
Mycoplasma avium

Rządowa Rada Ludnościowa oraz Instytut Żywności i Żywności, listopad 2010



2010 EFSA: potencjalne nowe zagrożenia (2):

• Ponownie pojawiające się pasożyty

Dowody na potencjalne przenoszenie *Cryptosporidium*, *Giardia* (*Lambia*) za pośrednictwem wody, żywności i od zwierząt

Wzrost częstości pojawiania się motyli (*Fasciola*) i bąblowicy (*Echinococcus*)

Rozprzestrzenianie się choroby Changa (transmisja drogą pokarmową *Trypanosoma cruzi*)

Wzrost ryzyka rakotwórczości związanej z *Clonorchis sinensis* i *Opisthorchis viverrini* (przywry).

Rządowa Rada Ludnościowa oraz Instytut Żywności i Żywnienia, listopad 2010



2010 EFSA: potencjalne nowe zagrożenia (3):

• Wirusy

Nowe odmiany znanych wirusów np. SARS, coronaviruses, silnie patogenna grypa, *Nipah viruses*

Dowody na rozprzestrzenianie się *Hepatitis E* w państwach rozwijających się

Kryteria stosowane dotychczas w kontroli mikrobiologicznej mogą okazać się niewystarczające w przypadku zagrożeń wirusologicznych

Rządowa Rada Ludnościowa oraz Instytut Żywności i Żywnienia, listopad 2010



2010 EFSA: potencjalne nowe zagrożenia (4):

• Biomarkery zagrożeń chemicznych (monitoring biologiczny)

Substancje wpływające na układ hormonalny polibromowane dibenzoetery (PBDE) i ftalany w surowicy (ginekomastrya)

Wysokie poziomy kadmu i ryzyko udaru i chorób serca

Hepatotoksyczność PFOA (kw. perfluorooctanowy: kancerogen silnie persystentny)

Bisfenol A: neurotoksyczność rozwojowa, choroby serca

Stężenia selenu - cukrzyca

Rządowa Rada Ludnościowa oraz Instytut Żywności i Żywnienia, listopad 2010



2010 EFSA: potencjalne nowe zagrożenia (5):

• Substancje chemiczne w żywności

Metale ciężkie
PFCs (polifluorowane węglowodory)
PCBCs (polichlorowane bifenyle)
PBDEs (polibromowane difenyletery)
HBCDs (heksabromocykloheksany)

Rządowa Rada Ludnościowa oraz Instytut Żywności i Żywnienia, listopad 2010



2010 EFSA: potencjalne nowe zagrożenia (5):

• Wpływ zmian klimatycznych

Rozprzestrzenianie chorób roślin i zwierząt
Zabezpieczenie żywności i wody (*food & water security*)
Monokultury
Agrochemia
Przechowywalność żywności
Naturalne toksyny
Aflatoksyny
Wpływ na organizmy morskie
Efekt cieplarniany

Rządowa Rada Ludnościowa oraz Instytut Żywności i Żywnienia, listopad 2010



2010 EFSA: potencjalne nowe zagrożenia (5):

• Zmiany zachowań konsumentskich i zwyczajów żywieniowych

Wzrost spożycia produktów gotowych i o przedłużonej trwałości

Nowe techniki kulinarne np. gastronomia molekularna, nowe składniki żywności, 'delikatne gotowanie'

Egzotyczne produkty żywnościowe i nowa żywność (orzeszki sosnowe z Chin)

Wzrost spożycia produktów typu 'organic food'

Rządowa Rada Ludnościowa oraz Instytut Żywności i Żywnienia, listopad 2010

EPIDEMIOLOGIA ŻYWIENIOWA CHOROÓB UKŁADU KRAŻENIA W POLSCE

Choroby układu krążenia (ChUK) powstające na tle miażdżycy należą do najczęstszych w krajach ekonomicznie rozwiniętych, będąc przyczyną około połowy wszystkich zgonów. Polska należy do krajów o wysokiej umieralności. W roku 2000 w rankingu międzynarodowym dotyczącym Europy zajmowaliśmy piąte miejsce, po Rosji, Bułgarii, Rumunii i Węgrzech, pod względem umieralności na choroby sercowo-naczyniowe. Jest to zależne w przeważającej mierze od cech stylu życia, w którym żywienie odgrywa szczególnie ważną rolę.

Badania międzynarodowe przeprowadzone równocześnie według identycznego protokołu na wszystkich kontynentach świata po 2000 r. określiły ważną rolę czynników ryzyka w występowaniu zawałów serca (badanie INTERHEART) i udarów mózgu (badanie INTERSTROKE). Czynniki te przedstawione są w tablicy 1, uszeregowane według siły oddziaływania. Zwraca uwagę, że są to te same czynniki ryzyka zarówno w odniesieniu do zawałów jak i udarów. Natomiast siła oddziaływania, czyli względna rola jako przyczyny choroby, jest inna w zawałach serca i udarach mózgu. W zawałach dyslipidemia (wysoki poziom złego cholesterolu w surowicy) odgrywa rolę największą, natomiast w udarach mózgu nadciśnienie tętnicze. Racjonalne żywienie i aktywność fizyczna odgrywają rolę ochronną.

Czynniki ryzyka ChUK są między sobą w dużej mierze współzależne. Endogenne czynniki ryzyka, takie jak dyslipidemia, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze i otyłość, bezpośrednio przyczyniają się do rozwoju miażdżycy, powodując nacieczenie ścian tętnic lipoproteinami. Te czynniki ryzyka rozwijają się jednak w wyniku oddziaływania cech stylu życia, a w szczególności wadliwego żywienia, małej aktywności fizycznej i palenia tytoniu. Natomiast zawał serca lub udar mózgu są następstwem nacieczenia ścian tętnic lipoproteinami.

Tablica 1. Najważniejsze czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych

Zawał serca*	Udar mózgu**
Zwiększają ryzyko	Zwiększają ryzyko
Dyslipidemia	Nadciśnienie tętnicze
(wysoki stosunek apo B/apo A ₁)	Palenie tytoniu
Palenie tytoniu	Dyslipidemia
Cukrzyca	(wysoki stosunek apo B/apo A ₁)
Czynniki psychospołeczne	Otyłość brzuszna
Nadciśnienie tętnicze	Spożywanie alkoholu
Otyłość brzuszna	Cukrzyca
Zmniejszają ryzyko	Czynniki psychospołeczne
Regularne spożywanie alkoholu	Zmniejszają ryzyko
Regularna aktywność fizyczna	Regularna aktywność fizyczna
Codienne spożywanie warzyw i owoców	Racjonalne żywienie

* Na podstawie INTERHEART study, Lancet 2004, 364, 937-952

** Na podstawie INTERSTROKE study, www.thelancet.com June 18, 2010

Żywnienie o cechach profilaktycznych w stosunku do ChUK charakteryzuje się unikaniem nadwagi ciała, spożywaniem tłuszczów roślinnych zamiast zwierzęcych, dużym spożyciem warzyw i owoców, zwiększeniem konsumpcji ryb kosztem mięsa, większym niż aktualne w Polsce spożyciem nasion roślin strączkowych i ograniczeniem spożycia soli.

Skuteczności wdrażania takich zasad żywienia dowiódł Program Północno-Karelski zapoczątkowany w Finlandii w 1972 r., mający na celu wieloczynnikową profilaktykę choroby niedokrwiennej serca. W wyniku tego Programu umieralność z powodu tej choroby zmniejszyła się w latach 1971–2006 o 85% w Północnej Karelii i o 79% w całej Finlandii, a z powodu udarów naczyniowych mózgu odpowiednio o 69% i 73%.

W Polsce poczynając od lat 1990–1991 roku zarysowała się poprawa sposobu żywienia zgodnie z zasadami profilaktyki miażdżycy. Znamienne jest, że po 1991 r. nastąpił u nas spadek umieralności na ChUK; między 1991 r. a 2008 r. wyniósł on około 42%. Stoimy na stanowisku, że poprawa żywienia odegrała ważną rolę w spadku umieralności.

Niepokojące jest jednak, że w młodszych grupach wiekowych obserwuje się od kilku lat zanik trendu spadkowego umieralności na ChUK w Polsce. Jest to prawdopodobnie zapowiedzią stopniowego zaniku tego trendu także u ludzi starszych. Pozostaje to prawdopodobnie w związku z brakiem dalszej poprawy zwyczajów żywieniowych, co obserwujemy od kilku ostatnich lat. Mamy przekonanie, że można temu przeciwdziałać, rozwijając wieloletni program poprawy sposobu żywienia i innych cech stylu życia.

Epidemiologia żywieniowa chorób układu krążenia w Polsce

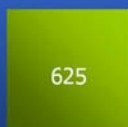
Wiktor B. Szostak
Instytut Żywności i Żywienia

Warszawa, 23.11.2010

Choroby układu krążenia (ChUK) są przyczyną około połowy wszystkich zgonów w krajach ekonomicznie rozwiniętych. Polska należy do krajów o wysokiej umieralności, mimo znacznej poprawy pod tym względem.

Standaryzowany współczynnik zgonów na ChUK w Polsce zmniejszył się o 42%

1991 r.

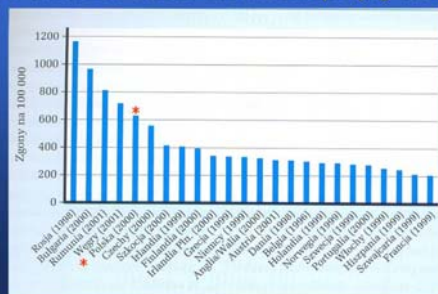


2008 r.



GLS

Standaryzowana umieralność mężczyzn w wieku 35-74 lat na ChUK w Europie (wg WHO)



Najważniejsze czynniki ryzyka

Zawału (INTERHEART, 2004)

Dyslipidemia
Palenie
Cukrzyca
Cz. psychospołeczne
Nadciśnienie
Otyłość brzuszna
Alkohol
Aktywność fizyczna
Dieta racjonalna

Udaru (INTERSTROKE, 2010)

Nadciśnienie
Palenie
Dyslipidemia
Otyłość brzuszna
Alkohol
Cukrzyca
Cz. psychospołeczne
Aktywność fizyczna
Dieta racjonalna

Sekwencja ryzyka ChNS

Styl życia

Wadliwe żywienie
Mała aktywność fizyczna
Palenie
Cz. psychospołeczne

Cz. endogenne

Dyslipidemia
Cukrzyca
Nadciśnienie tętnicze
Otyłość

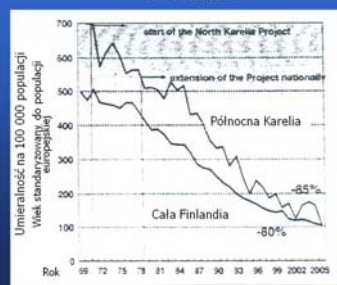
Następstwa

Zawał
Udar

Najważniejsze cechy żywienia w profilaktyce CHUK

1. Unikanie nadwagi ciała
2. Zamiana tłuszczów zwierzęcych na roślinne
3. Duże spożycie warzyw i owoców
4. Zwiększenie spożycia ryb kosztem mięsa
5. Większe niż aktualne w Polsce spożycie nasion roślin strączkowych
6. Ograniczenie spożycia soli

Standaryzowana umieralność na chorobę niedokrwienną serca mężczyzn w wieku 35-64 lat w Finlandii



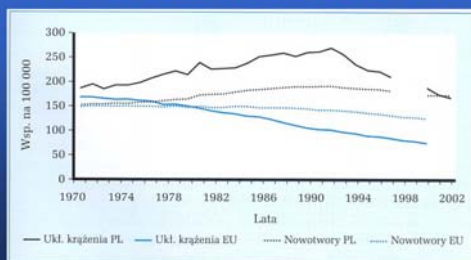
P. Puska, 2010

Zmiana umieralności mężczyzn (wiek 35-64 lat) w Finlandii między 1969-71 a 2006 rokiem

Przyczyna zgonu	Północna Karelia	Cała Finlandia
ChUK	-80%	-75%
Niedokrwienność choroby serca	-85%	-79%
Udar mózgu	-69%	-73%
Wszystkie przyczyny	-63%	-56%

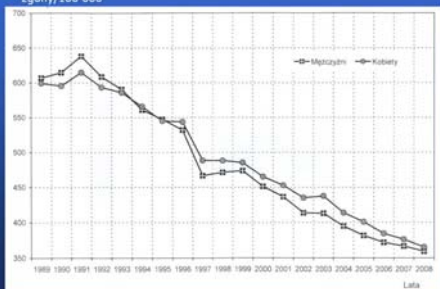
P. Puska, 2010

Umieralność w wieku 25-64 lat na ChUK i nowotwory w Polsce i Unii Europejskiej ok. 2000 r.

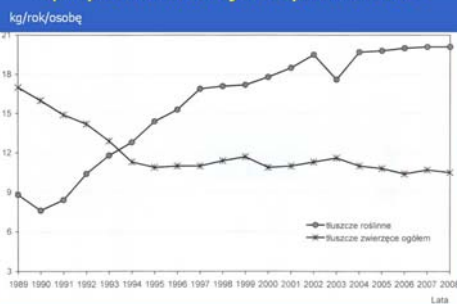


B. Wytyński / P. Goryński, 2007

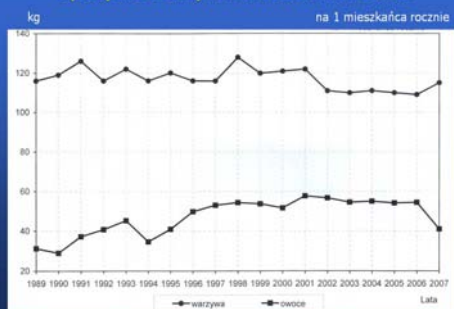
Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu krążenia w Polsce



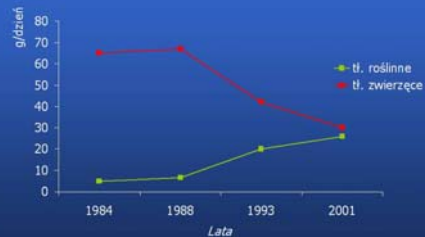
Spożycie tłuszczów jadalnych w Polsce



Spożycie warzyw i owoców w Polsce

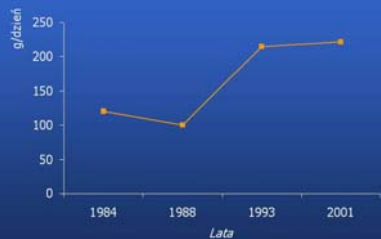


Spożycie tłuszczów przez mężczyzn w Warszawie (wiek 45-54 lat)



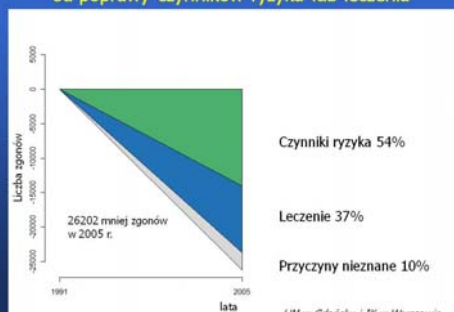
na podst. G. Broda, M. Dmowski, 2006

Spożycie owoców przez mężczyzn w Warszawie (wiek 45-54 lat)



na podst. G. Broda, M. Dmowski, 2006

Spadek umieralności na ChNS w Polsce w zależności od poprawy czynników ryzyka lub leczenia



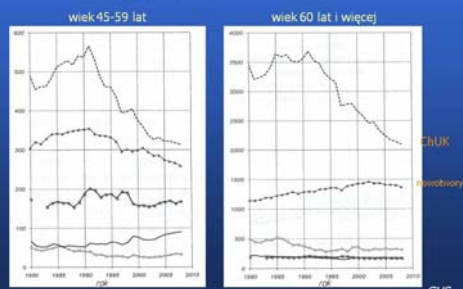
Udział poprawy różnych czynników ryzyka w spadku umieralności na ChNS w Polsce

54% zmiana trybu życia, w tym:

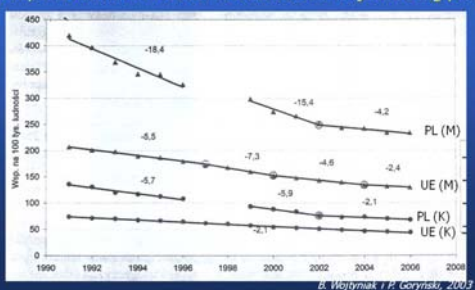


UM w Gdańsku i IK w Warszawie

Standaryzowane czynniki zgonów mężczyzn wg przyczyn w Polsce



Trendy standaryzowanych współczynników zgonów z powodu ChUK w wieku 25-44 lata oraz średnioroczne tempo ich zmian w Polsce i średnie dla 27 krajów UE wg płci



Wnioski

1. Umieralność na ChUK w Polsce zmniejsza się regularnie od 1991 r.
2. Spadek czynników ryzyka zależnych od stylu życia był przyczyną tej poprawy w przeważającej mierze.
3. Racjonalizacja żywienia cechująca się spadkiem spożycia tłuszczów zwierzęcych i wzrostem tłuszczów roślinnych i owoców odegrała największą rolę.
4. Niepokoi tendencja do zaniku spadku umieralności na ChUK.
5. Można temu przeciwdziałać rozwijając wieloletni program profilaktyczny, uwzględniający poprawę żywienia i inne cechy stylu życia.

ŻYWIENIE A NOWOTWORY

Ocena wpływu składników pokarmowych na powstanie określonych schorzeń nie jest łatwa zwłaszcza w takich przypadkach, kiedy proces powstania choroby jest wieloletni. Taka sytuacja występuje w procesie powstawania nowotworów o konkretnej lokalizacji narządowej. Zmiany w genomie komórki w określonym narządzie powstają codziennie w wielu komórkach, ale dopiero odpowiednie skumulowanie uszkodzeń DNA powoduje, że komórka „wymyka się” spod zaplanowanej genetycznie kontroli cyklu rozmnażania i apoptozy i podlega niekontrolowanej postępującej proliferacji. Podstawowa ocena wpływu żywienia na powstanie i rozwój nowotworów jest prowadzona przede wszystkim w badaniach populacyjnych, gdzie ocenia się żywienie dużych populacji w długich okresach i porównuje z trendami dotyczącymi chorobowości i umieralności na różne choroby. W tego typu badaniach stwierdzono częstsze występowanie nowotworów różnych narządów (przełyku, jelita grubego, pęcherzyka żółciowego, trzustki) u osób z nadwagą i otyłością oraz w populacjach o wysokim spożyciu tłuszczów zwierzęcych i czerwonego mięsa. Większe spożycie warzyw i owoców oraz ryb morskich (kwasy tłuszczowe omega-3) sprzyjało mniejszej zapadalności na nowotwory, zwłaszcza jelita grubego.

W celu wyjaśnienia bardziej szczegółowych związków przyczynowych prowadzi się badania na mniejszych grupach osób, stwarzając określone warunki żywieniowe (badania typu case-control) lub oceniając wpływ określonych składników, np. związków antyoksydacyjnych, witamin (tzw. badania interwencyjne). Cennym źródłem informacji są zestawienia i analizy wielu prac opublikowanych na ten temat i przeprowadzonych według tego samego lub zbliżonego protokołu badań (tzw. meta-analizy). Z badań tych wynika, że ryzyko zachorowania na niektóre nowotwory wzrasta przy nadmiernym spożyciu soli (rak żołądka), większym spożyciu tłuszczów zwierzęcych i czerwonego mięsa (rak jelita grubego), nadmiarze wielonienasyconych kwasów tłuszczowych typu „trans” (rak piersi i jelita grubego), niedoborze kwasu foliowego (rak jelita grubego), niedoborze błonnika pokarmowego (rak jelita grubego). Podobny wpływ ma niedobór jonów wapnia (rak jelita grubego), seleniu (rak gruczołu krokowego, skóry, płuc, jelita grubego). Mleko i produkty mleczne, w tym również probiotyki mają działanie ochronne na powstawanie nowotworów jelita grubego, ale dieta bogata w związki wapnia może mieć wpływ na zwiększoną zapadalność na raka gruczołu krokowego. Istotny wpływ na zwiększoną zapadalność na nowotwory ma nadmierne spożycie alkoholu (nowotwory jamy ustnej, przełyku, trzustki, jelita grubego, piersi, wątroby). Prewencyjne znaczenie dla powstawania nowotworów stwierdzono przy większym spożyciu zielonych warzyw i owoców.

Badania doświadczalne wykonywane na zwierzętach uzupełniają naszą wiedzę na temat bardziej szczegółowych mechanizmów carcinogenezy na poziomie tkankowym, komórkowym lub molekularnym. W badaniach tych stwierdzono wpływ diety bogatej w nienasycone kwasy tłuszczowe na stymulowanie proliferacji nabłonka krypt jelita cienkiego, przy odwrotnym efekcie wielonienasyconych kwasów tłuszczowych oraz niekorzystny wpływ nasyconych kwasów tłuszczowych na oksydacyjne uszkodzenie DNA.

Zasady racjonalnego żywienia (piramida prawidłowego żywienia) mogą mieć istotny wpływ na zmniejszenie ryzyka powstania nowotworów. Podobnie korzystny wpływ ma aktywność fizyczna.

Żywnienie a nowotwory

Jan Dzieniszewski



Instytut Żywności i Żywienia
Warszawa

Żywnienie a nowotwory

Problemy poruszone w prezentacji

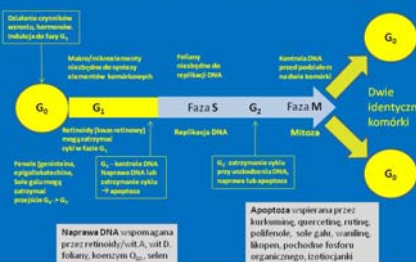
- Podstawowe mechanizmy nowotworzenia
- Metodyka badań zależności pomiędzy żywieniem a chorobami
- Żywnienie a nowotwory
 - Badania populacyjne
 - Badania interwencyjne, case-control
 - Badania doświadczalne

Żywnienie a nowotwory

- Podstawowe mechanizmy nowotworzenia
- Metodyka badań zależności pomiędzy żywieniem a chorobami
- Żywnienie a nowotwory

Żywnienie a nowotwory

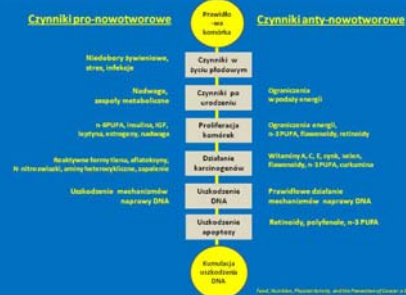
Wpływ składników żywności na prawidłowy cykl komórkowy
(ok. $10^6 - 10\ 000\ 000\ 000\ 000$ podziałów komórkowych w czasie życia, ok. 400 000 000/dobę)



World Cancer Research Fund. Food, Nutrition, Physical Activity and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. Washington DC 2007

Żywnienie a nowotwory

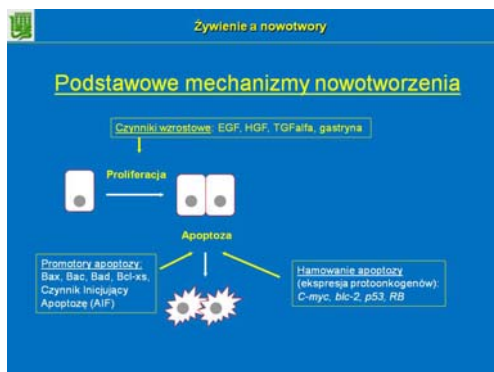
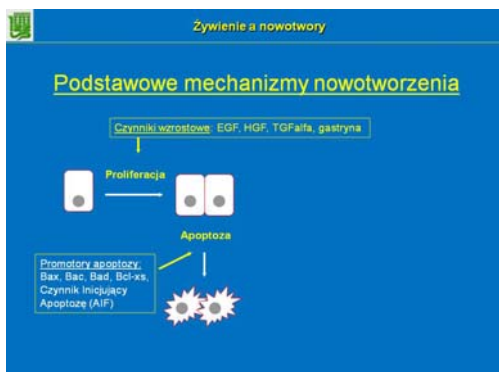
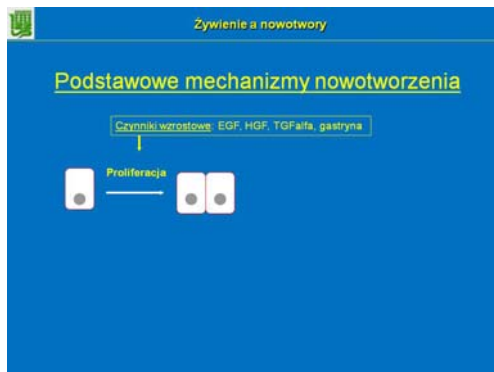
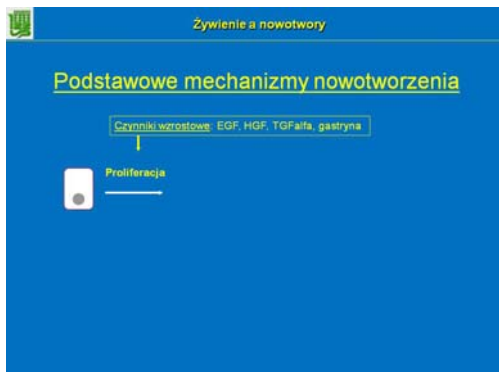
Podstawowe mechanizmy nowotworzenia



Żywnienie a nowotwory

Podstawowe mechanizmy nowotworzenia





Zywnienie a nowotwory

Problemy poruszone w prezentacji

- Podstawowe mechanizmy nowotworzenia
- Metodyka badań zależności pomiędzy żywnieniem a chorobami
- Żywnienie a nowotwory

Zywnienie a nowotwory

Metody badań zależności pomiędzy żywnieniem a zdrowiem

- Badania epidemiologiczne (populacyjne)
- Badania typu „case-control” i badania interwencyjne
- Badania doświadczalne

Zywnienie a nowotwory

Metodologia badań populacyjnych

- Badanie spożycia w dużych populacjach w przeliczeniu na jednego mieszkańca (kraje, kontynenty) i porównywanie z zapadalnością lub śmiertelnością na różne choroby
- Statystyczne poszukiwanie korelacji pomiędzy tymi zjawiskami
- Szacowanie poziomu ryzyka wystąpienia choroby

Zywnienie a nowotwory

Badania epidemiologiczne (populacyjne)

- Badania epidemiologiczne (populacyjne)

Zywnienie a nowotwory

Spożycie w Polsce w latach 1950 – 1996 (tłuszcze)

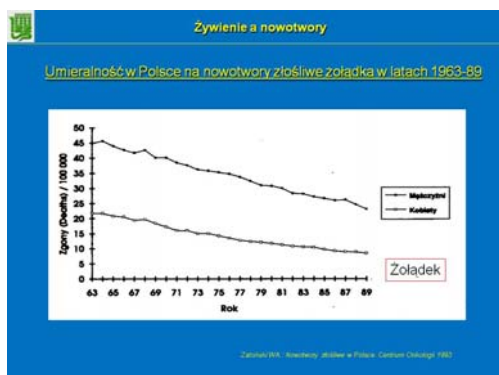
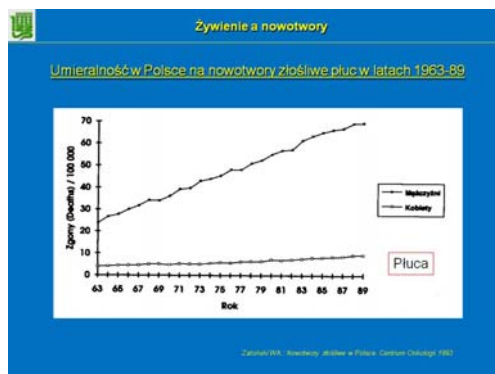
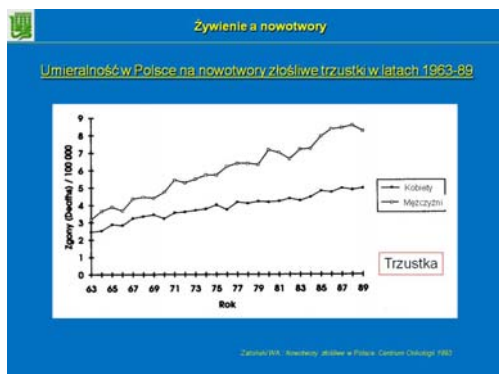
Zawartość tłuszczów w spożytej żywności, 1950–1996
na 1 mieszkańca dziennie

Źródło: w: J. „Dietę i zdrowie w Polsce w latach 1950-1996” w: „Żywność, dieta i zdrowie” wydawnictwo Instytutu Żywności i Żywności, 1997

Zywnienie a nowotwory

Umiarlność w Polsce na nowotwory złośliwe odbytnicy w latach 1963-89

Źródło: WIA - Kierownictwo w Polsce, Centrum Onkologii 1992



Zywnienie a nowotwory

Pierwsze doniesienia dotyczące zależności pomiędzy dietą a zapadalnością na nowotwory

Badania epidemiologiczne

1975 - Carroll, Carroll and Khor

- Zapadalność na nowotwory o różnej lokalizacji narządowej u ludzi była większa w krajach o wyższym spożyciu tłuszczów.

Tamir, F.H. and Day, K.E. 1975. Dietary fat in relation to carcinogenesis. Progress in Biochemical Pharmacology, 10, 399-402.
Carroll, K.A. 1975. Experimental evidence of dietary factors in tumorigenesis. Cancer Research, 35, 3574-3589.

Zywnienie a nowotwory

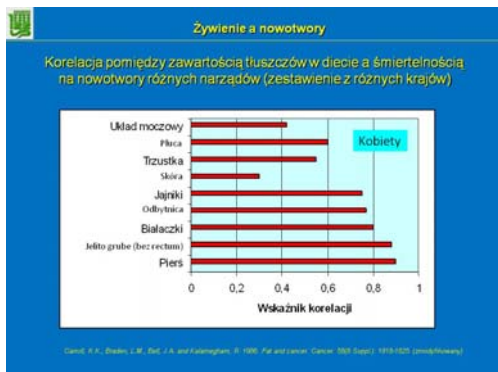
Kaloryczność diety a choroby przewodu pokarmowego

Nadwaga, otyłość a śmiertelność z powodu raka (populacja dorosła USA)

Rak	(BMI 18,5 - >40)	p dla trendu	k
		m	
• wszystkie raki		0,001	<0,001
• przełyku		0,008	0,13
• żołądka		0,03	0,46
• jelita grubego		<0,001	<0,001
• wątroby		<0,001	0,04
• pęcherzyka żółciowego		0,02	<0,001
• trzustki		<0,001	<0,001

E.E. Calle et al. N.Engl.J. Med. 2003;348:1625-1638





Żywnienie a nowotwory

Spżycie tłuszczów a śmiertelność z powodu raka jelita grubego w 22 krajach Europy, USA i Kanady

Stwierdzono silną korelację pomiędzy składem tłuszczów zwierzęcych a rakiem j. grubego.

Caviglioli, P. et al. Fat, fiber and cancer. Br. J. Cancer 1996; 74: 1501

Żywnienie a nowotwory

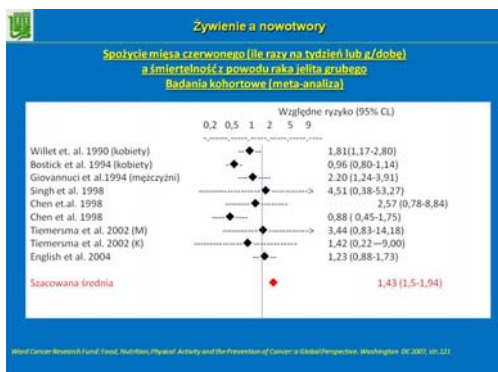
Tłuszcze rybne a rak jelita grubego – badania w 24 krajach Europy

Odwrotna korelacja
POMIĘDZY SPOŻYCIEM RYB
MORSKICH
a śmiertelnością z powodu
raka jelita grubego i raka gruczołu
piersiowego

Caviglioli, P. et al. Fish – n-3 fatty acids and human colorectal cancer and breast cancer mortality. Eur. J. Cancer Prev. 1995; 4: 329–332

Żywnienie a nowotwory

- **Badania typu „case control” i badania interwencyjne**



Żywnienie a nowotwory

Gruzołaki jelita grubego a dieta

- ♦ Dieta bogata w tłuszcze zwierzęce i czerwone mięso zwiększa ryzyko gruczołaków i raka jelita grubego ^(1,2)
- ♦ Mechanizm tego zjawiska nie jest znany, postulowano, że dieta tego typu zwiększa koncentrację wtórnych kwasów żółciowych w świetle jelita grubego ⁽³⁾

*(1) Giovannucci E et al. Relationship of diet to risk of colorectal adenoma lesions. J. Natl. Cancer Inst. 1992; 84:91-96
(2) Willett WC et al. Relation of meat, fat, and fiber intake to the risk of colon cancer in a prospective study among women. N. Engl. J. Med. 1990; 323: 1664-72
(3) Nyrtingard PM et al. Role of bile acids in colorectal carcinogenesis. Eur. J. Cancer. 1995; 31A: 1067-70*

Zywnienie a nowotwory

Prawdopodobny mechanizm działania kwasów żółciowych na śluzówkę jelita w powstawaniu raka

- Wzrost koncentracji wtórnych kwasów żółciowych w jelicie grubym (kwas deoksycholowy, kwas litocholowy)
- Wtórne kwasy żółciowe przyspieszają proliferację komórek śluzówki jelita (działają jako czynniki stymulujące powstawanie raka)

Lipkin M et al. Dietary factors in human colorectal cancer. Annual review of nutrition. 1999; 19: 545-566

Zywnienie a nowotwory

Kwasy tłuszczowe omega-3 (w tłuszczu rybim)

- Działanie – jako naturalny inhibitor COX-2⁽¹⁾
- Kwas eicosapentainowy (in vitro) – hamowanie proliferacji komórek ludzkich raka jelita grubego⁽¹⁾
- Dieta bogata w kwasy omega-3 powodowała 90 % redukcję wzrostu przeszczepów ludzkiego raka jelita grubego myszom pozbawionym grasicy, w porównaniu z dietą zawierającą kwasy omega-6⁽²⁾
- Małe dawki kwasów omega-3 powodowały zmniejszenie proliferacji komórek nieprawidłowych u osób z dużymi guzami jelita grubego⁽³⁾

(1) Cummings VE et al. The role of cyclooxygenase in n-6 and n-3 polyunsaturated fatty acid mediated effects on neoplasia. PGE2 and cyclooxygenase in human colorectal carcinoma cell lines. Carcinogenesis 2001; 24: 395-92
(2) Kuo T et al. Influence of omega-3 fatty acids on the growth of human colon carcinoma in nude mice. Cancer Lett 2002; 187: 169-77
(3) Ash M et al. Selective inhibition of cell proliferation and apoptosis in the left colon and in the rectosigmoid tract in subjects with a history of large adenomas. Gut 2004; 46: 236-4

Zywnienie a nowotwory

Gruźolaki jelita grubego a dieta

*Pełna kolonoskopia: 57 osób – polipy jelita grubego
54 osoby – bez patologii (kontrola)

*Średnia spożycia (w %) normy żywieniowej na poziomie bezpieczeństwa

	Wit A	Wit E	Wit B ₁	Wit B ₂	Niacyna	Wit B ₆	Wit C
Kobiety							
Kontrola	310,9	129,8	79,4	112,7	83,3	103,6	202,2
Gruźolaki	204,2	110,9	79,3	96,1	76,9	90,5	160,6
p	0,003	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Mężczyźni							
Kontrola	256,2	147,0	101,4	98,7	99,5	109,3	217,4
Gruźolaki	243,2	133,8	88,4	86,0	85,6	94,2	182,8
p	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns

Tadewski T et al. Postępowanie diety chorych z gruźlakami jelita grubego i grupy kontrolnej. Gastroenterologia Polska 2002; 9: 195-205

Zywnienie a nowotwory

Gruźolaki jelita grubego a dieta

*Pełna kolonoskopia: 57 osób – polipy jelita grubego
54 osoby – bez patologii (kontrola)

*Spożycie wit. A i prekursorów wit. A (w µg/dobę)

	Wit. A	Retinol	β-karoten
Kobiety			
Kontrola	1865 ± 1183	691 ± 652	6509 ± 4764
Gruźolaki	1225 ± 576	483 ± 329	4126 ± 2471
p	0,007	ns	0,012
Mężczyźni			
Kontrola	1797 ± 649	789 ± 525	5554 ± 2481
Gruźolaki	1702 ± 761	669 ± 468	5659 ± 3097
p	ns	ns	ns

Tadewski T et al. Women with large bowel adenomas have lower intake of vitamin A in relation to controls. Nutrition. 2003; 9: 30-42

Zywnienie a nowotwory

Foliany w diecie a rak jelita grubego. Badania cohortowe

Badanie	Względne ryzyko (95% CI)
Giovannucci et al. 1998 (K)	0,91 (0,76-1,10)
Su et al. 2001 (K)	0,93 (0,72-1,19)
Su et al. 2001 (M)	0,69 (0,52-0,90)
Konings et al. 2002 (M)	0,81 (0,64-1,03)
Konings et al. 2002 (K)	0,90 (0,63-1,29)
Larsson et al. 2005 (K)	0,77 (0,60-0,98)
Szacowane ryzyko	0,84 (0,76-0,93)

World Cancer Research Fund. Food, Nutrition, Physical Activity and the Prevention of Cancer: A Global Perspective. Washington, DC 2002; str. 207

Zywnienie a nowotwory

Kwas foliowy

- 15-letnia suplementacja kw. foliowym (w tym w preparatach wielowitaminowych), u 88756 kobiet. Po 15 latach oceniono względne ryzyko raka j. grubego – 0,25; p=0,0003 (z wyłączeniem raka odbytnicy gdzie wzgl. ryzyko wynosiło 1,270)⁽¹⁾
- Co najmniej 5-letnia suplementacja kw. foliowym > 400 µg/dobę obniża u kobiet o 50% ryzyko raka j. grubego z tym rakiem w rodzinie⁽²⁾

(1) Giovannucci E et al. Multivitamin use, folic acid, and colon cancer in women in the Nurses Health Study. Ann Intern Med. 1998; 129: 217-241
(2) Fuchs CS et al. The influence of folic acid and multivitamin use on the familial risk of colon cancer in women. Cancer Epidemiol Biomark Prev. 2002; 11: 227-34

Zywnienie a nowotwory

Kwas foliowy (uproszczony mechanizm działania prewencyjnego w raku j. grubego)



Courtney EDJ et al. Review article: chemoprevention of colorectal cancer. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 19: 1-24 (http://www.mhpharm.com)

Zywnienie a nowotwory

Błonnik pokarmowy a rak jelita grubego

- Meta-analiza 13 badań typu „case-control” do roku 1992
- Porównanie 2 grup spożycia błonnika pokarmowego w dziennej racji pokarmowej: - **wysokie spożycie > 31g/dobę**
- **niskie spożycie < 10 g/dobę**
- Istotne zmniejszenie ryzyka raka j. grubego w grupie o wysokim spożyciu błonnika pokarmowego (wzgl. ryzyko:0,53) w porównaniu do grupy o niskim spożyciu błonnika

Hera CP et al. Dietary intake of fiber and decreased risk of cancer of the colon and rectum: evidence from a combined analysis of 13 case-control studies. *J Natl Cancer Inst* 1990; 84: 1007-56

Zywnienie a nowotwory

Błonnik pokarmowy a rak jelita grubego

The European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC)

- Badania w 10 krajach europejskich
- Badana populacja: 519 978 osób (25-70 lat)
- Porównanie : **wysokie spożycie/ niskie spożycie** błonnika pokarmowego
- Spożycie błonnika pokarmowego odwrotnie proporcjonalne do ryzyka wystąpienia raka j. grubego (wzgl. ryzyko 0,75)
- Rozdział na : - **rak okrężnicy** (wzgl. ryzyko 0,72) (istotne)
- **rak odbytnicy** (wzgl. ryzyko 0,80) (nieistotne)

Brigham S A et al. Dietary fiber in food and protection against colorectal cancer in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC): an observational study. *Lancet* 2003; 361: 1491-1501

Zywnienie a nowotwory

Błonnik pokarmowy a rak jelita grubego

Działanie błonnika pokarmowego w obrębie jelita grubego

- Zwiększenie objętości stolca
 - Rozcieńczenie potencjalnych karcinogenów
 - Skrócenie pasażu przez jelito grube
- Wiązanie potencjalnych karcinogenów w świetle jelita
- Wiązanie wtórnych kwasów żółciowych
- Obniżenie pH stolca
- Korzystny wpływ na florę jelita grubego
- Fermentacja błonnika pokarmowego i skrobi z wytworzeniem krótkołańcuchowych kwasów tłuszczowych (źródło energii dla kolonocyty)

Kim YJ. A review of the impact of dietary fiber on colon cancer occurrence. *Gastroenterology* 2000; 118: 1235-57

Zywnienie a nowotwory

Błonnik pokarmowy a rak jelita grubego

Rola krótkołańcuchowych kwasów tłuszczowych (SCFA) w jelicie grubym

- SCFA – kwasy organiczne, 1-6 atomów węgla
 - octowy (C2), propionowy (C3), masłowy (C4), izomasłowy (C5), walerianowy (C5), izowalerianowy (C5), kaproonowy (C6)
- Powstają z fermentacji rozpuszczalnych postaci błonnika pokarmowego (pektyny, psyllium)
- Fizjologiczne znaczenie SCFA
 - Istotne źródło energii dla kolonocyty
 - Stymulacja proliferacji kolonocyty u podstawy krypt
 - Hamowanie proliferacji kolonocyty na szczycie krypt
 - Hamowanie proliferacji komórek nowotworowych w jelicie grubym

Cook DJ, Selvin HJ. Review article: short chain fatty acids in health and disease. *Aliment Pharmacol Ther* 1995; 10: 499-507

Zywnienie a nowotwory

Błonnik pokarmowy a rak jelita grubego

Rola krótkołańcuchowych kwasów tłuszczowych (SCFA) w jelicie grubym

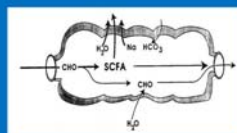


Figure 1. Unabsorbed carbohydrates entering the colon. They are then fermented by bacterial flora to SCFA. SCFA are then absorbed with resultant stimulation of sodium and water absorption. If the capacity of colonic flora to metabolize the polymer carbohydrates exceeded, an osmotic diarrhea may ensue.

CHO – niewchłanianewęglowodany
SCFA – krótkołańcuchowe kwasy tłuszczowe

Cook DJ, Selvin HJ. Review article: short chain fatty acids in health and disease. *Aliment Pharmacol Ther* 1995; 10: 499-507

Błonnik pokarmowy a rak jelita grubego

Hipoteza protekcyjnego działania błonnika na rozwój raka jelita grubego poprzez działanie galaktozy (1)



Phoebes JM. Linking hypothesis for inflammatory bowel disease and associated colon cancer: sticking the pieces together with sugar. *Lancet*. 1996; 347: 40-44.
Cordway EDJ et al. Review article: chemoprevention of colorectal cancer. *Aliment Pharmacol Ther*. 2002; 16: 1-24

Błonnik pokarmowy a rak jelita grubego

Hipoteza protekcyjnego działania błonnika na rozwój raka jelita grubego poprzez działanie galaktozy (2)

Produkty nie zawierające galaktozy: **błonnik pokarmowy zbóż**

Produkty zawierające galaktozę: **owocowe, warzywne**



Phoebes JM. Linking hypothesis for inflammatory bowel disease and associated colon cancer: sticking the pieces together with sugar. *Lancet*. 1996; 347: 40-44.
Cordway EDJ et al. Review article: chemoprevention of colorectal cancer. *Aliment Pharmacol Ther*. 2002; 16: 1-24

Błonnik pokarmowy a rak jelita grubego

Działanie błonnika pokarmowego w obrębie jelita grubego

Kliniczna weryfikacja hipotezy lektyna/galaktoza

- Badania typu „case-control”
 - 512 przypadków raka j. grubego
 - 512 przypadków kontrolnych
- Ocena spożycia: kwestionariusz częstości spożycia
- Wniosek: protekcyjne działanie błonnika pokarmowego zawartego w jarzynach a nie w zbożach
- Efekt zależny od dawki (dose-related) błonnika zawierającego galaktozę (OR 0,67)

Evans DG et al. Diet and colorectal cancer: an investigation of the lectin/galactose hypothesis. *Gastroenterology* 2002; 122: 1764-62

Niedobór fizjologicznych składników pokarmowych

- Niedobór włókien roślinnych (błonnika pokarmowego)

- Zaburzenia motoryki jelita grubego
- Wzrost wchłaniania glukozy w jelicie cienkim
- Uchyłki jelita grubego
- Polipy i rak jelita grubego
- Wzrost ryzyka raka wpustu

J. Huib. Preventive Role of Dietary Fiber in Gastrointestinal Cancer. *Nutrition Reviews*. 1991; 50: 313-314.
MA Fennerty. The physiological effect of dietary fiber: an update. *W: Annual review of nutrition*. Eds JE Olson, D.M. Klein, 1992. W: W. C. Croom, Inc., Philadelphia, USA, 1992.
MJ Aron, R. Doshi, H. Hasegawa and S. A. J. Jemal. Dietary factors in human colorectal cancer. *W: Annual Review of Nutrition*. Eds J.E. Olson, D.M. Klein, 1992. W. C. Croom, Inc., Philadelphia, California, USA, 1992

Kwasy tłuszczowe typu „trans” a nowotwory

- Kwasy tłuszczowe typu trans powstają w przemysłowym przetwarzaniu bądź uwodornianiu bakteryjnym wielonienasyconych kwasów tłuszczowych (głównie jako kwasy jednonienasycone).
- Stanowią one składnik triglicerydów tkanki tłuszczowej
- Badania epidemiologiczne i typu „case-control” wykazały dodatnią korelację pomiędzy ilością wielonienasyconych kwasów tłuszczowych typu trans w tkance tłuszczowej a zapadalnością na raka piersi i jelita grubego (1,2)

10. Bellizzi et al. *Archives of Disease in Childhood*. Adipose fatty acids and cancers of the breast, prostate and colon. *J. Cancer* 1997; 73: 587-597.
12. Kromhout et al. *Arteriosclerosis, Thrombosis and Vascular Biology*. In the European Community, Mediterranean, and Rotterdam, myocardial infarction and breast cancer. *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev*. 1997; 6: 195-200

Ryzyko raka piersi a spożycie tłuszczów

- Meta-analiza 16 publikacji badań „case control”
 - Kwestionariusz częstości spożycia, 24 godz. spożycie
 - Rak piersi - 6831 chorych, kontrola - 7105 osób
 - Porównanie grup „wysokiego” do „niskiego” spożycia:
- | | Wsp. ryzyka |
|-----------------------------|-------------|
| - Tłuszcze całkowite | 1,2 |
| - Tłuszcze nasycone | 1,4 |
| - Tłuszcze jednonienasycone | 1,4 |
| - Tłuszcze wielonienasycone | 0,9 |

Boyd NF et al. A meta-analysis of studies of dietary fat and breast cancer risk. *Br. J. Cancer* 1993; 68: 627-630

Nadmiar fizjologicznych składników pokarmowych

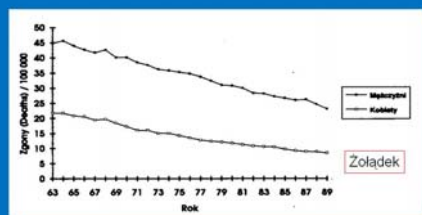
Nadmierne spożycie mikro i makroelementów

- NaCl - zwiększenie zapadalności na raka żołądka
- Ca - zmniejszenie proliferacji komórek nabłonkowych w kryptach jelita grubego (hamowanie karcinogenezy)

Niedobór fizjologicznych składników pokarmowych

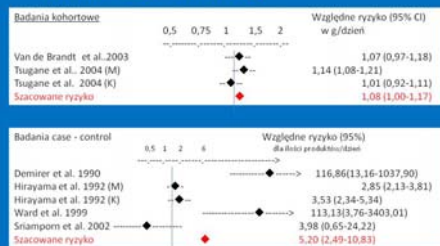
- Niedobór witamin
 - Witamina A (retinol, karotenoidy) - wzrost zapadalności na nowotwory przewodu pokarmowego (?)
 - Witamina B₁₂ (cyjanokobalamina) - wzrost zapadalności na nowotwory przewodu pokarmowego (?)
 - Witamina E (tokoferol) - wzrost zapadalności na nowotwory przewodu pokarmowego (?)
 - Witamina C (kw. askorbinowy) - wzrost zapadalności na raka przełyku i raka żołądka

Umiieralność w Polsce na nowotwory złośliwe żołądka w latach 1963-89



Zawarło W.A. Nowotwory żołądka w Polsce. Centrum Onkologii 1992

Całkowite spożycie soli i spożycie produktów solonych a umieralność z powodu raka żołądka



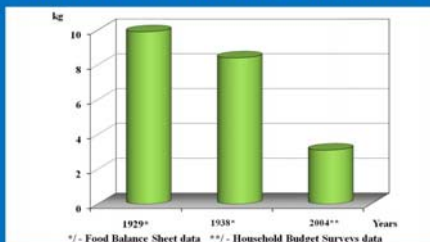
World Cancer Research Fund. Food, Nutrition, Physical Activity and Body Weight. A Global Perspective. Washington DC 2007. p. 349-66

Czynniki ryzyka raka żołądka a zmiany śluzówki żołądka



Correa C. Helicobacter pylori and gastric carcinogenesis. Am J Surg Pathol 1995;29(suppl 1):37-43

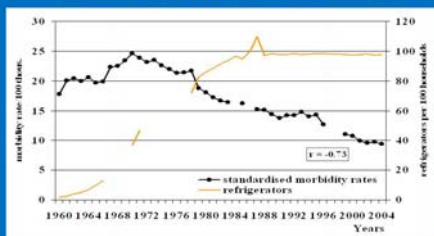
Spożycie soli kuchennej w Polsce w latach 1929, 1938, 2004



*/- Food Balance Sheet data **/- Household Budget Surveys data

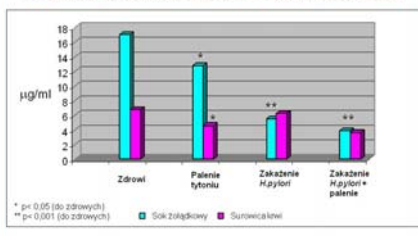
Wg danych GUS i danych statystycznych

Wyposażenie gospodarstw domowych w Polsce w sprzęt chłodniczy a zapadalność na raka żołądka w latach 1960 - 2004



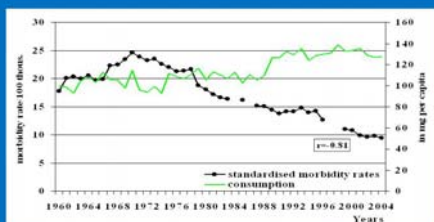
Wg danych IZ i Instytut Onkologii

Czynniki współdziałające z zakażeniem Hp w rozwoju raka żołądka
Czynniki środowiskowe (wit. C w soku żołądkowym)



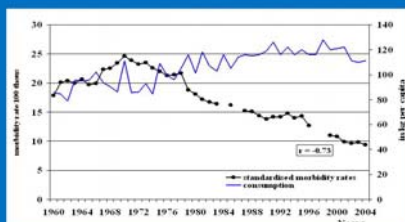
Janczyk M., Dąbrowski J. et al., Wpływ zakażenia Helicobacter pylori na stężenie witaminy C w soku żołądkowym. *Gastroenterologia Pol.* 1997; 4: 581-587

Spożycie witaminy C w Polsce a zapadalność na raka żołądka w latach 1960 - 2004



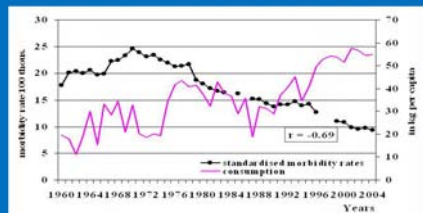
Wg danych IZ i Instytut Onkologii

Spożycie jarzyn w Polsce a zapadalność na raka żołądka w latach 1960 - 2004



Wg danych IZ i Instytut Onkologii

Spożycie owoców w Polsce a zapadalność na raka żołądka w latach 1960 - 2004



Wg danych IZ i Instytut Onkologii

• Badania doświadczalne

Zywnienie a nowotwory

Pierwsze informacje dotyczące zależności pomiędzy dietą a zapadalnością na nowotwory

Badania doświadczalne
 1953 - Tannenbaum and Silverstone
 1959 - Tannenbaum

- Myszy i szczury karmione dietą bogatą tłuszczową były bardziej „wrażliwe” na powstawanie nowotworów sutka i skóry w porównaniu do zwierząt o niskiej podażu tłuszczu.

David, H.A. and Klap, H.P. 1979. Dietary fat in relation to tumorigenesis. *Progress in Biochemical Pharmacology*, 10: 359-383
 David, H.A. 1975. Experimental evidence of dietary factors in tumorigenesis. *Cancer, Cancer Research*, 35: 3074-3093

Zywnienie a nowotwory

Gruźlak jelita grubego a dieta

✦ Potwierdzenie na modelu zwierzęcym proliferacyjnej roli kwasów żółciowych na nabłonek jelita grubego ⁽¹⁾

(1) Nagengast PM et al. Role of bile acids in colonic carcinogenesis. *Eur. J. Cancer*, 1985, 21A, 1067-70

Zywnienie a nowotwory

Dieta bogatotłuszczowa a rak przewodów trzustkowych

W kilku badaniach doświadczalnych^(1,2,3) wykazano, że:

- dieta bogata tłuszczowa przyspiesza rozwój raka przewodowego trzustki u chomików⁽¹⁾
- rozwój nowotworów trzustki był równiegiły ze zwiększeniem wymiarów samej trzustki^(1,2)
- dieta bogatotłuszczowa wywoływała u chomików ok. 2,5 – krotny wzrost stężenia CCK we krwi (co mogło sugerować, że karcinogeneza trzustkowa jest stymulowana przez CCK)^(1,2)
- efekt ten (w badaniach na szczurach) ulega zahamowaniu poprzez suplementację witamin A, C, E ⁽³⁾

(1) Shi DP et al. Enhancement of experimental pancreatic cancer in Syrian golden hamsters by dietary fat. *JNCI* 1981;65:1207-1210
 (2) Shi DP et al. Comparison of the effect of dietary, feed intake and control on pancreatic carcinogenesis in this hamster model. *Carcinogenesis* 1983; 11: 181-182
 (3) Winkler DA et al. Inhibition of dietary fat promoted development of pancreatic adenocarcinoma in Syrian golden hamsters by supplemental vitamins A, C and E. *Cancer Lett.* 1986; 31: 175-186

Zywnienie a nowotwory

Dieta bogatotłuszczowa a rak przewodów trzustkowych (rola CCK) (1)

- Eksperyment na chomikach
- Rak przewodowy trzustki wywoływano poprzez podanie podskórne 10 mg/kg w 8,9 i 10 tygodniu życia substancji rakotwórczej (BOP- N-nitrosobis(2-oxo-propyl)amina)
- Zwierzęta: 1 grupa – dieta wysokotłuszczowa (24,6 % tł.)
 2 grupa - dieta niskotłuszczowa (5 % tłuszczu)
- Każdą z grup podzielono na 2 podgrupy:
 I – wszczepiono podskórnie peletki z substancją blokującą receptor CCK (devazepide)
 II- wszczepiono peletki placebo

Hennegou M et al. Effect of High Fat diet and Cholecystokinin Receptor Blockade on Promotion of Pancreatic Ductal Cell Tumors in the Hamster. *Nutrition and Cancer* 1999; 34:171-182

Zywnienie a nowotwory

Dieta bogatotłuszczowa a rak przewodów trzustkowych (rola CCK) (2)

• Wyniki (po 9 miesiącach):

Grupa	% nowotworów
Grupa wysokotłuszczowa	76
Grupa niskotłuszczowa	55
	p<0,05
Grupa wysokotłuszczowa + blokada receptora CCK (różnica nieistotna do grupy wysokotłuszczowej)	79

N.S.

• Wniosek: Receptor CCK nie odgrywa istotnej roli w doświadczalnej karcinogenezie trzustki podczas stosowania diety bogatotłuszczowej

Hennegou M et al. Effect of High Fat diet and Cholecystokinin Receptor Blockade on Promotion of Pancreatic Ductal Cell Tumors in the Hamster. *Nutrition and Cancer* 1999; 34:171-182

Zywnienie a nowotwory

Dieta bogatotłuszczowa a proliferacja komórek nabłonka jelita grubego (1)

- Badania na szczurach
- dieta wysokotłuszczowa (45 % energii)
 - zróżnicowana na 4 diety o różnej zawartości rodzajów tłuszczu : a) oliwa z kukurydzy, b) tłuszcz wołowy, c) masło, d) olej rybi
- dieta niskotłuszczowa (15 % energii)
- czas trwania eksperymentu: 3 tygodnie
- proliferaacja komórek nabłonka oceniana poprzez inkorporację bromodeoksyuridy do DNA nabłonka

Kim D et al. Dietary Effects of High-Fat Diets on Colon Cell Proliferation Measured with Type of Dietary Fat and Oil of the Colon. *Nutrition and Cancer* 1996; 26: 115-123

Zywnienie a nowotwory

Dieta bogatotłuszczowa a proliferacja komórek nabłonka jelita grubego (2)



• **Wyniki (część proksymalna jelita)**

	Dieta ubogotł.	Dieta bog. tł.
Wysokość krypt (l.kom.)	26,4	26,1
Obwód krypt (l.kom.)	17,3	17,1
Liczba kom. w krypte	458	445
Wielkość strefy proliferacji	32 %	37 %*

* p<0,05

• **Wniosek:** Istotny wzrost strefy proliferacji krypt po diecie bogatotłuszczowej

Kim DY et al. Stimulatory Effects of High-Fat Diet on Colon Cell Proliferation Depend on the Type of Dietary Fat and Site of the Colon. Nutrition and Cancer 1998; 31: 118-123

Zywnienie a nowotwory

Dieta bogatotłuszczowa a proliferacja komórek nabłonka jelita grubego (3)



• **Wyniki (część dystalna jelita)**

	Dieta ubogotł.	Dieta bog. tł.
Wysokość krypt (l.kom.)	36,0	35,7
Obwód krypt (l.kom.)	19,9	20,5
Liczba kom. w krypte	715	733
Wielkość strefy proliferacji	39 %	43,9 %*

* p<0,05

• **Wniosek:** Istotny wzrost strefy proliferacji krypt po diecie bogatotłuszczowej

Kim DY et al. Stimulatory Effects of High-Fat Diet on Colon Cell Proliferation Depend on the Type of Dietary Fat and Site of the Colon. Nutrition and Cancer 1998; 31: 118-123

Zywnienie a nowotwory

Dieta bogatotłuszczowa (różne rodzaje tłuszczu) a proliferacja komórek nabłonka jelita grubego (4)



• **Wyniki (część dystalna jelita)**

	Dieta bogatotłuszczowa (Masło)	(Tłuszcz rybi)
Wysokość krypt (l.kom.)	37,7	35,4
Obwód krypt (l.kom.)	20,8	19,9
Liczba kom. w krypte	784	705
Wielkość strefy proliferacji	45,2 %	37,4 %*

* p<0,05

• **Wniosek:** Tłuszcz rybi nie powoduje wzrostu proliferacji

Kim DY et al. Stimulatory Effects of High-Fat Diet on Colon Cell Proliferation Depend on the Type of Dietary Fat and Site of the Colon. Nutrition and Cancer 1998; 31: 118-123

Zywnienie a nowotwory

Dieta bogatotłuszczowa a uszkodzenie DNA

• Badania na szczurach, oznaczenie 5-OHmdU (5-hydroksymetyl-2-deoksyuridyna) jako wyznacznika oksydacyjnego uszkodzenia DNA

% tłuszczu	Uszkodzenie DNA / 5-OHmdU / g tymidyny	
	Krew	Gr. sutkowy
3 %	120±27	116±17
5 %	140±27	184±17*
10 %	153±30	195±19*
15 %	180±27	182±17*
20 %	198±27*	159±19

* p<0,05

Chung Z et al. Effect of Varying Dietary Fat Levels on Rat Growth and Oxidative DNA Damage. Nutrition and Cancer 2001; 39: 214-219

Zywnienie a nowotwory

Niedobór fizjologicznych składników pokarmowych

- **Niedobór mikro i makroelementów**
 - Selen
 - wzrost zapadalności na nowotwory przewodu pokarmowego (?)
 - atrofia trzustki (doświadczenie)
 - zmniejszenie skuteczności chemioterapii nowotworów
 - Miedź
 - destrukcja komórek pęcherzyka trzustki z włóknieniem
 - Cynk
 - redukcja syntezy zymogenu w trzustce (doświadczenie)

Wojewódzki J et al. Wpływ niedoborów mikroelementów na nowotwory. 1997; 12: 100-105

Zywnienie a nowotwory

Probiotyki a rak okrężnicy (badania doświadczalne)

- Dodatek do diet szczurom *Bifidobacterium longum* powodował zahamowanie w 25-50 % zmian przedrakowych w jelicie grubym powodowanych różnymi typami karcinogenów
- Dodatek do diety żywych kultur *Bifidobacterium longum* hamował wzrost i rozwój u szczurom gruczolaków jelita grubego indukowanych 2-amino-3-mety-3H-imidazol(4,5-f)quinoliny
- Dodatek kultur *Lactobacillus acidophilus* szczurom poddanych działaniu 1,2-dimetylnitroazyny powodował istotną redukcję liczby i wielkości gruczolaków lub zupełnie brak występowania gruczolaków
- Korzystne działanie niektórych szczepów *Bifidobacterium longum* / *Lactobacillus acidophilus* jest związane z redukcją uszkodzeń DNA powstających pod wpływem działania różnych karcinogenów

11) Oberholzer R et al. Effect of *Bifidobacterium longum* and myoinositol on gut bacterial metabolism and carcinogen-induced aberrant crypt foci in rats. Carcinogenesis 1996; 17: 281-285

12) Ruddy BG and Rosewell A. Inhibitory effect of *Bifidobacterium longum* on colon, mammary, and liver carcinogenesis induced by 2-amino-3-methyl-3H-imidazo[4,5-f]quinoline, a food mutagen. Cancer res. 1990; 50: 3914-3918

13) Kishimoto C et al. A probiotic strain of *Lactobacillus* reduces DNA-induced large intestinal tumors in mice. Science (New York and London) 1999; 285: 151-153

14) Wojewódzki J et al. Bacteria used for the production of yogurt inactivate carcinogens and prevent DNA damage in the colon of rats. J. Nutr. 1999; 129: 77-82

[illegible]

Zywność a nowotwory

Profilaktyka – racjonalne żywienie, piramida zdrowego żywienia

Olej roślinne

Mięso drobiowe, straczkowe, ryby

Mleko i jego przetwory

Owoce

Warzywa

Produkty zbożowe

Nie zapomnij o ruchu!

Aktywność fizyczna

PRZEDSIĘWZIĘCIA KRAJOWE I MIĘDZYNARODOWE W ZAKRESIE ŻYWIENIOWEJ PROMOCJI ZDROWIA

Promocja zdrowia to proces umożliwiający zwiększenie kontroli nad zdrowiem oraz jego polepszenie poprzez podnoszenie poziomu wiedzy o sposobach zapobiegania chorobom w celu długotrwałej poprawy stanu zdrowia społeczeństwa¹.

Dokonujące się na świecie zmiany polityczne, ekonomiczne i społeczne niosą ze sobą nie tylko nowe wyzwania i możliwości, ale także zagrożenia dla zdrowia wielu grup ludności. Jakkolwiek na przestrzeni ostatnich lat udało się zwalczyć wiele chorób zakaźnych, w tym chorób związanych z niewłaściwą jakością zdrowotną żywności (zatrucie pokarmowych), to jednocześnie wyzwaniem stały się nowe choroby dotychczas nie występujące lub nie rozpoznawane u ludzi, jak AIDS, nowe odmiany grypy, których spektakularny przebieg jest szeroko omawiany w mediach. Jednak obecnie największym zagrożeniem zdrowia publicznego są nie choroby zakaźne, a przewlekłe, takie jak: choroby serca, udary, nowotwory, choroby układu oddechowego oraz cukrzyca. Są one główną przyczyną zgonów na świecie (stanowiąc 60% wszystkich zgonów). Należy dodać, za danymi WHO, że spośród 35 mln zgonów z powodu chorób przewlekłych w 2005 r. połowa dotyczyła osób poniżej 70. roku życia. Podkreślenia wymaga także fakt, że – w przeciwieństwie do powszechnej opinii – 80% zgonów z powodu chorób przewlekłych dotyczy krajów o niskim lub średnim statusie ekonomicznym.

Poważnym problemem zdrowotnym jest także nadmierna masa ciała. Otyłość przybrała rozmiary epidemii. Zgodnie z danymi WHO, w 2005 r. około 1,6 mld osób w wieku powyżej 15 lat i 20 mln dzieci charakteryzowało się nadwagą, a co najmniej 400 mln osób dorosłych było otyłych. WHO przewiduje że do 2015 r. liczba osób z nadwagą osiągnie 2,3 mld osób, a ponad 700 mln osób dorosłych będzie otyłych.

Główne przyczyny chorób przewlekłych to nieprawidłowe żywienie, niewłaściwa aktywność fizyczna, palenie tytoniu. Eliminacja głównych czynników ryzyka chorób przewlekłych może skutecznie zmniejszać zapadalność na choroby przewlekłe. WHO podaje, że możliwe jest zmniejszenie zapadalności na udary, cukrzycę typu 2 nawet o 80%, a zapadalności na nowotwory o 40 %.

Z tego powodu podejmowane są różne działania na rzecz promocji zdrowia i zmniejszenia zapadalności na choroby przewlekłe. Podejmowane są one na forum Światowej Organizacji Zdrowia, Unii Europejskiej, jak i w poszczególnych regionach geograficznych świata i w wielu krajach.

Światowa Organizacja Zdrowia

W ostatnich latach Światowa Organizacja Zdrowia ogłosiła programy prewencji przewlekłych chorób niezakaźnych w następujących dokumentach:

1. *Globalna Strategia dotycząca Żywienia, Aktywności Fizycznej i Zdrowia* – przyjęta do realizacji na 57. Światowym Zgromadzeniu Zdrowia w dniu 22 maja 2004 roku. Główne cele tej strategii to:
 - redukcja czynników ryzyka chorób niezakaźnych, które są efektem nieprawidłowego żywienia i małej aktywności fizycznej,
 - zwiększenie świadomości i zrozumienia roli prawidłowego żywienia i optymalnej aktywności fizycznej w kształtowaniu zdrowia publicznego,
 - poparcie dla rozwoju i implementacji na poziomie światowym, krajowym i regionalnym programów, które włączają wiele sektorów, zmierzających do poprawy modelu żywienia i zwiększenia aktywności fizycznej,

¹ First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986.

- wsparcie badań naukowych w szeroko pojętym obszarze związków między sposobem żywienia, aktywnością fizyczną i zdrowiem, a także wszelkich inicjatyw dotyczących poprawy zdrowia poprzez prewencję chorób niezakaźnych.
2. *Europejska Karta Walki z Otyłością*. Dokument ten został podpisany przez Ministrów Zdrowia podczas Europejskiego Zgromadzenia Ministrów Zdrowia w Stambule (15–17 listopada 2006 r.). Głównym jego celem jest zwalczanie nadmiernej masy ciała, m.in. poprzez:
 - wprowadzenie przez podstawową opiekę zdrowotną odpowiednio wczesnego rozpoznawania i sposobów postępowania w odniesieniu do nadwagi i otyłości,
 - zapewnianie szkoleń pracowników służby zdrowia w zakresie zapobiegania otyłości oraz wydawanie wskazówek klinicznych dotyczących badań przesiewowych i leczenia,
 - rutynowe pomiary antropometryczne i poradnictwo w systemie podstawowej opieki zdrowotnej.
 3. *Europejski Plan Działania dot. Żywności i Polityki Żywnienia 2007–2012* (2. edycja). Najważniejsze cele:
 - zmniejszenie występowania przewlekłych chorób niezakaźnych,
 - odwrócenie tendencji wzrostu otyłości wśród dzieci i młodzieży,
 - zmniejszenie występowania niedoborów składników mineralnych i witamin.
 - zmniejszenie liczby zatruc pokarmowych.

Unia Europejska

Na forum Unii Europejskiej należy wymienić następujące dokumenty:

1. *Zielona Księga – promowanie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej: europejski wymiar zapobiegania nadwadze, otyłości i chorobom przewlekłym*, która w roku 2007 została zastąpiona *Białą Księgą – Strategia dla Europy w sprawie żywienia, nadwagi i otyłości w aspekcie zdrowia*. *Biała Księga* ma na celu stworzenie zintegrowanej europejskiej strategii, która przyczyniłaby się do zmniejszenia problemów zdrowotnych, spowodowanych niewłaściwym odżywianiem, nadwagą i otyłością.
2. *Decyzja nr 1350/2007/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 października 2007 r. ustanawiająca drugi wspólnotowy program działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008–2013* (Dz. U. UE L 301). Decyzją powołano drugi program *Działania Wspólnoty w dziedzinie zdrowia na lata 2008–2013*. Program stanowi uzupełnienie, wsparcie oraz wartość dodaną w stosunku do polityki państw członkowskich solidarności i dobrobytu w Unii Europejskiej przez ochronę i promowanie ludzkiego zdrowia i bezpieczeństwa oraz poprawę zdrowia publicznego. Szczegółowe zadania przewidziane programem:
 - poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli,
 - promocja zdrowia, w tym zmniejszenie nierówności w zakresie zdrowia,
 - generowanie i rozpowszechnianie informacji i wiedzy na temat zdrowia.

Polska

W Polsce zagadnienia promocji zdrowia realizowane są w różnych programach, niektóre z nich zawierają elementy związane z żywieniową promocją zdrowia lub, jak np. program POL-HEALTH, zagadnienia żywienia i aktywności fizycznej w prewencji chorób przewlekłych stawia na pierwszym miejscu. Spośród obecnie realizowanych w kraju programów można wymienić m.in.:

1. *Narodowy Program Zdrowia (NPZ) na lata 2007–2015* (czwarta wersja). Określa priorytetowe kierunki działań w Polsce w zakresie:
 - umacniania zdrowia i wyrównywania różnic terytorialnych i społecznych poprzez wpływ na styl życia, a także wyrównywanie szans osób starszych i niepełnosprawnych,
 - wczesnego wykrywania i leczenia najczęściej występujących chorób w odwracalnych ich stadiach ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej i pomocy doraźnej w stanach zagrożenia życia,
 - ochrony zdrowia ludności przed najczęstszymi zagrożeniami.

2. *Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD*. Celem głównym *Programu* jest utrzymanie tempa redukcji umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce. W latach 2003–2012 redukcja umieralności powinna przekroczyć 30% u osób poniżej 65 roku życia, tj. co najmniej 3% rocznie.
3. *Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych* ustanowiony na mocy ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. (Dz.U. 2005, nr 05.143.1200). Celem *Programu* jest:
 - zahamowanie wzrostu zachorowań na nowotwory,
 - osiągnięcie średnich europejskich wskaźników w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów,
 - osiągnięcie średnich europejskich wskaźników skuteczności leczenia,
 - stworzenie warunków do wykorzystania w praktyce onkologicznej postępu wiedzy o przyczynach i mechanizmach rozwoju nowotworów złośliwych,
 - utworzenie systemu ciągłego monitorowania skuteczności zwalczania nowotworów w skali kraju i w poszczególnych regionach kraju.
4. *Program Eliminacji Niedoboru Jodu w Polsce*. Celem głównym *Programu* jest:
 - zmniejszenie ryzyka zachorowalności z powodu niedoboru jodu poprzez stosowanie w Polsce modelu profilaktyki jodowej oraz dostosowanie jej parametrów do zmieniających się warunków środowiska,
 - zabezpieczenie kobiety ciężarnej i karmiącej w rekomendowaną dawkę jodu przy jednoczesnym ograniczeniu spożycia soli i dalsza kontrola efektywności profilaktyki jodowej w nowej sytuacji.
5. *Narodowy Program Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej POL-HEALTH*. Cele programu:
 - zmniejszenie, głównie poprzez poprawę żywienia i wzrost aktywności fizycznej, częstości występowania nadwagi i otyłości.
 - zmniejszenie zachorowalności i umieralności na przewlekłe choroby niezakaźne w Polsce (choroby układu krążenia, nowotwory, cukrzycę typu 2, nadciśnienie tętnicze i inne).
 - zmniejszenie wydatków na ochronę zdrowia związanych z leczeniem przewlekłych chorób niezakaźnych, w szczególności otyłości i jej powikłań, a także zmniejszenie skutków ekonomicznych niepełnosprawności i przedwczesnej umieralności.

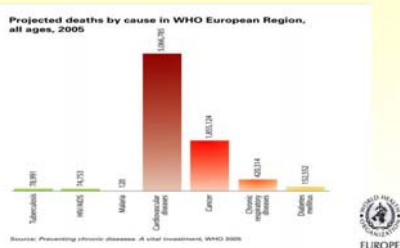
Przedsięwzięcia krajowe i międzynarodowe w zakresie żywieniowej promocji zdrowia

Iwona Traczyk
Instytut Żywności i Żywienia

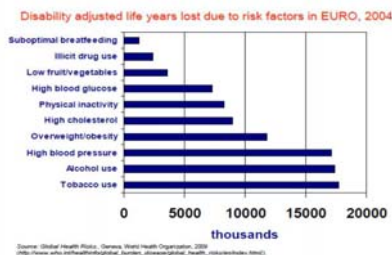
- Promocja zdrowia to proces umożliwiający zwiększenie kontroli nad zdrowiem oraz jego polepszenie poprzez podnoszenie poziomu wiedzy o sposobach zapobiegania chorobom, w celu długotrwałej poprawy stanu zdrowia społeczeństwa.

□ (see International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986).

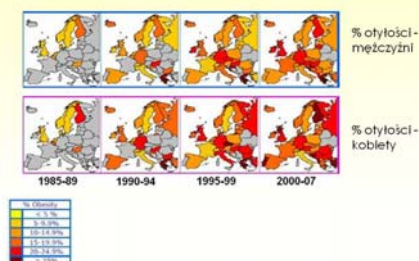
Main killers in the WHO European Region



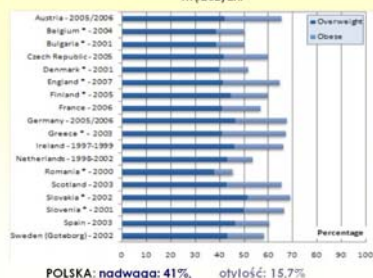
The main causes are known



Otyłość w Europie



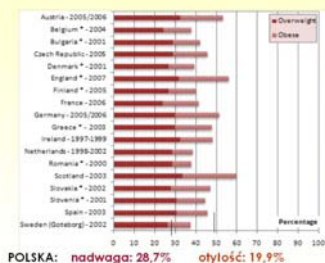
Występowanie otyłości w wybranych krajach Europejskich - mężczyźni



Źródło: International Association for the Study of Obesity (IASO)

Źródło: L. Sekula W. Rychlik, E. Otrębska, M. Figurska, 2000, Badania Indywidualnego spożycia

Występowanie otyłości w wybranych krajach Europejskich - kobiety



Źródło: International Association for the Study of Obesity (IASO)

**W Regionie Europejskim WHO
każdego roku, nadmierna masa
ciała,
jest przyczyną:**

- ♦ **ponad 1 miliona zgonów**
- ♦ **12 mln zachorowań na choroby przewlekłe.**

Otyłość w USA

- ♦ **1990 r.**
 - ♦ - 10 stanów otyłość poniżej 10%,
 - ♦ 34 stany - 10-14%
 - ♦ w żadnym stanie otyłość nie sięgała 15%
- ♦ **1999 r.**
 - ♦ wszystkie stany – otyłość powyżej 10%
 - ♦ 18 stanów 20-24%,
 - ♦ w żadnym nie sięgała 25%
- ♦ **W 2009 r.,**
 - ♦ w jednym stanie otyłość poniżej 20% ,
 - ♦ 33 stany - 25% lub powyżej, z czego w 9 powyżej 30%

http://www.cdc.gov/obesity/downloads/obesity_trends_2009.pdf

Nadwaga i otyłość



Inne przewlekłe choroby niezakaźne

Nadwaga i otyłość



Wzrost kosztów
ochrony zdrowia
O ok.6% w Reg. E. WHO



obniżenie dochodów
wskutek mniejszej
produktywności osób
chorych

Inicjatywy na rzecz walki z nadwagą i otyłością



Światowa Organizacja Zdrowia

Globalna Strategia WHO w sprawie Żywienia, Aktywności Fizycznej i Zdrowia (2004)

CEL:

↓ zachorowalności i umieralności
na przewlekłe choroby niezakaźne
(choroby układu krążenia, cukrzyca insulinozależna,
nowotwory żywieniowo zależne, otyłość, osteoporoza)
poprzez poprawę żywienia i
aktywności fizycznej.

PRIORYTET:

Profilaktyka nadwagi i otyłości.

EUROPEJSKA KARTA WALKI Z OTYŁOŚCIĄ

- Podpisana w Stambule przez Ministrów Zdrowia
- Zadeklarowali:
 - zaangażowanie na rzecz intensyfikacji działań dotyczących walki z otyłością, zgodnie z Kartą,
 - umieszczenia tego problemu na wysokiej pozycji w programach politycznych naszych rządów.

EUROPEJSKA KARTA WALKI Z OTYŁOŚCIĄ

„...Epidemia narastała w ostatnich dziesięcioleciach, jako skutek zmian w środowisku społecznym, gospodarczym, kulturalnym i fizycznym...”

„...Brak równowagi w bilansie energii w społeczeństwie spowodowany jest dramatycznym spadkiem aktywności fizycznej oraz zmianą żywienia, w tym zwiększonym spożyciem żywności i napojów o wysokiej gęstości energetycznej, a jednocześnie ubogich w składniki odżywcze (charakteryzujących się wysokim udziałem tłuszczów nasyconych, jak również tłuszczu ogółem, soli i cukrów) w połączeniu z niewystarczającym spożyciem owoców i warzyw...”

EUROPEJSKA KARTA WALKI Z OTYŁOŚCIĄ

„...Epidemia otyłości jest odwracalna...”

„...Ograniczenie epidemii i odwrócenie trendu jest podstawowym celem działania w Regionie...”

„...W ciągu następnych 4-5 lat powinien być osiągalny widoczny postęp w większości krajów, szczególnie w odniesieniu do dzieci i młodzieży, a najpóźniej w 2015 roku powinno być możliwe odwrócenie trendu...”

EUROPEJSKA KARTA WALKI Z OTYŁOŚCIĄ

- „...Potrzebna jest wola polityczna i przywództwo na wysokim szczeblu, a także zaangażowanie całego rządu w celu osiągnięcia mobilizacji i współdziałania różnych sektorów...”
- „...Działanie przeciwko otyłości powinno łączyć się z ogólną strategią zwalczania przewlekłych chorób niezakaźnych i działaniami w zakresie promocji zdrowia, jak również z szerszym kontekstem zrównoważonego rozwoju...”

EUROPEJSKA KARTA WALKI Z OTYŁOŚCIĄ

„...Należy skoncentrować szczególną uwagę na grupach wrażliwych, jak dzieci i młodzież...”

EUROPEJSKA KARTA WALKI Z OTYŁOŚCIĄ

„... Ministerstwa zdrowia powinny odgrywać wiodącą rolę w propagowaniu, inspirowaniu i kierowaniu działaniami międzysektorowymi...”

„...System opieki Zdrowotnej spełnia także ważną rolę, zajmując się ludźmi z wysokim ryzykiem oraz z nadwagą i otyłością, projektując i wdrażając środki zapobiegawcze oraz zapewniając diagnostykę, badania przesiewowe i leczenie...”

EUROPEJSKA KARTA WALKI Z OTYŁOŚCIĄ

„... Media ponoszą ważną odpowiedzialność za dostarczanie informacji i edukację, zwiększanie świadomości i wspieranie polityki zdrowia publicznego w tej dziedzinie...”

EUROPEJSKA KARTA WALKI Z OTYŁOŚCIĄ

„... Pakiet niezbędnych działań może obejmować:

- ☐ zmniejszenie presji ze strony rynku, szczególnie w odniesieniu do dzieci;
- ☐ promocję karmienia piersią;
- ☐ zapewnienie dostępu do i podaż zdrowszej żywności, w tym owoców i warzyw;
- ☐ środki ekonomiczne ułatwiające zdrowsze wybory żywności;
- ☐ oferty przystępnych obiektów rekreacyjno-sportowych...”

EUROPEJSKA KARTA WALKI Z OTYŁOŚCIĄ

„... Powinno się kontynuować działania skoncentrowane na prewencji otyłości wśród osób, które już mają nadwagę i dlatego są zagrożone wysokim ryzykiem, oraz na leczeniu choroby otyłości...”

EUROPEJSKA KARTA WALKI Z OTYŁOŚCIĄ

„... Wprowadzenie przez podstawową opiekę zdrowotną odpowiednio wczesnego rozpoznawania i sposobów postępowania w odniesieniu do nadwagi i otyłości, Wprowadzenie przez podstawową opiekę zdrowotną odpowiednio wczesnego rozpoznawania i sposobów postępowania w odniesieniu do nadwagi i otyłości, ...”

EUROPEJSKA KARTA WALKI Z OTYŁOŚCIĄ

„... Niezbędny jest długofalowy proces monitorowania postępu ... „

Powinny być opracowywane 3-letnie raporty na szczelnie Biura Regionalnego WHO dla Europy (pierwszy w 2010 roku).

Drugi Europejski Plan Działania dot. Żywności i Polityki Żywnienia 2007-2012.

- zmniejszyć występowanie przewlekłych chorób niezakaźnych (żywnościowo zależnych),
- odwrócić trend otyłości u dzieci i dorosłych,
- zmniejszyć występowanie niedoborów pierwiastków śladowych,
- zmniejszyć występowanie chorób zakaźnych

Drugi Europejski Plan Działania dot. Żywności i Polityki Żywnienia 2007-2012.

W celu osiągnięcia tych celów powinny być przestrzegane następujące rekomendacje FAO/WHO

- <10% energii z kwasów tłuszczowych nasyconych,
- <1% energii z kwasów tłuszczowych trans,
- <10% energii z cukrów prostych,
- ≥ 400 g owoców i warzyw dziennie,
- <5 g soli dziennie.

Paneuropejski Program dotyczący Transportu, Zdrowia i Środowiska (2002)

- podejmowanie działań na rzecz:
 - zapewnienia bezpieczeństwa ruchu drogowego, w tym rowerowego i pieszego
 - tworzenia przyjaznych dla dzieci urządzeń do zabawy i uprawiania sportu, a więc tworzenia infrastruktury do uprawiania aktywności fizycznej - ważnego elementu prewencji otyłości.

Paneuropejski Program dotyczący Transportu, Zdrowia i Środowiska (2002)

Zalecenia:

- podejmowanie działań na rzecz:
 - zapewnienia bezpieczeństwa ruchu drogowego, w tym rowerowego i pieszego
 - tworzenia przyjaznych dla dzieci urządzeń do zabawy i uprawiania sportu, a więc tworzenia infrastruktury do uprawiania aktywności fizycznej - ważnego elementu prewencji otyłości.

Plan Działania dla Europy na rzecz Środowiska Dzieci i Zdrowia (2004)

Zalecenia:

podejmowanie działań na rzecz zmniejszenia zachorowalności wynikającej z braku odpowiedniej aktywności fizycznej poprzez promowanie tworzenia bezpiecznych i dostępnych dla wszystkich dzieci miejsc do uprawiania aktywności fizycznej w miejscu ich zamieszkania.

**Biała Księga Komisji Europejskiej
"Strategia dla Europy w sprawie Żywienia, Nadwagi
i Otyłości w Aspekcie Zdrowia" (2007).**

- Wszystkie działania publiczne, powinny uwzględniać trzy czynniki.
 - Po pierwsze, każdy sam ponosi ostateczną odpowiedzialność za swój styl życia i za styl życia swoich dzieci, choć oczywiście środowisko także wpływa na zachowania.
 - Po drugie, tylko dobrze poinformowany konsument może podejmować racjonalne decyzje.
 - Po trzecie, optymalny efekt można uzyskać promując podejście oparte na łączeniu i uzupełnianiu się różnych obszarów polityki (podejście horyzontalne) oraz różnych poziomów działania (podejście wertykalne).

School Fruit Scheme

Środki europejskie – 90 mln Euro/rok

**zakup i dystrybucja świeżych
owoców i warzyw do szkół**

MEND Project

Mind, Exercise, Nutrition...Do it!

**Program na rzecz zmniejszenia otyłości u dzieci
zasięg światowy**

**Dzieci i ich rodziny uczone są prawidłowych nawyków
żywieniowych i odnośnie aktywności fizycznej**

EPODE

**Together Let's Prevent Childhood Obesity
Ensemble Prévenons l'Obésité Des Enfants**

metodologia mających na celu zaangażowanie wszystkich właściwych podmiotów lokalnych w zintegrowany program dla poprawy stylu życia. Programy opracowane w ramach EPODE - długoterminowe, mające na celu zmianę środowiska, a tym samym niezdrowych zachowań. Pierwszy program EPODE został uruchomiony we Francji w 2003 obejmuje obecnie prawie 1,8 mln mieszkańców w 107 miastach Francji. Następnie to 20 miast w Hiszpanii i 6 miast w Belgii. Program jest planowany także w Grecji, Kanadzie i Australii.

Schools for Health in Europe (SHE) network

Cel:

wsparcie organizacji i pracowników do dalszego rozwoju i utrzymania szkół promujących zdrowie w każdym kraju

Programy krajowe

- Dania – program 6 razy dziennie – wzrost spożycia owoców w miejscu pracy i szkole
- Francja – Podatek od reklamy telewizyjnej napojów soft-drinks

Programy krajowe

- Grecja – zabronione posiłki/produkty typu fast foods w stołówkach i sklepikach szkolnych
- Norwegia - promowanie karmienia piersią: 98% kobiet objętych programem zdecydowała się na karmienie piersią z czego 90% karmi co najmniej 3-4 miesiące,

Inicjatywy krajowe

Wielka Brytania

- Water is Cool in School: kilka szkół zainstalowało urządzenia do chłodzenia wody i podawało dzieciom wodę butelkowaną - wzrost koncentracji podczas lekcji
- Schoolwalking buses - dorośli towarzyszyli dzieciom w drodze do szkoły, pieszo, po drodze zabierali inne dzieci
- Fighting Fat, Fighting Fit – kampania telewizyjna skierowana do całej populacji
- Zamiana automatów mlecznymi barami
- Dzieci wracające do domu samochodem – czekają 10 min.

□ Shape Up America! - od 1994



- – www.shapeup.org/ – odwiedzana ponad 100,000 razy w miesiącu



Narodowy Program Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej



Zakłada się, że realizacja Programu przyniesie następujące korzyści:

- zwiększenie świadomości żywieniowej społeczeństwa;
- modyfikacja modelu żywienia na prozdrowotny;
- zmniejszenie częstości występowania żywieniowych czynników ryzyka chorób dietozależnych;
- wypracowanie modelu postępowania zwiększającego aktywność fizyczną wszystkich grup wiekowych i wzrost świadomości społecznej w zakresie roli ruchu w zachowaniu zdrowia i sprawności fizycznej;



Zakłada się, że realizacja Programu przyniesie następujące korzyści:

- zmniejszenie częstości występowania nadwagi, otyłości, hipercholesterolemii, hiperlipidemii oraz hiperhomocysteinemii;
- obniżenie występowania przedwczesnej niepełnosprawności fizycznej oraz przedwczesnej umieralności z powodu chorób układu krążenia, nowotworów żywieniowozależnych, osteoporozy oraz układu pokarmowego;
- poprawa żywienia i aktywności fizycznej dzieci i młodzieży oraz ludności dorosłej, w tym powyżej 65. roku życia;

Zakłada się, że realizacja Programu przyniesie następujące korzyści:

- wydłużenie dalszego przeciętnego trwania życia;
- zmniejszenie kosztów leczenia przewlekłych chorób niezakaźnych oraz skutków ekonomicznych niepełnosprawności i przedwczesnej umieralności;
- wdrożenie do systemu podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej metodologii oceny stanu odżywienia, jako jednego z podstawowych narzędzi wczesnej diagnostyki nadwagi i otyłości, z wyróżnieniem jej rodzajów, w aspekcie stopnia zagrożenia zdrowia;
- sukcesywne zwiększanie na rynku asortymentu żywności o obniżonej zawartości tłuszczu, soli i cukru.

Realizacja Programu w I fazie przewidziana jest na lata 2007-2011

- opracowano i przygotowano do druku 2 monografie
 - Zasady prawidłowego żywienia dzieci i młodzieży oraz wskazówki dotyczące aktywności fizycznej i zdrowego stylu życia
 - Obiady szkolne dla dzieci szkół podstawowych i gimnazjalnych, z podaniem jadłospisów na 2 poziomach ekonomicznych.

Realizacja Programu w I fazie przewidziana jest na lata 2007-2011

- 2007
- Zorganizowano 4 konferencje szkoleniowe:
- „Zwalczanie otyłości i innych przewlekłych chorób niezakaźnych – priorytet Komisji Europejskiej i Światowej Organizacji Zdrowia” - każda dla ok. 200 osób dla:
 - Dyrektorów szkół, nauczycieli szkół podstawowych, gimnazjów, szkół średnich w porozumieniu z Ministerstwem Edukacji i Nauki
 - Resortów: zdrowia, edukacji, rolnictwa, nauki, sportu, przedstawicieli Parlamentu, członków Platformy ds. Żywności, Aktywności Fizycznej i Zdrowia oraz organizacji pozarządowych (w tym: Federacji Konsumentów, Stowarzyszenia Konsumentów Polskich), Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, Rady ds. Żywności
 - Przedstawicieli samorządów szczebla wojewódzkiego, Państwowej Inspekcji Sanitarnej
 - Podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, dietetyków, pielęgniarek, przedstawicieli Akademii i Uniwersytetów Medycznych, szkół pielęgnianich oraz towarzystw naukowych.

Realizacja Programu w I fazie przewidziana jest na lata 2007-2011

- 2009
- Działania na rzecz redukcji spożycia soli w Polsce
- Opracowanie systemu poradnictwa dietetycznego w Polsce
- Opracowanie broszury „Śniadania szkolne” i wytycznych dla sklepików szkolnych

- Według Światowej Organizacji Zdrowia:
- 62 % wszystkich udarów mózgu
- i 49 % chorób serca
- może być związana z nadciśnieniem, które m.in. związane jest z nadmierną zawartością sodu w diecie.

Realizacja Programu w I fazie przewidziana jest na lata 2007-2011

- 2010
- 1. Poprawa żywienia i aktywności fizycznej dzieci i młodzieży w szkołach
- 2. Upowszechnianie i wdrażanie wśród ogółu społeczeństwa, zasad prawidłowego żywienia i zaleceń zdrowotnych w zakresie aktywności ruchowej
- 3. Wdrażanie zasad prawidłowego żywienia i poradnictwa dietetycznego w szpitalach i zakładach specjalistycznej i podstawowej opieki zdrowotnej
- 4. Monitoring w zakresie spożycia soli
- 5. Zadania na rzecz zmniejszenia spożycia soli

**Rada do Spraw Diety, Aktywności
Fizycznej i Zdrowia**

Powołana zarządzeniem
Ministra Zdrowia
z dnia z dnia 12 listopada 2007 r.

- W kraju realizowane są także programy skierowane do dzieci i młodzieży szkolnej.
- Największy tego typu program zatytułowany „Trzymaj Formę” prowadzi Główny Inspektorat Sanitarny we współpracy z Polską Federacją Producentów Żywności.

- Do dzieci skierowane są także, np. programy:
- „Wiem, co jem”
- „Warzywa, owoce, soki są na 5”

ZMIANY DŁUGOOKRESOWE MODELU ŻYWIENIA W POLSCE: UWARUNKOWANIA I SKUTKI ZDROWOTNE

Od kilkunastu lat trwa poprawa sytuacji zdrowotnej w naszym kraju. Do 2009 r. kontynuowana była niemal nieprzerwana (z wyjątkiem 2003 r.) tendencja spadkowa w umieralności w naszym kraju, zapoczątkowana w 1992 r., a więc obejmująca już 18 lat. Dzięki niej wydłużyło się przeciętne trwanie życia: w 2009 r. wynosiło ono przeciętnie 71,5 lat dla mężczyzn i 80,1 lat dla kobiet: w stosunku do 1991 r. długość życia mężczyzn i kobiet zwiększyła się odpowiednio o 5,6 i 5,0 lat¹. Jest ona m.in. rezultatem tego, że od 1992 r. występuje ciągły spadek współczynnika zgonów spowodowanych chorobami układu krążenia: w 2008 r. był on o 42% niższy w porównaniu z 1991 r. (odpowiednio o 44% i o 40% niższy wśród mężczyzn i kobiet)².

Uznaje się, że ta poprawa sytuacji zdrowotnej w dużej mierze łączy się z korzystnymi zmianami modelu żywienia, pojmowanego jako ilości artykułów żywnościowych, wyrażone w przeliczeniu na mieszkańca rocznie, oraz ilości energii i składników odżywczych, pochodzących z tych artykułów łącznie w przeliczeniu na mieszkańca/dzień. Przekonanie to opiera się na dobrze rozpoznanych i udowodnionych zależnościach pomiędzy żywieniem a zdrowiem, co znalazło m.in. wyraz w postaci następującego syntetycznego wniosku, sformułowanego przez ekspertów uczestniczących w konsultacji zorganizowanej wspólnie przez Światową Organizację Zdrowia i Organizację ds. Wyżywienia i Rolnictwa: „*Żywnie wysuwa się na pierwszy plan jako główna, poddająca się modyfikacjom determinanta chorób przewlekłych wraz z rosnącą liczbą dowodów naukowych, uzasadniających opinię, że zmiany diety mają silny wpływ zarówno korzystny, jak szkodliwy na zdrowie w ciągu całego życia. Co najważniejsze, zmiany diety mogą oddziaływać nie tylko na obecny stan zdrowia, ale mogą też zdecydować o tym, czy człowiek zachoruje bądź nie zachoruje na takie choroby, jak: nowotwory, choroby układu krążenia lub cukrzyca*”³.

W następstwie zmian, które miały miejsce w ostatnich kilkunastu latach, model żywienia w Polsce stał się bardziej „oszczędny”. Spożycie żywności ogółem (wszystkie grupy uwzględnione w statystyce spożycia) było w 2008 r. o 10% niższe w porównaniu z 1989 r., w którym zainicjowano transformację polityczną, społeczną i ekonomiczną. Nastąpiło to przede wszystkim kosztem artykułów pochodzenia zwierzęcego (w ich skład wchodzi mięso i jego przetwory, masło i inne tłuszcze zwierzęce, ryby i ich przetwory oraz jaja), a konkretnie zaś mleka i przetworów mlecznych, masła i pozostałych tłuszczów zwierzęcych oraz masła wołowego. W rezultacie żywność pochodzenia zwierzęcego łącznie stanowiła 38% ogółu żywności przeznaczonej do spożycia w 2008 r., przy 44% w 1989 roku.

Udział artykułów pochodzenia roślinnego (przetwory zbożowe, ziemniaki, tłuszcze roślinne utwardzone i oleje, warzywa, owoce i cukier) wzrósł jednocześnie z 56% do 62%, co było następstwem wyższego spożycia tłuszczów roślinnych utwardzonych i olejów oraz owoców. Przeciętny model żywienia w 2008 r. zawierał w przybliżeniu 3,0 tys. kcal dziennie na mieszkańca (bez uwzględnienia alkoholu). Było to o 6% mniej w porównaniu z 1989 r. i było skutkiem zmniejszenia o 1/5 ilości energii dostarczonej przez artykuły pochodzenia roślinnego. W związku z tym udział energii z artykułów zwierzęcych w łącznej ilości energii pochodzącej z wszystkich grup artykułów żywnościowych łącznie w 2008 r. wynosił 35%, przy 41% w 1989 roku.

Szczególnie korzystną cechą obecnego modelu żywienia było to, że zawierał on mniej nasyconych kwasów tłuszczowych, a jednocześnie więcej kwasów wielonienasyconych w porównaniu z modelem żywienia w 1989 roku. W rezultacie stosunek zawartości P:S wynosił 0,46 w 2008 r., przy 0,27 w 1989 roku. Korzystne zmiany nastąpiły także w zawartości cholesterolu, która była w 2008 r. o 12% niższa w stosunku do 1989 roku⁴.

¹ *Trwanie życia w 2009 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2010.

² Tamże.

³ *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation*, WHO Technical Report, Series 916, World Health Organization, Geneva 2003 (tłum. – W.S.).

⁴ Źródło tych i powyższych danych: obliczenia własne Instytutu Żywności i Żywienia, oparte na „tabelach wartości odżywczej produktów spożywczych” – H. Kunachowicz i inni oraz skonstruowanych „wagach”, odzwierciedlających strukturę wewnętrzną spożycia grup i podgrup żywności.



Konferencja naukowa
pt. „Żywność i żywienie a polityka ludnościowa
w Polsce”

Zmiany długookresowe modelu żywienia
w Polsce: uwarunkowania i skutki zdrowotne

dr Włodzimierz Sekuła
Instytut Żywności i Żywienia

Warszawa, 23 listopada 2010 r



„Żywnienie wysuwa się na pierwszy plan jako główna, poddająca się modyfikacjom, determinanta chorób przewlekłych wraz z rosnącą liczbą dowodów naukowych, uzasadniających opinię, że zmiany diety mają silny wpływ, zarówno korzystny jak i szkodliwy na zdrowie w ciągu całego życia. Co najważniejsze, zmiany diety mogą oddziaływać nie tylko na obecny stan zdrowia, ale mogą też zdecydować o tym, czy człowiek zachoruje, bądź nie zachoruje na takie choroby, jak nowotwory, choroby sercowo - naczyniowe lub cukrzyca”.

(Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO Technical Report Series 916. World Health Organization, Geneva 2003. Tłum. w.l.-W.S.).

W 2009 r. kontynuowana była niemal nieprzerwana (z wyjątkiem 2003 r.) tendencja spadkowa w umieralności w naszym kraju, zapoczątkowana w 1992 r., a zatem obejmująca już 18 lat.

Dzięki niej, wydłużyło się przeciętne trwanie życia: w 2009 r. wynosiło ono przeciętnie 71,5 lat dla mężczyzn i 80,1 lat dla kobiet; w stosunku do 1991 r., długość życia mężczyzn i kobiet zwiększyła się odpowiednio o 5,6 i 5,0 lat.

Po poprawie w latach pięćdziesiątych i pierwszej połowie lat sześćdziesiątych, przeciętne trwanie życia mężczyzn nie uległo zmianie w następnych dziesięcioleciach (66,6 lat w 1965 r. i 66,2 lata w 1990).

Podobnie, długość życia kobiet istotnie się zwiększyła w latach pięćdziesiątych, natomiast w latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych wzrosła jedynie o 3 lata.

Od 1992 r. występuje nieprzerwany spadek współczynnika zgonów spowodowanych chorobami układu krążenia: w 2008 r. był on o 42% niższy w porównaniu do 1991 r., w tym o 44% niższy wśród mężczyzn i o 40% niższy wśród kobiet.

W 2008 r. zmniejszył się współczynnik zgonów z powodu chorób nowotworowych (do 213,7 /100 tys. ludności, przy 218,5/100 tys. w 2007 r.); był on o 4,5% niższy w porównaniu do 2001 r. (najwyższy poziom).

“Za najważniejszą przyczynę korzystnych zmian umieralności w Polsce od początku lat 90. XX wieku uważa się zmianę stylu życia: związane są z tym zmiany diety, polegające m.in. na zwiększeniu spożycia tłuszczów roślinnych kosztem zwierzęcych czy większym spożyciu owoców, poprawa aktywności fizycznej, zmniejszona konsumpcja używek, wzrost poziomu wykształcenia, przyrost optymizmu i rosnące zadowolenie z życia oraz rozwój medycyny-doskonalenie diagnostyki i metod leczenia”.

(Rzeczna Rada Ludnościowa. Sytuacja Demograficzna Polski. Raport 2008-2009. Warszawa 2009).

Model żywienia - definicja

Ilości artykułów żywnościowych, przeznaczonych do spożycia, wyrażone w przeliczeniu na mieszkańca/rocznie oraz energia i składniki odżywcze, pochodzące z tych artykułów, wyrażone w przeliczeniu na mieszkańca/dzień.

Źródła żywności: dane publikowane w rocznikach statystycznych. Informacje liczbowe o spożyciu tłuszczów roślinnych utwardzonych i olejów pochodzą, poczynając od 2005 r. z corocznych „Analiz produkcyjno-ekonomicznej sytuacji rolnictwa i gospodarki żywnościowej”, publikowanych przez Instytut Ekonomiki Rolnictwa i Gospodarki Żywnościowej - Państwowy Instytut Badawczy. Z raportów rynkowych IERIGŻ zaczerpnięto również informacje liczbowe o spożyciu ryb po roku 1997.

Energia i składniki odżywcze: obliczenia własne Instytutu Żywności i Żywienia, oparte na „Tabelach składu i wartości odżywczej żywności” i skonstruowanych wagach, odzwierciedlających strukturę wewnętrzną spożycia grup i podgrup żywności.

Spożycie żywności ogółem (wszystkie grupy uwzględnione w statystyce spożycia) było w 2008 r. o 10% niższe w porównaniu z 1989 r. w którym zainicjowano transformację polityczną, ekonomiczną i społeczną. Nastąpiło to niemal wyłącznie kosztem artykułów pochodzenia zwierzęcego (w ich skład wchodzi mięso i przetwory, mleko i przetwory, masło i inne tłuszcze zwierzęce, ryby i przetwory oraz jaja), a konkretnie zaś mleka i przetworów oraz masła i pozostałych tłuszczów zwierzęcych.

W rezultacie, żywność pochodzenia zwierzęcego łącznie stanowiła 38% ogółu żywności przeznaczonej do spożycia w 2008 r., przy 44% w 1989 r.

Udział artykułów pochodzenia roślinnego (przetwory zbożowe, ziemniaki, tłuszcze roślinne utwardzone i oleje, warzywa, owoce i cukier) wzrósł jednocześnie z 56 do 62%, co było następstwem wyższego spożycia tłuszczów roślinnych utwardzonych i olejów oraz owoców.

Przeciętny model żywienia w 2008 r. zawierał w przybliżeniu 3,0 tys. kcal dziennie na mieszkańca. Było to o 6% mniej w porównaniu do 1989 r., co było skutkiem zmniejszenia - o 1/5- ilości energii, dostarczonej przez artykuły pochodzenia zwierzęcego.

W związku z tym, udział energii z artykułów zwierzęcych w łącznej ilości energii pochodzącej z wszystkich grup artykułów łącznie w 2008 r. wynosił 35%, przy 41% w 1989 r.

Szczególną cechą obecnego modelu żywienia było to, że zawierał on mniej nasyconych kwasów tłuszczowych, a jednocześnie więcej kwasów wielonienasyconych w porównaniu z modelem żywienia w 1989 r.

W rezultacie, stosunek wartości P:S wynosił 0,46 w 2008 r. przy 0,27 w 1989.

Korzystne zmiany nastąpiły także w zawartości cholesterolu, która była w 2008 r. o 12% niższa w stosunku do 1989 r.

Zmiany modelu żywienia w okresie kilku dziesięcioleci, poprzedzających transformację, miały zdecydowanie inny charakter.

Model ten zmierzał wówczas w kierunku tzw. dostatniej diety (affluent diet), co przejawiało się rosnącą konsumpcją artykułów pochodzenia zwierzęcego (mięso i tłuszcze zwierzęce, masło, mleko i przetwory, jaja) oraz cukru i przetworów.

Wypierały one z diety przetwory zbożowe i ziemniaki, których znaczenie szybko malało.

Bardzo wolno rosło spożycie owoców, podlegając przy tym cyklicznym wahaniom, związanymi z wahaniami w zbiorach.

W rezultacie, następował wzrost łącznej wartości energetycznej przeciętnej dziennej diety, do którego przyczyniło się przede wszystkim zwiększone spożycie żywności pochodzenia zwierzęcego.

W końcu lat osiemdziesiątych ilość energii z grup artykułów pochodzenia zwierzęcego łącznie była aż o 60% wyższa w stosunku do 1950 r.

Rosnące spożycie tych grup było także podstawową przyczyną dużego wzrostu zawartości tłuszczu pokarmowego ogółem w przeciętnej diecie (+70 % w porównaniu z 1950 r.) oraz bardzo niekorzystnego stosunku wielonienasyconych kwasów tłuszczowych do nasyconych.

Efektem przedstawionych tendencji był także znaczny wzrost zawartości cholesterolu w przeciętnej diecie. (+70%).

Miano „dostatniej diety” przyjęło się dzięki publikacji, zatytułowanej „The Two Faces of Malnutrition”, wydanej w 1976 r. ... „jednym z najbardziej wyrazistych trendów, który pojawił się w ostatnim stuleciu jest wzorec konsumpcji w uprzemysłowionych krajach Zachodu, nazywany czasem „dostatnią dietą”.

Ci z dostatnią dietą spożywają duże ilości białek zwierzęcych i tłuszczów w postaci mięsa i produktów mlecznych; zastępują oni objętościowe produkty węglowodanowe, jak pełne ziarna, bułwy, owoce i warzywa rafinowanym cukrem i mąką i w coraz większym stopniu przedkładają wyroby przemysłu spożywczego nad świeże, nieprzetworzone produkty.

Dostatnia dieta umocniła się najbardziej w Ameryce Północnej, ale rozprzestrzeniła się także w Europie Zachodniej, Japonii i Związku Radzieckim, które późno odeszły od tradycyjnej diety, opartej na zbożach lub ziemniakach szybko nadrabiają utracony czas”. (E. Erskholm i F. Rikard, *Worldwatch Institute, Washington, December 1976*).

Zainicjowanie transformacji, a szczególnie tzw. „urynkowanie gospodarki żywnościowej” (wprowadzone 1 sierpnia 1989 r.) zapoczątkowało odwrót od zmiany modelu żywienia w kierunku dostatniej diety.

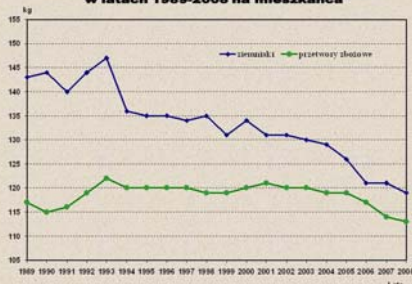
Zniesienie cen urzędowych żywności i likwidacja dotacji spowodowały ich wzrost, szczególnie szybki w przypadku tych grup, które były najbardziej dotowane (mleko i przetwory).

W rezultacie, nastąpiły także istotne zmiany wzajemnych relacji cenowych grup żywności.

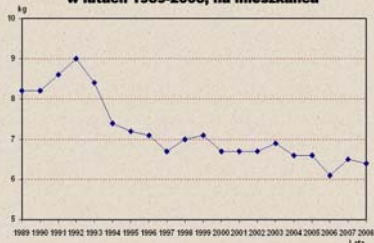
Generalnie, nowe relacje cen motywowały konsumentów do wyboru raczej żywności pochodzenia roślinnego niż zwierzęcego.

Niebawem rozszerzenie oferty żywnościowej także sprzyjało realizacji zaleceń żywnościowych.

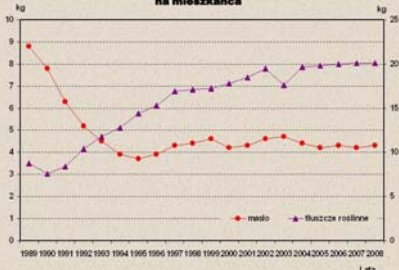
Spożycie ziemiaków i przetworów zbożowych w latach 1989-2008 na mieszkańca



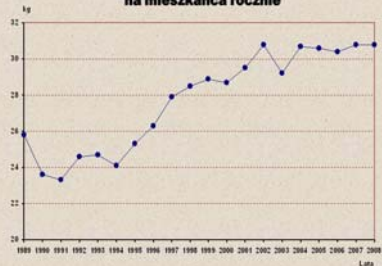
Spożycie tłuszczów zwierzęcych (bez masła) w latach 1989-2008, na mieszkańca



Spożycie masła i tłuszczów roślinnych w latach 1989-2008 na mieszkańca



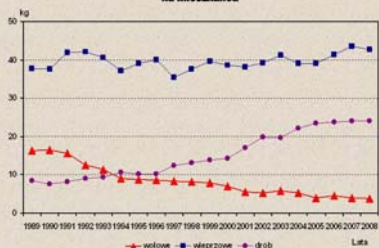
**Spożycie tłuszczów ogółem w latach 1989-2008
na mieszkańca rocznie**



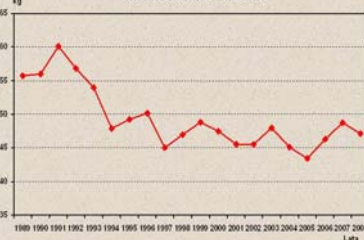
**Spożycie warzyw i owoców w latach 1989-2008
na mieszkańca rocznie**



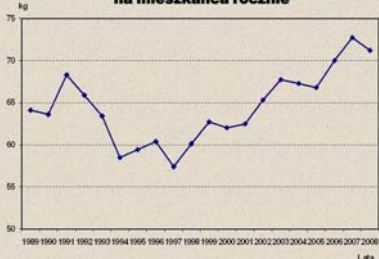
**Spożycie wieprzowiny, wołowiny i drobiu w latach 1989-2008
na mieszkańca**



**Spożycie mięsa „czerwonego” w latach 1989-2008
na mieszkańca rocznie**



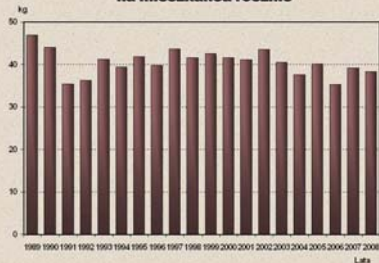
**Spożycie mięsa w latach 1989-2008
na mieszkańca rocznie**



**Spożycie mleka i przetworów w latach 1989-2008
na mieszkańca rocznie**



**Spożycie cukru w latach 1989-2008
na mieszkańca rocznie**



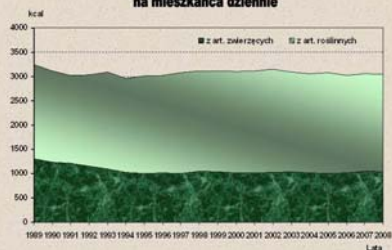
**Spożycie jaj w latach 1989-2008
na mieszkańca rocznie**



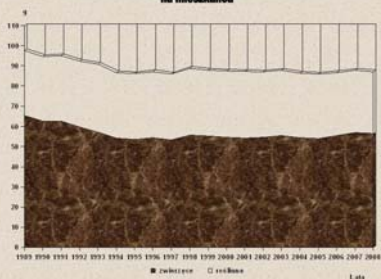
**Spożycie ryb i przetworów w latach 1989-2008
na mieszkańca rocznie**



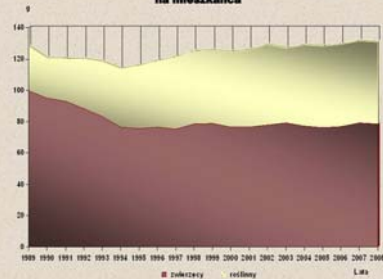
**Wartość energetyczna spożytej żywności, 1989-2008
na mieszkańca dziennie**



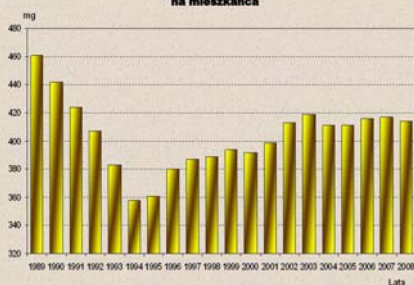
**Zawartość białka w spożytej żywności w latach 1989-2008
na mieszkańca**



**Zawartość tłuszczu w spożytej żywności w latach 1989-2008
na mieszkańca**



**Zawartość cholesterolu w spożytej żywności w latach 1989-2008
na mieszkańca**



Korzystne zmiany w modelu żywienia w okresie ostatnich kilkunastu lat łączone są z poprawą sytuacji zdrowotnej.

Jednak, „przeciętny Polak ma przed sobą życie nawet o 8-9 lat krótsze, niż mieszkańcy najlepszych pod tym względem krajów” a „standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu krążenia znacznie przekraczają wielkości notowane w wielu krajach europejskich”.

(Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2008-2009).

Niekorzystne zjawiska w modelu żywienia:

- ➡ Wzrost zawartości tłuszczu pokarmowego w przeciętnej diecie w ostatniej dekadzie, kontrastujący ze względną stabilizacją zawartości innych składników odżywczych, dostarczających energii (białka i węglowodany) w tym okresie: 131 g tłuszczu na mieszkańca dziennie w 2008 r. przy 125 g w 2000 r.
- ➡ W rezultacie, wzrost udziału energii z tłuszczu w zawartości energii ogółem: z 36,6% w 2000 r. do 39,2% w 2008 r.
- ➡ Brak poprawy w stosunku zawartości wielonienasyconych kwasów tłuszczowych do nasyconych: 0,44 w 2000 r. i 0,46 w 2008 r.
- ➡ Zahamowanie w ostatniej dekadzie wcześniejszej tendencji spadkowej w zawartości cholesterolu w modelu żywienia i względna stabilizacja tej zawartości, poczynając od 2002 r.
- ➡ Brak dalszej poprawy w spożyciu owoców w ostatniej dekadzie.

STANOWISKO RZĄDOWEJ RADY LUDNOŚCIOWEJ W SPRAWIE POPRAWY ŻYWIENIA I ZWIĘKSZENIA AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ LUDNOŚCI POLSKI

Problematyka żywienia i aktywności fizycznej ludności w Polsce jako niezwykle ważnych elementów stylu życia oddziałujących na zdrowie jest od wielu lat przedmiotem zainteresowania Rządowej Rady Ludnościowej, co znajduje wyraz w raportach o sytuacji demograficznej, Założeniach Polityki Ludnościowej (2006) oraz stanowiskach RRL, między innymi w sprawie bezpieczeństwa zdrowotnego ludności Polski z dnia 20.11.2008 r. W dokumentach tych RRL zwraca uwagę na fakt, iż w pierwszej dekadzie transformacji ustrojowej nastąpiły w Polsce korzystne procesy zdrowotne, w tym znaczące obniżenie umieralności z powodu chorób układu krążenia i wzrost przeciętnej długości życia, do czego przyczyniły się zarówno realizowane programy polityki zdrowotnej państwa, jak i prozdrowotne zmiany w stylu życia ludności, zwłaszcza w żywieniu, w tym przede wszystkim znaczące zwiększenie spożycia tłuszczów roślinnych oraz owoców. W ostatniej dekadzie uwidoczniły się jednak pewne niepokojące trendy zdrowotne, w tym spowolnienie tempa wzrostu długości życia, notuje się wysokie wskaźniki umieralności przedwczesnej, co może wynikać między innymi z narastania epidemii otyłości i nadwagi oraz niedostatecznej aktywności fizycznej ludności.

Poprawa żywienia i aktywności fizycznej jest nieodzownym warunkiem osiągnięcia istotnych celów polityki ludnościowej, w szczególności związanych z tworzeniem się i funkcjonowaniem rodzin, rozrodczością, poprawą stanu zdrowia społeczeństwa i ograniczaniem umieralności oraz paradygmatem zdrowej, aktywnej, wolnej od niedożywienia starości. Takie były główne przesłanki zorganizowania przez Rządową Radę Ludnościową oraz Instytut Żywności i Żywienia w dniu 23 listopada 2010 r. konferencji pt. „Żywność i żywienie a polityka ludnościowa w Polsce”, z udziałem przedstawicieli zainteresowanych ministerstw, instytutów naukowo-badawczych, producentów żywności, organizacji konsumenckich, organów kontroli. W kontekście przyszłości demograficznej Polski zostały omówione żywieniowe uwarunkowania zdrowia, uwarunkowania i skutki zdrowotne zmian długookresowych modelu żywienia w Polsce, przedsięwzięcia krajowe i międzynarodowe w zakresie żywieniowej promocji zdrowia, konsekwencje zdrowotne i ekonomiczne chorób żywieniowo-zależnych, w tym zwłaszcza chorób układu krążenia i chorób nowotworowych, zmiany w jakości zdrowotnej żywności w okresie gospodarki rynkowej, aktualne wyzwania dla bezpieczeństwa żywności w Polsce. Na podstawie wyników przeprowadzonej na konferencji debaty Rządowa Rada Ludnościowa przedkłada następujące stanowisko.

Zmiany w żywieniowych uwarunkowaniach sytuacji zdrowotnej

W ostatnim dziesięcioleciu nastąpiło wygaśnięcie dynamiki tych korzystnych zmian w diecie, które uznano za ważne determinanty poprawy sytuacji zdrowotnej w pierwszej dekadzie okresu transformacji. Należały do nich w szczególności: wzrost spożycia owoców oraz zmiana struktury spożycia tłuszczów wydzielonych, polegająca na wzroście udziału tłuszczów pochodzenia roślinnego.

Chociaż spożyciu **owoców i warzyw** przyznano wysoki priorytet wśród wskaźników zdrowego żywienia, to niestety, spożycie owoców przeciętnie na mieszkańca, po istotnej poprawie w dekadzie lat 90. nie uległo dalszemu zwiększeniu w następnych latach. Zgodnie z danymi z raportu OECD (*Health at a Glance 2010*), pod względem wysokości spożycia owoców w 2007 r. Polska zajmowała ostatnie miejsce wśród 31 krajów europejskich, uwzględnionych w cytowanym raporcie. Spożycie to było dwukrotnie niższe w stosunku do średniej dla EU, wynoszącej 105 kg na mieszkańca.

Silna dodatnia zależność pomiędzy spożyciem owoców a dochodami i nierównościami w rozkładzie dochodów pociągają za sobą nierówności w rozkładzie spożycia. Zgodnie z wynikami badań budżetów, 30% łącznej konsumpcji owoców przez wszystkie gospodarstwa domowe w 2009 r. przypadało na 20% tych gospodarstw, które uzyskiwały najwyższe dochody, podczas gdy na 20% gospodarstw domowych o najniższych dochodach tylko 13%. W ciągu ostatniego dziesięciolecia brak było praktycznie poprawy

w omawianym rozkładzie: na skrajne kwintyle w aspekcie dochodów przypadało odpowiednio 31% i 12% całkowitej konsumpcji owoców przez gospodarstwa domowe w 2001 r.

W 2009 r., blisko 40% całorocznego spożycia owoców przypadało na okres zbiorów (czerwiec, lipiec, sierpień, wrzesień). Oznaczało to bardzo istotną poprawę w rozkładzie sezonowym spożycia w porównaniu z okresem przed transformacją, w 1988 r. w wymienionych miesiącach koncentrowało się bowiem 55% całorocznego spożycia owoców. Brak tendencji wzrostowej spożycia owoców w ostatnim dziesięcioleciu pozwala niestety jednak zakładać, że powyższy efekt został uzyskany wcześniej.

W spożyciu warzyw, w przeciwieństwie do owoców, Polska zajmuje stosunkowo wysoką pozycję (9) wśród krajów europejskich, wziętych pod uwagę w cytowanym raporcie OECD. Wysokość spożycia w ostatnim dziesięcioleciu wahała się w stosunkowo wąskich granicach (110–120 kg na mieszkańca), nie wykazując tendencji wzrostowej.

Spożycie warzyw jest także uzależnione od dochodów, choć zależność ta nie jest tak silna jak w przypadku owoców. Tym niemniej w 2009 r. na 20% gospodarstw domowych o najwyższych dochodach przypadało 25% łącznej konsumpcji warzyw przez gospodarstwa domowe ogółem, a na grupę o najniższych dochodach – 16%. Nierówności w rozkładzie spożycia warzyw na tle nierówności w dochodach pogłębiają się istotnie przy uwzględnieniu droższych rodzajów warzyw, jak w szczególności pomidorów.

O niewystarczającym udziale owoców i warzyw w naszej diecie świadczą też wyniki Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia w 2009 r. (GUS 2010). Wśród dzieci powyżej szóstego miesiąca życia największa grupa (45%) spożywa owoce 1 raz dziennie, a tylko 30% – 2 razy dziennie lub częściej. Raz dziennie jada warzywa 47% dzieci, a 2 razy dziennie – 20%. Niepokoić może fakt, że co dziesiąte dziecko jada warzywa tylko 1–2 razy w tygodniu. Soki owocowe lub warzywne pija 1 raz dziennie lub częściej 1/3 badanych.

W tym kontekście należy podkreślić istotne znaczenie socjalnej funkcji szkół w zakresie zapewnienia żywienia, co powinno prowadzić do optymalnej liczby stołówek szkolnych oraz liczby dzieci i młodzieży korzystających z posiłków szkolnych.

Osoby dorosłe spożywają warzywa i owoce jeszcze rzadziej niż dzieci. Dotyczy to zwłaszcza mężczyzn. Tylko co drugi dorosły mężczyzna codziennie je zarówno owoce, jak i warzywa (inne niż ziemniaki), a w przypadku kobiet – ponad 2/3. Także soki owocowe czy warzywne zbyt rzadko stanowią składnik codziennej diety. Niewiele ponad 41% osób dorosłych podało, że pije soki codziennie (GUS 2010).

Od 2002 r. nie jest już kontynuowana poprzednia tendencja wzrostowa w spożyciu **tłuszczów wydzielonych pochodzenia roślinnego**, a jednocześnie, jeszcze wcześniej ustabilizowało się spożycie masła. W rezultacie udział tłuszczów roślinnych w spożyciu tłuszczów ogółem w 2009 r. wynoszący 66% był tylko nieznacznie wyższy w stosunku do 2000 r. (62%), podczas gdy w dziesięcioleciu 1990–2000 zwiększył się aż o 30 punktów procentowych (byłoby pożądane, dla zapewnienia ciągłości danych i ich źródła, aby GUS powrócił do praktyki publikowania danych o spożyciu tłuszczów roślinnych na mieszkańca, zaniechanej poczynając od 2005 r.).

W ostatnim dziesięcioleciu nie było także poprawy w stosunku kwasów tłuszczowych wielonienasyconych do nasyconych, zawartych w diecie, źródłem których były zarówno tłuszcze wydzielone, jak i tłuszcze zawarte w artykułach żywnościowych. Ilość kwasów wielonienasyconych w diecie (obliczenia Instytutu Żywności i Żywienia na podstawie danych o spożyciu żywności przeciętnie na mieszkańca) w 2009 r. wynosiła 21 g/dzień, a kwasów nasyconych 46 g. Stosunek zawartości kwasów wielonienasyconych do nasyconych (P:S) nie uległ widocznej poprawie w ostatnim dziesięcioleciu. Wynosił on 0,46 w 2009 r., przy 0,44 w 2000 r. W poprzednim dziesięcioleciu (1990–2000) charakteryzowany stosunek poprawił się natomiast aż o 17 punktów procentowych, w następstwie blisko 50% wzrostu zawartości wielonienasyconych kwasów tłuszczowych w przeciętnej diecie przy jednocześnie kilkunastoprocentowym spadku zawartości kwasów nasyconych. W ostatnim dziesięcioleciu zawartość wielonienasyconych kwasów tłuszczowych w diecie zwiększyła się tylko o niespełna 8%, ponadto nieznacznie zwiększyła się także zawartość nasyconych kwasów tłuszczowych. Podczas gdy w latach 90. XX wieku następował wzrost udziału energii z wielonienasyconych kwasów tłuszczowych w łącznej ilości energii z żywności – z 4% do 6%, a zmniejszał się udział energii z kwasów nasyconych – z 15% do 13%, to w ostatnim dziesięcioleciu

tendencja ta nie była już niestety kontynuowana. Tym samym, nie było poprawy w aspekcie realizacji celów w zakresie spożycia składników odżywczych, sformułowanych przez ekspertów FAO w kontekście zapobiegania przewlekłym chorobom niezakaźnym żywieniowo–zależnym. Według nich, nasycone kwasy tłuszczowe powinny dostarczać poniżej 10% ogółu energii, a kwasy wielonienasycone w granicach 6–10%. Z tłuszczu pokarmowego ogółem powinno, zgodnie z powyższymi celami, pochodzić 15–30% ogółu energii. Niestety, w ostatnim dziesięcioleciu, udział energii z tłuszczów rósł, zwiększając tym samym dystans w stosunku do zaleceń. W 2009 r. tłuszcze dostarczały już 40% ogółu energii, tj. o 4 punkty procentowe więcej niż w 2000 r. W latach 90. udział ten pozostawał ustabilizowany na poziomie 35%.

Spożycie soli w krajach europejskich, będące w ostatnich latach przedmiotem szczególnej uwagi, znacznie przekracza poziom, zalecany przez Światową Organizację Zdrowia (poniżej 5 g na osobę/dzień). W świetle tego, że podwyższone ciśnienie krwi stanowi główny czynnik ryzyka zgonów w Regionie Europejskim WHO, zmniejszenie spożycia soli uznano za szczególnie priorytet dla podejmowania działań w ślad za wytycznymi Grupy Wysokiego Szczębla ds. Żywienia i Aktywności Fizycznej, utworzonej przez Komisję Europejską. Spożycie soli w Polsce, obliczane na podstawie wyników badań budżetów gospodarstw domowych, przekracza 2–3-krotnie poziom zalecany, przy czym może być ono faktycznie jeszcze wyższe ze względu na to, że badania budżetów nie uwzględniają spożycia w sektorze żywienia zbiorowego (gastronomia, stołówki, szkolne, pracownicze itp.).

Aktywność fizyczna

Aktywność fizyczna odgrywa bardzo ważną rolę w zapobieganiu i leczeniu wielu chorób, głównie wciąż narastającego problemu otyłości. Niski poziom aktywności fizycznej uznawany jest za istotny czynnik zwiększający umieralność ogólną z powodu chorób układu krążenia i nowotworów. Do niedawna za jedną z głównych przyczyn zapadalności na choroby i ich przebieg uważano jakość i ilość spożywanych posiłków. Mniejszą uwagę przywiązywano do aktywności fizycznej. Obecnie to nastawienie uległo zmianie. Aktywność fizyczna została uznana za czynnik, który obok prawidłowego żywienia ma istotne znaczenie w prewencji otyłości i innych przewlekłych chorób niezakaźnych. Regularna aktywność fizyczna korzystnie wpływa na organizm, w tym zarówno na sprawność fizyczną jak i umysłową. Główne korzyści wynikające z uprawiania sportu i regularnej aktywności fizycznej to: zmniejszenie ryzyka otyłości; zmniejszenie ryzyka chorób serca; obniżenie profilu lipidowego, w tym cholesterolu; zmniejszenie ryzyka zachorowania na nowotwory; zapobieganie rozwojowi nadciśnienia tętniczego; wzmocnienie mięśni i kości; zdrowie umysłowe i lepsze samopoczucie.

Sytuacja zdrowotna warunkowana modyfikowalnymi czynnikami stylu życia, w tym żywnością i aktywnością fizyczną

W Polsce w niepokojąco szybkim tempie zwiększa się występowanie nadwagi i otyłości. W 2000 r. na podstawie przeprowadzonych pomiarów antropometrycznych stwierdzono występowanie nadmiernej masy ciała u 56,7% dorosłych mężczyzn (otyłość u 15,7%) i u 48,6% kobiet (otyłość u 19,9%). Częstość otyłości zwiększała się wraz z wiekiem (Ogólnopolskie badania Instytutu Żywności i Żywienia przeprowadzone wspólnie z Głównym Urzędem Statystycznym w ramach projektu korzystającego z pomocy finansowej i doradczej FAO). Nadmierną masę ciała stwierdzono także u 19,9% chłopców (u 4% otyłość) i u 14,5% dziewcząt (u 3,5% otyłość).

Wyniki kolejnych pomiarów antropometrycznych, obejmujących ogólnopolską reprezentatywną próbę (program WOBASZ), przeprowadzone w latach 2003–2005 ujawniły wzrost występowania nadmiernej masy ciała wśród osób dorosłych w stosunku do poprzednich badań, a w tym wzrost otyłości u mężczyzn (20,6% vs. 15,7%).

Szczególnie niepokojące informacje, świadczące o gwałtownym przyspieszeniu dynamiki występowania nadwagi i otyłości w naszej populacji, pochodzą z Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia w 2009 r. (GUS 2010). Ankieta obejmowała również samoocenę wysokości i masy ciała, na podstawie

której zidentyfikowano, przyjmując powszechnie uznane kryteria, nadwagę i otyłość. W taki sam sposób zidentyfikowano nadmierną masę ciała w badaniach stanu zdrowia przeprowadzonych przez Główny Urząd Statystyczny w latach 1996 i 2004. Wprawdzie wiarygodność uzyskanych w ten sposób rezultatów, w aspekcie ich wysokości, jest kwestionowana (zaniżana jest masa ciała, a jednocześnie zawyżana wysokość, w wyniku czego następuje niedoszacowanie nadwagi i otyłości), to jednak ich przydatność do pomiaru zmian w czasie nie budzi wątpliwości. Między rokiem 1996 a 2004 nadmierna masa ciała u mężczyzn zwiększyła się o 4 punkty procentowe (w tym o 2 punkty otyłość), wśród kobiet zaś pozostała bez zmian. W 2009 r. wskaźnik nadmiernej masy ciała u mężczyzn był aż o 9 punktów procentowych wyższy w stosunku do 2004 r. (otyłość wzrosła o 4 punkty), a u kobiet zwiększył się o 5 punktów procentowych (otyłość prawie o 3 punkty).

Według badań krajowych zaledwie 30% młodzieży uczestniczy w zajęciach poprawiających sprawność fizyczną w czasie wolnym od pracy, a odsetek ten zmniejsza się do 5% w wieku dorosłym. Sprawność fizyczna młodzieży, mierzona międzynarodowymi testami, uległa pogorszeniu w ostatnim dziesięcioleciu. Stwierdzono również, że poziom aktywności fizycznej osób dorosłych w Polsce jest jednym z najniższych w Europie. Wskazują na to m.in. badania przeprowadzone w sześciu krajach europejskich w ramach programu CINDI WHO. 72,9% zbadanych osób w Polsce zakwalifikowano do prowadzących siedzący tryb życia, podczas gdy np. w Finlandii do tej grupy zaliczono jedynie co dziesiątą osobę.

Według badań UE (Eurobarometr 2009), aż 49% Polaków odpowiedziało, że nigdy nie ćwiczy lub uprawia sportu, przy średniej dla ogółu krajów członkowskich wynoszącej 39%. Z pewną regularnością (od 1 do 4 razy w tygodniu) aktywność fizyczną uprawiało 19% Polaków, podczas gdy średnia dla całej Unii wynosiła 31%.

Konsekwencje zdrowotne i ekonomiczne otyłości i małej aktywności fizycznej

Do najważniejszych chorób przewlekłych na tle wadliwego żywienia w krajach rozwiniętych należą: choroby sercowo-naczyniowe, nowotwory złośliwe, otyłość, cukrzyca 2 typu, dyslipidemia, osteoporoza i choroby przewodu pokarmowego. Wadliwe żywienie, obok małej aktywności fizycznej, indukuje rozwój otyłości, cukrzycy, dyslipidemii i nadciśnienia tętniczego. Te choroby z kolei wywołują miażdżycę, objawiającą się klinicznie chorobą niedokrwinną serca lub udarem mózgu. Szczególnie niekorzystną rolę odgrywa tu otyłość brzuszna, będąca sama przez się czynnikiem ryzyka cukrzycy 2 typu, dyslipidemii i nadciśnienia tętniczego. Kojarzenie się otyłości z wymienionymi chorobami stanowi tzw. zespół metaboliczny. Występuje on u ponad 25% ludzi w Polsce i jest bardzo silnym czynnikiem ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. Choroby sercowo-naczyniowe stanowią obecnie największy problem zdrowotny w Polsce i są przyczyną 46% wszystkich zgonów. Z kolei nowotwory złośliwe powodują 25% ogółu zgonów.

Przewiduje się, że jeżeli sytuacja dotycząca występowania nadwagi i otyłości nie ulegnie poprawie, to w wielu krajach dojdzie do skracania przeciętnego trwania życia: np. w Wielkiej Brytanii do połowy obecnego wieku przeciętne trwanie życia może się zmniejszyć o 5,3 lat (WHO 2007).

Do poważnych konsekwencji może prowadzić nadwaga i otyłość wśród dzieci i młodzieży. Mogą stać się one przyczyną różnych zaburzeń rozwoju psychicznego, prowadząc do m.in. do depresji i zaburzeń odżywiania. Efektem mogą być również gorsze wyniki w nauce. Otyłość może powodować występowanie zaburzeń dojrzewania płciowego. Wśród powikłań otyłości występujących u dzieci należy wymienić cukrzycę typu 2, nadciśnienie tętnicze, kamice żółciową, chorobę refluksową przełyku, astmę.

U dzieci z otyłością istnieje znaczne ryzyko utrzymania otyłości w późniejszych etapach życia.

Zwiększająca się częstość występowania nadwagi i otyłości prowadzi do rosnących wydatków na ochronę zdrowia. Szacuje się, że koszty opieki zdrowotnej u osób z nadwagą i otyłością są o 44% wyższe niż u osób z prawidłową masą ciała.

Na podstawie danych dla różnych krajów ocenia się, że koszty bezpośrednie związane z otyłością, w zależności od kraju, pochłaniają od 1% do 10% pieniędzy wydawanych na ochronę zdrowia. Koszty pośrednie mogą być dwukrotnie wyższe.

W skali świata przewlekłe choroby niezakaźne powodują około 70% utraconych zdrowych lat życia wśród osób powyżej 30. roku życia.

Podejmowane w Polsce działania na rzecz poprawy żywienia i aktywności fizycznej i/lub zmniejszenia otyłości

Chorobom powstałym na tle wadliwego żywienia i niedostatecznej aktywności fizycznej można skutecznie zapobiegać. Wymaga to jednak podejmowania działań profilaktycznych o zasięgu ogólnokrajowym i stosownego finansowania.

W ostatnim dziesięcioleciu Polska przystąpiła do następujących inicjatyw międzynarodowych dotyczących poprawy żywienia i aktywności fizycznej:

- Strategia globalna dotycząca diety, aktywności fizycznej i zdrowia (2004 r.) – jedna ze specyficznych strategii w celu realizacji Europejskiej Strategii Zapobiegania i Zwalczania Chorób Niezakaźnych – 2006 r.),
- Europejska Karta Walki z Otyłością (2006 r.),
- Strategia Europejska w zakresie problemów zdrowotnych związanych z odżywianiem się, nadwagą i otyłością (Komisja Europejska 2007 r.),
- II Europejski Plan Działania dotyczący polityki w zakresie żywności i żywienia na lata 2007–2012,
- Plan Działania w zakresie Wdrażania Strategii Globalnej w celu Zapobiegania i Zwalczania Chorób Niezakaźnych 2008–2013 (2008 r.)
- Wytyczne Grupy Roboczej Wysokiego Szczebla ds. Żywienia i Aktywności Fizycznej (High Level Group for Nutrition and Physical Activity), utworzonej przez Komisję Europejską w następstwie Strategii Europejskiej w zakresie problemów zdrowotnych związanych z odżywianiem się, nadwagą i otyłością – zobowiązanie wszystkich krajów członkowskich do ich realizacji jako najważniejszego priorytetu zdrowia publicznego.

W związku z powyższymi zobowiązaniami, w 2007 r. uruchomiono Narodowy Program Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej POL-HEALTH na lata 2007–2011, finansowany z budżetu Ministerstwa Zdrowia. Środki przeznaczone na realizację programu w latach 2007–2009 wyniosły jednak niestety niespełna 1,2 mln zł, co stanowiło 0,06% ogółu nakładów z budżetu na realizację kilkunastu programów zdrowotnych dotyczących przewlekłych chorób niezakaźnych (w aspekcie głównych czynników ryzyka i prewencji) w tym okresie.

Od 2010 r. powyższy program (już bez sformułowania: narodowy) stanowi Moduł I Narodowego Programu Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym, obejmującego jeszcze dwa następujące moduły: II – Program prewencji i leczenia cukrzycy w Polsce na lata 2010–2011; III – Program eliminacji niedoboru jodu w Polsce na lata 2009–2011.

Finansowanie modułu I w 2010 r. wyniosło 1,3 mln zł i podobnie będzie w 2011 r., co pozostaje w oczywistej dysproporcji w stosunku do potrzeb i efektów, które można by uzyskać w korzystniejszej sytuacji.

W Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007–2015 został zawarty cel operacyjny 3 – „Poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności oraz zmniejszenie występowania otyłości”, a także cel operacyjny 4 „Zwiększenie aktywności fizycznej ludności”. Brak jest jednak wyodrębnionego finansowania Narodowego Programu Zdrowia.

Rekomendacje

Rządowa Rada Ludnościowa docenia istotną rolę zdrowia publicznego w odniesieniu do głównych celów polityki ludnościowej w Polsce. W projekcie Narodowego Programu Polityki Ludnościowej (2011 r.) poprawa stanu zdrowia i ograniczenia umieralności jest jednym ze strategicznych celów, którego znaczenie wykracza daleko poza paradygmat ściśle medyczny. Cel ten ma szanse być osiągnięty pod wa-

runkiem nadania zdrowiu publicznemu ustawowego statusu wielosektorowej strategii na rzecz budowania zasobów zdrowia oraz rozwiązywania problemów zdrowotnych. Poprawa żywienia i zwiększenie aktywności fizycznej ludności znalazły się wśród sześciu priorytetowych kierunków realizacyjnych w Narodowym Programie Polityki Ludnościowej.

Rządowa Rada Ludnościowa wyraża opinię co do konieczności kontynuacji i znaczącego rozszerzenia skoordynowanych działań w zakresie zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym poprzez poprawę żywienia i aktywności fizycznej, zgodnie z wytycznymi HLG Komisji Europejskiej znajdujących oparcie w programie rządowym, finansowanym na miarę potrzeb, a w tym:

1. Stworzenie spójnego programu edukacji żywieniowej, dostosowanego do potrzeb wszystkich grup społecznych i ułatwiającego, m.in., świadomy wybór produktów spożywczych, sprzyjających prozdrowotnemu modelowi żywienia;
2. Szczególny nacisk powinien być położony na edukację żywieniową kobiet w okresie rozrodczym, promocję karmienia naturalnego niemowląt oraz edukację żywieniową dzieci i młodzieży;
3. Utworzenie platformy współpracy z przemysłem spożywczym na rzecz produkcji żywności o walorach prozdrowotnych (zawierającej mniej tłuszczu, cukru i soli);
4. Utworzenie podobnej platformy współpracy z sektorem żywienia zbiorowego;
5. Nadanie wysokiej rangi jakości zdrowotnej żywności i bezpieczeństwu żywnościowemu poprzez poprawę nadzoru nad importem, krajową produkcją i dystrybucją żywności oraz poprawę dostępności fizycznej i ekonomicznej żywności dla grup znajdujących się w sferze niedostatku.
6. Ustawiczne kształcenie i podnoszenie kwalifikacji w problematyce żywienia i aktywności fizycznej grup zawodowych zajmujących się zdrowiem człowieka (lekarze, pielęgniarki, dietetycy);
7. Opracowanie i wdrożenie systemu poradnictwa dietetycznego do podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz szpitali;
8. Stworzenie wszystkim uczniom możliwości zdrowego żywienia w szkole;
9. Stworzenie dzieciom i młodzieży możliwości uczestniczenia w pozalekcyjnych zajęciach sportowo-rekreacyjnych na terenie szkół i miejsc zamieszkania;
10. Wdrażanie standardów żywienia w szpitalach w celu poprawy skuteczności leczenia i zmniejszenia jego kosztów;
11. Opracowanie i wdrażanie systemu poradnictwa w zakresie poprawy aktywności ruchowej pacjentów hospitalizowanych w celu poprawy skuteczności leczenia;
12. Oddziaływanie na rozwój bazy urządzeń sportowych i rekreacyjnych w celu zwiększenia aktywności fizycznej, ze szczególnym uwzględnieniem małych miast, miasteczek i wsi;
13. Monitorowanie zmian w żywieniu i w stanie odżywienia (identyfikacja nadwagi, otyłości lub niedowagi) na podstawie regularnych, ogólnopolskich, reprezentacyjnych badań;
14. Poprawa systemu informacji nt. przeciętnego spożycia żywności na mieszkańca poprzez powrót do opracowywania i publikowania danych nt. spożycia ryb oraz tłuszczów roślinnych przez Główny Urząd Statystyczny; uwzględnienie soli w statystyce dostaw na rynek krajowy.

Podjęcie powyższych działań dotyczących nie tylko systemu ochrony zdrowia, ale zdrowia narodu jest niezbędne do zapewnienia warunków realizacji celów polityki ludnościowej w Polsce. Działania te powinny być podejmowane przy współudziale wszystkich zainteresowanych, w tym m.in. przedstawicieli nauki, organizacji pozarządowych, przedstawicieli pracodawców i środków masowego przekazu. Przedstawione stanowisko Rządowej Rady Ludnościowej powinno stanowić ważny punkt odniesienia do wypracowania rozwiązań prawnych, finansowych, organizacyjnych oraz edukacyjnych w wymienionych obszarach działań.

II. DOKUMENTACJA Z 44. SESJI KOMISJI DO SPRAW LUDNOŚCI I ROZWOJU ONZ nt. „PŁODNOŚCI, ZDROWIA PROKREACYJNEGO I ROZWOJU”, NOWY JORK, 11.04–15.04 2011 r.

SPRAWOZDANIE Z WYJAZDU DELEGACJI RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ NA 44. SESJĘ KOMISJI LUDNOŚCI I ROZWOJU ONZ nt. „PŁODNOŚCI, ZDROWIA PROKREACYJNEGO I ROZWOJU”, NOWY JORK, 11.04–15.04 2011 r.

1. CEL WYJAZDU

Celem wyjazdu delegacji RP do Nowego Jorku było wzięcie czynnego udziału w 44. Sesji Komisji Ludności i Rozwoju ONZ pt. „Płodność, zdrowie prokreacyjne i rozwój”.

2. SKŁAD DELEGACJI

Skład oficjalnej delegacji rządowej na 44. Sesję Komisji Ludności i Rozwoju ONZ nt. „Płodności, zdrowia prokreacyjnego i rozwoju ” był następujący:

Przewodnicząca:

Pani **Ewa Kopacz**, *Minister Zdrowia*

Wiceprzewodniczący:

Pan **Adam Fronczak**, *Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia*

Pan **Witold Sobków**, *Ambasador, Stały Przedstawiciel RP przy ONZ w Nowym Jorku*

Członkowie, eksperci:

1. Pani **Dr Alina Potrykowska**, *Sekretarz Generalny Rządowej Rady Ludnościowej*
2. Pan **Szymon Moś**, *doradca Ministra Zdrowia*
3. Pani **Dagmara Korbaśńska**, *Dyrektor Departamentu Matki i Dziecka*
4. Pani **Dr Anna Marzec-Bogusławska**, *Dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS*
5. Pani **Agnieszka Żak**, *główny specjalista w Departamencie Współpracy Międzynarodowej*
6. Pani **Aleksandra Saniewska-Kilim**, *specjalista w Departamencie Matki i Dziecka*
7. Pani **Agnieszka Klaus**, *Przedstawiciel Stałego Przedstawicielstwa RP przy ONZ w Nowym Jorku*
8. Pan **Sławomir Wiesławski**, *Tłumacz Pani Minister Zdrowia*

3. ZADANIA DELEGACJI

W trakcie 44. Sesji Komisji Ludności i Rozwoju ONZ delegacja polska uczestniczyła aktywnie w pracach Komisji. W dniu 11 kwietnia br. przemówienie dot. polskich doświadczeń w zakresie płodności, zdrowia prokreacyjnego i rozwoju w imieniu RP wygłosił Wiceprzewodniczący polskiej delegacji, Pan Adam Fronczak, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia. Tekst przemówienia stanowi Załącznik nr 3.

Stanowisko zawiera ogólną informację o demograficznej sytuacji Polski, płodności kobiet, dynamice urodzeń żywych, zdrowiu matek, zdrowiu prokreacyjnym, edukacji młodzieży w zakresie zdrowia prokreacyjnego, zmniejszeniu śmiertelności niemowląt i dzieci, HIV/AIDS, zagadnieniach polityki prorodzinnej i ludnościowej oraz o rozwoju.

Pozostali przedstawiciele delegacji brali aktywny udział w generalnej debacie oraz w dyskusji w ramach punktu 3 porządku obrad (w tym w tematach: płodności kobiet, urodzeń żywych, zdrowia matek, zdrowia prokreacyjnego, edukacji młodzieży w zakresie zdrowia prokreacyjnego, zmniejszenia śmiertelności niemowląt i dzieci, HIV/AIDS, zagadnieniach polityki prorodzinnej oraz zagadnieniach polityki ludnościowej), a także w dyskusjach oraz na posiedzeniach zespołów roboczych i komisji organizowanych w ramach programu 44. Sesji Komisji Ludności i Rozwoju ONZ.

Delegacja ściśle współpracowała z UE w wypracowaniu tekstów rezolucji, jakie zostały przyjęte przez Komisję, a także konsultowała się z UE w pozostałych kwestiach będących przedmiotem obrad Komisji.

4. PROGRAM 44. SESJI

Agendę 44. Sesji Komisji Ludności i Rozwoju ONZ (E/CN.9/2011/1) stanowiły następujące tematy:

1. Wybór członków Biura 44. Sesji.
2. Przyjęcie programu i zasad organizacji pracy 44. Sesji.
3. Dalszy ciąg działań w zakresie rekomendacji Światowej Konferencji „Ludność i Rozwój”, Kair 1994.
4. Debata generalna – doświadczenia krajowe dotyczące płodności, zdrowia prokreacyjnego i rozwoju.
5. Debata generalna w zakresie implementacji Programu Działań Międzynarodowej Konferencji „Ludność i Rozwój” w świetle jej dwudziestej rocznicy.
6. Wkład prac Komisji Ludności i Rozwoju w zakresie tematyki Corocznego Przeglądu Ministerialnego 2011.
7. Realizacja programu i przyszły program pracy Sekretariatu w obszarze zagadnień ludnościowych.
8. Program na 45. Sesję Komisji.
9. Przyjęcie Rezolucji 44. Sesji Komisji ONZ Ludności i Rozwoju 2011 i Raportu Komisji z prac 44. Sesji.

5. KOMISJA LUDNOŚCI I ROZWOJU

Komisja Ludności i Rozwoju jest jedną z dziewięciu komisji funkcjonalnych Rady Gospodarczej i Społecznej ONZ. Została powołana do życia w 1946 r. pod nazwą Komisji ds. Ludności przez Radę (ECOSOC). Następnie nazwa Komisji uległa zmianie na Komisję Ludności i Rozwoju (CPD), zgodnie z nazwą konferencji kairskiej w 1994 roku. Od 1996 r. Komisja co roku zbiera się w celu dokonania przeglądu, monitorowania i oceny postępów w procesie wprowadzania w życie (na poziomach krajowym, regionalnym i międzynarodowym) Programu Działań (*Programme of Action*) Międzynarodowej Konferencji Ludności i Rozwoju (*International Conference on Population and Development*, ICPD), przyjętego w 1994 r. w Kairze. Ten postępowy, przełomowy dokument reguluje wiele kwestii z zakresu problematyki ludnościowej i rozwojowej (takich jak m.in. zrównoważony rozwój, zdrowie, równouprawnienie płci i uprawomocnienie kobiet, rola rodziny, urbanizacja, migracja, edukacja, technologia). Prace Komisji koncentrują się obecnie na przygotowywaniu opracowań dotyczących kwestii ludnościowych i trendów w tej dziedzinie, głównie dynamiki przyrostu naturalnego, na integrowaniu strategii ludnościowych i rozwojowych oraz udzielaniu pomocy i rekomendacji w sprawach ludnościowych ONZ państwom członkowskim i organizacjom wyspecjalizowanym Narodów Zjednoczonych (Fundusz Ludnościowy Organizacji Narodów Zjednoczonych).

Komisja, która początkowo liczyła 12 członków, obecnie skupia 47 państw członkowskich, wybieranych przez ECOSOC na 4 lata według następującego klucza geograficznego: Afryka – 12, Azja – 11, Ameryka Łacińska – 9, Europa Wschodnia – 5, Europa Zachodnia i inne kraje – 10 członków. W 2011 r. w skład Komisji wchodziły następujące państwa:

PAŃSTWA AFRYKAŃSKIE (12 członków)

	Rok zakończenia członkostwa
Angola	2014
Benin	2011
Demokratyczna Republika Kongo	2013
Gwinea Równikowa	2011
Ghana	2014

Kenia	2012
Malawi	2014
Ruanda	2013
Senegal	2014
Tunezja	2012
Uganda	2012
Wybrzeże Kości Słoniowej	2013

PAŃSTWA AZJI (11 członków)

Bangladesz	2013
Chiny	2010
Filipiny	2014
Indie	2010
Indonezja	2013
Iran	2011
Japonia	2012
Kazachstan	2012
Malezja	2014
Pakistan	2013
Sri Lanka	2011

PAŃSTWA EUROPY ŚRODKOWEJ I WSCHODNIEJ (5 członków)

Białoruś	2013
Chorwacja	2012
Polska	2011
Rosja	2014
Węgry	2014

PAŃSTWA AMERYKI ŁACIŃSKIEJ I WYSP KARAIBSKICH (9 członków)

Brazylia	2013
Grenada	2011
Gwatemala	2014
Haiti	2013
Honduras	2011
Jamajka	2014
Kolumbia	2012
Kuba	2013
St. Lucia	2014

PAŃSTWA EUROPY ZACHODNIEJ I INNE KRAJE (10 członków)

Belgia	2013
Finlandia	2012

Niemcy	2013
Holandia	2012
Hiszpania	2011
Izrael	2013
Luxemburg	2014
Szwajcaria	2013
Wielka Brytania	2014
USA	2014

Należy podkreślić, że Polska rozpoczęła swoją kadencję członka Komisji Ludności i Rozwoju w 2008 roku. Członkostwo Polski w latach 2008–2011 jest trzecim w historii Komisji.

6. OBRADY 44. SESJI KOMISJI LUDNOŚCI I ROZWOJU ONZ nt. „PŁODNOŚCI, ZDROWIA PROKREACYJNEGO I ROZWOJU”, NOWY JORK, 11.04–15.04.2011

Pierwsze obrady 44 Sesji odbyły się w dniu 16 kwietnia 2010 roku. Podczas tych obrad ogłoszono tematykę (*Fertility, Reproductive Health and Development*) i zaproponowano skład Biura 44. Sesji Komisji Ludności i Rozwoju ONZ. Jako Przewodniczącego Biura zaproponowano kandydaturę Pana **Briana Bowlera**, Ambasadora Malawi, zaś wiceprzewodniczących: **Christphe’a de Bassompierre’a** (Belgia), **Suljuka Mustansar Tarara** (Pakistan), **Eastona Williamsa** (Jamajka) i **Attila Zimonyi** (Węgry).

W dniu 11 kwietnia 2011 r. (posiedzenia 2. i 3.) obrady utworzył Pan **Brian Bowler**, Ambasador Malawi, Przewodniczący Biura 44. Sesji Komisji Ludności i Rozwoju ONZ. Pierwszym punktem obrad zgodnie z dokumentem *E/CN.9/2011/1* – „*Election of officers*” był wybór członków Biura. Jednocześnie Przewodniczący poinformował Komisję, że na jej pierwszym posiedzeniu, które miało miejsce w dniu 16 kwietnia 2010 r., wybrano skład Biura 44 Sesji¹. Na członków Biura jako wiceprzewodniczący wybrani zostali: Pan **Christophe de Bassompierre** (Belgia), któremu powierzono funkcję prowadzącego nieformalne konsultacje, Pan **Suljuk Mustansar Tarara** (Pakistan), Pan **Easton Williams** (Jamajka), któremu powierzono funkcję Sprawozdawcy Sesji oraz Pan **Attila Zimonyi** (Węgry). Propozycje te zostały jednogłośnie zaakceptowane.

Po wyborze składu Biura Przewodniczący zaproponował przyjęcie dwóch dokumentów o charakterze organizacyjnym, tj. programu sesji *Provisional Agenda* i informacji dot. organizacji sesji *Organization of Work* (dok. *E/CN.9/2011/1* i *E/CN.9/2011/L.1*) – (załączniki 1 i 2) oraz raportu z „międzysesyjnych” posiedzeń Biura Komisji (dok. *E/CN.9/2011/2*).

Przemówienie inauguracyjne wygłosił zastępca Sekretarza Generalnego ds. Społeczno-Ekonomicznych **Sha Zukang** (Under Secretary General for Economic and Social Affairs), który podkreślił, że płodność i zdrowie prokreacyjne są podstawą rozwoju. Spadek płodności w skali światowej przyczynił się do gwałtownego rozwoju gospodarek świata w ciągu ubiegłych trzech dekad. Od 1960 r. poziom płodności obniżył się na świecie z 5 do 2,6 dzieci na kobietę w wieku prokreacyjnym. Niski poziom płodności jest związany z wyższymi dochodami rodzin, wzrostem dobrobytu i dobrostanu matek i dzieci oraz obniżeniem się poziomu śmiertelności matek. Na Szczycie Światowym ONZ, który odbył się we wrześniu 2010 r., w 10. rocznicę uchwalenia Milenijnych Celów Rozwoju, zaapelowano o powszechny dostęp do zdrowia prokreacyjnego na świecie do 2015 roku. Najwięcej do zrobienia pozostaje nadal w krajach najmniej rozwiniętych. Znaczenie 44. Sesji Komisji Ludności i Rozwoju ONZ polega na tym, że Komisja ma ocenić, jak realizacja programów zdrowotnych, w tym zdrowia prokreacyjnego, zdrowia matek, niemowląt i dzieci, przyczynia się do osiągnięcia Milenijnych Celów Rozwoju oraz oszacować sumę funduszy potrzebnych do realizacji głównych celów do 2015 roku.

¹ Biuro wykonuje zadania o charakterze technicznym, przygotowuje sesję Komisji w danym roku i zapewnia jej techniczną obsługę. Członkowie Biura są nominowani przez poszczególne grupy regionalne, następnie zaś wybierani przez członków Komisji. Najczęściej rekrutują się spośród pracowników Stałych Przedstawicielstw poszczególnych krajów przy ONZ w Nowym Jorku, w związku z koniecznością uczestnictwa w posiedzeniach odbywających się w siedzibie Sekretariatu ONZ i zdawania sprawozdań z ich przebiegu członkom grup regionalnych, z których się rekrutują.

Dr. Babatunde Osotimehin, Dyrektor Wykonawczy Funduszu Ludnościowego Narodów Zjednoczonych (Executive Director of the United Nations Population Fund – UNFPA), wygłosił referat pt. *Fertility, Reproductive Health and Development*, w którym podkreślił, że w liczącym obecnie 7 mld ludzi świecie każda osoba, a szczególnie młodzież i dzieci, powinna żyć w poszanowaniu godności i praw humanitarnych, które jako powszechne stanowią podstawę Programu Działań Międzynarodowej Konferencji „Ludność i Rozwój” (ICPD). W szczególności wyjątkowo ważne dla kobiet jest prawo dostępu do zdrowia prokreacyjnego i seksualnego oraz równego traktowania płci i zrównoważonego rozwoju. Największym wyzwaniem jest przezwycięzenie dysproporcji i zaspokojenie potrzeb zdrowotnych wszystkich ludzi. Obecnie zbyt wiele kobiet umiera przy porodzie i wskutek aborcji, zbyt wiele dzieci przed ukończeniem pierwszego roku życia, ponadto zbyt wielu ludzi jest zarażonych wirusem HIV i umierających na AIDS. Zdrowie jest integralną częścią rozwoju społeczno-gospodarczego – lepsze zdrowie jest związane z wysokimi dochodami i wysokim statusem społeczno-ekonomicznym. Dobre zdrowie, w tym prokreacyjne, zależy od czynników społecznych, jak: praca, edukacja, mieszkalność i polityka prorodzinna. Ponadto czynniki takie jak dyskryminacja płci i przemoc wywierają negatywny wpływ na zdrowie kobiet i dziewcząt, zwłaszcza w sferze zdrowia seksualnego i prokreacyjnego, które pozostaje wciąż zaniedbaną dziedziną polityki.

Hania Zlotnik, Dyrektor Wydziału Ludności ONZ (Director of the Population Division, Department of Economic and Social Affairs), rozpoczynając swoje wystąpienie, stwierdziła, że warto przypomnieć osiągnięcia ludzkości w zakresie problematyki zdrowotnej, a szczególnie spadek płodności we wszystkich regionach świata. Obniżenie się poziomu płodności spowodowało spadek tempa wzrostu ludności świata obecnie do 1,2% rocznie (tj. o 40% mniej w porównaniu do najwyższych wartości w końcu lat 60. ub. wieku). Fakt, iż ludność świata liczy obecnie 7 mld, świadczy o spowolnieniu jej wzrostu od lat 70. Najszybszy spadek płodności z poziomu 5,8 dzieci na kobietę w wieku prokreacyjnym na początku lat 60. do wartości 2,5 współczynnika dzietności obecnie wystąpił w krajach rozwijających się, co odpowiada redukcji płodności o 60%. Najwolniej płodność obniżyła się w krajach najmniej rozwiniętych, tj. o 35% – do obecnego poziomu 4,4 dzieci na kobietę w wieku prokreacyjnym. Od lat 70. w krajach rozwiniętych płodność spadła gwałtownie poniżej poziomu zastępowalności pokoleń (średnia wartość obecnie w tej grupie krajów wynosi 1,6 dzieci na kobietę w wieku prokreacyjnym). Autorka podkreśliła, iż spadek płodności przyczynił się do przyspieszenia rozwoju gospodarczego, redukcji ubóstwa oraz postępu w dziedzinie zdrowia prokreacyjnego, zdrowia dzieci, edukacji i postępu w równouprawnieniu kobiet. Zapewnienie dobrobytu przyszłych pokoleń jest głównym celem zrównoważonego rozwoju, zaś kontynuacja spadku tempa wzrostu ludności jest niezbędna do zapewnienia zrównoważonego rozwoju świata.

Ann Biddlecom, Chief Fertility and Family Planning Section, Population Division, przedstawiła raport Sekretarza Generalnego *Report of the Secretary-General on fertility, reproductive health, and development* (dok. E/CN.9/2011/3), dotyczący monitorowania rozwoju ludności świata i związany z tematem sesji. W raporcie przedstawiono trendy w dynamice płodności i jej determinanty, główne cele i wyzwania w osiągnięciu powszechnego dostępu do zdrowia reprodukcyjnego oraz możliwości przyspieszenia w osiągnięciu celów Programu Działań Międzynarodowej Konferencji „Ludność i Rozwój”. W raporcie podkreślono, że gwałtowny wzrost liczby ludności w poprzednich dekadach spowodowany wysoką płodnością był związany z wysokim poziomem biedy, niskim poziomem edukacji na szczeblu podstawowym oraz wysoką śmiertelnością dzieci i niemowląt oraz matek. Obecnie poziom płodności obniżył się znacznie niemal we wszystkich krajach świata, jednak czas i szybkość zmian pozostają zróżnicowane. W 2010 r. 42% ludności świata żyło w krajach o niskiej płodności poniżej poziomu zastępowalności pokoleń, 41% – w krajach o średnim poziomie płodności oraz 17% – w krajach o najwyższej płodności. Podkreślono, że powszechny dostęp do zdrowia prokreacyjnego rekomendowany w Programie Działań ICPD, a w szczególności upowszechnienie metod planowania rodziny, może przyspieszyć polepszenie zdrowia matek i dzieci w krajach o wysokiej płodności, a w konsekwencji obniżyć poziom płodności, co z kolei będzie korzystne dla rozwoju, zwłaszcza w najmniej rozwiniętych krajach świata.

Werner Haug (Director, Technical Division, UNFPA) przedstawił raport Sekretarza Generalnego – *Report of the Secretary-General on monitoring of population programmes, focusing on Fertility, Reproductive Health, and Development* (dok. E/CN.9/2011/4), dotyczący monitoringu Programów Ludnościowych

wych związanych z tematem *Fertility, Reproductive Health and Development*. Raport ilustruje przykłady programu pracy Funduszu Ludnościowego ONZ (UNFPA) w pomocy krajom świata we wdrażaniu Programu Działania ICPD. Program ten jest kluczowy w podnoszeniu poziomu zdrowia prokreacyjnego i seksualnego oraz praw w dziedzinie zdrowia prokreacyjnego jako priorytetów narodowych oraz respektowania praw człowieka w rozwijaniu podstaw poprzez wzmocnienie systemów zdrowotnych oraz stosowanie wielosektorowych podejść i metod. Bardzo istotne jest podnoszenie jakości życia mężczyzn, kobiet, młodzieży i dzieci, populacji szczególnie zagrożonych i słabszych. Indywidualne osoby, mężczyźni i kobiety muszą mieć wsparcie w edukacji, planowaniu rodziny, przezwyciężaniu ubóstwa, które trapi miliony ludzi i przeszkadza w rozwoju. UNFPA pomaga krajom w przezwyciężaniu biedy przez poprawę dostępu do zdrowia prokreacyjnego i planowania rodziny, a przez to – poprawę zdrowia ludności. UNFPA angażuje się w politykę dialogu i formułowanie polityk na rzecz biednych, np. narodowych planów rozwoju, a szczególnie strategii ograniczania ubóstwa i sektorowych programów zdrowotnych.

Jose Miguel Guzman (Chief Population and Development Branch Technical Division, UNFPA) przedstawił Raport Sekretarza Generalnego pt. *Report of the Secretary-General on the flow of financial resources for assisting in the implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development* (dok. E/CN.9/2011/5). W raporcie zamieszczono informacje o darczyńcach i wydatkach na działania w zakresie programów ludnościowych w krajach rozwijających się i krajach transformacji ekonomicznej w 2009 r., szacunki za 2010 r. oraz prognozy na 2011 rok. Pula wydatków Funduszu Ludnościowego obejmuje następujące dziedziny: planowanie rodziny, zdrowie prokreacyjne, choroby przenoszone drogą płciową (STD) i HIV/AIDS oraz badania podstawowe, bazy danych analizy polityki dot. ludności i rozwoju. Fundusze pochodzące od darczyńców i krajowe wydatki w 2010 r. wynosiły 10,0 mld USD. Zarówno środki od darczyńców jak i wydatki krajowe na programy ludnościowe wzrosły. Fundusze pochodzące od darczyńców oszacowano na poziomie 10,5 mld USD w 2010 r. i 10,8 mld USD w 2011 r., zaś krajowe wydatki (to jest wydatki poszczególnych państw rozwijających się na programy ludnościowe) wynosiły 29,8 mld USD w 2009 r. i zostały oszacowane na poziomie 31 mld USD w 2010 r. oraz 34 mld USD w 2011 roku. Obecne fundusze nie zaspokajają wzrastających potrzeb w krajach rozwijających się. Nowe szacunki uwzględniają zarówno bieżące potrzeby i koszty, jak też dodatkowe koszty działań na podstawie najnowszych badań i wiedzy. Szacunki te są również oparte na podejściu metodologicznym w ocenie bieżących kosztów związanych z celami Programu Działania ICPD oraz dążeniem do osiągnięcia Milenijnych Celów Rozwoju.

Podczas debaty oświadczenia wygłosili przedstawiciele Rosji, Węgier (w imieniu Unii Europejskiej i stowarzyszonych krajów), Chin, Kuby i Iranu oraz obserwatorzy z Nepalu (w imieniu krajów najmniej rozwiniętych), Malta, Australia i Estonia.

W ramach posiedzeń plenarnych w dniach 11–15 kwietnia 2011 r. wygłoszone zostały trzy wykłady ekspertów na światowym poziomie, a mianowicie: prezentacja Pana **Johna Bongaartsa**, wiceprzewodniczącego Rady Ludnościowej USA, nt. trendów i dynamiki płodności i ich implikacji dla rozwoju (*Fertility Trends and their implications for Development*), wykład Pani **Prof. Amy Tsui** z John Hopkins University nt. rozwoju i postępu w usługach planowania rodziny w celu osiągnięcia powszechnego dostępu do zdrowia prokreacyjnego (*Improving family planning services to achieve universal reproductive health*) oraz prezentacja **Dr Eunice Brookman Amisshah**, Dyrektora Africa Alliance for Women's Reproductive Health and Rights, nt. globalnych problemów i rozwiązań dotyczących zdrowia prokreacyjnego (*Addressing Global Reproductive Health Challenges*), po których odbyła się dyskusja z udziałem delegatów.

W ramach poszczególnych punktów agendy Sesji prowadzono debaty plenarne, w trakcie których prezentowane były wystąpienia przedstawicieli państw członkowskich. W dniu 11 kwietnia przemówienie dot. polskich doświadczeń w zakresie implementacji Programu Działania w sferze objętej tematem przewodnim Sesji wygłosił Pan Minister **Adam Fronczak** (załącznik 3).

W dalszej części sesji obrady przebiegały jak w ubiegłych latach dwutorowo. Równolegle miały miejsce posiedzenia plenarne oraz nieformalne konsultacje dot. projektu rezolucji o tytule pokrywającym się z tematem przewodnim sesji, projektu decyzji w sprawie tematu przewodniego Sesji Komisji w 2013 r. oraz projektu decyzji w sprawie wstępnego programu obrad kolejnej 45. Sesji Komisji w 2012 roku.

W ramach pkt. 5. programu Sesji przyjęto także następujące raporty Sekretarza Generalnego ONZ:

Report of the Secretary-General on General Debate on the Further Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development in lights of its twentieth anniversary: Population Division, Department of Economic and Social Affairs (dok. E/CN.9/2011/6);

Report of the Secretary-General on Programme implementation and progress of work in the field of population in 2010: Population Division, Department of Economic and Social Affairs (dok. E/CN.9/2011/7);

Ponadto w ramach 5. pkt. programu uczestnicy wysłuchali przemówień Pana **dr. Babatunde Osotimehina**, Dyrektora Wykonawczego UNFPA, i Pani **dr Nafis Sadik**, pełniącej funkcję Specjalnego Wysłannika Sekretarza Generalnego ONZ ds. HIV/AIDS w Azji i Regionie Pacyfiku, podsumowujących stan realizacji Programu Działań ICPD, który w sferze płodności i zdrowia prokreacyjnego nie jest zadowalający. Mówcy podkreślili konieczność przyspieszenia prac, zwłaszcza narodowych wielosektorowych planów i strategii zrównoważonego rozwoju.

W ramach pkt. 7. programu Sesji przyjęto także następujący raport Sekretarza Generalnego ONZ:

Draft Programme of work of the Population Division, Department of Economic and Social Affairs for the Biennium 2012–2013 (dok. E/CN.9/2011/CRP.1/Rev.1).;

Wszystkie ww. dokumenty, podobnie jak pozostałe opracowania przygotowane na potrzeby sesji oraz teksty rezolucji i decyzji przyjętych na jej zakończenie, są dostępne na stronie internetowej: <http://www.un.org/esa/population/cpd/cpd2010/conim2Q10.htm>. Zostały na niej również zamieszczone wystąpienia narodowe wygłoszone w związku z przyjęciem rezolucji.

W odniesieniu do decyzji w sprawie tematu 45. Sesji w 2012 r. uzgodniono jego zmianę na temat dot. młodzieży (*Adolescents and youth*). Z kolei migracje międzynarodowe (*International migration and development*) rozważane będą jako temat 46. Sesji Komisji w 2013 roku. Oba dokumenty zostały przyjęte podczas ostatniego posiedzenia plenarnego w ramach 44. Sesji Komisji.

Nieformalne konsultacje dot. projektów dwóch decyzji i projektu rezolucji 44. Sesji Komisji odbywały się pod przewodnictwem wiceprzewodniczącego Biura Pana **Christophe'a de Bassompierre** (Belgia). Rozmowy w sprawie decyzji prowadzone były nieformalnie i na zasadzie bilateralnej; głównymi interlokutorami były UE i G77. Najbardziej kontrowersyjne okazały się jednak rozmowy dotyczące tekstu projektu rezolucji (**załącznik 4**).

W związku z powyższym, po przyjęciu rezolucji na wznowionym posiedzeniu plenarnym Komisji, Polska zgłosiła zastrzeżenia do paragrafów zawierających odniesienia do zdrowia prokreacyjnego i seksualnego oraz praw prokreacyjnych i zaprezentowała *Explanation of position*, w którym wyjaśniła rozumienie zapisów tekstu rezolucji zawierających odniesienia do zdrowia, praw i usług seksualnych i prokreacyjnych oraz planowania rodziny. Zostało ono przekazane w wersji elektronicznej, a także papierowej Sekretarzowi Generalnemu ONZ, do Sekretariatu Komisji ONZ Ludność i Rozwój (CPD), Wydziału Ludności DESA i służb konferencyjnych Sekretariatu ONZ w celu jak najszerzego upowszechnienia.

Po przyjęciu rezolucji wystąpienia odnośnie do tych fragmentów tekstu, które zawierają odniesienia do praw i usług dot. zdrowia seksualnego i prokreacyjnego, wygłoszyły: Argentyna, Benin, Brazylia, Chile, Egipt (w imieniu Grupy Krajów Arabskich), Gwatemala, Honduras, Kenia, Kostaryka, Malawi, Malta, Pakistan, RPA, St. Lucia, Urugwaj, Zambia i Stolica Apostolska.

Przed zamknięciem ostatniego posiedzenia 44. Sesji Komisji Ludności i Rozwoju przyjęto wstępną wersję raportu z przebiegu sesji.

Przemówienia końcowe zaprezentowali: Zastępca Sekretarza Generalnego ds. Koordynacji Polityk Pan **Thomas Stelzer** oraz przedstawiciel UNFPA Pan **Werner Haug** i Pani **Hania Zlotnik** – Dyrektor Wydziału Ludności ONZ.

Pan **Thomas Stelzer** podkreślił, że zagadnienia poruszane podczas Sesji, w tym płodność i zdrowie prokreacyjne, są podstawą dobrobytu ludności i wyzwani w celu osiągnięcia zrównoważonego rozwoju. W czasie 44. Sesji podjęto wysiłki w kierunku osiągnięcia celów Programu Działań ICPD w zakresie zdrowia prokreacyjnego. Wystąpienia dotyczące narodowych doświadczeń i wysiłków w tej mierze do-

starczyły bogatego i szczegółowego wachlarza różnorodności podejść. Ponadto przedstawiono wyzwania dla polityki rządów o charakterze zarówno uniwersalnym jak i specyficznym. Bardzo ważne jest, aby podwoić wysiłki w celu przyspieszenia osiągnięcia Milenijnych Celów Rozwoju.

Werner Haug – w imieniu Dyrektora Wykonawczego UNFPA – Pana dr Babatunde Osotimehina, pogratulował Przewodniczącemu i członkom Biura 44 Sesji Komisji Ludności i Rozwoju sukcesu w przebiegu i organizacji Sesji oraz podziękował wszystkim uczestnikom za owocny wkład w prace Komisji podczas obrad, konsultacji i negocjacji dotyczących uchwalenia rezolucji.

Pani **Hania Zlotnik** pogratulowała Panu Ambasadorowi Brianowi Bowlerowi, Przewodniczącemu i pozostałym członkom Biura 44. Sesji Komisji Ludności i Rozwoju owocnych obrad i podziękowała wszystkim uczestnikom za ciężką pracę podczas Sesji w dniach 11–15 kwietnia 2011 roku. Wyraziła nadzieję, że w 2014 r., gdy Zgromadzenie Ogólne ONZ zweryfikuje stan wdrożeń Programu Działań ICPD, wyniki 44. Sesji i wysiłki w kierunku przyspieszenia realizacji celów w zakresie zdrowia prokreacyjnego zostaną docenione, a cel osiągnięty.

Po zamknięciu 44. Sesji Komisji Ludności i Rozwoju niezwłocznie zostało otwarte pierwsze, *stricte* formalne posiedzenie 45. Sesji Komisji celem dokonania wyboru członków jej Biura. Przez aklamację wybrano Pana **Hasana Kleila**, Ambasadora Indonezji (przewodniczący Biura), zaś wiceprzewodniczących: Panią **Martina Teza** (Chorwacja), Panią **Sahar Flood-Beaubrun** (St. Lucia) i Pana **Pio Wennubst** (Szwajcaria). Kandydatury te zostały przyjęte przez aklamację.

W podsumowaniu należy podkreślić, iż 44. Sesja Komisji Ludności i Rozwoju, odbywająca się na temat przewodni *Fertility, Reproductive Health, and Development*, miała charakter szczególny w związku ze zbliżającą się dwudziestą rocznicą Międzynarodowej Konferencji „Ludność i Rozwój” (ICPD). W związku z powyższym oraz mając na uwadze szeroko ujęty temat przewodni, w toku dyskusji skoncentrowano się na zagadnieniach związanych z realizacją programu Działań ICPD oraz Celów Milenijnych dot. problematyki zdrowia prokreacyjnego. Szczególną uwagę zwracano na opóźnienia w realizacji Programu Działań ICPD dot. zapewnienia powszechnego dostępu do zdrowia prokreacyjnego. Szersze podejście do tematu prezentowano w toku debaty generalnej, dotyczącej, z jednej strony, postępów w implementacji założeń Programu Działań ICPD, z drugiej natomiast – narodowych doświadczeń w tym zakresie, a także w ramach wyjątkowo interesujących prezentacji zaproszonych gości (*keynote speakers*).

Podczas obrad Komisji pracowano nad projektem rezolucji *Fertility, Reproductive Health and Development*, która zawierała wytyczne na następne lata.

Dr Alina Potrykowska – Sekretarz Generalny Rządowej Rady Ludnościowej



Economic and Social Council

Distr.: Limited
24 January 2011

Original: English

Commission on Population and Development

Forty-fourth session

11-15 April 2011

Item 2 of the provisional agenda*

Adoption of the agenda and other organizational matters

Organization of work of the session

Note by the Secretariat

1. The draft organization of work of the forty-fourth session of the Commission on Population and Development, which is contained in the annex to the present note, has been prepared in order to facilitate the Commission's consideration of the items in the agenda for the session, in accordance with the time and conference services allocated to it. The annotated provisional agenda for the session is contained in document E/CN.9/2011/1.

2. Meeting facilities will be available for two meetings of the Commission each day. Meetings are held from 10 a.m. to 1 p.m. and from 3 to 6 p.m.

* E/CN.9/2011/1.



Annex

Draft organization of work, 11-15 April 2011

Date/time	Agenda item/programme/documentation
Monday, 11 April	
10 a.m.-noon	2. Adoption of the agenda and other organizational matters Provisional agenda and organization of work (E/CN.9/2011/1; E/CN.9/2011/L.1) Report of the meetings of the Bureau of the Commission on Population and Development (E/CN.9/2011/2) 3. Actions in follow-up to the recommendations of the International Conference on Population and Development Report of the Secretary-General on fertility, reproductive health and development (E/CN.9/2011/3) Report of the Secretary-General on the monitoring of population programmes, focusing on fertility, reproductive health and development (E/CN.9/2011/4) Report of the Secretary-General on the flow of financial resources for assisting in the implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development (E/CN.9/2011/5)
Noon-1 p.m.	Keynote statement by John Bongaarts on "Fertility trends and their implications for development"
3-6 p.m.	3. (continued) 4. General debate on national experience in population matters: fertility, reproductive health and development Simultaneous with plenary: informal consultations on draft resolutions
Tuesday, 12 April	
10 a.m.-noon	4. (continued) Simultaneous with plenary: informal consultations on draft resolutions
Noon-1 p.m.	Keynote statement by Amy Tsui on "Improving family planning services to achieve universal reproductive health"

<i>Date/time</i>	<i>Agenda item/programme/documentation</i>
3-6 p.m.	4. <i>(continued)</i> Simultaneous with plenary: informal consultations on draft resolutions
Wednesday, 13 April	
10 a.m.-noon	4. <i>(continued)</i> Simultaneous with plenary: informal consultations to discuss draft resolutions
Noon-1 p.m.	Keynote statement by Eunice Brookman-Amissah on "Addressing reproductive health challenges"
3-6 p.m.	5. General debate on the further implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development in light of its twentieth anniversary Simultaneous with plenary: informal consultations on draft resolutions <i>Deadline for submission of draft proposals under items 3, 5, 7 and 8</i>
Thursday, 14 April	
10 a.m.-1 p.m.	6. General debate on the contribution of population and development issues to the theme of the annual ministerial review in 2011
3-6 p.m.	7. Programme implementation and future programme of work of the Secretariat in the field of population Report of the Secretary-General on world demographic trends (E/CN.9/2011/6) Report of the Secretary-General on programme implementation and progress of work in the field of population in 2010 (E/CN.9/2011/7) Draft programme of work of the Population Division of the Department of Economic and Social Affairs for the biennium 2012-2013 (E/CN.9/2011/CRP.1)
Friday, 15 April	
10 a.m.-1 p.m.	Informal consultations
3-6 p.m.	<i>Action on proposals</i> 8. Provisional agenda for the forty-fifth session of the Commission

<i>Date/time</i>	<i>Agenda item/programme/documentation</i>
	Note by the Secretariat containing the provisional agenda for the forty-fifth session of the Commission (E/CN.9/2011/L.2)
	9. Adoption of the report of the Commission on its forty-fourth session
	Closure of the session ^a

^a In accordance with Economic and Social Council decision 2005/213, the Commission, immediately following the closure of the forty-fourth session, will hold the first meeting of its forty-fifth session for the sole purpose of electing a new Chair and other members of the Bureau, in accordance with rule 15 of the rules of procedure of the functional commissions of the Council.



Economic and Social Council

Distr.: Limited
25 January 2011

Original: English

Commission on Population and Development

Forty-fourth session

11-15 April 2011

Item 8 of the provisional agenda*

Provisional agenda for the forty-fifth session of the Commission

Provisional agenda for the forty-fifth session of the Commission

Note by the Secretariat

1. The provisional agenda for the forty-fifth session of the Commission on Population and Development set out below has been prepared on the basis of existing legislative authority, in accordance with Economic and Social Council resolution 1894 (LVII). It will be completed at the current session in the light of resolutions and decisions adopted by the Commission and will be submitted to the Council for review, in accordance with Council resolution 1979/41.
2. Pursuant to Commission decision 2010/101, the special theme for the forty-fifth session of the Commission in 2012 will be "Adolescents and youth".

Provisional agenda

1. Election of officers.¹
2. Adoption of the agenda and other organizational matters.

* E/CN.9/2011/1.

¹ In accordance with its decision 2004/2, the Commission, immediately following the close of its forty-fourth session, will hold the first meeting of its forty-fifth session for the sole purpose of electing the new Chairperson and other officers of the Commission, in accordance with rule 15 of the rules of procedure of the functional commissions of the Council.

Documentation

Provisional agenda for the forty-fifth session of the Commission

Note by the Secretariat on the organization of the work of the session

Report of the Bureau of the Commission on its intersessional meetings

3. Actions in follow-up to the recommendations of the International Conference on Population and Development.

Documentation

Report of the Secretary-General on adolescents and youth

Report of the Secretary-General on the monitoring of population programmes, focusing on adolescents and youth

Report of the Secretary-General on the flow of financial resources for assisting in the implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development

4. General debate on national experience in population matters: adolescents and youth.
5. General debate on the further implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development in light of its twentieth anniversary.
6. General debate on the contribution of population and development issues to the theme of the annual ministerial review in 2012.
7. Programme implementation and future programme of work of the Secretariat in the field of population.

Documentation

Report of the Secretary-General on programme implementation and progress of work in the field of population, 2011

Proposed strategic framework for the period 2014-2015: subprogramme 6, Population, of programme 7, Economic and social affairs.

8. Provisional agenda for the forty-sixth session of the Commission.

Documentation

Note by the Secretariat containing the draft provisional agenda for the forty-sixth session of the Commission

9. Adoption of the report of the Commission on its forty-fifth session.



REPUBLIC OF POLAND

PERMANENT MISSION TO THE UNITED NATIONS

9 EAST 66th STREET, NEW YORK, N.Y. 10065

TEL. (212) 744-2506

Commission on Population and Development
Forty-fourth session
11–15 April 2011
General debate on national experience
in population matters

Check against delivery

STATEMENT

by

Mr. Adam Fronczak

Under Secretary of State, Ministry of Health

Poland

New York, April 11th, 2011

Mister Chairman,

Distinguished Delegates,

Ladies and Gentlemen,

I am honored to address the 44th session of the Commission on Population and Development on behalf of the Republic of Poland.

At the outset, I would like to congratulate you, Mister Chair, for your election as President of the 44th Session of the Commission.

Poland aligns itself with the statement pronounced by Hungary on behalf of the European Union under agenda point 3 as well as the statements to be pronounced under agenda points 5 and 6. However, I would like to underline that in our understanding any reference to sexual and reproductive rights and services included in the texts of the above – mentioned statements does not constitute an encouragement to the promotion of abortion.

Distinguished Delegates,

Bearing in mind the importance of matters related to fertility and reproductive health and the influence of these factors on social development, I would like to shortly present the demographic situation in Poland and the solutions introduced within the framework of Poland's population policy.

For many years now, Poland has had a low birth rate due to a considerable decline in women's fertility. The replacement of generation index in Poland is at a medium level as compared to other European countries, however, it is lower by as much as one third than in North European countries and some West European countries. The reduction in the number of children born per woman results from the decision to postpone the first birth. We can predict that in the future the deformation in the age structure of the population will progress, the depopulation processes will accelerate and the population will age more rapidly.

The infant mortality rate has been gradually falling as well. Poland is the second country in our region, after the Czech Republic, to have the most significant accomplishments in the battle against infant mortality. As a result, the life expectancy of an average inhabitant of Poland has increased (in 2008, it was 71.3 years for a male and 80.0 years for a female).

With regard to reproductive health, the Government of Poland strives to provide women during pregnancy and at labour with the best health services that match their expectations and

the medical knowledge. The protection of women in the period of pregnancy, labour and postpartum is ensured in the national legislation and in international agreements ratified by Poland.

The fundamental legal act of the Republic of Poland – the Constitution – ensures special protection by the State over pregnant women. Its article 68(3) states that “Public authorities shall ensure special health care to children, pregnant women, handicapped people and persons of advanced age.”

Reproductive health is a crucial element of the State health policy. Moreover, central and local government administration bodies provide citizens with a free access to methods and means of conscious procreation. During the last two decades, the range and availability of modern contraceptive methods have increased. The research on women’s expectations as regards contraception indicates that primary factors determining the choice of a method are effectiveness, lack of adverse side effects, reversibility, and acceptance.

Given the need to provide women during pregnancy and at labour with the best possible services, the Minister of Health issued the Regulation of 23 September 2010 *on standards of conduct and medical procedures in providing health services in the area of perinatal care for women during physiological pregnancy, physiological childbirth, and postpartum and of infant care*, which entered into force on 8 April 2011. The Regulation was elaborated in keeping with the guidelines of the World Health Organisation, evidence-based medicine and the Polish experience in the field of maternal and infant care. The Regulation constitutes a response to women’s expectations; its implementation will limit the excessive medicalisation of physiological childbirth and will contribute to observing patients’ rights, applying the principles of three-stage perinatal care, increasing patients’ satisfaction with care, optimising the costs of care and ensuring adequate distribution of funds. Currently, trainings for physicians and midwives are held in the entire country concerning the implementation of the perinatal care standards.

The main document determining the direction of action undertaken in the framework of Poland’s health policy, that is the National Health Programme 2007–2015, sets out the Operational Objective 7 that includes activities related to improving healthcare for mothers, infants and small children. According to the Programme, the overriding objective of health care for pregnant women and children is to ensure the proper course of pregnancy and to identify as early as possible the risk factors, thus allowing to provide women early on with care adjusted to their medical needs.

Ladies and Gentlemen,

When talking about reproductive health and development, the question of prevention of sexually transmitted diseases, especially HIV/AIDS, cannot be overlooked. After thirty years that have passed since the first incident of HIV infection was recognised, it is known that the AIDS epidemic has a destructive impact both on all spheres of an individual's life and on the development of the entire society. In Poland, the fight against the epidemic is led by government institutions, health care systems, scientific community, private sector and civic society, as well as persons suffering from HIV/AIDS.

The process of developing a health policy should focus on the protection of human rights, on the respect of human dignity of persons living with the virus and on the support of particularly vulnerable populations, such as women, children, adolescents, migrants and marginalised persons, in order to minimise negative consequences of the epidemics.

Indeed, the Polish strategy for combating HIV/AIDS is based on the principles of inviolability of human dignity and respect for human rights. This results in a systematic improvement in the quality of life of persons infected with HIV and suffering from AIDS, and in higher social awareness of this problem. The institutional system existing in Poland guarantees continuity of funding both for preventive measures and for an easily accessible, free-of-charge ARV therapy. In Poland, due to the fact that women during pregnancy and in the perinatal period receive antiretroviral therapy, the percentage of infections at this stage fell to below 1%.

I would like to underline that in 2011 Poland has become a chair of Vice-President of PCB UNAIDS. We will make our utmost efforts in order to fight the epidemic of HIV/AIDS in the world.

Mister Chairman,

In reference to the issue of maternal mortality, the maternal mortality rate in Poland constitutes one of the principal indicators of the society's state of health. The data gathered during the last 15 years indicate a significant decrease, and, thus, an improving level of perinatal care. Moreover, the infant mortality rate has been decreasing during the last decades - over the last 15 years, this rate was 12.4‰ on average in the first five-year period, 8.2‰ on average in the second five-year period, and 7‰ on average in the third five-year period.

Nonetheless, Poland's activities in the area of obstetric care are still fundamentally aimed at steadily reducing maternal, newborn and infant mortality rates. It is mainly achieved through creating a three-stage perinatal care system that performs functions related to managing the

network of collaborating facilities, treating patients, providing consultations, ensuring flow of information, maintaining and coordinating transport of mothers and newborns, and educating.

Distinguished Delegates,

The primary objective of Poland's population policy is to influence the processes related to the formation and functioning of families, fertility, amelioration of the quality of life, mortality reduction and migrations in such a way as to make them conducive to ensuring the optimum size and structure of the population, the biological continuity of the society and the sustainable socio-economic development.

To this end, the Government of Poland has undertaken numerous activities aiming at the advancement of the level and the quality of childcare. It is worth mentioning a variety of measures that help improve the income situation of families through social benefits, social welfare and the related professional insertion of non-working parents.

In reference to health policy, the Government takes action with regard to, among others, prenatal care and medical care for pregnant women, which also involves prenatal diagnostics, and the prevention of consequences and complications resulting from developmental anomalies and foetus diseases.

Apart from the above, worth mentioning is that special educational programmes on reproductive health addressed to young people have been established and introduced into schools.

Mister Chairman, Distinguished Delegates,

Having in mind the interdependence of the population policy and the social development, as well as the profound influence of these factors on the shape of every society's demographic structure, I would like to express my belief that a comprehensive action in the area of pro-family, health and educational policies will allow us to effectively eliminate the threats posed by the demographic processes of today's world.

Thank you for your attention

Commission on Population and Development

Forty-fourth Session

Resolution adopted at the closing plenary session

Fertility, reproductive health and development

The Commission on Population and Development,

PP1. Recalling the Programme of Action of the International Conference on Population and Development¹ and the key actions for its further implementation,²

PP2. Recalling also the United Nations Millennium Declaration³ and the 2005 World Summit Outcome,⁴ including the Millennium Development Goals and other internationally agreed development goals, and the Beijing Platform for Action,⁵

PP3. Recalling the outcome document of the High-level Plenary Meeting of the sixty-fifth session of the General Assembly on the Millennium Development Goals, "Keeping the promise: United to achieve the Millennium Development Goals",⁶

PP4. Recalling also the outcomes of the major United Nations conferences and summits in the economic, social and related fields, especially those related to global health,

PP5. Recalling further all General Assembly resolutions related to global public health, including those related to global health and foreign policy,

PP6. Recognizing that the full implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development and the key actions for its further implementation, including those related to sexual and reproductive health and reproductive rights, which would also contribute to the implementation of the Beijing Platform for Action,⁵ as well as those on population and development, education and gender equality, is integrally linked to global efforts to eradicate poverty and achieve sustainable development and that population dynamics are all-important for development,

PP7. Reaffirming that development is a central goal in itself and that sustainable development in its economic, social and environmental aspects constitutes a key element of the overarching framework of United Nations activities,

PP8. Recognizing the basic right of all couples and individuals to decide freely and responsibly the number, spacing and timing of their children and to have the information and means to do so, their right to attain the highest standard of sexual and reproductive health, and their right to make decisions

¹ *Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994* (United Nations publication, Sales No. E.95.XIII.18), chap. I, resolution 1, annex.

² See resolution S-21/2, annex; *Official Records of the General Assembly, Twenty-first Special Session, Supplement No. 3* (A/S-21/5/Rev.1); and A/S-21/PV.9.

³ See resolution 55/2.

⁴ See resolution 60/1.

⁵ *Report of the Fourth World Conference on Women, Beijing, 4-15 September 1995* (United Nations publication, Sales No. E.96.IV.13), chap. I, resolution 1, annex II.

⁶ See resolution 65/1.

concerning reproduction free of discrimination, coercion and violence, as expressed in human rights documents,

PP9. Recognizing also that all populations of the world are undergoing a historically unique transition from high levels of fertility and mortality to low levels of fertility and mortality, known as the demographic transition, which has strong effects on the age structure of populations, and cognizant of the fact that countries are at different stages of this transition, with some countries still experiencing high levels of fertility and some countries experiencing fertility that is below replacement level,

PP10. Recognizing further that in the first stage of the demographic transition, when mortality is falling, the proportion of children increases, that in the second stage, when both fertility and mortality are falling, the proportion of adults of working age increases, and that in the third stage, when fertility and mortality reach low levels, only the proportion of older persons increases,

PP11. Recognizing that the second stage of the demographic transition presents a window of opportunity for development and that the translation of this window of opportunity into benefits for development requires national policies and an international economic environment conducive to investment, employment, sustained economic development and further integration and full participation of developing countries in the global economy,

PP12. Recognizing also the close relation between fertility and poverty eradication considering that very high fertility levels are often negatively correlated with development indicators, while stressing that, since countries are at different stages of the demographic transition and experience different social and economic conditions, development and policy implications vary from country to country depending on their level of social and economic development,

PP13. Noting that the decline in fertility levels, reinforced by continued declines in mortality levels, is producing fundamental changes in the age structure of the population of most societies, most notably record increases in the proportion and number of elderly persons, including a growing number of very elderly persons,

PP14. Recognizing that the ultimate goal is the improvement of the quality of life of present and future generations, that the objective is to facilitate the demographic transition as soon as possible in countries where there is an imbalance between demographic rates and social, economic and environmental goals, while fully respecting human rights, and that this process will contribute to the stabilization of the world population and, together with changes in unsustainable patterns of production and consumption, to sustainable development and economic growth,

PP15. Noting that owing to declining mortality levels and the persistence of high fertility levels, a large number of developing countries continue to have very large proportions of children and young people in their populations and that these young populations have health, education and employment needs to be met by families, local communities, countries and the international community,

PP16. Recognizing that the world community has a special responsibility to ensure that all children receive an education of improved quality and that they complete primary school even if it is more difficult to meet educational needs when there is rapid population growth,

PP17. Recognizing also women's and girls' right to education at all levels as well as access to life skills and sex education based on full and accurate information and, with respect to girls and boys, in a manner consistent with their evolving capacities, and with appropriate direction and guidance from parents and legal guardians, in order to help women and girls, men and boys, to develop knowledge to enable them to make informed and responsible decisions to reduce early childbearing and maternal mortality, to promote access to pre- and post-natal care and to combat sexual harassment and gender-based violence,

PP18. Recognizing further that the availability of safer, more effective, affordable and acceptable methods of modern contraception, although still in some respects inadequate, has permitted greater opportunities for individual choice and responsible decision-making in matters of reproduction and that this ability to decide both the number and spacing of children has directly improved the immediate and long-term health of women, children and families,

PP19. Acknowledging that hundreds of millions of women and men lack access to safe, affordable, effective and acceptable forms of modern contraception and that, based on the current large unmet demands for reproductive health services, including family planning, and the expected growth in numbers of women and men of reproductive age, demand for these services will continue to grow over the next several decades, especially for the younger, poorer, less educated and rural segments of the population who face greater barriers to access these services,

PP20. Recognizing that under-age and forced marriage and early sexual relationships have adverse psychological effects on girls and that early pregnancy and early motherhood entail complications during pregnancy and delivery and a risk of maternal mortality and morbidity that is much greater than average, and deeply concerned that early childbearing and limited access to the highest attainable standard of health, including sexual and reproductive health, including in the area of emergency obstetric care, cause high levels of obstetric fistula and maternal mortality and morbidity,

PP21. Encouraging States to create a socio-economic environment conducive to the elimination of all child marriages and other unions as a matter of urgency, to discourage early marriage and to reinforce the social responsibilities that marriage entails in their educational programmes,

PP22. Recognizing that pregnancy that occurs late in reproductive life also presents a higher risk of complications during pregnancy and delivery,

PP23. Expressing deep concern that an estimated 358,000 women died in 2008 from largely preventable complications related to pregnancy and childbirth and that maternal health remains one area constrained by some of the largest health inequities in the world,

PP24. Welcoming the Secretary-General's Global Strategy for Women's and Children's Health, undertaken by a broad coalition of partners, in support of national plans and strategies, in order to significantly reduce the number of maternal, newborn and under-five child deaths as a matter of immediate concern by scaling up a priority package of high-impact interventions and integrating efforts in sectors such as health, education, gender equality, water and sanitation, poverty reduction and nutrition, and welcoming also the various national, regional and international initiatives on all the Millennium Development Goals, including those undertaken bilaterally and through South-South cooperation, in support of national plans and strategies in sectors such as health, education, gender equality, energy, water and sanitation, poverty reduction and nutrition as a way to reduce the number of maternal, newborn and under-five child deaths,

PP25. Recalling that the Programme of Action requires for its full implementation adequate and sustained mobilization and availability of resources at the national and international levels, as well as new and additional resources for developing countries from all available funding mechanisms, including multilateral, bilateral and private sources, and that Governments are not expected to meet the goals and objectives of the Programme of Action single-handedly, and expressing concern that funding levels do not meet current needs,

PP26 Recognizing that one of the serious global challenges that have a negative impact on reproductive health and development is posed by trafficking in persons which requires a concerted international response by full and effective implementation of such international mechanisms as the United Nations Convention against Transnational Organized Crime and the Protocol to Prevent, Suppress and Punish Trafficking in Persons, Especially Women and Children, supplementing it, as well as the United Nations Global Plan of Action to Combat Trafficking in Persons,

PP27. Taking note of the reports of the Secretary-General on world population monitoring⁷ and on the monitoring of population programmes,⁸ both of which focus on fertility, reproductive health and development, and taking note also of the reports of the Secretary-General on the flow of financial resources for assisting in the implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development⁹ and on world demographic trends,¹⁰

OP1. Reaffirms the Programme of Action of the International Conference on Population and Development¹ and the key actions for its further implementation;²

OP2. Reaffirms also its strong commitment to the full implementation of the Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development in 1994, as well as the key actions for the further implementation of the Programme of Action agreed at the five-year review of the Programme of Action, and the Copenhagen Declaration on Social Development and the Programme of Action;¹¹

OP3. Welcomes the decision of the General Assembly in resolution 65/234 of 22 December 2010 to extend the Programme of Action and the key actions for its further implementation² beyond 2014 and ensure its follow-up in order to fully meet its goals and objectives;

OP4. Reaffirms the sovereign right of each country to implement recommendations of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development or other proposals in this resolution, consistent with national laws and development priorities, with full respect for the various religious and ethical values and cultural backgrounds of its people, and in conformity with universally recognized international human rights;

OP5. Reaffirms also that gender equality cannot be achieved without promoting and protecting the right of women to enjoy the highest attainable standard of physical and mental health, including sexual and reproductive health, and reaffirms that expanding access to sexual and reproductive health

⁷ E/CN.9/2011/3.

⁸ E/CN.9/2011/4.

⁹ E/CN.9/2011/5.

¹⁰ E/CN.9/2011/6.

¹¹ *Report of the World Summit for Social Development, Copenhagen, 6-12 March 1995* (United Nations publication, Sales No. E.96.IV.8), chap. I, resolution I, annexes I and II.

information and health services is essential for achieving the Beijing Platform for Action, the Cairo Programme of Action and the Millennium Development Goals;

OP6. Urges Governments, in order to ensure the contribution of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development to the internationally agreed development goals, including the Millennium Development Goals, to, inter alia, protect and promote the full respect of human rights and fundamental freedoms regardless of age and marital status, including by eliminating all forms of discrimination against girls and women, working more effectively to achieve equality between women and men in all areas of family responsibility and in sexual and reproductive life, empowering women and girls, promoting and protecting women's and girls' right to education at all levels, providing young people with comprehensive education on human sexuality, on sexual and reproductive health, on gender equality and on how to deal positively and responsibly with their sexuality, enacting and enforcing laws to ensure that marriage is entered into only with the free and full consent of the intending spouses, ensuring the right of women to have control over and decide freely and responsibly on matters related to their sexuality, including sexual and reproductive health, free of coercion, discrimination and violence, combating all forms of violence against women, including harmful traditional and customary practices such as female genital mutilation, developing strategies to eliminate gender stereotypes in all spheres of life and achieving gender equality in political life and decision-making, which would contribute to the implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development, the Beijing Platform for Action and the Millennium Development Goals;

OP7. Stresses that States should eliminate all forms of discrimination against the girl child and the root causes of son preference, which results in harmful and unethical practices regarding female infanticide and prenatal sex selection, increase public awareness of the value of the girl child, and concurrently, strengthen the girl child's self-image, self-esteem and status, and improve the welfare of the girl child, especially in regard to health, nutrition and education, and urges Governments to take the necessary measures to prevent infanticide, prenatal sex selection, trafficking in girl children and use of girls in prostitution and pornography;

OP8. Underlines the central role of the global partnership for development and the importance of Goal 8 in achieving the Millennium Development Goals, and recognizes that without substantial international support, several of the goals are likely to be missed in many developing countries by 2015;

OP9. Stresses the need to strengthen health systems so that they deliver equitable health outcomes as a basis for a comprehensive approach to achieving Millennium Development Goals 4, 5 and 6, underlining the need to build sustainable national health systems and strengthen national capacities through attention to, inter alia, service delivery, health systems financing, including appropriate budgetary allocations, the health workforce, health information systems, the procurement and distribution of medicines, vaccines and technologies, sexual and reproductive health care and political will in leadership and governance, and further stresses the need to promote the widest possible access to health-care services at the point of use, especially to those in vulnerable situations, through public policies that remove barriers to access to and use of health-care services;

OP10. Encourages Governments to prioritize universal access to sexual and reproductive health as part of health systems strengthening to eliminate preventable maternal mortality and morbidity and to take action at all levels to address the interlinked root causes of sexual and reproductive ill health, unintended pregnancy, complications due to unsafe abortion, and maternal mortality and morbidity, including poverty, malnutrition, harmful practices, lack of accessible and appropriate health-care services, information and education, and gender inequality, taking into account people living in the most vulnerable

situations, including persons with disabilities, displaced and refugee populations and irregular migrants, and paying particular attention to achieving gender equality and eliminating all forms of violence and discrimination against women and girls, with full involvement of men;

OP11. Urges Governments to redouble efforts to eliminate preventable maternal morbidity and mortality by ensuring that universal access to reproductive health, including family planning, is achieved by 2015; that health systems provide a continuum of antenatal and neonatal health care, including delivery assistance by skilled health workers and emergency obstetric care; that nutritional support is always available for women, and particularly during pregnancy and breastfeeding period; and that sexual and reproductive health information and services are integrated into HIV and AIDS plans and strategies;

OP12. Urges also Governments and development partners, including through international cooperation, in order to improve maternal health, reduce maternal and child morbidity and mortality and prevent and respond to HIV and AIDS, to strengthen health systems and ensure that they prioritize universal access to sexual and reproductive information and health-care services, including family planning, prenatal care, safe delivery and post-natal care, especially breastfeeding and infant and women's health care, emergency obstetric care, prevention and appropriate treatment of infertility, quality services for the management of complications arising from abortion, reducing the recourse to abortion through expanded and improved family planning services and, in circumstances where abortion is not against the law, training and equipping health-service providers and other measures to ensure that such abortion is safe and accessible, recognizing that in no case should abortion be promoted as a method of family planning, prevention and treatment of sexually transmitted infections, including HIV, and other reproductive health conditions and information, education and counselling, as appropriate, on human sexuality, reproductive health and responsible parenthood, taking into account the particular needs of those in vulnerable situations, which would contribute to the implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development, the Beijing Platform for Action and the Millennium Development Goals;

OP13. Emphasizes the need to strengthen policy and programme linkages and coordination between HIV and AIDS and sexual and reproductive health and their inclusion in national development plans, including poverty reduction strategies and sector-wide approaches where they exist, as a necessary strategy for fighting the HIV and AIDS pandemic and mitigating its impact on population that could result in more relevant and cost-effective interventions with greater impact;

OP14. Calls upon Governments to scale up significantly efforts to meet the goal of ensuring universal access to HIV prevention, treatment, care and support, free of discrimination and with a gender perspective, and the goal of halting and reversing the spread of HIV and AIDS by 2015, particularly by integrating HIV and AIDS interventions into programmes for primary health care, sexual and reproductive health, and maternal, neonatal and child health, including by strengthening efforts to eliminate the vertical transmission of HIV from mother to child, and by preventing and treating other sexually transmitted infections, and encouraging responsible sexual behaviour, including abstinence and fidelity, and expanded access to essential commodities, including male and female condoms and microbicides, through the adoption of measures to reduce costs and improve availability;

OP15. Urges Member States, with, when needed, the appropriate technical and financial support from development partners, to design and implement national cancer control plans and strategies that encompass prevention, early detection, treatment and palliation of cancers of the male and female reproductive systems, especially prostate, breast and cervical cancers, and to strengthen existing health services and health systems to increase the capacity to detect these cancers at earlier stages and allow

prompt access to quality treatment;

OP16. Reiterates the need for Governments to ensure that all women and men have comprehensive information about, and access to and choice of the widest possible range of safe, effective, affordable and acceptable modern methods of family planning, including long-acting methods and male and female condoms, so that they are able to exercise free and informed reproductive choices, and stresses that Governments and development partners, through international cooperation, should ensure that family planning programmes have a sufficient and continuous supply of safe, effective, affordable and acceptable modern contraceptives;

OP17. Calls upon Governments to further strive to ensure the complete access to primary school or an equivalent level of education by both girls and boys as quickly as possible, and urges countries to extend education and training to secondary and higher school levels, and to facilitate access to and completion of education at those levels;

OP18. Recognizes the rights, duties and responsibilities of parents and other persons legally responsible for adolescents to provide, in a manner consistent with the evolving capacities of the adolescent, appropriate direction and guidance in sexual and reproductive matters, and that countries must ensure that the programmes and attitudes of health-care providers do not restrict the access of adolescents to appropriate services and the information they need, including on sexually transmitted infections and sexual abuse, and recognizes that in doing so, and in order to, inter alia, address sexual abuse, these services must safeguard the rights of adolescents to privacy, confidentiality, respect and informed consent, respecting cultural values and religious beliefs, and that in this context, countries should, where appropriate, remove legal, regulatory and social barriers to reproductive health information and care for adolescents;

OP19. Reiterates the need for Governments to ensure that all women and men and young people have information about and access to the widest possible range of safe, effective, affordable and acceptable methods of family planning, including male and female condoms, and to the requisite supplies so that they are able to exercise free and informed reproductive choices;

OP20. Recognizes that the largest generation of adolescents ever in history is now entering sexual and reproductive life and that their access to sexual and reproductive health information, education and care and family planning services and commodities, including male and female condoms, as well as voluntary abstinence and fidelity are essential to achieving the goals set out in Cairo 17 years ago;

OP21. Calls upon Governments, with the full involvement of young people and with the support of the international community, to give full attention to meeting the reproductive health-care service, information and education needs of adolescents to enable them to deal in a positive and responsible way with their sexuality;

OP22. Urges Member States to enact and strictly enforce laws to ensure that marriage is entered into only with the free and full consent of the intending spouses and, in addition, to enact and strictly enforce laws concerning the minimum legal age of consent and the minimum age for marriage, and to raise the minimum age for marriage where necessary;

OP23. Calls upon Governments to incorporate gender perspectives and human rights in health-sector policies, programmes and research activities, paying attention to women's and girls' specific needs and priorities, ensuring women's right to the highest attainable standards of health and their access to

affordable and adequate health-care services, including sexual, reproductive and maternal health care and lifesaving obstetric care, in accordance with the Programme of Action of the International Conference on Population and Development, and recognizes that the lack of economic empowerment and independence has increased women's vulnerability to a range of negative consequences, involving the risk of contracting HIV and AIDS, malaria, tuberculosis and other poverty-related diseases;

OP24. Urges Member States, the United Nations and civil society to include in their development priorities programmes that enable men to support women's access to safe conditions for pregnancy and childbirth, contributing to family planning, preventing sexually transmitted infections and HIV, and ending violence against women and girls;

OP25. Urges Governments to strengthen basic infrastructure, human and technical resources and the provision of health facilities so as to improve health systems and ensure the accessibility, affordability and quality, especially in rural and remote areas, of health-care services, as well as sustainable access to safe drinking water and basic sanitation, bearing in mind the commitment to halving, by 2015, the proportion of the population without sustainable access to safe drinking water and basic sanitation as a means of fighting waterborne diseases;

OP26. Encourages Member States to adopt and implement legislation and policies to promote the reconciliation of paid work and family responsibilities, inter alia, through family-friendly and gender-sensitive work environments, the facilitation of breastfeeding for working mothers and the provision of the necessary care for working women's children and other dependants, increased flexibility in working arrangements, and to ensure that both women and men have access to maternity, paternity, parental and other forms of leave and are not discriminated against when availing themselves of such benefits;

OP27. Recognizes the need to address the economic, social and psychological implications of infertility for individuals, couples and societies as a whole; and encourages Member States and development partners, including through international cooperation and resources, to facilitate access to prevention, required know-how and technologies for more effective and affordable treatment of infertility;

OP28. Recognizes also that children often form the majority within poor households and therefore calls upon Governments to develop and implement appropriate social protection measures to provide for the basic needs of children in poor households, especially for orphans and vulnerable children;

OP29. Encourages Governments, including through technical and financial support and cooperation, to prevent and address, as a matter of priority, deaths and complications related to pregnancy and childbirth, which are still the leading cause of death of women of reproductive age in many developing countries, recognizing that maternal mortality and morbidity have shown very little decline in the least developed countries, that the lack of safe motherhood services is still one of the world's urgent concerns and that reducing maternal mortality and morbidity saves women's lives, protects family health, alleviates poverty and improves opportunities for the next generations;

OP30. Recognizes that sexual and reproductive health and reproductive rights and women's rights and empowerment deserve increased attention in humanitarian assistance and post-crisis recovery, and therefore emphasizes the need for Governments, United Nations agencies, regional and international organizations and non-governmental organizations involved with providing support to countries and regions affected by crises to address the specific needs of those affected in a comprehensive and coherent manner, in accordance with the ICPD Programme of Action;

OP31. Underlines the health and rehabilitation needs of victims of terrorism, encompassing both physical and mental health;

OP32. Also underlines its commitment to developing and implementing national strategies that promote public health in programmes or actions that respond to challenges faced by all populations affected by conflict, natural disasters and other humanitarian emergencies, and acknowledges that inequities in access to health care can increase during times of crisis, and that special efforts should be made to maintain primary health-care functions during these periods, as well as to ensure that the needs of the poorest and most vulnerable are met during the post-crisis, peacebuilding and early recovery stages;

OP33. Further underlines the need of people living in situations of armed conflict and foreign occupation for a functioning public-health system, including access to health care and services;

OP34. Welcomes the adoption by the sixty-third World Health Assembly of the World Health Organization Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel¹² as a guide to respond to the concerns over the lack of and imbalanced distribution of health workers within countries and throughout the world, in particular the shortage in Africa, and the retention of health personnel, in a manner that strengthens the health systems of developing countries, countries with economies in transition and small island developing States;

OP35. Calls upon Governments, in formulating and implementing national development plans, budgets and poverty eradication strategies, to prioritize actions to address challenges relating to the impact of population dynamics on poverty and sustainable development, taking into account a differential approach to people living in the most vulnerable situations, keeping in mind that universal reproductive health-care services, commodities and supplies, as well as information, education, skill development, national capacity-building for population and development and transfer of appropriate technology and know-how to developing countries are essential for achieving the Programme of Action of the International Conference on Population and Development, the Beijing Platform for Action and the Millennium Development Goals and can contribute to economic and social development and to poverty eradication;

OP36. Encourages Governments to ensure that adequate financial and technical resources and information necessary for the effective participation of non-governmental organizations in the research, design, implementation, monitoring and evaluation of population and development activities should, if feasible and if requested, be made available to the non-governmental sector by Governments, intergovernmental organizations and international financial institutions in a manner that will not compromise their full autonomy;

OP37. Also encourages Governments and development partners to bring their investments in reproductive health in line with the revised cost estimates presented by the Secretary-General for each of the four programme components identified in chapter XIII of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development,¹³ and calls upon Governments of both developed and developing countries to make every effort to mobilize the required resources to ensure that the health, development and human rights-related objectives of the Programme of Action are met, and urges Governments and development partners to cooperate closely to ensure that resources are used in a

¹² See World Health Organization, Sixty-third World Health Assembly, Geneva, 17-21 May 2010, Resolutions and Decisions, Annexes (WHA63/2010/REC/1).

¹³ E/CN.9/2011/5, sect. V.

manner which ensures maximum effectiveness and in full alignment with the needs and priorities of developing countries;

OP38. Calls upon the international community to assist Governments to reduce unmet needs for family planning by increasing financial resources for implementation of the Programme of Action of the ICPD, especially in the area of family planning and commodities within primary health care systems, ensuring that funding lines for family planning programmes and commodities are included in national budget formulations and that funding enables the development of quality, comprehensive and integrated reproductive health programmes;

OP39. Urges Governments to monitor their progress towards the implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development, the key actions for its further implementation and the Millennium Development Goals at the local and national levels and, in this regard, to make special efforts to strengthen their vital registration and health information systems and develop capacity of relevant national institutions and mechanisms to generate population data, disaggregated by sex, age and other categories, as needed for monitoring the improvement of maternal health, the achievement of the target of universal access to reproductive health and progress in empowering women and achieving gender equality, and to use these data for the formulation and implementation of population and development policies;

OP40. Requests the Secretary-General to continue, in the framework of the implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development, his substantive work on fertility, reproductive health and development, including integrating a gender and age perspective as well as other relevant perspectives into its analyses and recommendations, in collaboration and coordination with relevant United Nations agencies, funds and programmes and other relevant international organizations, and to continue assessing the progress made in achieving the goals and objectives on fertility, reproductive health and development set out in the outcomes of the major United Nations conferences and summits, giving due consideration to their implications for development and poverty eradication and sustained, equitable and inclusive economic growth.

III.

DECYZJA Nr 1 PRZEWODNICZĄCEGO RZĄDOWEJ RADY LUDNOŚCIOWEJ

z dnia 14 stycznia 2011 r.

w sprawie powołania zespołu do spraw aktualizacji założeń programu działań w zakresie polityki ludnościowej.

W związku z § 4 ust. 1 Zarządzenia Nr 85 Prezesa Rady Ministrów z dnia 29 maja 2006 r. w sprawie Rady do Spraw Koordynacji działań międzyresortowych w zakresie polityki ludnościowej, postanawiam co następuje:

§1

Powołuję Zespół do spraw aktualizacji założeń programu działań w zakresie polityki ludnościowej, zwany dalej „Zespołem”, jako organ pomocniczy Rządowej Rady Ludnościowej, zwanej dalej „RRL”.

§2

W skład Zespołu wchodzi:

- | | |
|-----------------------|---|
| 1) Przewodniczący | – prof. dr hab. Bożena Balcerzak-Paradowska |
| 2) Wiceprzewodniczący | – prof. dr hab. Janusz Szymborski |
| 3) Sekretarz | – mgr Eugeniusz Kowalczyk |
| 4) Członkowie: | prof. dr hab. Janusz Balicki
prof. dr hab. Bogdan Chazan
prof. dr hab. Józefina Hrynkiewicz
prof. dr hab. Adam Kurzynowski
dr Alina Potrykowska
prof. dr hab. Antoni Rajkiewicz
prof. dr hab. Andrzej Rączaszek |
| 5) Przedstawiciele: | a) – Kancelarii Prezesa Rady Ministrów – mgr Zbigniew Rykowski
b) – Instytutu Kardiologii – dr Zofia Słońska
c) – Instytutu Żywności i Żywienia – dr Włodzimierz Sekuła
d) – Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji – mgr Krzysztof Lewandowski
e) – Sekretariatu Rządowej Rady Ludnościowej – mgr Ewa Orzelek |

§3

Przewodniczący Zespołu może zapraszać na posiedzenia Zespołu, grup specjalistycznych oraz do udziału w pracach przedstawicieli nauki i specjalistów z dziedziny demografii i pokrewnych dyscyplin naukowych.

§4

Do zadań Zespołu należy:

- 1) analiza dokumentów I Kongresu Demograficznego w zakresie rozwiązań proponowanych do polityki prorodzinnej, ludnościowej i społecznej,
- 2) aktualizacja zdefiniowanych w „Założeniach polityki ludnościowej w Polsce” (Raport 2004) głównych obszarów funkcjonowania polityki ludnościowej w związku z obserwowaną tendencją zmian procesów i struktur demograficznych w Polsce w okresie transformacji i do 2030 r.,
- 3) zaproponowanie ekspertów do opracowania propozycji działań w wybranych obszarach polityki ludnościowej,
- 4) współpraca z instytucjami naukowo-badawczymi,
- 5) opracowanie założeń kompleksowego programu działań w zakresie polityki ludnościowej,
- 6) zaproponowanie ekspertów do opracowania wystąpień z referatami naukowymi na II Kongresie Demograficznym.

§5

1. Plan pracy Zespołu zatwierdza Przewodniczący RRL.
2. Przygotowane założenia programu działań w zakresie polityki ludnościowej Zespół przedkłada do zaopiniowania i zatwierdzenia przez RRL.

§6

1. Przewodniczący Zespołu lub z jego upoważnienia Wiceprzewodniczący zwołuje posiedzenia Zespołu.
2. Posiedzenia Zespołu są zwoływane w zależności od potrzeb.

§7

Przewodniczący Zespołu może powoływać spośród członków Zespołu grupy specjalistyczne do opracowania określonych zagadnień.

§8

Członkom Zespołu oraz ekspertom zapraszanym na posiedzenie Zespołu lub do grup specjalistycznych, nie będących mieszkańcami Warszawy, przysługują diety i zwrot kosztów podróży na zasadach określonych w przepisach dotyczących podróży służbowych na obszarze kraju.

§9

Decyzja wchodzi w życie z dniem podpisania.

Przewodniczący Rządowej Rady Ludnościowej
/prof. dr hab. Zbigniew Strzelecki/

IV.



Protokół z posiedzenia plenarnego Rządowej Rady Ludnościowej z dnia 1 czerwca 2011 r.

Posiedzenie prowadził przewodniczący RRL prof. dr hab. Zbigniew Strzelecki. Uczestniczyli w nim członkowie Rady oraz zaproszeni goście – 43 osoby (lista obecności w załączeniu).

Przyjęto następujący porządek obrad:

1. Aktualizacja założeń polityki ludnościowej – projekt raportu końcowego – prof. dr hab. Bożena Balcerzak-Paradowska.
2. II Kongres Demograficzny – dr hab. prof. SGH Zbigniew Strzelecki.
3. Projekt struktury raportu 2010–2011 „Sytuacja demograficzna Polski” – dr hab. prof. SGH Zbigniew Strzelecki.
4. Informacje o konferencjach międzynarodowych: 44 Sesja Komisji Ludności i Rozwoju ONZ – Nowy Jork – dr Alina Potrykowska.
5. Wnioski z konferencji „Żywność i żywienie a polityka ludnościowa w Polsce”: Stanowisko RRL w sprawie „Żywność i żywienie a polityka ludnościowa w Polsce” – prof. dr hab. Janusz Szymborski, dr Włodzimierz Sekuła.
6. Sprawy różne
 - a. Projekt planu pracy RRL i sekretariatu RRL w 2011 r.
 - b. Sprawozdanie z działalności RRL za 2010 rok.
 - c. Protokół z posiedzenia RRL w dniu 15.12.2010 r.

Przebieg posiedzenia

Otwierając posiedzenie, przewodniczący RRL *prof. dr hab. Zbigniew Strzelecki* powitał zebranych, zwracając uwagę na treść porządku obrad poświęconą omówieniu zagadnień dotyczących aktualizacji założeń polityki ludnościowej, zagadnieniom statutowym RRL oraz przygotowaniom do II Kongresu Demograficznego w Polsce.

Ad. 1 porządku obrad

Wprowadzenia dokonał *prof. dr hab. Zbigniew Strzelecki*, przypominając, iż zagadnienie założeń polityki ludnościowej wiąże się integralnie z opublikowanym *Raportem 2004 RRL*, przedłożonym i przyjętym przez Rząd i zawierającym „Założenia polityki ludnościowej w Polsce”. Poinformował o powołaniu Zespołu ds. aktualizacji pod przewodnictwem Pani prof. dr hab. Bożeny Balcerzak-Paradowskiej, pracującego nad przygotowaniem dokumentu końcowego. W skład zespołu powołani zostali (§2 Decyzji Nr 1 Przewodniczącego Rządowej Rady Ludnościowej z dnia 14 lutego 2011 r.):

- 1) Przewodniczący – prof. dr hab. Bożena Balcerzak-Paradowska
- 2) Wiceprzewodniczący – prof. dr hab. Janusz Szymborski
- 3) Sekretarz – mgr Eugeniusz Kowalczyk
- 4) Członkowie:
 - prof. dr hab. Janusz Balicki
 - prof. dr hab. Bogdan Chazan
 - prof. dr hab. Józefina Hryniewicz
 - prof. dr hab. Adam Kurzynowski
 - dr Alina Potrykowska
 - prof. dr hab. Antoni Rajkiewicz
 - prof. dr hab. Andrzej Rączaszek

5) Przedstawiciele:

- a) – Kancelarii Prezesa Rady Ministrów – mgr Zbigniew Rykowski
- b) – Instytutu Kardiologii – dr Zofia Słońska
- c) – Instytutu Żywności i Żywnienia – dr Włodzimierz Sekuła
- d) – Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji – mgr Krzysztof Lewandowski
- e) – Sekretariatu Rządowej Rady Ludnościowej – mgr Ewa Orzelek

W ramach Zespołu zostały powołane 4 podzespoły:

- 1) Poprawy warunków powstawania i funkcjonowania rodzin oraz sprzyjających rodzeniu dzieci i zwiększaniu liczby urodzeń – przewodnicząca Pani profesor Balcerzak-Paradowska
- 2) Tworzenia warunków sprzyjających integracji w starzejącym się społeczeństwie – przewodnicząca Pani profesor Józefina Hryniewicz
- 3) Poprawy stanu zdrowia ludności i ograniczenie umieralności – przewodniczący Pan profesor Janusz Szyborski
- 4) Określenia kierunków i zasad polityki migracyjnej Państwa Polskiego w dobie integracji europejskiej – przewodniczący Pan profesor Antoni Rajkiewicz

Przewodniczący podzespołów zaprosili do prac także ekspertów, przedstawiciele resortów, samorządów i organizacji pozarządowych.

Rozpoczynając prezentację *prof. Bożena Balcerzak-Paradowska* podziękowała wszystkim uczestnikom Zespołu za pracę nad dokumentem, a w szczególności przewodniczącym podzespołów. Poinformowała, iż w swojej prezentacji skoncentruje się na głównych założeniach polityki ludnościowej obejmujących cele, założenia i zakres. Potrzeba weryfikacji założeń polityki ludnościowej przygotowanej w 2004 r. wynika z: 1) przebiegu procesów demograficznych i ich rzeczywistych oraz potencjalnych skutków; 2) konieczności intensyfikacji działań mogących zahamować niekorzystne zjawiska w procesach demograficznych; 3) nowych uwarunkowań społeczno-gospodarczych, politycznych i kulturowych.

Przypomniała przyjętą w poprzednim dokumencie definicję polityki ludnościowej jako celowego, długofalowego oddziaływania państwa i innych podmiotów publicznych i niepublicznych na procesy ruchu naturalnego i wędrownego ludności w celu ukształtowania pożądanego stanu i struktury ludności, przez tworzenie warunków społecznych, ekonomicznych i politycznych, korzystnych dla przebiegu procesów demograficznych, zapewniających biologiczne przetrwanie narodu i zrównoważony rozwój społeczno-ekonomiczny. Podkreśliła, iż współczesna polityka ludnościowa wpływa na procesy ludnościowe pośrednio, poprzez stosowanie odpowiednich instrumentów polityki społecznej (w tym: rodzinnej, mieszkaniowej, edukacji, ochrony zdrowia, zabezpieczenia społecznego, zatrudnienia) i instrumentów polityki gospodarczej, odpowiednich dla pożądanego przebiegu tych procesów. Wskazała na trzy zasady realizacji polityki ludnościowej: zasadę aktywności, zasadę wielości podmiotów oraz zasadę wielości i różnorodności instrumentów i metod. Następnie Pani Profesor omówiła cztery główne cele polityki ludnościowej, a mianowicie:

- I. Poprawa warunków powstawania i funkcjonowania rodzin oraz sprzyjających rodzeniu dzieci i zwiększaniu liczby urodzeń.
- II. Tworzenie warunków sprzyjających integracji w starzejącym się społeczeństwie – zmniejszenie skali zagrożenia wykluczeniem społecznym ludzi starszych, niesamodzielnych i niepełnosprawnych.
- III. Poprawa stanu zdrowia ludności i ograniczanie umieralności.
- IV. Określenie kierunków i zasad polityki migracyjnej Polski w dobie integracji europejskiej.

W trakcie prezentacji do każdego z celów w skrócie omówiła uzasadnienie wyboru związane z postawieniem diagnozy, określeniem priorytetów oraz wskazania głównych kierunków działań.

Całość prezentacji stanowi załącznik do protokołu.

Dyskusję rozpoczął *prof. Antoni Rajkiewicz*. Poinformował zebranych o otrzymaniu podczas prac zespołu obszernego dokumentu z MSWiA pt. „POLITYKA MIGRACYJNA POLSKI – stan obecny i postulowane działania”, ocenionego przez zespół pozytywnie – za wyjątkiem znacznej asymetrii między tematem imigracji a emigracji. Wspomniał, iż w dużej mierze potencjał imigracji i emigracji zostanie pokazany poprzez wyniki Spisu powszechnego 2011 roku. Nawiązując do przygotowywanej aktualizacji opracowania polityki migracyjnej, stwierdził, że zostanie ona zaktualizowana po otrzymaniu danych ze spisu, jak również po przyjęciu rozwiązań zawartych w dokumencie MSWiA, a wówczas będzie przedstawiona na II Kongresie Demograficznym.

W pracach przyjęto zasadę ciągłości, opierając się na ustaleniach I Kongresu Demograficznego. Podkreślił, iż zespół w ramach spotkań zapoznał się z materiałami (ponad 500 stron), wśród których na podkreślenie zasługuje dokument dr. Kazimierza Szczygielskiego dotyczący wypracowania metod zmniejszania emigracji zarobkowej i wspierania powrotu migrantów na polski rynek pracy. Zaznaczył, iż emigracja obejmuje 6% ludności w kraju i jest ważnym czynnikiem potencjału demograficznego Polski. Nadmieniał, iż odbyło się 5 posiedzeń, seminariów, na których prezentowane były materiały inspirowane członków podzespołu ds. określenia kierunków i zasad polityki migracyjnej Polski w dobie integracji europejskiej.

Przygotowując raport „Migracje transgraniczne jako składnik założeń polityki ludnościowej w Polsce”, oparto pracę na następujących priorytetach:

- 1) utrzymywanie wielostronnych więzi z diasporą polską, a w szczególności traktowanie tzw. zasobu emigracyjnego jako składnika polskiego potencjału ludnościowego;
- 2) wiązanie emigracji zarobkowej z rynkiem pracy, sytuacją gospodarstw domowych i rozwojem usług migracyjnych;
- 3) kompleksowo ujmowane procesy imigracyjne (w duchu postulatów zawartych w projekcie MSWiA „Polityki migracyjnej”;
- 4) rozwijanie działań w zakresie szeroko pojmowanej edukacji migracyjnej.

Pozytywnie ocenił zarówno prace w zespole jak i nad dokumentem założeń.

Prof. Iwona Roeske-Słomka wyraziła wątpliwość, czy program pomocowy oferowany przez Rząd nie będzie za bardzo zachęcać do emigracji – szczególnie ludzi młodych.

Prof. Adam Kurzynowski podniósł problem powrotów – ludzie, którzy wracają, rejestrują się i stanowią już bazę rynku pracy.

Prof. Andrzej Rączaszek zwrócił uwagę na brak wskazania spraw powrotów i imigracji Polaków z Kazachstanu czy innych Polaków ze Wschodu, a należałoby zaplanować w dokumencie działania dla tej grupy etnicznej.

Prof. Antoni Rajkiewicz, odpowiadając na głosy w dyskusji, podkreślił, iż emigracja zawiera najwyższy potencjał wieku produkcyjnego na rynku pracy – odciażając dysproporcje rozrachunkowe. Jeśli chodzi o repatriację, rozpatrując ten program ustalono, iż nie ma wielkiej chęci powrotu (ludzie w podeszłym wieku), a repatriacji nie można zaliczyć do priorytetów – problem był rozpatrywany.

Prof. Janusz Szymborski, przewodniczący podzespołu ds. poprawy stanu zdrowia ludności i ograniczenia umieralności (cel III), podziękował wszystkim członkom podzespołu oraz ekspertom za wkład pracy przy aktualizacji dokumentu opracowanego zgodnie ze standardami przyjętymi w trakcie posiedzenia Zespołu w dniu 16 marca 2011 r., zawierającego omówienie wszystkich priorytetów przewidzianych do rozpatrzenia w ramach celu III.

Prof. Józefina Hryniewicz, przewodnicząca podzespołu ds. tworzenia warunków sprzyjających integracji w starzejącym się społeczeństwie (cel II), podziękowała wszystkim członkom podzespołu, ekspertom za materiały oraz projekt diagnozy dotyczącej przyjętych priorytetów i niezbędnych działań na rzecz poprawy obecnej sytuacji.

Prof. Bożena Balcerzak-Paradowska, jako przewodnicząca Zespołu, podsumowując dyskusję, wskazała, iż w prezentowanej propozycji aktualizacji „Założeń...” są pewne osiągnięcia i w pewnym stopniu również zrealizowanie założeń z 2004 r., np. ukierunkowanie problemu ulg prorodzinnych – poprzez wskazanie, kogo powinny przez politykę ludnościową wspierać, tzn. czy tylko rodziny z dziećmi i ludzi starszych. Wskazała na kilka problemów związanych z: osłabieniem skłonności do zawierania małżeństw, zwiększeniem się liczby dzieci pozamałżeńskich, ze związkami nieformalnymi, m.in. traktowania ich jako rodziny niepełne czy też nie, kogo należy wspierać i w jakich obszarach: rozrodczości, łączenia pracy zawodowej i macierzyństwa. Podała pod rozwagę możliwość doboru systemu transferów pieniężnych (selektywny czy stymulacyjny). W skrócie przedstawiła najważniejsze elementy systemu w Anglii i Francji.

Jeszcze raz podziękowała wszystkim członkom zespołu i ekspertom za pracę.

Dr Zofia Słońska zaproponowała, by używać terminu „populacja osób starszych wiekiem” – zamiast starych. Postulowała, by w obszarze bezpieczeństwa osób starszych zająć się problemem ich bezpieczeństwa na drodze.

Dr Alina Potrykowska podkreśliła, iż prace zespołu migracji prowadzone są nad elementami przesłannymi zarówno w odniesieniu do emigracji jak i imigracji. Zagadnienia dotyczące przestępczości

imigrantów będą poddane analizie, natomiast informacje o przestępczości Polaków za granicą są w większości wyolbrzymione.

Dr Anna Nowożyńska – zabrała głos dotyczący Priorytetu 4. II Celu zawartego w Założeniach polityki ludnościowej w Polsce 2011 (wersja wstępna): Uczestnictwo ludzi starych w różnych dziedzinach życia społecznego (w sferze publicznej). Zaproponowała przeformułowanie zapisu „rozwój systemu kształcenia ustawicznego dla osób starych i niepełnosprawnych” na „rozwój systemu kształcenia ustawicznego oraz wspieranie aktywnego uczenia się osób starszych i niepełnosprawnych”. Uzasadniając, iż poszerza to działania o uczenie się przez całe życie, kładąc nacisk na osoby uczące się, co jest jednym z najważniejszych priorytetów w obszarze europejskiej współpracy w zakresie edukacji; ponadto obecny zapis sugeruje, że można rozwijać system kształcenia ustawicznego dla osób starych, co nie jest prawdą, gdyż system kształcenia ustawicznego jest dla wszystkich osób bez względu na wiek.

Prof. Janusz Balicki zwrócił uwagę na adresatów tego dokumentu, którymi będą w szczególności politycy; należy im wskazać szereg przykładów ukazujących analogiczną sytuację w innych krajach nie tylko dotyczącą rodzin, a przede wszystkim mając na uwadze dobro dziecka.

Prof. Adam Kurzynowski podniósł sprawy infrastruktury zdrowia, które są koniecznym warunkiem poprawy jakości życia wszystkich grup osób (dzieci, rodziny, osób starszych). Aspekt środowiskowy wszystkich grup jest bardzo ważny, a samorządy i wszelkie podmioty muszą znaleźć miejsce w koncepcji polityki ludnościowej jako realizatorzy zadań.

Dr Zofia Słomska, nawiązując do kwestii infrastruktury w sektorze zdrowia, podniosła kwestię, wynikającą z potrzeby redukcji społecznych nierówności w zdrowiu, konieczności stworzenia systemu współpracy międzysektorowej na rzecz zdrowia, między innymi poprzez zmiany legislacyjne. Zwróciła uwagę, że brak wystarczających rozwiązań legislacyjnych stoi na drodze realizacji wdrażania działań ciągłych, systemowych, opartych na długoterminowym planowaniu.

Prof. Jerzy T. Kowaleski szczegółowo odniósł się do celu II, a w nim do osób niepełnosprawnych. Zwrócił uwagę na asymetrię problemów osób niepełnosprawnych do kwestii rodzin; coraz więcej starszych osób, w tym niepełnosprawnych, będzie żyło samotnie poza rodziną, więc należy zadbać o opiekę pozarodzinną, co winno być priorytetem.

Prof. Józefina Hryniewicz odniosła się do zespołu migracji, zwracając uwagę na zagadnienia dotyczące repatriantów ze Wschodu i na ich liczebność.

Krzysztof Lewandowski, odpowiadając w powyższej sprawie, przypomniał, iż w Parlamencie dyskutowane są dwa projekty w kwestii repatriacji i jej skali. Podkreślił, iż wracają ludzie starsi, gdyż młodszy z przyczyn ekonomicznych nie chcą wracać. Zagadnienia dotyczące migracji, imigracji i repatriacji zawarte są w dokumencie „Polityka migracyjna Polski” przygotowanym w MSWiA, który jest obecnie na etapie opinii międzyresortowych i społecznych.

Na zakończenie dyskusji poszczególni przewodniczący zespołów: *Prof. Bożena Balcerzak-Paradowska*, *Prof. Józefina Hryniewicz*, *Prof. Janusz Szymborski* podziękowali za zgłoszone uwagi i propozycje korekt, które pozwolą na uzupełnienie rozwiązań szczegółowych.

Prof. Zbigniew Strzelecki podsumowując, odniósł się do prezentowanych czterech celów *Założeń*, zwracając uwagę na różnorodność priorytetów. Podkreślił, iż wielokrotnie już Rządowa Rada Ludnościowa monitorowała, aby prowadzone działania nie były incydentalne, aby ustawy zapewniały kompleksowe rozwiązania, zawierające jasno opracowaną strategię, co pozwoli na rozwiązanie niekorzystnej sytuacji w wielu obszarach. Obecnie trwające prace mają na celu stworzenie kształtu Narodowego Planu Polityki Ludnościowej, w związku z tym prezentacja zostanie udostępniona, aby przekazywano uwagi i wskazówki w celu jak najlepszego konstrukcji dokumentu.

Ad. 2. porządku obrad: II Kongres Demograficzny

Profesor Zbigniew Strzelecki przedstawił koncepcję przebiegu II Kongresu dotyczącą patronatów, powołania Komitetów oraz propozycji terminu jego przebiegu. Zwrócił uwagę na termin sesji Inauguracyjnej planowany w I kwartale 2012 r. z uwagi na zaangażowanie w drugiej połowie 2011 r. w Polskiej Prezydencji w UE. Szczegóły organizacyjne zostaną ustalone na najbliższym spotkaniu Komitetu Organizacyjnego II Kongresu. Wzorem ubiegłego Kongresu będzie trwał on dwa dni; poza sesją główną będą sesje panelowe poświęcone realizacji czterech celów *Założeń*, jak również odbywać się będą konferencje w kraju afiliowane pod hasłem II Kongresu Demograficznego.

Ad. 3. porządku obrad: Projekt raportu 2010–2011 „Sytuacja demograficzna Polski”

Prof. Zbigniew Strzelecki poinformował członków RRL, że po dyskusji został przedłożony projekt struktury Raportu RRL „Sytuacja demograficzna Polski 2010–2011” na posiedzeniu Prezydium w dniu 23.02.2011 roku. W stosunku do poprzednich edycji Raportu obecny ma porównywalną strukturę; cały czas staramy się doskonalić formę Raportu, ale zakres tematyczny tej problematyki jest zbliżony do tej, którą redagowaliśmy do tej pory. Poszczególne rozdziały raportu zawierają analizy i oceny dotyczące: bilansu ludności i zmian w strukturze demograficznej mieszkańców Polski; ruchu naturalnego ludności (a więc zawierania małżeństw, rozwodów, urodzeń i płodności oraz umieralności), migracji zagranicznych i przestrzennego zróżnicowania procesów demograficznych. Rozdział VII dotyczyć będzie tematyki zasobów pracy w relacji do migracji międzynarodowych.

Projekt Struktury Raportu 2010–2011 „Sytuacja Demograficzna Polski”

- Rozdział I. BILANS LUDNOŚCI – *Prof. dr hab. Izydor Sobczak, Gdańska Wyższa Szkoła Humanistyczna w Gdańsku*
- Rozdział II. MAŁŻEŃSTWA I ROZWODY – *Dr Irena Kowalska, Szkoła Główna Handlowa*
- Rozdział III. URODZENIA I PŁODNOŚĆ – *Dr hab. prof. AE Jolanta Kurkiewicz, Akademia Ekonomiczna w Krakowie*
- Rozdział IV. UMIERALNOŚĆ I TRWANIE ŻYCIA – *Dr hab. prof. AE Ireneusz Kuropka, Akademia Ekonomiczna we Wrocławiu*
- Rozdział V. MIGRACJE ZAGRANICZNE – *Mgr Joanna Napierała, Ośrodek Badań nad Migracjami UW*
- Rozdział VI. PRZESTRZENNE ZRÓŻNICOWANIE PROCESÓW DEMOGRAFICZNYCH ORAZ MIGRACJE WEWNĘTRZNE LUDNOŚCI – *Dr Andrzej Gałuszka, Kolegium Ekonomiczno-Społeczne Szkoła Główna Handlowa*
- Rozdział VII. ZASOBY PRACY A MIGRACJE MIĘDZYNARODOWE

Po głosowaniu, wobec braku głosów wstrzymujących się i przeciwnych, Rada przyjęła projekt Raportu „Sytuacja demograficzna Polski 2010–2011”.

Ad. 4. porządku obrad 44. Sesja Komisji Ludności i Rozwoju ONZ – Nowy Jork

Dr Alina Potrykowska przedstawiła sprawozdanie z wyjazdu delegacji Rzeczypospolitej Polskiej na 44. Sesję Komisji Ludności i Rozwoju ONZ nt. „Płodności, zdrowia prokreacyjnego i rozwoju”, Nowy Jork, 11.04–15.04 2011 r.

Celem wyjazdu delegacji RP do Nowego Jorku było wzięcie czynnego udziału w obradach 44 Sesji. Skład oficjalnej delegacji rządowej na 44. Sesję Komisji Ludności i Rozwoju ONZ nt. „Płodności, zdrowia prokreacyjnego i rozwoju” był następujący:

Przewodnicząca: Pani Ewa Kopacz, Minister Zdrowia

Wiceprzewodniczący: Pan Adam Fronczak, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia, Pan Witold Sobków, Ambasador, Stały Przedstawiciel RP przy ONZ w Nowym Jorku. Członkami byli eksperci:

1. Pani Dr Alina Potrykowska, Sekretarz Generalny Rządowej Rady Ludnościowej,
2. Pan Szymon Moś, doradca Ministra Zdrowia,
3. Pani Dagmara Korbasińska, Dyrektor Departamentu Matki i Dziecka,
4. Pani Dr Anna Marzec-Bogusławska, Dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS,
5. Pani Agnieszka Żak, główny specjalista w Departamencie Współpracy Międzynarodowej,
6. Pani Aleksandra Saniewska-Kilim, specjalista w Departamencie Matki i Dziecka,
7. Pani Agnieszka Klaus, Przedstawiciel Stałego Przedstawicielstwa RP przy ONZ w Nowym Jorku
8. Pan Sławomir Wiesławski, Tłumacz Pani Minister Zdrowia

W trakcie 44. Sesji Komisji Ludności i Rozwoju ONZ delegacja polska uczestniczyła aktywnie w pracach Komisji. W dniu 11 kwietnia br. przemówienie dot. polskich doświadczeń w zakresie płodności, zdrowia prokreacyjnego i rozwoju w imieniu RP wygłosił Wiceprzewodniczący polskiej delegacji Pan Adam Fronczak, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia. Stanowisko zawiera ogólną informację o sytuacji demograficznej Polski, płodności kobiet, dynamice urodzeń żywych, zdrowia matek, zdrowia prokreacyjnego, edukacji młodzieży w zakresie zdrowia prokreacyjnego, zmniejszeniu śmiertelności niemowląt i dzieci, HIV/AIDS, zagadnieniach polityki prorodzinnej i ludnościowej oraz rozwoju. Pozostali

przedstawiciele delegacji brali aktywny udział w generalnej debacie oraz w dyskusji w ramach punktu 3 porządku obrad (w tym w tematach: płodności kobiet, urodzeń żywych, zdrowia matek, zdrowia prokreacyjnego, edukacji młodzieży w zakresie zdrowia prokreacyjnego, zmniejszenia śmiertelności niemowląt i dzieci, HIV/AIDS, zagadnieniach polityki prorodzinnej oraz polityki ludnościowej), a także w dyskusjach oraz na posiedzeniach zespołów roboczych i spotkaniach organizowanych w ramach programu 44. Sesji Komisji Ludności i Rozwoju ONZ. Delegacja ściśle współpracowała z UE w wypracowaniu tekstów rezolucji, jakie zostały przyjęte przez Komisję, a także konsultowała się z UE w pozostałych kwestiach będących przedmiotem obrad Komisji. Obszerne sprawozdanie z Sesji jest zamieszczone w niniejszym numerze Biuletynu RRL.

Ad. 5. porządku obrad – Wnioski z konferencji „Żywność i żywienie a polityka ludnościowa w Polsce”

Prof. Janusz Szymborski zaprezentował stanowisko Rządowej Rady Ludnościowej w sprawie poprawy żywienia i zwiększenia aktywności fizycznej ludności Polski. Podkreślił, iż problematyka żywienia i aktywności fizycznej ludności w Polsce, jako niezwykle ważnych elementów stylu życia oddziałujących na zdrowie, jest od wielu lat przedmiotem zainteresowania Rządowej Rady Ludnościowej, co znajduje wyraz w Raportach o sytuacji demograficznej, Założeniach Polityki Ludnościowej (2006) oraz stanowiskach RRL, między innymi w sprawie bezpieczeństwa zdrowotnego ludności Polski z dnia 20.11.2008 r. Wspominał, iż główną przesłanką zorganizowania przez Rządową Radę Ludnościową oraz Instytut Żywności i Żywienia w dniu 23 listopada 2010 r. konferencji pt. „Żywność i żywienie a polityka ludnościowa w Polsce”, była poprawa żywienia i aktywności fizycznej, nieodzownych warunków osiągnięcia istotnych celów polityki ludnościowej, w szczególności związanych z tworzeniem się i funkcjonowaniem rodzin, rozrodzością, poprawą stanu zdrowia społeczeństwa i ograniczaniem umieralności oraz paradygmatem zdrowej, aktywnej, wolnej od niedołęstwa starości. Prezentowane stanowisko Rządowa Rada Ludnościowa przedkłada na podstawie wyników debaty przeprowadzonej na konferencji. Prof. Janusz Szymborski omówił zawarte w stanowisku obszary dotyczące: zmian w żywieniowych uwarunkowaniach sytuacji zdrowotnej, aktywności fizycznej, sytuacji zdrowotnej warunkowanej modyfikowalnymi czynnikami stylu życia, w tym żywieniem i aktywnością fizyczną, konsekwencji zdrowotnych i ekonomicznych otyłości i małej aktywności fizycznej, podejmowania w Polsce działań na rzecz poprawy żywienia i aktywności fizycznej i/lub zmniejszenia otyłości. Wypunktował rekomendacje dla działań dotyczących nie tylko systemu ochrony zdrowia, ale zdrowia narodu, których podjęcie jest niezbędne do zapewnienia warunków realizacji celów polityki ludnościowej w Polsce. Działania te powinny być podejmowane przy współudziale wszystkich zainteresowanych, w tym m.in. przedstawicieli nauki, organizacji pozarządowych, przedstawicieli pracodawców i środków masowego przekazu. Przedstawione stanowisko Rządowej Rady Ludnościowej powinno stanowić ważny punkt odniesienia do wypracowania rozwiązań prawnych, finansowych, organizacyjnych oraz edukacyjnych w wymienionych obszarach działań.

Dr Anna Nowożyńska zabrała głos do „Stanowiska Rządowej Rady Ludnościowej w sprawie poprawy żywienia i zwiększenia aktywności fizycznej ludności Polski” dotyczący stołówek (str. 14, akapit 4 zaczynający się od słów „W tym kontekście warto podkreślić...”) wnioskowała o przeformułowanie zapisu akapitu 4 na następujący:

„W tym kontekście warto podkreślić niedostateczną realizację socjalnej funkcji szkół w zakresie zapewnienia żywienia: 87% szkół podstawowych w roku szkolnym 2010/2011 oferowało posiłki, zaś z co najmniej jednego posiłku korzystało nie mniej niż 38% uczniów. Jednocześnie, z roku na rok, liczba stołówek w szkołach wzrasta – od roku szkolnego 2008/2009 liczba stołówek we wszystkich typach szkół wzrosła o 436 (z 10 954 do 11 390).” Źródło: baza administracyjna MEN – System Informacji Oświatowej.

Uzasadniała, iż obecny zapis nic nie mówi o dostępności żywienia, a tylko o liczbie stołówek. Ponadto dane liczbowe: „55% szkół podstawowych prowadziło stołówki” (dane MEN-SIO) nie odzwierciedlają całej sytuacji, gdyż nie uwzględniają wszystkich szkół znajdujących się w zespołach (ok. 30% szkół podstawowych znajduje się w zespołach, zaś przy gromadzeniu danych, stołówka może być przypisana którejkolwiek szkole w zespole).

Ad. 6. porządku obrad – Sprawy różne

• Projekt planu pracy RRL i sekretariatu RRL w 2011 r.

Wobec braku uwag zgłoszonych w wymaganym terminie Rada przyjęła plan pracy RRL i sekretariatu w 2011 r.

- **Sprawozdanie z działalności RRL za 2010 rok**
- **Protokół z posiedzenia RRL w dniu 15.12.2010 r.**

Wobec braku uwag zgłoszonych w wymaganym terminie Rada przyjęła sprawozdanie z działalności za rok 2010 i protokół z posiedzenia RRL w dniu 15 grudnia 2010 roku.

Profesor Zbigniew Strzelecki podziękował wszystkim za udział w posiedzeniu.

Zatwierdził:

Przewodniczący Rządowej Rady Ludnościowej
dr hab. prof. SGH Zbigniew Strzelecki

Opracowała:

mgr Ewa Orzelek

Główny specjalista

Sekretarz Generalny RRL

dr Alina Potrykowska

Al. Niepodległości 208

00-925 Warszawa

Pok. 554 (blok C)

tel.: + 48 (22) 608 30 40

tel.: + 48 (22) 608 31 75

fax: + 48 (22) 608 38 87

e.orzelek@stat.gov.pl

www.stat.gov.pl

Załączniki:

1. Lista obecności na posiedzeniu plenarnym RRL w dniu 1.06.2011 r.
2. Założenia polityki ludnościowej w Polsce 2011.
3. Stanowisko Rządowej Rady Ludnościowej w sprawie poprawy żywienia i zwiększenia aktywności fizycznej ludności Polski. (patrz str. 141).
4. Sprawozdanie z działalności RRL za 2010 r. (patrz str. 199).
5. Projekt planu pracy RRL i sekretariatu RRL w 2011 r.
6. Protokół z posiedzenia RRL w dniu 15.12.2010 r. (patrz str. 223).



Załącznik 1

**Lista obecności na Posiedzeniu Plenarnym RRL
w dniu 1 czerwca 2011 roku**

Lp	Imię	Nazwisko	Podpis
1.	Wiesław	Adamczyk	
2.	Bożena	Balcerzak-Paradowska	B. Balcerzak
3.	Janusz	Balicki	J. Balicki
4.	Bogdan	Chazan	
5.	Mariola	Chojnacka	
6.	Władysława	Czech - Matuszewska	W. Czech
7.	Wojciech	Drygas	
8.	Maciej	Duszczyk	M. Duszczyk
9.	Andrzej	Gałązka	
10.	Andrzej	Gałązka	A. Gałązka
11.	Marlena	Gilewicz	M. Gilewicz
12.	Dorota	Głogosz	
13.	Elwira	Gross-Gołacka	E. Gross-Gołacka
14.	Łukasz	Hardt	L. Hardt
15.	Teresa	Hernik	T. Hernik
16.	Józefina	Hryniewicz	J. Hryniewicz
17.	Anna	Iwańczyk	A. Iwańczyk
18.	Mirosław	Jarosz	
19.	Janina	Jóźwiak	
20.	Paweł	Kaczmarczyk	
21.	Marcin	Kędzierski	M. Kędzierski
22.	Marek	Kłoczko	
23.	Bożena	Kończek	B. Kończek
24.	Agnieszka	Komar-Morawska	
25.	Irena E.	Kotowska	
26.	Jerzy T.	Kowaleski	J. T. Kowaleski
27.			
28.			
29.			
30.			
31.			
32.			
33.			
34.			
35.			
36.			
37.			
38.			
39.			
40.			
41.			
42.			
43.			
44.			
45.			
46.			
47.			
48.			
49.			
50.			
51.			
52.			
53.			
54.			
55.			
56.			
57.			
58.			
59.			
60.			
61.			
62.			
63.			
64.			
65.			
66.			
67.			
68.			
69.			
70.			
71.			
72.			
73.			
74.			
75.			
76.			
77.			
78.			
79.			
80.			
81.			
82.			
83.			
84.			
85.			
86.			
87.			
88.			
89.			
90.			
91.			
92.			
93.			
94.			
95.			
96.			
97.			
98.			
99.			
100.			



Lp	Imię	Nazwisko	Podpis
29.	Irena	Kowalska	<i>[Signature]</i>
30.	Jolanta	Kulus	<i>[Signature]</i>
31.	Jolanta	Kurkiewicz	<i>[Signature]</i>
32.	Ireneusz	Kuropka	<i>[Signature]</i>
33.	Adam	Kurzynowski	<i>[Signature]</i>
34.	Krzysztof	Lewandowski	<i>[Signature]</i>
35.	Grażyna	Marciniak	<i>[Signature]</i>
36.	Edward	Marek	<i>[Signature]</i>
37.	Joanna	Mazur	<i>[Signature]</i>
38.	Jacek	Moskalewicz	<i>[Signature]</i>
40.	Joanna	Napierała	<i>[Signature]</i>
41.	Lucyna	Nowak	<i>[Signature]</i>
42.	Anna	Nowożyńska	<i>[Signature]</i>
43.	Ewa	Orzelek	<i>[Signature]</i>
44.	Alina	Potrykowska	<i>[Signature]</i>
45.	Monika	Prus	<i>[Signature]</i>
46.	Antoni	Rajkiewicz	<i>[Signature]</i>
47.	Robert	Rauziński	<i>[Signature]</i>
48.	Andrzej	Rączaszek	<i>[Signature]</i>
49.	Iwona	Roeske-Słomka	<i>[Signature]</i>
50.	Rafał	Rogała	
51.	Zbigniew	Rykowski	
52.	Włodzimierz	Sekuła	<i>[Signature]</i>
53.	Zofia	Słońska	<i>[Signature]</i>
54.	Izydor	Sobczak	<i>[Signature]</i>
55.	Radosław	Stępień	<i>[Signature]</i>
56.	Zbigniew	Strzelecki	<i>[Signature]</i>
57.	Kazimierz	Szczygielski	<i>[Signature]</i>
58.	Janusz	Szyborski	<i>[Signature]</i>



Lp	Imię	Nazwisko	Podpis
59.	Jakub	Wiśniewski	
60.	Janusz	Witkowski	
61.	Alina	Wojtowicz-Pomierna	
62.	Irena	Wóycicka	
63.	Witold	Zatoński	
64.	Eugeniusz	Zdrojewski	
65.	Agnieszka	Zgierska	
66.	Krystyna	Żurek	
67.			
68.			
69.			
70.			
71.			
72.			
73.			
74.			
75.			
76.			
77.			
78.			
79.			
80.			
81.			
82.			
83.			
84.			
85.			
86.			
87.			



Wstępny projekt

ZAŁOŻENIA POLITYKI LUDNOŚCIOWEJ W POLSCE 2011

CELE, ZAŁOŻENIA, ZAKRES

Posiedzenie Rządowej Rady Ludnościowej
Warszawa, 1 czerwca 2011 r.

DEFINICJA POLITYKI LUDNOŚCIOWEJ

Polityka ludnościowa to

celowe, długofalowe oddziaływanie państwa i innych podmiotów publicznych i niepublicznych

na procesy ruchu naturalnego i wędrownego ludności

w celu ukształtowania pożądanego stanu i struktury ludności,

przez tworzenie warunków społecznych, ekonomicznych i politycznych, korzystnych dla przebiegu procesów demograficznych, zapewniających biologiczne przetrwanie narodu i zrównoważony rozwój społeczno-ekonomiczny.

WSPÓŁCZESNA POLITYKA LUDNOŚCIOWA

Wpływa na procesy ludnościowe pośrednio, poprzez stosowanie odpowiednich instrumentów polityki społecznej (w tym: rodzinnej, mieszkaniowej, edukacji, ochrony zdrowia, zabezpieczenia społecznego, zatrudnienia) i instrumentów polityki gospodarczej, odpowiednich dla pożądanego przebiegu tych procesów.

ZASADY REALIZACJI POLITYKI LUDNOŚCIOWEJ

1.

ZASADA AKTYWNOŚCI:

- „tworzenie warunków” sprzyjających/niezbędnych do osiągnięcia celu
- aktywizujące formy i metody działania, pozwalające na bezpośredni udział różnych grup w projektowanych działaniach

2.

ZASADA WIELOŚCI PODMIOTÓW:

- lepsze rozpoznanie potrzeb
- większa elastyczność działania
- lepsze dostosowanie środków do osiągania zamierzonych celów

3.

ZASADA WIELOŚCI I RÓŻNORODNOŚCI INSTRUMENTÓW I METOD:

- powiązanie z obszarami polityk szczegółowych o charakterze bezpośrednim i pośrednim

GŁÓWNE CELE POLITYKI LUDNOŚCIOWEJ

I.

Poprawa warunków powstawania i funkcjonowania rodzin oraz sprzyjających rodzeniu dzieci i zwiększaniu liczby urodzeń

II.

Tworzenia warunków sprzyjających integracji w starzejącym się społeczeństwie – zmniejszenie skali zagrożenia wykluczeniem społecznym ludzi starszych, niesamodzielnych i niepełnosprawnych

III.

Poprawa stanu zdrowia ludności i ograniczanie umieralności

IV.

Określenie kierunków i zasad polityki migracyjnej Polski w dobie integracji europejskiej

CEL I. POPRAWA WARUNKÓW POWSTAWANIA I FUNKCJONOWANIA RODZIN ORAZ SPRZYJAJĄCYCH RODZENIU DZIECI I ZWIĘKSZANIU LICZBY URODZEŃ

DIAGNOZA

Małżeństwa:

- Osłabiona skłonność do zawierania małżeństw
- Odkładanie w czasie decyzji o zawarciu małżeństwa i osłabienie intensywności zawierania małżeństw w młodszych grupach wieku (do 29 r.ż.)
- Wzrost liczby związków nieformalnych
- Maleje trwałość związków małżeńskich; wzrasta liczba związków powtórnych (rodzin zrekonstruowanych)

CEL I. POPRAWA WARUNKÓW POWSTAWANIA I FUNKCJONOWANIA RODZIN ORAZ SPRZYJAJĄCYCH RODZENIU DZIECI I ZWIĘKSZANIU LICZBY URODZEŃ

DIAGNOZA – cd.

DZIEDZINOŚĆ I PLANY PROKREACYJNE:

- Posiadanie dzieci jest powszechnie deklarowaną potrzebą młodych i dorosłych generacji (najczęściej – dwójki dzieci)
- Wzrasta liczba i natężenie urodzeń; głównie jednak pierwszych
- Wzrastają wskaźniki płodności; głównie jednak kobiet po 25 r.ż. („deficyt międzygeneracyjny” – około 30%)
- Rozbieżność między dzietnością preferowaną a zrealizowaną
- Poziom dochód wpływa wyraźnie na plany prokreacyjne tylko w rodzinach, które mają już dziecko/dzieci
- Zakres partnerstwa w rodzinie (podział ról między mężem i żoną) wpływa na plany prokreacyjne w niewielkim stopniu
- Najczęściej wskazywany powód zmniejszenia liczby urodzeń w Polsce: obawy kobiet przed utratą pracy
- Najczęściej wskazywane sposoby wzrostu liczby urodzeń:
 - pomoc dla młodych małżeństw w uzyskaniu mieszkania
 - pomoc w powrocie do pracy lub znalezieniu pracy dla matek małych dzieci

8

CEL I. POPRAWA WARUNKÓW POWSTAWANIA I FUNKCJONOWANIA RODZIN ORAZ SPRZYJAJĄCYCH RODZENIU DZIECI I ZWIĘKSZANIU LICZBY URODZEŃ

DIAGNOZA – cd.

WARUNKI ŻYCIA RODZIN:

- Malejąca skala bezrobocia; wzrost wskaźników zatrudnienia
- W budżetach gospodarstw domowych obserwuje się:
 - wzrost znaczenia dochodów z pracy we wszystkich typach rodzin z dziećmi;
 - nieduży udział dochodów ze świadczeń społecznych
 - spadek wydatków na towary i usługi konsumpcyjne (w tym: żywność) i na edukację
 - wzrost wydatków na kulturę i rekreację
- Poprawa warunków mieszkaniowych (samodzielność zamieszkiwania, wielkość mieszkań, wyposażenie)
- Mimo stopniowej poprawy sytuacji, nadal utrzymuje się bardzo mały zakres wczesnej opieki i edukacji dzieci

CEL I. POPRAWA WARUNKÓW POWSTAWANIA I FUNKCJONOWANIA RODZIN ORAZ SPRZYJAJĄCYCH RODZENIU DZIECI I ZWIĘKSZANIU LICZBY URODZEŃ

DIAGNOZA – dok.

UBÓSTWO:

- Mimo stopniowego ograniczenia zjawiska (od 2005 r.), nadal utrzymuje się znaczny (wyższy niż przeciętny w EU27) zasięg ubóstwa wśród rodzin z dziećmi
- Większe niż przeciętnie w EU27 zagrożenie ubóstwem wśród osób pracujących
- Najbardziej zagrożone ubóstwem są rodziny wielodzietne i rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym

CEL I. POPRAWA WARUNKÓW POWSTAWANIA I FUNKCJONOWANIA RODZIN ORAZ SPRZYJAJĄCYCH RODZENIU DZIECI I ZWIĘKSZANIU LICZBY URODZEŃ

PRIORYTETY

1. POPRAWA WARUNKÓW POWSTAWANIA RODZIN I SPRZYJAJĄCYCH DECYZJOM PROKREACYJNYM
2. POPRAWA WARUNKÓW FUNKCJONOWANIA RODZIN ORAZ ROZWOJU MŁODEGO POKOLENIA (WSPIERANIE RODZIN W INWESTOWANIU W MŁODE POKOLENIE)
3. ZAPOBIEGANIE WYKLUCZENIU SPOŁECZNEMU I MARGINALIZACJI RODZIN. INTEGRACJA SPOŁECZNA

CEL I. PRIORYTET 1. POPRAWA WARUNKÓW POWSTAWANIA RODZIN I SPRZYJAJĄCYCH DECYZJOM PROKREACYJNYM

GLÓWNE KIERUNKI DZIAŁAŃ

- Umocnianie wartości rodziny i dziecka w świadomości społeczeństwa; zwłaszcza wśród młodego pokolenia
- Promowanie równouprawnienia płci i równości społecznej
- Dążenie do zapewnienia warunków swobodnego wyboru podziału ról kobiet i mężczyzn w rodzinie
- Tworzenie warunków sprzyjających samodzielności i ekonomicznej młodego pokolenia i uzyskaniu samodzielności ekonomicznej rodzin:
 - w sferze edukacji
 - w sferze zatrudnienia
 - w sferze promocji przedsiębiorczości
- Ułatwienie w zakresie uzyskania samodzielnego mieszkania i dostosowania warunków mieszkaniowych do faz rozwoju rodziny
- Ułatwienie w zakresie godzenia ról zawodowych z opieką nad niesamodzielnymi członkami rodziny

CEL I. PRIORYTET 2.
POPRAWA WARUNKÓW FUNKCJONOWANIA RODZIN
ORAZ ROZWOJU MŁODEGO POKOLENIA
 (WSPIERANIE RODZIN W INWESTOWANIU W MŁODE POKOLENIE)

GŁÓWNE KIERUNKI DZIAŁAŃ

Wsparanie rodziny w ponoszeniu kosztów utrzymania i wychowania dzieci:

- wzmocnienie znaczenia dochodów z pracy jako głównej podstawy egzystencji rodzin
- wzmocnienie dochodowego znaczenia świadczeń rodzinnych
- wzmocnienie w systemie świadczeń rodzinnych preferencji dla niektórych typów rodzin
- nadanie systemowi świadczeń rodzinnych charakteru pronatalistycznego
- wprowadzenie w systemie świadczeń rodzinnych zasady uniwersalizmu, z uwzględnieniem trudnych sytuacji rodzin
- wzmocnienie prorodzinny charakteru systemu podatkowego

CEL I. PRIORYTET 2 – CD.
POPRAWA WARUNKÓW FUNKCJONOWANIA RODZIN
ORAZ ROZWOJU MŁODEGO POKOLENIA
 (WSPIERANIE RODZIN W INWESTOWANIU W MŁODE POKOLENIE)

GŁÓWNE KIERUNKI DZIAŁAŃ – cd.

- Wykorzystanie systemu podatku VAT dla celów polityki rodzinnej
- Rozwój przezroczności rodzin w celu zabezpieczenia dzieci
- Wycena kosztów utrzymania i wychowania dzieci z uwzględnieniem kosztów „pracy domowej” + kosztów alternatywnych (w przypadku rezygnacji z pracy zawodowej)
- Rozwój usług społecznych dla dzieci i młodzieży sprzyjających rozwojowi młodej generacji:
 - rozwój usług edukacyjnych:
 - rozwój usług przedszkolnych
 - podnoszenie jakości usług edukacyjnych (w systemie szkolnym)
 - wzmocnienie socjalnej funkcji szkoły
 - rozwój usług na rzecz poprawy zdrowia dzieci i młodzieży
 - dostęp do usług społecznych dla dzieci i młodzieży na zasadzie wyrównywania szans
- współpraca placówek wyspecjalizowanych (kadry) z rodzinami.

CEL I. PRIORYTET 3.
ZAPOBIEGANIE WYKLUCZENIU SPOŁECZNEMU
I MARGINALIZACJI RODZIN. INTEGRACJA SPOŁECZNA
GŁÓWNE KIERUNKI DZIAŁAŃ

RODZINY UBOGIE:

- Ograniczanie ubóstwa i zapobieganie marginalizacji
 - aktywizacja i reaktywizacja zawodowa
 - system świadczeń rodzinnych i pomocy społecznej
 - system podatkowy
- Dostęp do usług opieki nad dzieckiem
- Poradnictwo rodzinne, psychologiczne
- Stworzenie możliwości poprawy warunków mieszkaniowych
- Tworzenie warunków na rzecz rozwoju dzieci i młodzieży na zasadzie równości szans

RODZINY WIELODZIECNE:

- Ograniczanie ubóstwa i zapobieganie marginalizacji rodzin wielodzietnych jako warunek zapewnienia rozwoju młodego pokolenia:
 - Integracja zawodowa poprzez aktywność zawodową i pobudzanie własnej aktywności rodziców
 - Integracja społeczna wszystkich członków rodziny, zarówno rodziców, jak i dzieci, poprzez zwiększenie dostępu do usług społecznych

CEL I. PRIORYTET 3.
ZAPOBIEGANIE WYKLUCZENIU SPOŁECZNEMU
I MARGINALIZACJI RODZIN. INTEGRACJA SPOŁECZNA
GŁÓWNE KIERUNKI DZIAŁAŃ

RODZINY NIEPEŁNE:

- Zapewnienie warunków dla prawidłowego realizowania funkcji ekonomicznej, opiekuńczej, wychowawczej i emocjonalnej rodziny niepełnej z dziećmi na utrzymaniu

RODZINY Z OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ:

- Dostęp do usług opiekuńczych i rehabilitacyjnych - dostępność ekonomiczna, organizacyjna i terytorialna
- Zapobieganie ubóstwu
- Zwiększanie możliwości godzenia pracy z obowiązkami rodzinnymi
- Zwiększanie dostępu niepełnosprawnych dzieci do szkolnictwa ogólnodostępnego

RODZINY DOTKNIĘTE DYSFUNKCJĄ LUB PATOLOGIA:

- Zapobieganie patologii w rodzinie i w środowisku uczniowskim oraz w miejscu zamieszkania

Zespół realizatorów:

Bożena Balcerzak Paradowska – przewodnicząca – członek RRL
 Ks. Janusz Balicki – członek RRL

Bożena Kolaczek – ekspert
 Dorota Głogosz – ekspert
 Jacek Świeca – ekspert
 Marta Zahorska – ekspert
 Maria Zralek – ekspert
 Marlena Gilewicz – MS
 Elwira Gross-Golacka – MPIPS
 Anna Nowożyńska – MEN

CEL II. TWORZENIA WARUNKÓW SPRZYJAJĄCYCH
INTEGRACJI W STARZEJĄCYM SIĘ
SPOŁECZEŃSTWIE– ZMNIEJSZENIE SKALI
ZAGROŻENIA WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM
LUDZI STARSZYCH, NIESAMODZIELNYCH
I NIEPEŁNOSPRAWNYCH

PRIORYTETY

1. ZMNIEJSZENIE SKALI WYKLUCZENIA EKONOMICZNEGO LUDZI STARYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH
2. DOSTĘP OSÓB STARYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH DO USŁUG OCHRONY ZDROWIA
3. DOSTĘP OSÓB NIESAMODZIELNYCH (NIEZDOLNYCH DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI) DO USŁUG OPIEKI, W TYM USŁUG OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ
4. UCZESTNICTWO LUDZI STARYCH W RÓŻNYCH DZIEDZINACH ŻYCIA SPOŁECZNEGO (W SFERZE PUBLICZNEJ).
5. ELIMINACJA DYSKRYMINACJI, PRZEMOCY ORAZ ZAPewnienie BEZPIECZEŃSTWA

CEL II. Priorytet 1.

**ZMNIEJSZENIE SKALI WYKLUCZENIA EKONOMICZNEGO
LUDZI STARYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH
GŁÓWNE KIERUNKI DZIAŁAŃ**

- Weryfikacja zasad określania wysokości świadczeń z systemu zabezpieczenia społecznego pozwalająca na samodzielność ekonomiczną gospodarstwom domowym ludzi starych (zapewnienie dochodu minimalnego zgodnego ze standardami UE = 60% przeciętnego dochodu rozporządzalnego w Polsce)
- Stworzenie możliwości uzyskania, dostosowania i utrzymania mieszkania odpowiadającego potrzebom i kondycji osób starych i niepełnosprawnych (zamiana, dostosowanie, mieszkania chronione) oraz pomocy (dopłat) koniecznych do utrzymania mieszkania.

CEL II. Priorytet 2.

**DOSTĘP OSÓB STARYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH
DO USŁUG OCHRONY ZDROWIA
GŁÓWNE KIERUNKI DZIAŁAŃ**

- Ocena dostępności do profilaktyki, diagnostyki i leczenia oraz rehabilitacji finansowanych ze środków publicznych (NFZ),
- Rejestracja przebiegu procesu profilaktyki, diagnostyki, leczenia i rehabilitacji osób starych, niepełnosprawnych, niesamodzielnych,
- Udobudowanie koniecznych usług ochrony zdrowia osobom starym, niepełnosprawnym i niesamodzielnym w odpowiednich warunkach i realnym czasie oczekiwania na usługi,
- Zapewnienie powszechnej dostępności usług niezbędnych dla osób w zaawansowanym wieku (profilaktyka i leczenie geriatryczne)
- Powszechna kontrola jakości usług ochrony zdrowia; koordynacja leczenia w systemie opłacanym przez NFZ i systemie opłacanym przez pacjentów (w sektorze prywatnym),
- Systematyczne monitorowanie i ocena dostępności i jakości usług ochrony zdrowia dla osób starych, niepełnosprawnych i niesamodzielnych.

CEL II. Priorytet 3.

**DOSTĘP OSÓB NIESAMODZIELNYCH (NIEZDOLNYCH DO
SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI) DO USŁUG OPIEKI,
W TYM USŁUG OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ
GŁÓWNE KIERUNKI DZIAŁAŃ**

- Przyjęcie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym (projekt ustawy opracowany przez Zespół powołany przez prof. Z. Religę)
- Stworzenie systemu opieki nad osobami niesamodzielnymi w rodzinie, środowisku, placówkach opieki dostosowanych do stopnia i rodzaju niesamodzielnosci
- Przygotowanie fachowych kadr medycznych i społecznych oraz opiekunów wspomagających rodziny w opiece nad osobami niesamodzielnymi

CEL II. Priorytet 4.

**UCZESTNICTWO LUDZI STARYCH W RÓŻNYCH
DZIEDZINACH ŻYCIA SPOŁECZNEGO
(W SFERZE PUBLICZNEJ).
GŁÓWNE KIERUNKI DZIAŁAŃ**

- Rozwój systemu kształcenia ustawicznego dla osób starych i niepełnosprawnych,
- Promowanie uczestnictwa w życiu zawodowym (w tym tworzenie zachęt do przedłużania zatrudnienia),
- Promowanie uczestnictwa w życiu do działalności w charakterze wolontariusza,
- Promowanie rozwoju i kształtowania zainteresowań, zajęć o charakterze hobbystycznym,
- Promowanie uczestnictwa w organach przedstawicielskich samorządów, partii politycznych, związków i stowarzyszeń,
- Rozwijanie form aktywności ruchowej, działalności turystycznej, rekreacyjnej, kulturalnej,
- Upowszechnianie „dobrych praktyk” dotyczących zwiększania aktywności ludzi starych i niepełnosprawnych,
- Przygotowanie kadry pracowników socjalnych wyspecjalizowanych w pracy z osobami starszymi.

CEL II. Priorytet 4.

**ELIMINACJA DYSKRYMINACJI, PRZEMOCY
ORAZ ZAPEWNIENIE BEZPIECZEŃSTWA
GŁÓWNE KIERUNKI DZIAŁAŃ**

- Eliminowanie form wykluczenia i dyskryminacji upowszechnianych w mediach; aktywne reagowanie na powszechne posługiwanie się negatywnymi stereotypami w mediach i życiu publicznym,
- Walka ze stereotypami osób starych, jako czynnikiem „obciążenia” społeczeństwa i rodziny („wskaznik obciążenia ludźmi starymi”),
- Eliminowanie z języka używanego publicznie wyrażeni form dyskryminujących osoby stare, niepełnosprawne, niesamodzielne,
- Walka z upowszechnionym w polskim społeczeństwie poglądem, że osoby stare „zasługują” jedynie na najniższe świadczenia i niski standard zaspokojenia potrzeb, są obciążeniem dla rodziny i społeczeństwa
- Kampanie społeczne na rzecz przywrócenia ludziom starym należnej im godności i szacunku,
- Zapewnienie bezpieczeństwa osobom starym w przestrzeni publicznej i miejscu zamieszkania.

Zespół realizatorów:

Józefina Hryniewicz – przewodnicząca – członek RRL
Adam Kurzynowski – członek RRL
Andrzej Rączaszek – członek RRL

Grażyna Ancyporowicz – ekspert
Małgorzata Halicka – ekspert Barbara Petz – ekspert
Mariola Raciak – ekspert
Piotr Szukalski – ekspert
Elżbieta Trafalek – ekspert
Anna Wilmonowska-Pietruszyńska – ekspert
Maria Zralek – ekspert

CEL III. POPRAWA STANU ZDROWIA LUDNOŚCI I OGRANICZANIE UMIERALNOŚCI PRIORYTETY

1. POPRAWA STANU ZDROWIA MATEK I DZIECI
2. OGRANICZENIE ZACHOROWAŃ I UMIERALNOŚCI Z POWODU CHOROBY UKŁADU KRAŻENIA
3. OGRANICZANIE ZACHOROWAŃ I UMIERALNOŚCI Z POWODU CHOROBY NOWOTWOROWYCH
4. POPRAWA STANU ZDROWIA PSYCHICZNEGO POLAKÓW
5. OGRANICZENIE ZACHOROWAŃ I UMIERALNOŚCI Z POWODU PRZEWLEKŁYCH CHOROBY NIEZAKĄŻNYCH POPRZECZ POPRAWĄ ŻYWIENIA I ZWIĘKSZENIE AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ SPOŁECZEŃSTWA
6. PROMOCJA ZDROWIA JAKO STRATEGIA ROZWIĄZYWANIA WSPÓŁCZESNYCH PROBLEMÓW ZDROWOTNYCH

CEL III. POPRAWA STANU ZDROWIA LUDNOŚCI I OGRANICZANIE UMIERALNOŚCI DIAGNOZA

- Spowolnienie wzrostu długości życia
- Redukcja długości trwania życia na skutek przedwczesnej umieralności (jeden kraj w EU27)
- Silne zróżnicowanie długości życia przez czynniki społeczne; w tym społeczne, wykształcenie, środowisko zamieszkania
- Choroby krążenia są znacznie częściej przyczyną zgonów niż przeciętnie w UE; spowolnienie ich eliminowania jako przyczyny przedwczesnych zgonów
- Niższa niż przeciętnie w UE śmiertelność szpitalna z powodu zawałów serca; wysoka – z powodu udaru mózgu
- Nowotwory – najczęstsza przyczyna przedwczesnych zgonów kobiet

CEL III. POPRAWA STANU ZDROWIA LUDNOŚCI I OGRANICZANIE UMIERALNOŚCI DIAGNOZA – cd.

- Stopniowo zmniejsza się natężenie zgonów z przyczyn zewnętrznych (ale tylko w przypadku kobiet); coraz mniej osób ginie w wypadkach;
- Wzrasta częstość samobójstw
- Hospitalizacja: duża częstość leczenia najmłodszych (poniżej 5 lat); znacznie rzadsza najstarszych (powyżej 75 r.ż.)
- Stała poprawa sytuacji epidemiologicznej, a jednak zapadalność na wiele chorób zakaźnych w Polsce jest wyższa niż przeciętna w krajach Unii Europejskiej
 - niewystarczający rozwój diagnostyki laboratoryjnej; zbyt mała dostępność
 - niska jest wiarygodność danych epidemiologicznych, w tym danych z rejestracji zachorowań;
- Niedostateczny nadzór nad problemem HIV/AIDS
- Wzrost zachorowań na WZW typu C, na kiłę wrodzoną, biegunki u dzieci do lat 2.

CEL III. POPRAWA STANU ZDROWIA LUDNOŚCI I OGRANICZANIE UMIERALNOŚCI DIAGNOZA – cd.

- Nasila się dysfunkcja systemu publicznej ochrony zdrowia (zaburzenia opieki profilaktycznej nad kobietami, dziećmi i młodzieżą, niedostatek specjalistycznego leczenia ambulatoryjnego, problemy funkcjonowania leczenia stacjonarnego, w tym: oddziałów położniczo-noworodkowych, pediatrycznych i wysokospecjalistycznych)
- Migracja lekarzy i pielęgniarek spowodowana brakiem satysfakcji finansowej pracowników ochrony zdrowia.

CEL III. Priorytet 1.

POPRAWA OCHRONY ZDROWIA KOBIET ORAZ OPIEKI MEDYCZNEJ NAD MATKĄ I DZIECKIEM GŁÓWNE KIERUNKI DZIAŁAŃ

1. POPRAWA STANU ZDROWIA KOBIET PRZED CIAŻĄ, MATEK PODCZAS CIAŻY, PORODU I POŁOGU ORAZ DZIECI PRZED URODZENIEM I NOWORODKÓW
- Opracowanie i wdrożenie spójnego, ogólnopolskiego, międzysektorowego programu uwzględniającego różnicowane warunki i potrzeby lokalne, obejmujący działania w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia prokreacyjnego, leczenia chorób i restrykcji zdrowia (zmniejszenia częstości przypadków niepłodności małżeńskiej, powikłań przebiegu ciąży i porodu, zgonów i ciężkich zachorowań kobiet w związku z ciążą, porodem i porodem, poronieniami samodzielnymi, wad rozwojowych, porodów przedwczesnych, matczych poronów oraz zgonów noworodków i niemowląt)
- Działania na rzecz profilaktyki pierwotnej zaburzeń zdrowia prokreacyjnego
- Edukacja społeczeństwa: kształtowanie wśród dziewcząt i chłopców prozdrowotnych postaw, odpowiedzialności za własne zdrowie, prawidłowego stylu życia i przeciwdziałanie zachowaniom niesprzyjającym zdrowiu prokreacyjnemu; przedwczesnej inicjacji seksualnej, uzależnień i choróbom przenoszonym drogą płciową
- Upowszechnianie wśród rodzin zachowań sprzyjających zdrowiu i realizacji planów prokreacyjnych
- Przygotowanie i upowszechnienie programu prewencji niepłodności

CEL III. Priorytet 1. – cd.

POPRAWA OCHRONY ZDROWIA KOBIET ORAZ OPIEKI MEDYCZNEJ NAD MATKĄ I DZIECKIEM

1. POPRAWA STANU ZDROWIA KOBIET PRZED CIAŻĄ, MATEK PODCZAS CIAŻY, PORODU I POŁOGU ORAZ DZIECI PRZED URODZENIEM I NOWORODKÓW
- Upowszechnienie poradnictwa przedciążowego w celu zmniejszenia częstości poronień, wad rozwojowych u potomstwa i innych niepożądanych położniczych
- Prewencja wczesniactwa oraz małej urodzeniowej masy ciała
- Poprawa dostępności, skuteczności i jakości zintegrowanej opieki medycznej profilaktycznej – leczniczej i rehabilitacyjnej
- Upowszechnienie inicjatywy „Szpital Przyjazny Dziecku” poprzez włączenie wszystkich szpitali do realizacji programu promocji kamienia pierścionka
- Zmniejszenie zagrożeń dla zdrowia prokreacyjnego kobiet (w tym zaburzeń płodności, powikłań następnych ciąży i porodu) i zdrowia dzieci, poprzez ograniczenie częstotliwości wykonywania cięć cesarskich
- Przygotowanie i wdrożenie modelu „porodu domowego” w szpitalu
- Edukacja i wsparcie rodziców po porodzie, w celu ułatwienia im radzenia sobie w trudnościach dotyczących zdrowia matki, dziecka i funkcjonowania powiększonej rodziny
- Zapewnienie równego dostępu do świadczeń medycznych, badań przesiewowych, szkół rodzenia, dostosowanej do potrzeb systemowej pomocy medycznej i socjalnej rodzinom wielodzietnym oraz pochodzącym ze środowisk zaradkowych ekonomicznie i kulturalnie, rodzin niewydolnych wychowawczo bądź patologicznych, przeciwdziałanie zdrowotnym następstwom ubóstwa, marginalizacji i wykluczenia społecznego.

CEL III. Priorytet 1. – cd.

**POPRAWA OCHRONY ZDROWIA KOBIET ORAZ
OPIEKI MEDYCZNEJ NAD MATKĄ I DZIECKIEM**

2. POPRAWA STANU ZDROWIA I WARUNKÓW ROZWOJU DZIECI I MŁODZIEŻY

- Nadanie opiece nad dzieckiem rzeczywistego priorytetu w polityce państwa; przyjęcie Narodowej Strategii na rzecz Zdrowia i Rozwoju Dzieci i Młodzieży; zaliczenie do strategicznych obszarów: problemy zdrowotne w okresie okołoporodowym i w wieku dorastania. Wzajemne powiązanie obszarów – żywienie, zakażenia i choroby zakaźne, urazy i przemoc, środowisko naturalne – jako mających wpływ na zdrowie i rozwój na wszystkich etapach życia. Narodowa strategia powinna objąć także zdrowie jamy ustnej dzieci i młodzieży.
- Podjęcie skoordynowanych działań na wszystkich szczeblach zdrowotnej polityki publicznej obejmującej m.in.:
 - eliminację czynników pochodzących ze środowiska domowego i zewnętrznego związanych z powstawaniem nieprawidłowości rozwojowych, chorób przewlekłych i niepełnosprawności u dzieci
 - realizację opieki profilaktycznej nad dziećmi i młodzieżą, zdrowotną opiekę środowiskową nad dziećmi/pochodzącymi ze środowisk zaniedbanych oraz opiekę społeczną nad ich rodzinami
 - optymalizację opieki medycznej nad dziećmi na podstawowym poziomie (kadra, organizacja, wyposażenie)
 - wczesną diagnostykę i działania profilaktyczne, monitorowanie ich w ramach medycyny szkolnej umożliwiającego wczesne wykrywanie zagrożeń
 - upowszechnienie systemu zdrowego żywienia we wszystkich szkołach; rozwój sieci szkieletu promujących zdrowie

CEL III. Priorytet 2.

**OGRANICZENIE ZACHOROWAŃ I UMIERALNOŚCI
Z POWODU CHOROBY UKŁADU KRĄŻENIA**

GŁÓWNE KIERUNKI DZIAŁAŃ

- Opracowanie nowej edycji Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Serca i Naczyn POKARD uwzględniającego zadania medycyny klinicznej (naprawczej) oraz zadania z zakresu promocji zdrowia oraz zintegrowanej profilaktyki chorób przewlekłych;
- Weryfikacja założeń systemu organizacji, finansowania oraz monitorowania i ewaluacji Programu Profilaktyki Chorób Układu Krążenia finansowanego z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia.
- Opracowanie i wdrożenie systemu stałego monitorowania czynników ryzyka i zachowań zdrowotnych;
- Ocena zakresu i poziomu finansowania ze środków budżetowych świadczeń z zakresu kardiologii; zidentyfikowanie tych obszarów diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, których dostępność i poziom finansowania jest niedostateczna
- Wzmocnienie działań na rzecz zintegrowanej profilaktyki chorób przewlekłych, które mają podobne uwarunkowania w postaci wspólnych czynników ryzyka

CEL III. Priorytet 3.

**OGRANICZANIE ZACHOROWALNOŚCI I UMIERALNOŚCI
Z POWODU CHOROBY NOWOTWOROWYCH**

GŁÓWNE KIERUNKI DZIAŁAŃ

- Realizacja Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych w Polsce i osiągnięcie założonych celów:
 - osiągnięcie średnich europejskich wskaźników w zakresie wczesnego wykrywania i skuteczności leczenia nowotworów
 - stworzenie warunków do wykorzystania w praktyce onkologicznej postępowe metody o przydatnych mechanizmach rozwoju nowotworów złośliwych
 - utworzenie systemu ciągłego monitorowania skuteczności zwalczania nowotworów w skali kraju i poszczególnych regionach Polski
- Postuluje się też podjęcie następujących działań w zakresie walki z rakiem:
 - szerokość rzeczy profilaktyki, programów wczesnego wykrywania nowotworów, dostęp do metod wczesnego rozpoznawania i wysokiej jakości diagnostyki i terapii nowotworów;
 - upowszechnienie optymalnych metod diagnostyki; modernizacja bazy specjalistycznego leczenia nowotworów
 - upowszechnienie metod rehabilitacji po leczeniu onkologicznym oraz wdrożenie najnowszych metod leczenia objawowego i walki z bólem;
 - działalność kadr onkologicznych; rozwój upowszechnienia nauczania onkologii; wdrożenie do praktyki diagnostycznej i leczniczej najnowszych zdobyczy naukowych;
 - upowszechnianie wiedzy w społeczeństwie na temat profilaktyki.

CEL III. Priorytet 4.

**POPRAWA
STANU ZDROWIA PSYCHICZNEGO POLAKÓW**

GŁÓWNE KIERUNKI DZIAŁAŃ

- Promocja zdrowia psychicznego
- Zapobieganie samobójstwom
- Ograniczenie spożycia alkoholu
- Określenie priorytetów w zakresie leczenia zaburzeń psychicznych
- Zapewnienie odpowiednich kadr w lecznictwie
- Zapewnienie przestrzegania praw człowieka w psychiatrycznej ochronie zdrowia
- Reorganizacja systemu leczenia, monitoring i koordynacja

CEL III. Priorytet 5.

**OGRANICZENIE ZACHOROWAŃ I UMIERALNOŚCI
Z POWODU PRZEWLEKŁYCH CHOROBY NIEZAKAŻNYCH
POPRAWĄ ŻYWIENIA I ZWIĘKSZENIE
AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ SPOŁECZEŃSTWA**

GŁÓWNE KIERUNKI DZIAŁAŃ

- Stworzenie spójnego programu edukacji żywieniowej, dostosowanego do potrzeb wszystkich grup społecznych i satelitarne, m.in. świadomy wybór produktów spożywczych, sprzyjających prozdrowotnemu modelowi żywienia
- Edukacja żywieniowa kobiet w okresie rozrodczym, promocja karmienia naturalnego niemowląt oraz edukacja żywieniowa dzieci i młodzieży
- Edukacja żywieniowa grup zawodowych zajmujących się zdrowiem człowieka
- Utworzenie platformy współpracy z przemysłem spożywczym na rzecz produkcji żywności o wartościach prozdrowotnych (zawierającej mniej tłuszczu, cukru i soli) oraz z sektorem żywności zbiorowej: poprawa nadzoru nad importem, krajową produkcją i dystrybucją żywności
- Poprawa dostępności fizycznej i ekonomicznej żywności dla grup znajdujących się w sferze niedostatku
- Stworzenie wszystkim uczniom możliwości zdrowego żywienia w szkole i uczestniczenia w pozalekcyjnych zajęciach sportowo-rekreacyjnych;
- Wdrażanie standardów żywienia w szpitalach dla poprawy skuteczności leczenia i zmniejszenia jego kosztów;

CEL III. Priorytet 6.

**PROMOCJA ZDROWIA
JAKO STRATEGIA ROZWIĄZYWANIA
WSPÓŁCZESNYCH PROBLEMÓW ZDROWOTNYCH**

GŁÓWNE KIERUNKI DZIAŁAŃ

**1. ZMIANA MODELU I STATUSU PROMOCJI ZDROWIA W KRAJOWYM
SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA**

- zainicjowanie debaty publicznej na temat roli promocji zdrowia, jako strategii międzysektorowej i przeprowadzenie krajowej kampanii edukacyjnej w tym zakresie
- zakończenie prac nad ustawą o zdrowiu publicznym odpowiadającej potrzebom nowoczesnego zdrowia publicznego i promocji zdrowia
- zwiększenie udziału środków przeznaczanych na zdrowie publiczne w puli środków przeznaczanych na zdrowie, oraz zapewnienie stałego finansowania promocji zdrowia

CEL III. Priorytet 6 – cd.

**PROMOCJA ZDROWIA
JAKO STRATEGIA ROZWIĄZYWANIA
WSPÓŁCZESNYCH PROBLEMÓW ZDROWOTNYCH
GŁÓWNE KIERUNKI DZIAŁAŃ**

2. ROZWÓJ INFRASTRUKTURY DLA PROMOCJI ZDROWIA (ZASOBY LUDZKIE, INSTYTUCJE, LEGISLACJA, SYSTEM FINANSOWANIA, ROZWIĄZANIA ORGANIZACYJNE) ORAZ DZIAŁAŃ W OBSZARZE ZDROWIA PUBLICZNEGO

- zapoczątkowanie i rozwój mechanizmów rutynowej współpracy międzysektorowej na rzecz zdrowia; przegląd i aktualizacja aktów prawnych
- ocena wyników projektów interwencyjnych z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki w strukturze społecznej (wg. wykształcenia, dochodu, pozycji społeczno-zawodowej) w celu oceny ich efektów dla poprawy stanu zdrowia populacji i redukcji społecznych nierówności w zdrowiu; monitorowanie zachowań zdrowotnych
- rozwój interdyscyplinarnych badań nad społecznymi nierównościami w zdrowiu
- rozwój sieciowych programów promocji zdrowia i różnych form poradnictwa wspierającego opowiadanie prozdrowotnych stylów życia
- opracowanie i wdrażanie programu promocji zdrowia dla osób 50+

CEL III. Priorytet 6 – cd.

**PROMOCJA ZDROWIA
JAKO STRATEGIA ROZWIĄZYWANIA
WSPÓŁCZESNYCH PROBLEMÓW ZDROWOTNYCH
GŁÓWNE KIERUNKI DZIAŁAŃ**

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

- nowelizacja zapisów ustawowych w celu uznania działań z zakresu promocji zdrowia za świadczenie medyczne oraz zapewnienie spójnego podejścia do promocji zdrowia w opiece zdrowotnej
- zwiększenia dostępu do świadczeń zdrowotnych i podnoszenia ich jakości
- rozwój permanentnej edukacji pacjentów i ich rodzin poprzez:
 - * wprowadzenie konieczności minimalnych interwencji do praktyki lekarskiej,
 - * rozwój poradnictwa (opracowanie rozwiązań modelowych)
 - * rozwój mechanizmów współpracy między personelem medycznym a innymi specjalistami
- rozwój edukacji z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki personelu medycznego i paramedycznego.

Zespół realizatorów:

Janusz Szymborski – przewodniczący – członek RRL
Bogdan Chazan – członek RRL
Zofia Słowska – członkini RRL
Włodzimierz Sekuła – członek RRL

Witold Zatoński – ekspert – członek RRL
Wojciech Drygas – ekspert
Mirosław Jarosz – ekspert
Krzysztof Przewoźnik – ekspert
Jacek Moskaiewicz – ekspert

W posiedzeniach Podzespołu uczestniczyli ponadto:
Marcin Kędziński – członek RRL – MZ
Marlena Gilewicz – MS
Eugeniusz Kowalczyk

**CEL IV. OKREŚLENIE KIERUNKÓW I ZASAD POLITYKI
MIGRACYJNEJ POLSKI
W DOBIE INTEGRACJI EUROPEJSKIEJ**

DIAGNOZA

- Wzrost emigracji, wynikający z zagrożenia bezrobociem (m.in. napływ na rynek pracy licznych roczników drugiego wyżu demograficznego), a również członkostwa Polski w Unii Europejskiej (z możliwością zatrudnienia w krajach rezygnujących z wprowadzenia restrykcji okresów przejściowych).
- Zmiana kierunku emigracji. Naczelne miejsce zajęła Wielka Brytania. Tam też od 2004 roku matki z Polski urodziły 58 tys. dzieci. Szacuje się, że zbliżoną liczbą, odcenić można wielkość zawartych małżeństw binacjonalnych w skali europejskiej.
- Dominującą poprzednio kategorię czasowych wyjazdów zarobkowych uzupełniają: migracje cykliczne, wahadłowe, dorobkowe, a diasporę wzbogacają klasy migracyjne.

**CEL IV. OKREŚLENIE KIERUNKÓW I ZASAD POLITYKI
MIGRACYJNEJ POLSKI
W DOBIE INTEGRACJI EUROPEJSKIEJ**

DIAGNOZA – DOK.

- Utrzymują się nadal przyjazdy zarobkowe obcokrajowców. Zmienia się ich skala i struktura. Nowelizacja przepisów (związanych przede wszystkim z układem w Schengen) wpłynęła na wzrost zalegalizowanych pobytów i wykonywanie pracy w Polsce. Nadal jest jednak znaczna populacja (zwłaszcza Ukraińców) przebywająca w Polsce bez ważnego prawa pobytu.
- Sprawom migracji poświęcone jest głównie obszerne opracowanie MSWiA „Polityka migracyjna Polski – stan obecny i postulowane działania” [1].

[1] W znacznym stopniu spełnia ona postulaty zawarte w części migracyjnej Raportu Rządowej Rady Ludnościowej z 2004 roku, choć do Raportu tego nie nawiązuje.

**CEL IV. OKREŚLENIE KIERUNKÓW I ZASAD POLITYKI
MIGRACYJNEJ POLSKI
W DOBIE INTEGRACJI EUROPEJSKIEJ
PRIORYTETY**

1. UTRZYMYWANIE WIEDZY Z POLAKAMI PRZEBYWAJĄCYMI ZA GRANICĄ, TRAKTOWANIE ICH JAKO SKŁADNIKA POLSKIEGO POTENCJAŁU LUDNOŚCIOWEGO
2. PRZESTRZENNA I ZAWODOWA ORIENTACJA DOTYCZĄCA OBSZARÓW I STRUKTURY WYJAZDÓW ZAROBKOWYCH, Z UWZGLĘDNIENIEM SYTUACJI NA LOKALNYCH RYNKACH PRACY
3. WDROŻENIE TRAFNYCH POSTULATÓW DOTYCZĄCYCH MIGRACJI ZAWARTYCH W OPACOWANIU MSWiA „POLITYKA MIGRACYJNA POLSKI – STAN OBECNY I POSTULOWANE DZIAŁANIA”
4. PODNIESIENIE STANU WIEDZY O WSPÓŁCZESNYCH PROCESACH MIGRACYJNYCH, POBUDZENIE KONTAKTÓW MIĘDZYNARODOWYCH PŁACÓWEK EDUKACYJNYCH, WSPIERANIE MIGRACJI EDUKACYJNYCH, UTRZYMANIE SZKOLNICTWA POLSKIEGO ZA GRANICĄ I ZAPEWNIENIE EDUKACJI OBCOKRAJOWCOM W POLSCE

CEL IV. Priorytet 1.

UTRZYMYWANIE WIEZI Z POLAKAMI PRZEBYWAJĄCYMI ZA GRANICĄ, TRAKTOWANIE ICH JAKO SKŁADNIKA POLSKIEGO POTENCJAŁU LUDNOŚCIOWEGO

GLÓWNE KIERUNKI DZIAŁAŃ

- Wspieranie edukacji i zrzeszeń Polaków przebywających zagranicą,
- Zapewnienie ochrony i pomocy konsularnej, ciągłości informacji o kraju,
- Włączenie Polaków przebywających zagranicą do promocji krajowej produkcji i turystyki,
- Ułatwienie transferów i prawa w powrotach,
- Prowadzenie monitoringu migracji cyrkulacyjnych,
- Opracowanie kompleksowego programu diasporowo-klasowego

CEL IV. Priorytet 2.

PRZESTRZENNA I ZAWODOWA ORIENTACJA DOTYCZĄCA OBSZARÓW I STRUKTURY WYJAZDÓW ZAROBKOWYCH, Z UWZGLĘDNIENIEM SYTUACJI NA LOKALNYCH RYNKACH PRACY

GLÓWNE KIERUNKI DZIAŁAŃ

- Uzyskanie wszechstronnej i rzetelnej informacji w powyższym zakresie
- Nadzór nad agencjami pośrednictwa pracy
- Powołanie instytucji o zbliżonym zakresie działania jak przedwojenny Syndykat Emigracyjny, w celu monitorowania procesów emigracyjnych.

CEL IV. Priorytet 3.

WDROŻENIE TRAFNYCH POSTULATÓW DOTYCZĄCYCH IMIGRACJI ZAWARTYCH W OPRACOWANIU MSWiA „POLITYKA MIGRACYJNA POLSKI – STAN OBECNY I POSTULOWANE DZIAŁANIA”

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

CEL IV. Priorytet 4.

PODNIENIE STANU WIEDZY O WSPÓŁCZESNYCH PROCESACH MIGRACYJNYCH, POBUDZENIE KONTAKTÓW MIĘDZYNARODOWYCH PLACÓWEK EDUKACYJNYCH, WSPIERANIE MIGRACJI EDUKACYJNYCH, UTRZYMANIE SZKOLNICTWA POLSKIEGO ZA GRANICĄ I ZAPEWNIENIE EDUKACJI OBCOKRAJOWCOM W POLSCE

GLÓWNE KIERUNKI DZIAŁAŃ

- Pobudzenie kontaktów międzynarodowych placówek edukacyjnych
- Wspieranie migracji edukacyjnych
- Utrzymanie szkolnictwa polskiego za granicą i zapewnienie edukacji obcokrajowcom w Polsce

Zespół realizatorów:

Antoni Rajkiewicz – przewodniczący – członek RRL
Alina Potrykowska – członkini RRL
Zbigniew Rykowski – członek RRL
Krzysztof Lewandowski – członek RRL

Kazimierz Szczygielski – ekspert – członek RRL
Lucyna Nowak – ekspert – członkini RRL
Edward Marek – ekspert
Marek Kłoczek – ekspert
Eugeniusz Kowalczyk

Anna Nowożyńska – członkini RRL, MEN
Marlena Gilewicz – MS
Bożena Michałowska – MSZ
Agnieszka Orłowska – MPiPS
Marcin Wiatrow – MPiPS

STRUKTURA DOKUMENTU

I. WPROWADZENIE

1. Uzasadnienie podjęcia prac nad Załoženiami polityki ludnościowej 2011
2. Cele, założenia, zakres
3. Przyjęte definicje
4. Sposób opracowania

II. Cele I – IV

1. Diagnostyka
2. Priorytety
3. Cele do osiągnięcia (w ramach priorytetu)
4. Kierunki działań
5. Rozwiązania szczegółowe
6. Podmioty odpowiedzialne
7. Sposób finansowania

III. MODUŁ EWALUACYJNY (MONITORING)

PROJEKT**Plan pracy Rządowej Rady Ludnościowej oraz sekretariatu RRL w 2011 r.**

Lp.	Temat – zadanie	Nadzór merytoryczny	Termin wykonania
1.	Raport 2010-2011 Rządowej Rady Ludnościowej o sytuacji demograficznej Polski	Przewodniczący RRL – dr hab. prof. SGH Z. Strzelecki	grudzień 2011 r.
2.	Posiedzenia plenarne nt. ➤ <i>Aktualizacja założeń polityki ludnościowej</i> ➤ <i>II Kongres Demograficzny</i>	Przewodniczący RRL – dr hab. prof. SGH Z. Strzelecki	1 czerwca 2011 r. grudzień 2011 r.
3.	Zespół ds. aktualizacji założeń programu polityki ludnościowej	Przewodnicząca Zespołu prof. dr hab. Bożena Balcerzak-Paradowska	Czerwiec/lipiec 2011 r.
4.	Stanowisko RRL w sprawie „Żywność i żywienie a polityka ludnościowa w Polsce”	Przewodniczący RRL – dr hab. prof. SGH Z. Strzelecki Sekretarz Generalny RRL – dr A. Potrykowska	Czerwiec /sierpień 2011 r.
5.	Biuletyn RRL nr 56	Przewodniczący RRL – dr hab. prof. SGH Z. Strzelecki Sekretarz Generalny RRL – dr A. Potrykowska	sierpień 2011 r.
6.	Współpraca z Komisją Ludność i Rozwój ONZ	Przewodniczący RRL – dr hab. prof. SGH Z. Strzelecki	praca ciągła
7.	Realizacja zaleceń Rady Ministrów i jej komitetu oraz Prezesa Rady Ministrów, dotyczących polityki ludnościowej i rodzinnej	Przewodniczący RRL – dr hab. prof. SGH Z. Strzelecki	praca ciągła
8.	Opiniowanie projektów aktów normatywnych związanych z realizacją polityki ludnościowej i rodzinnej	Przewodniczący RRL – dr hab. prof. SGH Z. Strzelecki	praca ciągła
9.	II Kongres Demograficzny	Przewodniczący RRL – dr hab. prof. SGH Z. Strzelecki	Wrzesień/listopad
10.	Inicjowanie badań naukowych w dziedzinie demografii, polityki ludnościowej i rodzinnej	Przewodniczący RRL – dr hab. prof. SGH Z. Strzelecki	praca ciągła
11.	Inicjowanie, organizowanie i współudział w organizowaniu konferencji i sympozjów poświęconych zagadnieniom polityki ludnościowej	Przewodniczący RRL – dr hab. prof. SGH Z. Strzelecki	praca ciągła

Plan pracy Rządowej Rady Ludnościowej oraz sekretariatu RRL w 2011 r. (dok.)

Lp.	Temat – zadanie	Nadzór merytoryczny	Termin wykonania
12.	Prace dotyczące współpracy z instytucjami krajowymi i zagranicznymi w sprawach należących do zakresu działania Rządowej Rady Ludnościowej	Przewodniczący RRL – dr hab. prof. SGH Z. Strzelecki	praca ciągła
13.	Koordinacja prac nad opracowywaniem okresowych (corocznych) projektów raportów o sytuacji demograficznej kraju i ich przedkładanie do rozpatrzenia na plenarnym posiedzeniu Rządowej Rady Ludnościowej	Sekretarz Generalny RRL – dr A. Potrykowska Ewa Orzełek	praca ciągła
14.	Opracowanie informacji z dziedziny demografii i polityki ludnościowej do Biuletynu RRL nr 56	Sekretarz Generalny RRL – dr A. Potrykowska Ewa Orzełek	praca ciągła
15.	Wstępna ocena informacji, wniosków i projektów przedstawianych Rządowej Radzie Ludnościowej przez ministrów, kierowników urzędów centralnych oraz inne instytucje i organizacje społeczne	Sekretarz Generalny RRL – dr A. Potrykowska	praca ciągła
16.	Koordinacja prac nad opiniowaniem projektów aktów normatywnych związanych z realizacją polityki ludnościowej i rodzinnej	Sekretarz Generalny RRL – dr A. Potrykowska	praca ciągła
17.	Sporządzanie sprawozdań z prac Rządowej Rady Ludnościowej oraz sporządzanie protokołów z posiedzeń plenarnych Rządowej Rady Ludnościowej i z posiedzeń jej Prezydium	Sekretarz Generalny RRL – dr A. Potrykowska Ewa Orzełek	praca ciągła
18.	Koordinacja prac dotycząca współpracy z instytucjami krajowymi i zagranicznymi w sprawach należących do zakresu działania Rządowej Rady Ludnościowej	Sekretarz Generalny RRL – dr A. Potrykowska	praca ciągła
19.	Organizowanie i współudział w organizowaniu konferencji i sympozjów poświęconych zagadnieniom polityki ludnościowej	Sekretarz Generalny RRL – dr A. Potrykowska Ewa Orzełek	praca ciągła
20.	II Kongres Demograficzny	Sekretarz Generalny RRL – dr A. Potrykowska Eugeniusz Kowalczyk, Ewa Orzełek	Wrzesień/listopad
21.	Opracowywanie projektów preliminarzy budżetowych Rządowej Rady Ludnościowej	Sekretarz Generalny RRL – dr A. Potrykowska	praca ciągła
22.	Przygotowywanie materiałów na posiedzenia plenarne Rządowej Rady Ludnościowej oraz na posiedzenia jej Prezydium	Sekretarz Generalny RRL – dr A. Potrykowska Ewa Orzełek	praca ciągła

Zatwierdził: Przewodniczący RRL – Prof. SGH dr hab. Zbigniew Strzelecki



SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI RZĄDOWEJ RADY LUDNOŚCIOWEJ W 2010 R.

SPIS TREŚCI:	Strona
Wprowadzenie	200
I. Posiedzenia plenarne RRL	202
II. Raport Rządowej Rady Ludnościowej pt. <i>Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2008–2009</i>	203
III. Komisja Ludności i Rozwoju ONZ	215
IV. Udział w konferencjach międzynarodowych i krajowych	217
V. Posiedzenia Prezydium RRL oraz prace Sekretariatu RRL	220

Załączniki:

1. Protokół z posiedzenia plenarnego Rządowej Rady Ludnościowej z dnia 19 maja 2010 r. (*patrz* Biuletyn 55, Warszawa 2010, RRL, str. 90–105)
2. Sprawozdanie z konferencji pt. „*Żywność i żywienie a polityka ludnościowa w Polsce*” w dniu 23 listopada 2010 r.
3. Protokół z posiedzenia plenarnego Rządowej Rady Ludnościowej z dnia 15 grudnia 2010 r.

WPROWADZENIE

Rządowa Rada Ludnościowa działa pod przewodnictwem dr hab. prof. SGH Zbigniewa Strzeleckiego, a jej obsługę zapewnia Główny Urząd Statystyczny. Funkcjonuje na podstawie Zarządzenia Nr 85 Prezesa Rady Ministrów z dnia 29 maja 2006 r. w sprawie utworzenia Rady do spraw koordynacji działań międzyresortowych w zakresie polityki ludnościowej z póź. zm., Zarządzenia nr 165 Prezesa RM z dnia 7 listopada 2006 r., Zarządzenia nr 29 Prezesa RM z dnia 23 marca 2007 roku. Szczegółowy tryb działania Rządowej Rady Ludnościowej oraz zakres działania Przewodniczącego, Prezydium i Sekretarza Generalnego Rady określa regulamin uchwalany przez Rządową Radę Ludnościową – Uchwała Nr 1/2006 Rządowej Rady Ludnościowej z dnia 14 grudnia 2006 roku. Od marca 2005 r. RRL posiada stronę internetową www.stat.gov.pl, na której zamieszczone są publikacje oraz informacja o działalności, strukturze i składzie RRL.

Zgodnie z Zarządzeniem nr 85 Prezesa Rady Ministrów z dnia 29 maja 2006 r. w sprawie Rady do Spraw Koordynacji działań międzyresortowych w zakresie polityki ludnościowej oraz Zarządzeniem nr 29 Prezesa RM z dnia 23 marca 2007 r. w **skład Rządowej Rady Ludnościowej wchodzi:**

1) Przewodniczący – dr hab. Zbigniew Strzelecki – prof. Szkoły Głównej Handlowej;

2) Zastępcy przewodniczącego:

- a) prof. dr hab. Józefina Hryniewicz – Uniwersytet Warszawski,
- b) prof. dr hab. Janusz Witkowski – Wiceprezes Głównego Urzędu Statystycznego;

3) Sekretarz Generalny Rady – dr Alina Potrykowska;

4) Członkowie powoływani imiennie:

- a) dr hab. Bożena Balcerzak-Paradowska – Instytut Pracy i Spraw Socjalnych,
- b) ks. prof. dr hab. Janusz Balicki – Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego,
- c) prof. dr hab. Bogdan Chazan – Dyrektor Szpitala Położniczo-Ginekologicznego im. Św. Rodziny w Warszawie,
- d) prof. dr hab. Lucyna Frąckiewicz – Akademia Ekonomiczna w Katowicach (zmarła w 2009 r.),
- e) prof. dr hab. Irena E. Kotowska – Szkoła Główna Handlowa,
- f) prof. dr hab. Jerzy T. Kowaleski – Uniwersytet Łódzki,
- g) dr hab. Ireneusz Kuropka – prof. Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu,
- h) prof. dr hab. Adam Kurzynowski – Szkoła Główna Handlowa,
- i) prof. dr hab. Antoni Rajkiewicz – Uniwersytet Warszawski,
- j) prof. dr hab. Robert Rauziński – Instytut Śląski w Opolu,
- k) dr hab. Andrzej Rączaszek – prof. Akademii Ekonomicznej w Katowicach,
- l) prof. dr hab. Iwona Roeske-Słomka – Akademia Ekonomiczna w Poznaniu,
- m) prof. dr hab. Izydor Sobczak – Gdańska Wyższa Szkoła Humanistyczna, Uniwersytet Gdański,
- n) prof. dr hab. med. Janusz Szymborski – Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich,
- o) prof. dr hab. Eugeniusz Z. Zdrojewski – Wyższa Szkoła Ekonomiczna w Warszawie;

5) członkowie pełniący określone funkcje:

- a) przedstawiciel Kancelarii Prezesa Rady Ministrów,
Pan Zbigniew Rykowski – Zastępca dyrektora Departamentu Analiz Strategicznych w KPRM,
- b) przedstawiciel Komitetu Nauk Demograficznych Polskiej Akademii Nauk,
Pani dr hab. prof. AE Jolanta Kurkiewicz – Akademia Ekonomiczna w Krakowie,
- c) przedstawiciel Polskiego Towarzystwa Demograficznego,
Pani Lucyna Nowak – Zastępca Dyrektora Departamentu Badań Demograficznych GUS,
- d) przedstawiciel Konwentu Marszałków RP,
Pan dr Kazimierz Szczygielski – Instytut Śląski,
- e) przedstawiciel Instytutu Kardiologii,
Pani dr n. hum. Zofia Słońska – Zakład Epidemiologii, Prewencji i Promocji Zdrowia,
- f) przedstawiciel Instytutu Matki i Dziecka,

Pani dr n. med. Joanna Mazur – Zakład Ochrony i Promocji Zdrowia Dzieci i Młodzieży w Instytucie Matki i Dziecka,

g) przedstawiciel Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie,
Pan prof. dr hab. n. med. Witold Zatoński – Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie,

h) przedstawiciel Instytutu Żywności i Żywnienia,
Pan dr Włodzimierz Sekuła – Zastępca dyrektora ds. ekonomicznych w Instytucie Żywności i Żywnienia;

6) członkowie delegowani przez:

a) Ministra Edukacji Narodowej:

Pani dr inż. Anna Nowożyńska – Departament Strategii w MEN,

b) Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego:

Pani prof. dr hab. Janina Józwiak – Dyrektor Instytutu Statystyki i Demografii SGH,

c) Ministra Obrony Narodowej:

Pani Jolanta Kulus – Szef Oddziału Zabezpieczenia Socjalnego – Departamentu Spraw Socjalnych MON,

d) Ministra Pracy i Polityki Społecznej:

Pani Elwira Gross-Gołacka – Dyrektor Dep. Analiz Ekonomicznych i Prognoz w MPiPS,

e) Ministra Sportu i Turystyki:

Pani Mariola Chojnacka – Dyrektor Biura Administracyjnego Ministerstwa Sportu i Turystyki,

f) Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji,

Pan Krzysztof Lewandowski – naczelnik Wydziału Analiz Migracyjnych w Departamencie Polityki Migracyjnej MSWiA.

g) Ministra Spraw Zagranicznych:

Pan Marcin Nawrot,

h) Ministra Zdrowia:

Pan Marcin Kędzierski – Zastępca Dyrektora Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia,

i) Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych:

Pani Alina Wojtowicz-Pomierna – Zastępca dyrektora Biura Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych,

j) Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego:

Pani dr Grażyna Marciniak – Radca Prezesa GUS,

k) Szefa Urzędu do Spraw Cudzoziemców:

Pan Rafał Rogala – Szef Urzędu do Spraw Cudzoziemców.

I. POSIEDZENIA PLENARNE RRL

W 2010 roku odbyły się trzy posiedzenia plenarne Rządowej Rady Ludnościowej (w dniach: 19 maja, 23 listopada oraz 15 grudnia).

W dniu **19 maja 2010 r.** odbyło się posiedzenie plenarne poświęcone omówieniu problematyki dorobku grupy roboczej do spraw strategii migracyjnej Polski oraz zagadnieniom statutowym RRL. **Przedmiotem posiedzenia były:**

1. Dorobek Grupy Roboczej do spraw Strategii Migracyjnej Polski – Monika Prus Dyrektor Departamentu Polityki Migracyjnej w MSWiA.
2. Projekt raportu 2009–2010 „Sytuacja demograficzna Polski” – dr hab. prof. SGH Zbigniew Strzelecki.
3. Informacje o konferencjach międzynarodowych – 43 Sesja Komisji Ludności i Rozwoju ONZ – 11–15 kwietnia 2010 r. Nowy Jork – dr Alina Potrykowska.
4. Sprawy różne:
 - Projekt planu pracy RRL i sekretariatu RRL w 2010 r.
 - Sprawozdanie z działalności RRL za 2009 rok.
 - Protokół z posiedzenia RRL w dniu 17.12.2009 r.

Szczegółowe omówienie przebiegu posiedzenia zawiera Protokół z posiedzenia plenarnego Rządowej Rady Ludnościowej z dnia 19 maja 2010 r. – załącznik nr 1.

W dniu 23 listopada 2010 r w ramach posiedzenia plenarnego odbyła się konferencja zorganizowana przez Rządową Radę Ludnościową oraz Instytut Żywności i Żywienia pod Honorowym Patronatem Ministra Zdrowia i Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi pt. „Żywność i żywienie a polityka ludnościowa w Polsce”.

Otwarcia konferencji dokonał dr hab. prof. SGH Zbigniew Strzelecki, Przewodniczący RRL, oraz prof. dr hab. Mirosław Jarosz, Dyrektor Instytutu Żywności i Żywienia. W imieniu Minister Zdrowia Ewy Kopacz głos zabrał Minister Adam Fronczak, natomiast ze strony Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi – Pan Albert Jurek, zastępca dyrektora do spraw bezpieczeństwa i higieny żywności, który odczytał list Ministra Marka Sawickiego i przesłanie skierowane do uczestników konferencji.

Referaty zaprezentowali:

1. Dr hab. prof. SGH Zbigniew Strzelecki – *Sytuacja demograficzna Polski i jej uwarunkowania*.
2. Prof. dr hab. Mirosław Jarosz – *Żywieniowe uwarunkowania zdrowia.*
3. Prof. dr hab. Andrzej Kowalski – *Bezpieczeństwo żywnościowe (food security) a polskie rolnictwo i przemysł spożywczy.*
4. Prof. dr hab. Jan K. Ludwicki – *Aktualne wyzwania dla bezpieczeństwa żywności w Polsce.*
5. Prof. dr hab. Wiktor B. Szostak – *Epidemiologia żywieniowa chorób układu krążenia w Polsce.*
6. Prof. dr hab. n. roln. Hanna Kunachowicz – *Zmiany w jakości zdrowotnej żywności w okresie gospodarki rynkowej.*
7. Dr Katarzyna Stos – *Suplementy diety i ich znaczenie.*
8. Prof. dr hab. Jan Dzieńszewski – *Żywność a nowotwory.*
9. dr Iwona Traczyk – *Przedsięwzięcia – krajowe i międzynarodowe w zakresie żywieniowej promocji zdrowia.*
10. dr Włodzimierz Sekuła – *Zmiany długookresowe modelu żywienia w Polsce: uwarunkowania i skutki zdrowotne.*

Konferencja zakończyła się dyskusją i podsumowaniem przez prof. dr hab. Zbigniewa Strzeleckiego oraz prof. dr hab. Mirosława Jarosza. Szczegółowe omówienie przebiegu konferencji zawiera sprawozdanie – załącznik nr 2.

Przedmiotem posiedzenia plenarnego w dniu 15 grudnia 2010 r. było:

1. Projekt raportu 2009–2010 „Sytuacja demograficzna Polski” – dr hab. prof. SGH Zbigniew Strzelecki.
2. Sprawy różne
 - informacja z konferencji nt. „Żywność i żywienie a polityka ludnościowa w Polsce” – dr W. Sekuła,
 - Biuletyn RRL nr 55 – dr A. Potrykowska,
 - Protokół z posiedzenia RRL w dniu 14 maja 2010 r.

Szczegółowe omówienie przebiegu posiedzenia zawiera Protokół z posiedzenia plenarnego Rządowej Rady Ludnościowej z dnia 19 listopada 2009 r. – załącznik nr 3.

II. RAPORT RZĄDOWEJ RADY LUDNOŚCIOWEJ PT. *SYTUACJA DEMOGRAFICZNA POLSKI. RAPORT 2008–2009*

Podstawowym statutowym obowiązkiem Rządowej Rady Ludnościowej jest opracowywanie corocznych raportów o sytuacji demograficznej Polski. RRL opracowała i przyjęła raport *Sytuacja demograficzna Polski – Raport 2008–2009*.

W dniu 23 marca 2010 r. Przewodniczący RRL przesłał do Sekretarza Komitetu Rady Ministrów w Kancelarii Prezesa RM XXXIV roczny raport o sytuacji demograficznej kraju pt. *Sytuacja demograficzna Polski – Raport 2008–2009*, który po uzgodnieniach międzyresortowych został w dniu 20 maja 2010 r. przyjęty przez Komitet Rady Ministrów i rekomendowany członkom Rady Ministrów. Najważniejsze ustalenia i wnioski Raportu są następujące:

Tendencje ogólne

W dekadzie 1997–2007 Polska doświadczyła niekorzystnego trendu zmniejszania się liczby ludności kraju. W wyniku niskiego przyrostu naturalnego oraz ujemnego salda stałych migracji zagranicznych liczba ludności Polski zmniejszyła się o ponad 174 tys.

Obserwowany od 1997 r. spadek liczby ludności w Polsce został obecnie zahamowany. W 2008 r. po raz pierwszy od 11 lat odnotowano wzrost liczby ludności, w tym z tytułu przyrostu rzeczywistego ludności. W końcu 2008 r. ludność Polski liczyła 38 136 tys. osób, tj. o 20 tys. więcej niż przed rokiem, a dodatkowo tempo przyrostu ludności wyniosło 0,05% (20 tys. osób). Dalszy wzrost liczby ludności wystąpił także w pierwszej połowie 2009 roku. W końcu czerwca 2009 r. liczba ludności kraju wynosiła około 38 155 tys. osób, tj. o 19 tys. więcej niż w końcu 2008 r. i blisko o 40 tys. więcej niż w 2007 roku. Wzrost ten w I półroczu 2009 r. objął nadal wieś, a także po raz pierwszy miasta, w których w ciągu kilkunastu lat obserwowano stałe zmniejszanie się liczby mieszkańców.

Wzrost liczby ogółem mieszkańców Polski w ostatnim okresie (2008–2009) jest związany przede wszystkim ze wzrostem liczby urodzeń, bowiem zgony, których liczba wzrosła w niewielkim stopniu, nie są decydującym składnikiem przyrostu naturalnego. Od 2006 r., – w czwartym z kolei roku – odnotowano dodatni przyrost naturalny, który w końcu 2008 r. wyniósł 35,1 tys. osób (0,9‰), a w I półroczu 2009 r. 20 tys. osób, czyli 1,0‰.

Według danych GUS w 2008 r. zanotowano ponad 416 tys. urodzeń żywych, co oznacza wzrost o ponad 26 tys. w stosunku do roku 2007, ale także jest to o 1/4 mniej niż w 1990 r. i ponad 40% mniej niż w 1983 r., który był szczytowym rokiem ostatniego wyżu demograficznego (prawie 724 tys. urodzeń). W 2008 r. współczynnik urodzeń wyniósł 10,9‰ (o 0,7 pkt. promilowego więcej niż w roku poprzednim, ale o ponad 3 pkt. mniej niż w 1990 r. i prawie 10 pkt. mniej niż w 1983 r.) i jest w znacznej mierze związany z przemianami w strukturze wieku ludności Polski, bowiem do wieku zdolności rozrodczej doszły wyżowe generacje z lat 1982–1984.

Dane za rok 2008 i pierwsze półrocze 2009 r. wskazują, że zahamowany został spadek liczebności mieszkańców Polski związany z licznymi wyjazdami Polaków za granicę, głównie czasowymi, co także częściowo znajduje odzwierciedlenie w statystyce wyjazdów na stałe. Należy podkreślić, iż od 2007 r. obserwuje się dynamiczny spadek emigracji Polaków za granicę, przy znaczącym wzroście liczby imigrantów do Polski – najczęściej powracających z zagranicy Polaków. W 2008 r. wielkość bezwzględna salda migracji zagranicznych na stałe zmniejszyła się poważnie (do –14,9 tys. osób głównie z powodu obniżenia się fali emigracji z Polski (do poziomu 30,1 tys. osób), podczas gdy liczba przyjazdów na stałe do Polski wzrosła do poziomu najwyższego od dziesięcioleci, tj. 15,3 tys. Tendencja ta utrzymuje się nadal, bowiem w I półroczu 2009 r. ujemne saldo migracji zagranicznych wyniosło już zaledwie –0,2 tys. osób.

Z przeprowadzonej w Raporcie analizy zjawisk i procesów ludnościowych zwracają uwagę ponadto następujące tendencje (o długim bądź krótkim okresie trwania) w składnikach decydujących o kierunku rozwoju demograficznego Polski, mające wpływ na określone działania w polityce społeczno-gospodarczej:

- Od wielu już lat utrwała się w Polsce niski poziom rozrodczości, związany do 1990 r. głównie z niekorzystnymi zmianami w strukturze wieku rozrodczego kobiet, a w kolejnych latach ze znaczącym spadkiem poziomu płodności kobiet. W wyniku tego od 1989 r. utrwała się proces zawężonej zastępowalności pokoleń, który w miastach rozpoczął się już w 1963 r., a na wsi z opóźnieniem jednego pokolenia, ale już w latach transformacji (1995 r.). W 2008 r. zastępowalność pokoleń była niższa o ponad

40% od niezbędnej, aby pokolenie rodziców było równolicznie zastąpione pokoleniem dzieci (współczynnik zastępowalności pokoleń wyniósł w 2008 r. 0,673 i był wyższy tylko o 3% w porównaniu z 2000 r., zaś współczynnik dzietności ogólnej wyniósł 1,39, a w 2000 r. 1,367). Wskaźniki w tym zakresie kształtują się w Polsce na średnim poziomie wśród krajów europejskich, ale aż o 1/3 niższym niż w krajach Europy Północnej i niektórych krajach Europy Zachodniej. Oznacza to pogłębianie deformacji struktury wieku ludności i przyspieszenie procesów depopulacyjnych w przyszłości oraz przyspieszenie starzenia się ludności;

- Pomimo niewielkiego wzrostu liczby urodzeń nie został zahamowany proces starzenia się ludności oraz zasobów pracy. Liczba osób w wieku emerytalnym wzrosła w 2008 r. w porównaniu do 1988 r. blisko o 1,5 mln i stanowi 16,2% ogółu populacji (12,4% w 1988 r.). Jednocześnie grupa seniorów (osoby 80-ladne i starsze) to 1200 tys. osób, co w przypadku Polski już jest zjawiskiem znaczącym dla systemu opieki zdrowotnej, społecznej oraz struktury usług i zaopatrzenia. Coraz większą część zasobów pracy stanowią osoby w tzw. niemobilnym wieku produkcyjnym (mężczyźni w wieku 45–64, a kobiety 45–59 lat). W 1988 r. stanowili oni 30%, a obecnie 38% tych zasobów. Niesie to ze sobą problemy dla tych osób na rynku pracy oraz wyznacza przesłanki dla polityki rynku pracy;
- W całym ostatnim 20-leciu ma miejsce stały dynamiczny wzrost poziomu wykształcenia ludności; np. w 2002 r. 9,9% ludności w wieku 13 i więcej lat posiadało wyższe wykształcenie, w 2008 r. udział ten wzrósł do 17,4%, przy czym już co piąta kobieta w Polsce posiada dyplom ukończenia szkoły wyższej. Jest to niezwykle korzystna cecha podaży zasobów pracy dla polskiego rynku pracy. Istotą polityki edukacyjnej w tym zakresie powinno być dostosowanie struktury kwalifikacyjnej tej podaży (kierunki wykształcenia) do generowanej przez gospodarkę struktury popytu na pracę według kwalifikacji;
- Cztery lata z rzędu wzrasta liczba zawieranych małżeństw, a odsetek małżeństw pierwszych ustabilizował się od 1990 r. na poziomie około 85%. Jednocześnie w dalszym ciągu trwa proces odkładania przez partnerów decyzji o zawieraniu małżeństwa na coraz późniejszy wiek, a w konsekwencji powoduje to, że kobiety rodzą pierwsze dziecko w coraz późniejszym wieku, co prowadzi do ograniczania liczby dzieci rodzonych przez kobiety. Proces ten jest jednak mniej zaawansowany niż w pozostałych krajach Unii Europejskiej. To „odkładanie” zakładania rodziny na nieco późniejszy okres życia przez nowożeńców jest związane m.in. z wydłużaniem nauki, ograniczeniami i trudnościami na rynku pracy dla ludzi młodych, ograniczonymi możliwościami nabycia przez nich mieszkań itp. Ponadto zdecydowana większość zawieranych małżeństw w Polsce to związki wyznaniowe, zaś w dalszym ciągu wzrasta jednorodność cech partnerów zawierających małżeństwa, co powinno być przesłanką silniejszych więzi w tych związkach i ich trwałości, a także utrzymuje się w dalszym ciągu istotny spadek skłonności do zawierania związków małżeńskich przez nastolatki oraz zmniejsza się ich udział wśród nowożeńców. Daje to przesłanki do twierdzenia, że nie jest zagrożona, jak na razie, instytucja małżeństwa w Polsce, i można oczekiwać wzrostu ich trwałości;
- Od dwóch lat pojawiły się symptomy wzrostu trwałości małżeństw, gdyż została zahamowana wzrostowa fala liczby rozwodów (przy rosnącej liczbie małżeństw) rozpoczęta wraz z okresem transformacji. W 2006 roku wzrosła ona do rekordowej liczby 71,9 tys.; w 2007 r. rozwiodło się 66,6 tys. małżeństw, w 2008 r. zaś już o 10 tys. mniej (65,5 tys.). Tę poprawę odzwierciedlają także miary natężenia rozwodów. Wcześniejszą falę wzrostową rozwodów wiąże się między innymi z ustawą o zasadach przyznawania zasiłków rodzinnych obowiązującą od 1 maja 2004 r., różnicującą znacznie wysokość zasiłków na korzyść rodzin z jednym z rodziców. Pozytywnym przejawem tego procesu jest też to, że małżeństwa rozpadają się poprzez rozwód w coraz późniejszym wieku i po coraz dłuższym okresie pozycja małżeńskiego. Zmniejsza to skalę konsekwencji dla dzieci najmłodszych w rozwijających się małżeństwach. Rok 2008 przyniósł też dalsze zmniejszenie liczby małoletnich dzieci w rozwodzących się małżeństwach (57,3 tys.). Jednakże skala problemu nieletnich dzieci dotkniętych rozwodem rodziców bardzo istotnie wzrosła (w 2008 r. 78 na 10 tys. wszystkich dzieci w wieku 18 lat i mniej miało rozwiedzionych rodziców, podczas gdy w 2000 r. – 44, co oznacza wzrost prawie dwukrotny). Do tego należy dodać inny fakt, że dynamicznie wzrasta udział urodzeń pozamałżeńskich w Polsce, który w 2008 r. wyniósł 20% ogółu urodzeń żywych, co oznacza, że od 1980 r. zwiększył się czterokrotnie;
- Dla większości roczników ludności rok 2008 oznaczał kontynuację spadkowego trendu umieralności. W ostatnich 18 latach ogólny standaryzowany (strukturą ludności z 2000 r.) współczynnik zgonów zmniejszył o około 23% (z 1137,6 w 1990 r. do 828,8 w 2008 r.). Przyczyniło się do tego przede wszystkim obniżenie natężenia zgonów wywołanych najgroźniejszymi chorobami, czyli chorobami układu krążenia oraz działaniem przyczyn zewnętrznych. W latach 1990–2008 standaryzowane współ-

czynnik zgonów z powodu tych przyczyn zmniejszyły się odpowiednio z 604,3 zgonów na 100 tys. do 363,9 ludności oraz z 83,6 do 61,2 zgonów na 100 tys. ludności. Mimo tych pozytywnych zmian dystans Polski do wielu krajów zachodnich jest ciągle znaczny, a np. umieralność spowodowana chorobami układu krążenia jest od wielu lat dwukrotnie wyższa niż w Holandii czy Islandii;

- Już od 62 lat obniża się umieralność niemowląt, choć jej poziom (5,6‰ w 2008 r.) jest jeszcze około dwukrotnie wyższy niż w większości krajów zachodnich, ale Polska jest drugim po Czechach krajem naszego regionu, który ma najpoważniejsze osiągnięcia w walce z umieralnością niemowląt. Skutkiem tego jest wydłużanie się przeciętnego trwania życia mieszkańców Polski (wyniosło ono w 2008 r. dla noworodka chłopca 71,3 lat, a dla dziewczynki – 80,0 lat) oraz zmniejszanie dystansu, jaki dzieli Polskę w tym zakresie od pozostałych krajów Unii Europejskiej. Jednakże trwanie życia w Polsce jest przeciętnie o 8–9 lat dla mężczyzn i o 4–5 lat dla kobiet krótsze w porównaniu z mieszkańcami najlepszych pod tym względem krajów. Polska wyróżnia się pod tym względem jednak pozytywnie w grupie krajów naszego regionu, które ostatnio cechuje rosnąca umieralność;
- W dalszym ciągu utrzymuje się bardzo niska (malejąca przez poprzednie kilkadziesiąt lat) mobilność przestrzenna ludności, której wielkość (przemeldowania w zakresie stałego zameldowania ludności) pozostaje jeszcze o połowę niższa niż w latach 70. Tak niski poziom przemieszczeń ludności nie cechuje społeczeństw zachodnich. Przemieszczenia te tylko w niewielkim stopniu odpowiadają na zmiany w przestrzennej strukturze rynku pracy. Z drugiej strony są one ograniczane ogólną sytuacją społeczno-gospodarczą, a szczególnie niskimi dochodami ludności, w tym z pracy, i brakiem możliwości uzyskania w tej sytuacji mieszkania lub jego wynajmu w ośrodkach oferujących pracę, co dotyczy głównie młodych zasobów pracy. Należy także przypuszczać, że faktyczne przemieszczenia ludności o cechach stałych migracji nie są odzwierciedlane w statystyce migracji ludności i przemieszczenia te mają różne formy nie związane z faktem zmiany stałego miejsca zameldowania (np. długotrwałe migracje czasowe przekształcające się w migracje stałe, migracje tygodniowe itp.). Jest to problem niezwykle istotny w sytuacji dużego udziału w gospodarce tzw. szarej strefy;
- Rok 2008 nie przyniósł zmiany obserwowanej od dziesięcioleci przewagi emigracji nad imigracją, w wyniku czego Polska traci ludność. Jednakże statystyka zarejestrowała najwyższą od 1960 r. imigrację do Polski oraz niższą emigrację z Polski (30,1 tys. osób). Poziom emigracji na stałe w 2008 r. w porównaniu z rokiem wcześniejszym zmniejszył się o 5,4 tys. osób, a imigracja na stałe po raz pierwszy przekroczyła poziom 15 tys. osób, w wyniku czego zmniejszyło się ujemne saldo migracji zagranicznych w stosunku do roku poprzedniego, osiągając w 2008 r. poziom 14,9 tys. osób. O wiele większe znaczenie ma w tym zakresie jednak skala emigracji czasowej. GUS szacuje ją na blisko 2,3 mln osób w końcu 2007 r. i ponad 2,2 mln w 2008 roku. Niesie to ze sobą wiele konsekwencji nie tylko demograficznych, ale ekonomicznych i społecznych, a także rodzinnych.

Utrwalanie się tych tendencji (w tym wielu niekorzystnych) w rozwoju demograficznym Polski, skutkować będzie przez kolejne lata ubytkiem liczby mieszkańców Polski aż do 36,0 mln w 2035 r., a więc zmniejszenie w stosunku do stanu obecnego o ponad 2 mln osób. Podobną liczbę mieszkańców dla Polski w 2035 r. prognozuje Eurostat (36,1 mln), ale już o wiele niższą ONZ – 35,2 mln. Równocześnie ze spadkiem potencjału demograficznego Polski pogarszać się również będzie struktura demograficzna jej mieszkańców. Przyszłe zmiany cechować będzie przyspieszona kontynuacja procesu starzenia się społeczeństwa polskiego. Przejawy tego to: coraz mniejsza liczba i odsetek najmłodszych roczników, przesunięcia ludności w wieku średnim do starszych grup wieku oraz systematyczne zwiększanie się liczby oraz odsetka ludności starszej. W dalszym ciągu Polska będzie doświadczać „falowania” zmian w poszczególnych rocznikach wieku ludności. Najbardziej jednolite zmiany dotyczyć będą osób w wieku poprodukcyjnym, gdyż do 2035 r. systematycznie będzie się zwiększać ich liczba. Największy przyrost wystąpi w latach 2011–2015 i 2016–2020, gdyż łącznie o blisko 2 mln. Będzie to okres wchodzenia w wiek poprodukcyjny generacji wyżu demograficznego z lat 50. W kolejnych pięcioleciach przyrost liczby ludności w wieku poprodukcyjnym nie będzie tak duży, ale nadal znaczący. W 2035 roku liczba ludności w wieku poprodukcyjnym przekroczy 9,6 mln i zwiększy się w porównaniu z rokiem 2007 o 3,5 mln. Osoby w wieku poprodukcyjnym będą wówczas stanowić 26,7% ogółu ludności Polski, co oznacza, że częściej niż co czwarty mieszkaniec Polski będzie w wieku emerytalnym.

Przeciwna tendencja dotyczyć będzie ludności w wieku produkcyjnym. Jej liczba w całym okresie prognozy będzie się systematycznie zmniejszać, z poziomu 24 545 tys. w 2007 r. do 20 739 tys. w 2035 roku. Ubytek ludności w wieku produkcyjnym będzie więc ogromny i wyniesie prawie 3,8 mln, przy czym największy spadek będzie miał miejsce w pięcioleciu 2016–2020 (ok. 1,2 mln osób) oraz

w pięcioleciach 2011–2015 (około 853 tys.) i 2021–2025 (około 878 tys.). Trzy kolejne najbliższe pięciolecia będą się więc charakteryzować największym ubytkiem ludności w wieku produkcyjnym (łącznie o ponad 2,9 mln osób.), co z pewnością nie pozostanie bez wpływu na kształtowanie się sytuacji na rynku pracy. To wyzwanie na najbliższe lata dodatkowo zwiększa fakt, że znaczące zmiany strukturalne wystąpią także wśród ludności w wieku produkcyjnym. Nastąpią bowiem przesunięcia ludności między wiekiem mobilnym (18–44 lata) i niemobilnym (45–60/65 i więcej). Ubytek liczby ludności będzie dotyczył przede wszystkim osób w wieku 18–44 lata i wyniesie w całym prognozowanym okresie aż 4433 tys., największy (2448 tys.) w dekadzie 2021–2030. W grupie wieku niemobilnego liczba ludności zmniejszy się tylko w latach 2011–2020 (łącznie o 846 tys.), aby w kolejnych latach zwiększyć się dość znacząco (1475 tys.). W rezultacie wystąpi dość dynamiczne starzenie się ludności w wieku produkcyjnym, co dodatkowo może pogłębić problemy z podażą zasobów pracy w perspektywie 30 lat.

- Stosunkowo najmniejsze zmiany wystąpią w populacji dzieci i młodzieży w wieku przedprodukcyjnym. Z demograficznego punktu widzenia zmiany te będą jednak niekorzystne, bowiem liczba ludności w wieku do 17 lat zmniejszy się z 7,5 mln w 2007 roku do 5,6 mln w 2035 r., a więc o blisko 1,9 mln osób. W 2035 roku najmłodsze roczniki (osoby w wieku przedprodukcyjnym 0–17 lat) będą stanowiły zaledwie 15,6% ogółu ludności, co w porównaniu do 2007 r. oznacza spadek o 4 punkty procentowe. W konsekwencji pogorszy się relacja pomiędzy poszczególnymi grupami wieku ludności, a charakteryzujący to współczynnik obciążenia demograficznego ludności w wieku produkcyjnym ludnością w wieku nieprodukcyjnym zwiększy się z 56 w 2007 r. do 73 w 2035 roku.

Czekające Polskę w perspektywie 2035 r. procesy demograficzne wskazują na ogromne znaczenie zmian w sytuacji ludnościowej dla programowania przyszłego rozwoju społeczno-ekonomicznego. Dla większości obszarów tej polityki przyszłe trendy demograficzne są już całkowicie lub w dużej części przesądzone i tylko w niewielkim stopniu mogą ulec modyfikacji. Dotyczy to przede wszystkim procesu starzenia się ludności i wynikających z tego faktu zadań dla polityki społecznej (usługi publiczne i zabezpieczenie społeczne) i polityki gospodarczej (produkcja i usługi) na rzecz osób starszych. W dużym stopniu przesądzone są także przyszłe zmiany w liczbie i strukturze ludności w wieku produkcyjnym, które będą rzutować na przyszłą sytuację na rynku pracy. Przesądzić należy także politykę wobec osób starszych na rynku pracy. Najmniej pewne są przewidywane zmiany w liczbie ludności w wieku przedprodukcyjnym i stąd zadania dla polityki edukacyjnej mogą ulec większym modyfikacjom. Wyniki najnowszej prognozy stanowią więc wystarczająco dobrą przesłankę dla opracowania ogólnych programów rozwoju społeczno-gospodarczego Polski na najbliższe kilkanaście, a nawet kilkadziesiąt lat uwzględniających funkcjonowanie gospodarki w warunkach starzejącego się dynamicznie społeczeństwa, określenia strategii polityki ludnościowej i jej zadań (na rzecz stymulowania rozrodczości i wspierania rodziny w jej funkcji prokreacyjnej i ekonomicznej) oraz strategii imigracyjnej dla poprawy podaży zasobów pracy.

Bilans ludności

Obserwowany – od 1997 r. – spadek liczby ludności w Polsce został obecnie zahamowany. Jeszcze w 2007 r. liczba ludności zmniejszyła się o 9,9 tys. osób. W 2008 r. sytuacja w tym względzie zmieniła się; wystąpił bowiem nie ubytek lecz wzrost liczby ludności (o 20 tys.). Dotyczył on jednak nadal tylko wsi, w miastach – w kolejnym już roku – zmniejszyła się liczba mieszkańców. Pierwsze półrocze 2009 r. przyniosło już wzrost (17 tys.) niemal taki jak w całym poprzednim roku, a ponadto objął on już i miasta, i wieś. W dniu 30 VI 2009 r. Polska liczyła 38 153,0 tys. mieszkańców, z czego 23 294,0 tys. w miastach i 14 859,0 tys. na wsi.

Wzrost liczby ludności ogółem w Polsce w 2008 r. zawdzięczać należy wyłącznie urodzeniom. Ich liczba – w stosunku do 2007 r. – wyraźnie się zwiększyła. Ponieważ liczba zgonów także wzrosła, ale tylko w niedużym stopniu, nie mogły one stać się czynnikiem decydującym o wielkości przyrostu naturalnego. Mimo negatywnego wpływu zgonów, przyrost naturalny ludności w 2008 r. w porównaniu do 2007 r. był wyższy i wyniósł 35,1 tys. osób.

Liczba ludności Polski w 2008 r. nie zwiększyła się w tej wielkości, która wynikała z przyrostu naturalnego. Stało się tak dlatego, że saldo migracji zagranicznych było w tym roku nadal ujemne i wyniosło –14,9 tys. osób. Pomniejszyło ono przedstawioną uprzednio wielkość przyrostu naturalnego, wykazując w ostatecznym wyniku przyrost rzeczywisty ludności wynoszący 20,2 tys. osób.

Relacje liczbowe ludności według płci w 1,5-rocznym okresie się nie zmieniły. W końcu 2007, 2008 i w połowie 2009 r. na 100 mężczyzn przypadało 107,1 kobiet, przy czym w miastach 111,1, na wsi zaś 101,1 kobiet. Te współczynniki feminizacji świadczą o niekorzystnych proporcjach ludności według płci

zwłaszcza w środowisku miejskim. Należy jednak nadmienić, że relacje liczbowe mężczyzn i kobiet na wsi rozpatrywane według 5-letnich przedziałów wiekowych wskazują, że w 2008 r. aż do 60. roku życia występowała nadwyżka liczby mężczyzn nad liczbą kobiet. Dopiero w grupie wieku 60-64 lata i następnych dostrzega się wyraźną nadwyżkę kobiet. W populacji wiejskiej nie tylko w młodszych, ale i starszych rocznikach wieku produkcyjnego brakuje kobiet.

W 2008 r. kontynuowana jest występująca w poprzednich latach malejąca tendencja spadku liczby bezwzględnych i udziału procentowego ludności w wieku przedprodukcyjnym i dalszy wzrost liczby ludności w wieku poprodukcyjnym. Wzrosła – wprawdzie nieznacznie – także liczba ludności w wieku produkcyjnym.

Przedstawione w Raporcie stosowne mierniki wskazują na nasilający się z roku na rok proces starzenia demograficznego ludności. Świadczy o tym wzrost mediany (wiek środkowy ludności), wzrost odsetka populacji w wieku 65 lat i więcej w liczbie ludności ogółem, wzrost liczby osób w wieku 65 lat i więcej przypadającej na 1000 osób w wieku 0–14 lat. Starzeje się również ludność w wieku produkcyjnym. Rośnie bowiem udział procentowy roczników w starszym wieku produkcyjnym, czyli w wieku niemobilnym, maleje zaś udział populacji w młodszym wieku produkcyjnym, tj. w wieku mobilnym.

Małżeństwa i rozwody

Zmiany w procesach demograficznych sprzed lat odbijają się w obrazie zarówno obecnego stanu i struktury ludności jak i podstawowych składników ruchu naturalnego. Podobnie przemiany dokonujące się obecnie znajdują swoje odbicie w procesach ludnościowych w niedalekiej przyszłości.

Po wieloletnim okresie negatywnych trendów w procesie zawierania małżeństw obecnie obserwujemy wzrost ich liczby. Głównym czynnikiem oczekiwanej zmiany jest rosnąca liczba kandydatów do małżeństwa, urodzonych w okresie wyżu demograficznego przełomu lat 70. i 80. Aktywność tego pokolenia w zakresie zawierania małżeństw doskonale obrazują bieżące dane demograficzne. Od dwu lat jest notowany wzrost liczby zawieranych związków, a od roku – wzrost liczby urodzeń, co było do przewidzenia (dla przypomnienia – w 1983 r., szczytowym roku urodzeń, przyszło na świat 723,6 tys. dzieci: dzisiaj dzieci te mają 25 lat, a jest to wiek, w którym małżeństwa są zawierane najczęściej). Ponadto warto pamiętać, że obecnie związki małżeńskie są zawierane później, wobec tego jeszcze najbliższe lata mogą być równie bogate w śluby. A o ile proporcja urodzeń pozamałżeńskich nie ulegnie radykalnej zmianie (dzisiaj na 100 żywo urodzonych dzieci przypada średnio 20 urodzeń pozamałżeńskich), większej liczbie zawieranych małżeństw będzie towarzyszyć wzrost liczby dzieci. I jest to perspektywa optymistyczna.

W 2008 r. zawarto w kraju 257,7 tys. małżeństw, tj. o 9,0 tys. więcej niż rok wcześniej. W wyrażeniu względnym oznacza to przyrost o 3,6%, co wobec 10,0% wzrostu w latach 2006–2007 oznacza wyraźne wygasanie tempa. Zdecydowana większość par nowożeńców wybrała związki wyznaniowe. Ich udział w skali kraju wynosił 69,2%, w tym 64,6% w miastach oraz 76,2% na wsi, i nie różnił się od tych proporcji, zanotowanych rok wcześniej.

Z pozytywnym obrazem zmian liczby małżeństw zawieranych idzie w parze postępujący spadek liczby rozwodów. W 2008 r. orzeczono o 3,1% rozwodów mniej niż w 2005 r. oraz o 1,7% mniej niż rok wcześniej. Wobec rosnącej jednocześnie liczby małżeństw na 1000 zawieranych związków przypada coraz mniej orzeczanych rozwodów. Tylko co piąty związek rozpadał się na skutek rozwodu lub separacji. W trzech ostatnich latach proporcje te uległy istotnej zmianie: w 2006 r. na 100 małżeństw przypadły średnio 32 rozwody, w 2007 r. – rozwiodło się przeciętnie 27 par na 100 nowo zawartych, a w 2008 r. – 25 na 100. Pocięszające jest obniżanie się powyższej proporcji: jednakże trzeba mieć na względzie, że wynika ono przede wszystkim ze znaczącego wzrostu liczby małżeństw, która stanowi mianownik proporcji, a nie z redukcji liczby rozwodów, będącej jej licznikiem.

Konflikty małżeńskie kończące się rozpadem związku idą w parze z licznymi dramatami dzieci z rozwiedzionych par. Jest ich wprawdzie w kolejnych latach nieco mniej, ale jednocześnie na niekorzyść zmienia się struktura wieku dzieci z rozpadających się związków. Świadczą o tym następujące liczby. W ciągu trzech ostatnich lat skutki rozpadu rodzin dotknęły łącznie 184 tys. małoletnich dzieci, w tym 67,3 tys. w pierwszym roku tego okresu, 59,4 tys. – w 2007 r. oraz 57,3 tys. w kolejnym. Niepokojącym elementem jest zauważalne zwiększanie udziału dzieci w wieku przedszkolnym w całej populacji przy jednoczesnym obniżaniu proporcji dzieci w wieku szkolnym. O ile wśród rozwodzących się małżeństw z dziećmi w 2006 r. niemal dwie trzecie – 65,2% ogółu stanowiły dzieci w wieku 7–17 lat, 24,6% – dzieci w wieku 3–6 lat, a 10,2% – dzieci najmłodsze – w wieku 0–2 lata, o tyle w 2008 r. analogiczne odsetki wynosiły: 62,6% w grupie dzieci najstarszych (7–17 lat), 25,7% w grupie dzieci wieku przedszkolnym

(3–6 lat) oraz 11,7% wśród dzieci najmłodszych, poniżej 3 lat. Z liczb absolutnych wynika, że w 2008 r. w rozwiedzionych parach pozostawało 6699 dzieci najmłodszych w wieku 0–2 lata, 14 723 dzieci w wieku 3–6 lat, 31 187 dzieci mających od 7 do 15 lat oraz 4730 w wieku 16–17 lat.

Dostępna literatura na temat konsekwencji rozpadu rodzin dla małoletnich dzieci wyraźnie wskazuje na poważne zagrożenia rozwoju dzieci doświadczonych rozstaniem rodziców. Wspominał o nich poprzedni raport o sytuacji demograficznej Polski. Warto podkreślić, że w 2008 r. – podobnie do wcześniejszych lat – nadal w walce o dziecko przegrywali ojcowie. Tylko w 4% sąd powierzył im wyłączną władzę rodzicielską; dla porównania analogiczny odsetek dla matek wynosił 56,3%. Przeciętnie w 38 przypadkach na 100 sąd zdecydował o przyznaniu prawa do wykonywania władzy rodzicielskiej obojgu rodzicom.

W poszukiwaniu uwarunkowań zmian wzorca zawierania małżeństw oraz przyczyn ich rozpadu warto zwrócić uwagę na wyniki badań empirycznych prowadzonych przed Ośrodkiem Badania Opinii Społecznej. Nie wskazują one jednoznacznie na wzrost skłonności do tworzenia związków nieformalnych. Przeciwnie, stwarzają podstawę do twierdzenia, że instytucja małżeństwa w Polsce, jak dotąd, nie jest zagrożona, co – niewątpliwie – należy uznać za zjawisko pozytywne. We wszystkich grupach wieku, poza osobami najmłodszymi, które nie ukończyły jeszcze 20 lat, udział osób deklarujących wybór małżeństwa bez uprzedniego konkubinatu jest taki sam i wynosi przeciętnie dziewięć na 10. Różnica sprowadza się jedynie do rosnącego odsetka wśród osób młodszych, które poprzedziłyby małżeństwo okresem konkubinatu. W grupie najmłodszych respondentów w kolejnych sondażach coraz więcej osób nie wyklucza możliwości poprzedzenia małżeństwa okresem konkubinatu. Nie bez znaczenia jest fakt, iż skłonność do zawarcia małżeństwa jest zbliżona wśród mężczyzn i kobiet.

Jedynie 8% ogółu ankietowanych osób uznaje małżeństwo za formę przestarzałą, wobec 80% niezgadzających się z taką opinią i 12% niemających zdecydowanego stanowiska w powyższej kwestii. Wyrażane opinie różnią się istotnie w zestawieniu z wiekiem respondentów, ich stanem cywilnym, wykształceniem, miejscem zamieszkania i pozycją w rodzinie. Szczególnie duża rozbieżność występuje między pokoleniami: wśród osób w wieku powyżej 60 lat ponad połowa (52%) uznaje wyłączność małżeństwa dla wspólnego życia kobiety i mężczyzny, podczas gdy wśród osób młodych (18–19 lat oraz 20–24 lat) mniej niż co piąta zgadza się z takim twierdzeniem (odpowiednio 18% i 17%), a niemal 60% jest mu przeciwnie. Podobnego zdania, jak młodzi, są osoby z wyższym wykształceniem, osoby stanu wolnego lub rozwiedzione, a także mieszkańcy dużych miast.

Co druga osoba z ankietowanych uważa, że można akceptować trwanie w związku konkubenckim bez zamiaru zawarcia małżeństwa. Około jedna czwarta osób jest przeciwna i tyle samo nie ma zdania. Największe przyzwolenie dla związków nieformalnych deklarują osoby w wieku 20–29 lat, legitymujące się wykształceniem średnim lub wyższym, mieszkające w dużych miastach i nieżyjące w małżeństwie. Wśród osób mieszkających na wsi, o niższym poziomie wykształcenia oraz w grupie osób starszych, relatywnie więcej jest tych, które nie mają zdania w tej sprawie.

Na pytanie o preferowany styl życia ponad 90% badanych wybrało małżeństwo, w tym 9% – poprzedzone okresem wspólnego zamieszkiwania przed ślubem, 2% poprzestałoby na konkubinacie, 2% zaakceptowało utrzymywanie więzi seksualnych bez wspólnego zamieszkiwania, a 4% wybrałoby mieszkanie sam na sam.

Wyniki ankietowych badań nad uwarunkowaniami rozpadu rodzin są zbieżne ze strukturą przyczyn w orzeczeniach sądowych. Kobiety wymieniają najczęściej alkoholizm męża (rzadziej nadużywanie alkoholu), zdradę lub trwałą więź uczuciową z inną osobą, brak zainteresowania rodziną, niemożliwość porozumienia się w sprawach życia codziennego oraz znęcanie się fizyczne. Znacznie rzadziej, w porównaniu z wyżej wymienionymi, przyczyną rozwodu bywa wpływ osób trzecich lub brak samodzielnego mieszkania. Alkoholizm i znęcanie się nad rodziną, często współwystępujące ze sobą, są najczęściej przyczyną rozwodów małżonków mieszkających na wsi, natomiast zdrada lub trwałą więź uczuciową z inną osobą częściej powodują rozpad małżeństw mieszkających w miastach. Mężczyźni najczęściej jako przyczyny rozwodu wymieniają: brak możliwości porozumienia z żoną w sprawach życia codziennego, zdradę lub trwałą więź uczuciową z inną osobą oraz rzadziej wpływ osób trzecich. Ze znacznie niższą częstością wskazują takie przyczyny, jak: brak własnego mieszkania, alkoholizm (lub nadużywanie alkoholu przez siebie bądź przez żonę), niedobór seksualny, brak zainteresowania rodziną oraz różnice poglądów i przekonań.

W poszukiwaniu obiektywnych czynników stymulujących wzrost liczby rozwodów warto zwrócić uwagę na czynniki ekonomiczne. Ich znaczenie w wyborach życiowych, w tym również dotyczących

rozpadu związku małżeńskiego, niewątpliwie rośnie. Rosnący poziom wykształcenia rozbudza ambicje zawodowe, co przejawia się zmianą postawy na taką, która preferuje osobisty rozwój jednostki i podporządkowuje mu decyzje dotyczące rodziny. Wzrost wymagań na rynku pracy i rosnąca konkurencyjność tej sfery działalności wobec aktywności na polu rodzinnym powoduje stres, który także może rzutować na trwałość związków.

Urodzenia i płodność

W zakresie kształtowania się zachowań prokreacyjnych w Polsce w latach 1980–2008 należy zwrócić uwagę na następujące istotne cechy:

1. W latach 1980–2003 obserwowano spadkową tendencję zarówno liczby urodzeń jak i ich natężenia w przeliczeniu na 1000 mieszkańców. Był to rezultat zmian zarówno struktury populacji jak i przemian w kształtowaniu się zachowań prokreacyjnych. Zmiana kierunku trendu wystąpiła w 2003 roku, gdy do wieku zdolności rozrodczej zaczęły dochodzić wyższe generacje początku lat 80.
2. Przemiany zachowań prokreacyjnych znajdują odzwierciedlenie w strukturze urodzeń według ich kolejności. Uwzględnienie kolejności urodzeń pozwala sformułować wniosek, że demograficzny wyż początku lat 80. był rezultatem wzrostu przede wszystkim liczby urodzeń kolejności wyższych. Liczba urodzeń pierwszych charakteryzowała się systematycznym spadkiem i nigdy nie powróciła do poziomu z 1980 roku. Liczba urodzeń kolejności drugiej przewyższała poziom z 1980 r. w dwóch latach rozważanego okresu, a mianowicie w latach 1983 i 1984. Liczby urodzeń kolejności trzeciej oraz kolejności przynajmniej czwartej wzrastały w okresie 1981–1988 i przewyższały wówczas poziom osiągnięty w 1980 roku. Urodzenia te osiągnęły najwyższy poziom w latach 1982–1985.
3. Współcześnie karierę rodzinną rozpoczynają pokolenia, które przychodziły na świat na początku lat 80. W latach 2003–2007 miał miejsce wzrost liczby urodzeń kolejności pierwszej. Z rocznym opóźnieniem, to znaczy od 2004 r. notujemy wzrost liczby urodzeń drugich. Zatem obecnie – inaczej niż to było na początku lat 80. – w procesie demograficznego ożywienia w Polsce uczestniczą przede wszystkim osoby młode będące na początku swojej rodzinnej kariery.
4. W latach 1980–2008 zachodziły istotne zmiany w poziomie wykształcenia ludności Polski. Proces ten znajduje odzwierciedlenie w strukturze urodzeń, ponieważ:
 - ogólny wzrost wykształcenia ludności powoduje, że coraz więcej dzieci przychodzi na świat w rodzinach o wyższym poziomie edukacji,
 - proces kształcenia się może być przyczyną odkładania zarówno zawierania małżeństw jak i rodzicielstwa,
 - wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia zmieniają się postawy i zachowania prokreacyjne,
 - niezależnie od poziomu wykształcenia w ogólnej liczbie urodzeń żywych wzrastał udział urodzeń pierwszych. Porównując matki z wykształceniem wyższym, średnim i podstawowym, stwierdzamy najsilniejszy przyrost wśród kobiet z wykształceniem wyższym, a następnie z wykształceniem podstawowym. Najsłabszy był on w populacji kobiet o wykształceniu średnim,
 - udział urodzeń drugich obniżał się najsilniej w przypadku kobiet z wykształceniem wyższym. Względne wartości spadku w porównaniu do 1990 roku obniżyły się w 2005 roku. Wśród kobiet z wykształceniem średnim względny spadek był niższy niż wśród kobiet z wykształceniem wyższym. Zahamowanie wystąpiło wcześniej, bo już w 2003 roku. Zmiany były zróżnicowane w przekroju miasto–wieś.
5. W 2008 roku najwyższy odsetek stanowiły dzieci urodzone przez matki z wykształceniem średnim. Kolejne miejsce w miastach zajmują urodzenia dzieci wśród matek z wykształceniem wyższym, a na wsi z wykształceniem zasadniczym zawodowym. Najniższe są odsetki urodzeń przez matki z wykształceniem niepełnym podstawowym, a następnie z policealnym oraz z gimnazjalnym.
6. W 2008 roku wspólną cechą rozważanych populacji (Polska, miasto, wieś) jest wysoki udział urodzeń kolejności pierwszej dla wszystkich poziomów wykształcenia. Odsetki urodzeń wyższych kolejności sukcesywnie maleją oprócz struktury urodzeń wśród matek z wykształceniem podstawowym i niepełnym podstawowym, gdzie procent urodzeń kolejności czwartej i wyższej jest większy niż trzeciej. Bardzo wysoka częstość urodzeń dzieci pierwszej kolejności przez matki z wykształceniem gimnazjalnym łączy się z niskim wiekiem tych kobiet. Kształcenie na poziomie gimnazjalnym w Polsce pojawiło się bowiem dopiero 7 lat temu.
7. W latach 2000–2008 kontynuowany był wzrost udziału urodzeń pozamałżeńskich w ogólnej liczbie urodzeń żywych. Wzrastał on we wszystkich grupach wieku matek. Najwyższy udział urodzeń poza-

małżeńskich występował wśród kobiet bardzo młodych. Odsetki te były znacznie wyższe w miastach niż na wsi. Udział urodzeń pozamałżeńskich zmniejszał się przy przechodzeniu do klas wieku 20–24 i 25–29 lat, a następnie odsetek ich wzrastał.

8. Przemiany wzorca płodności wskazują na odkładanie urodzeń, o czym świadczy przesuwanie się maksimum płodności z klasy wieku 20–24 lata do klasy 25–29 lat.
9. Wzrost poziomu płodności kobiet po przekroczeniu 25. roku życia oznacza realizowanie odłożonych wcześniej urodzeń. Opóźnienia dotyczyły przede wszystkim urodzeń pierwszej i drugiej kolejności. Zjawisko to nie występowało w środowisku wiejskim.
10. Opóźnianie urodzeń miało znacznie większy zakres niż realizacja odroczeń.
11. Spadek płodności występował w przypadku wszystkich kolejności urodzeń dzieci przez matki poniżej 25. roku życia.
12. Zmniejszała się wielkość rodziny w wyniku ograniczania urodzeń wyższych kolejności.
13. Począwszy od 2004 r. obserwujemy wzrost poziomu dzietności związanej z niższymi kolejnościami urodzeń (pierwsze i drugie), co w konsekwencji pozwala oczekiwać spadku częstości definitywnej bezdzietności. Obniża się dzietność związana z wyższymi kolejnościami urodzeń.
14. Przemianom poziomu płodności towarzyszył wzrost średniego wieku matek w chwili rodzenia dzieci. Przejściowy jego spadek wystąpił w latach 1988–1991.
15. W latach 1980–2008 zmieniał się zarówno wzorzec płodności jak i struktura według wieku populacji kobiet w okresie zdolności rozrodczej. Począwszy od 2000 roku wzrost wartości cząstkowych współczynników płodności wraz z korzystnymi zmianami struktury populacji według wieku kobiet w okresie zdolności rozrodczej działają na rzecz podniesienia poziomu płodności ogólnej.

Umieralność i trwanie życia

Rok 2008 był kolejnym, w którym kontynuowana była pozytywna tendencja zmian umieralności w Polsce zapoczątkowana w latach 90. ubiegłego wieku. Wynikiem był dalszy przyrost przeciętnej długości życia. W 2008 r. noworodek płci męskiej miał przed sobą 71,3 lat życia, a płci żeńskiej 80,0. Te korzystne zmiany są przede wszystkim efektem zwalczania umieralności powodowanej chorobami układu krążenia. W 2008 r. także natężenie zgonów z powodu chorób nowotworowych uległo znaczniejszemu zmniejszeniu w porównaniu do lat wcześniejszych i było wreszcie niższe niż w 1990 roku. Mimo tych pozytywnych zmian dystans dzielący Polskę od wielu krajów jest ciągle znaczny. Umieralność spowodowana chorobami układu krążenia w naszym kraju od wielu lat jest dwukrotnie wyższa niż np. w Holandii czy Islandii.

W 2008 r. wzrosło z kolei natężenie zgonów z powodu trzeciej ważnej przyczyny zgonów, czyli przyczyn zewnętrznych. Choć należy odnotować, że po raz kolejny (było tak też w 2007 r.) zmniejszyła się w Polsce liczba śmiertelnych przypadków wywołanych zamierzonymi samouszkodzeniami.

Korzystnym zmianom umieralności z powodu chorób układu krążenia i nowotworów towarzyszył wzrost natężenia zgonów wywołanych chorobami układu trawiennego. Intensywność zgonów z tych przyczyn wśród Polaków w wieku 0–59 lat ma od wielu lat tendencję rosnącą.

Kontynuowane były pozytywne zmiany umieralności niemowląt. Współczynnik zgonów w tej zbiorowości systematycznie się zmniejsza, ale tempo tych zmian maleje w czasie. Coraz mniejsze „zyski” w miarę upływu czasu są zjawiskiem naturalnym, ale pamiętać należy, że natężenie zgonów najmłodszych dzieci w najlepszych pod tym względem krajach jest dwa razy mniejsze niż w Polsce. Ponadto w tych krajach umieralność niemowląt zmniejsza się czasami szybciej niż w naszym kraju.

Korzystne jest natomiast zmniejszanie różnicowania umieralności niemowląt. W 2008 r. współczynnik zgonów chłopców wyniósł 6,13 (na 1000 urodzeń żywych), a dziewczynek 5,13, podczas gdy jeszcze w 2000 r. wielkości te wynosiły odpowiednio: 8,83 i 7,34. Takich zmian nie obserwujemy jednak w odniesieniu do wszystkich mężczyzn i kobiet. Ciągłe w Polsce występuje znacznie większe natężenie zgonów mężczyzn niż kobiet. Konsekwencją tego stanu jest prawie o 9 lat dłuższe życie kobiet niż mężczyzn. Taki dystans utrzymuje się u nas od wielu lat, gdy tymczasem w krajach o najniższej umieralności kobiety żyją 4–5 lat dłużej niż mężczyźni.

Mimo znacznych sukcesów w obniżaniu umieralności ciągle duży dystans dzieli Polskę od krajów najlepszych w tej dziedzinie. W tych krajach przeciętne dalsze trwanie życia noworodka płci męskiej zbliża się do 80 lat (czyli przeciętnej długości życia polskich kobiet), podczas gdy w Polsce przekroczył dopiero granicę 71 lat. Lepiej przedstawia się sytuacja wśród kobiet. W tym przypadku dystans wynosi około 4 lata.

Możliwości zmiany tej sytuacji tkwią przede wszystkim w dalszym obniżaniu natężenia zgonów wywołanych chorobami układu krążenia, chorobami nowotworowymi i przyczynami zewnętrznymi. Mimo sukcesów w tym zakresie ciągle w Polsce umieralność z tych powodów jest bowiem znacznie wyższa niż w wielu innych krajach.

Migracje zagraniczne

Od początku okresu transformacji obserwujemy nową jakość migracji zagranicznych, która jest związana z liberalizacją przepisów paszportowych oraz rozwojem ruchu bezwizowego jako m.in. efekt akcesji Polski do Unii Europejskiej, a następnie znalezienia się Polski w strefie Schengen. Można uznać, że obecnie Europa ma otwarte granice przed polskimi migrantami. Emigracja na stałe po rekordowym poziomie wyjazdów w 2006 r. wynoszącym blisko 47 tys. osób zmniejszyła się do poziomu 35,5 tys. w 2007 r. i do 30,1 tys. osób w 2008 roku. Natomiast imigracja powoli rośnie, osiągając w 2008 r. rekordowy poziom 15,3 tys. przyjazdów na stałe. Zatem saldo pozostaje niezmiennie ujemne i wynosi dla 2008 r. –14,8 tys. osób.

W przypadku geograficznych kierunków obieranych przez polskich emigrantów na stałe od wielu dekad dominującą pozycję odgrywają Niemcy, a od niedawna również Wielka Brytania. Na trzecim miejscu były Stany Zjednoczone, a na czwartym, po raz kolejny w historii migracji, znalazła się Irlandia, wyprzedzając kraj tradycyjnie emigrancki, jakim od wielu dekad dla Polaków była Kanada.

Imigrację do Polski podejmowali, tak jak wcześniej, głównie obywatele Niemiec, USA, Kanady oraz państw b. Związku Radzieckiego. Ponadto, jak w przypadku emigracji, Wielka Brytania odegrała w latach 2007 i 2008 istotniejszą rolę w napływie na stałe. W 2007 r. po raz pierwszy w historii absolutny napływ na stałe z tego kraju był drugi w kolejności, a w 2008 r. Wielka Brytania wysunęła się już na pozycję zdecydowanego lidera.

Repatriacja, czyli powrót do Polski osób pochodzenia polskiego jest jednym ze sposobów nabycia polskiego obywatelstwa. Łącznie w latach 1998–2008 w ramach przemieszczeń repatriacyjnych przybyło na teren RP 5567 osób, które „tworzyły” 2106 rodzin, z czego blisko 70% osób oraz 72% rodzin przybyło w latach 2001–2008.

Innym rodzajem napływu na terytorium Polski jest imigracja zarobkowa, czyli mobilność związana z pozyskiwaniem dochodu lub związana z działalnością zarobkową w kraju docelowym: legalna, jeżeli pracownik posiada wizę upoważniającą do podjęcia pracy, nielegalna, jeżeli takowej nie posiada. W 2008 r. indywidualną zgodę na pracę otrzymało 18 tys. osób, co stanowi w stosunku do roku wcześniejszego wzrost o 48,3%, a w stosunku do 2006 r. wzrost o 67,6%. Wśród 18,0 tys. wydanych zezwoleń znikoma część dotyczyła pozwoleń na okres krótszy niż 3 miesiące – było to zaledwie 7,5%. Pozostałe zostały wydane na okres powyżej trzech miesięcy. Blisko połowa pozwoleń dotyczyła pracy w małych przedsiębiorstwach zatrudniających do 9 pracowników oraz blisko 15% do pracy w dużych przedsiębiorstwach zatrudniających powyżej 250 pracowników.

Według szacunku GUS, na koniec 2008 r. poza granicami Polski przebywało czasowo około 2210 tys. (ok. 1000 tys. w 2004 r.; 1450 tys. w 2005 r., 1950 tys. w 2006 r. oraz 2270 tys. w 2007 r.) mieszkańców naszego kraju, przy czym 1887 tys. w Europie (1925 tys. w 2007 roku). Zdecydowana większość emigrantów z Polski przebywała w krajach członkowskich UE (ok. 1820 tys. w 2008 r.) i liczba ta zmniejszyła się o 40 tys. w stosunku do 2007 roku. Szacunek ten uwzględnia także tych Polaków, którzy od dłuższego czasu przebywali poza granicami Polski, w tym w krajach UE, bez względu na ich status pobytu (jednakże przytaczane szacunki rozmiarów emigracji dla lat 2004–2008 dotyczą wyłącznie zasobów migracyjnych, w żadnym wypadku nie powinny być sumowane i nie obejmują emigracji sezonowych). Szacunki te wskazują również na nowe kierunki emigracji, związane z otwieraniem się rynków pracy w krajach członkowskich Unii. Z roku na rok zwiększa się liczba emigrantów przebywających w Wielkiej Brytanii. Przebywało tam (na koniec roku): 2004 r. około 150 tys., 2005 r. – 340 tys., 2006 r. – 580 tys., w 2007 r. – 690 tys. oraz 650 tys. osób na koniec 2008 r., co daje Wielkiej Brytanii pierwsze miejsce pod względem zasobów polskich emigrantów czasowych. Dynamika wzrostu liczby emigrantów na koniec 2008 r. w stosunku do 2004 r. była ponad czterokrotna.

80–90% polskich emigrantów, którzy przebywali za granicą od maja 2004 r. do końca 2007 r., znajdowało się tam w związku z pracą. Nic nie wskazuje na to, żeby w roku 2008 miało być inaczej. Należy również podkreślić, że zwiększa się liczba osób, które pozostają na utrzymaniu polskiego emigranta (małżonkowie, dzieci).

W ocenie problemu migracji zagranicznych nie można pominąć migracji nielegalnych związanych m.in. z przekroczeniem granicy państwowej. W 2008 r. Straż Graniczna zatrzymała 5797 osób usiłują-

cych przekroczyć lub przekraczających granicę państwową niezgodnie z przepisami, co w stosunku do roku 2007, kiedy zatrzymano 3222 osoby, stanowi wzrost o prawie 80%.

Do najważniejszych kierunków działań polskiej polityki migracyjnej w ostatnim okresie należy zaliczyć działania skierowane do polskich obywateli za granicą (m.in. kampanię informacyjną „masz PLAN na powrót” adresowaną do poakcesyjnej fali emigracyjnej) oraz zamieszkałych za granicą obywateli Polski oraz cudzoziemców pochodzenia polskiego.

W celu ustanowienia mechanizmu koordynującego działania realizowane przez różne organa administracji rządowej administracji w zakresie problematyki migracji powołano w 2007 r. przy Ministerstwie Spraw Wewnętrznych i Administracji – jako organ pomocniczy Prezesa Rady Ministrów – Międzyresortowy Zespół do Spraw Migracji. Jednym z głównych zadań Zespołu ma być wypracowanie założeń migracyjnej polityki Polski. W ramach Zespołu powstało sześć podzespołów: migracji zarobkowej, emigracji zarobkowej z Polski, przeciwdziałania nielegalnej imigracji, integracji cudzoziemców, gromadzenia i wymiany statystyk oraz reemigracji.

Polska polityka migracyjna reaguje w coraz bardziej aktywny sposób na nowe wyzwania: emigrację i reemigrację Polaków, napływ repatriantów i imigrantów zarobkowych. Jedną z głównych kwestii w zakresie polskiej polityki migracyjnej jest liberalizacja dostępu do polskiego rynku pracy dla cudzoziemców z krajów trzecich, w tym konieczność uproszczenia procedury zatrudniania obcokrajowców.

Przestrzenne różnicowanie procesów demograficznych w Polsce

Przeprowadzone analizy przestrzennych różnicowań wybranych procesów demograficznych w Polsce w latach 2002–2008 (ze szczególnym uwzględnieniem 2008 r.) dają podstawy do stwierdzenia, iż procesy te są silnie związane z przemianami ustrojowymi, społecznymi i gospodarczymi dokonującymi się w Polsce.

Narastające w latach 1976–1989 zjawiska kryzysu społeczno-gospodarczego doprowadziły do spetryfikowania bazy ekonomicznej oraz struktur społeczno-zawodowych Polski w takim stopniu, iż przetrwały one do ostatniej dekady XX wieku. Zmiany dokonane po 1989 r. musiały więc objąć nie tylko sferę prawno-ustrojową, ale i dokonać głębokich przekształceń w sferze gospodarczej i społecznej. W wyniku ww. procesów następuje w znacznym stopniu relokacja polaryzacyjna głównych ośrodków wzrostu gospodarczego Polski. Najdynamiczniej rozwijają się duże centra o znaczeniu regionalnym i subregionalnym. Zmniejszają swoją rolę peryferyjne położone obszary (w tym zwłaszcza te o dominującej funkcji rolnej) oraz „stare” okręgi przemysłowe.

Proces ten prowadzi do przemieszczeń ludności (zwłaszcza grupy w wieku mobilnym) w poszukiwaniu miejsca pracy, a z czasem także i mieszkania dla pobytu stałego. Zjawisko to osiągnęło wspólnie taką skalę, że ujawnia się już nawet w formie przemieszczeń ludności w ramach migracji rejestrowanych. Napływ ludności głównie skupia się w otoczeniu regionalnych i subregionalnych ośrodków wzrostu. Dzieje się tak ze względu na ekonomiczną barierę dostępności mieszkań oraz koszty utrzymania w największych miastach. Jednocześnie również na atrakcyjne obszary podmiejskie napływa, w poszukiwaniu wyższego standardu mieszkania i środowiska mieszkalnego, lepiej sytuowana pod względem ekonomicznym ludność z terenów wielkomiejskich.

Przemiany te w pierwszej kolejności i w największej liczbie elementów składowych obejmują obszary najbardziej zurbanizowane, o najsilniejszych powiązaniach z otoczeniem, także europejskim. Elementem tych przemian jest m.in.: widoczna najwyraźniej na takich terenach zmiana modelu rodziny (od wielopokoleniowej, wielodzietnej w formie związków sformalizowanych do nuklearnej lub nawet niepełnej w związkach nieformalnych), obniżenie poziomu dzietności, wydłużenie czasu trwania życia itp., a w konsekwencji także stopniowa depopulacja i starzenie się takich społeczności lokalnych.

Tempo, skala i różnicowania przestrzenne zmian sytuacji demograficznej Polski przełomu XX i XXI wieku mają i będą miały daleko idące konsekwencje dla społeczno-gospodarczego rozwoju kraju tak w krótkim jak i w długim okresie. W szczególności dotyczy to polityki rozwoju regionalnego i lokalnego. Na podstawie wycinkowych informacji można stwierdzić, iż niektóre gminy położone na obszarze najdynamiczniej rozwijających się obszarów metropolitalnych kraju mają faktycznie znacznie większą od zarejestrowanej liczbę stale mieszkającej ludności. Jeśli dodamy do tego znaczące ilościowo i trwałe zjawisko migracji zagranicznych – wówczas okazuje się, iż układ przestrzenny rozmieszczenia ludności na terenie kraju jest odmienny od oficjalnie rejestrowanego. Bez badań ww. zjawisk nie będziemy dysponowali wystarczającą bazą informacyjną do programowania rozwoju w różnych skalach przestrzennych.

Perspektywy demograficzne Polski. Prognoza EUROSTATU i ONZ

Krótkie porównanie założeń oraz wyników prognoz Eurostatu, ONZ i prognozy GUS wskazuje na znaczną zbieżność rezultatów. Pokazują one, że przyszłość demograficzna kraju nie wygląda optymistycznie. Liczba mieszkańców Polski będzie zmniejszać się systematycznie, przy czym dynamika tego spadku przyspieszy po 2020 r. W 2035 r. Polska liczyć będzie według Eurostatu 36,1 mln, według GUS 36,0 mln, a według ONZ 35,2 mln mieszkańców. Postępować będzie dynamicznie starzenie się społeczeństwa. W 2035 r. niemal co czwarty mieszkaniec Polski (niezależnie od instytucji prognozującej) będzie w wieku 65 lub więcej lat. Skala i tempo tego zjawiska będą jednak zależeć od przyszłego poziomu urodzeń, zgonów i wielkości migracji, na które to zjawiska można wpływać określonymi działaniami z zakresu polityki ludnościowej.

W 2008 r. Eurostat przygotował projekcję na lata 2008–2060 dla 27 krajów Unii Europejskiej oraz Szwajcarii i Norwegii. Ponadto w 2008 r. nową prognozę na lata 2010–2050 przygotował ONZ.

W czasach dużej niepewności związanej z przewidywaniem przebiegu procesów demograficznych taka projekcja ma znaczne walory poznawcze, dając jeden z możliwych wariantów kształtowania się przyszłej sytuacji ludnościowej w Polsce i Europie. Scenariusz Eurostatu zakłada, że w odległej przyszłości (około 2150 r.) dzięki rozwojowi ekonomicznemu, technologicznemu i kulturowemu zostaną wyrównane różnice między krajami, co w konsekwencji doprowadzi do ujednolicenia zachowań demograficznych.

REKOMENDACJE

- Z przedstawionych w Raporcie charakterystyk rozwoju demograficznego Polski w długim i krótkim okresie wynika, że **lata 2007 i 2008 oraz pierwsza połowa 2009 r. nie zmieniły radykalnie wcześniejszej spadkowej tendencji płodności i zmian modelu rodziny**. Na procesy te nałożyły się dodatkowo **duże co do skali wyjazdy Polaków za granicę**. Jednakże zahamowany został spadek liczby mieszkańców Polski (jak dowodzą tego prognozy jednak tylko przejściowo). Oznacza to **wzrost tempa starzenia się ludności kraju oraz jego przyspieszenie w przyszłości**.
- W tej sytuacji nadal aktualna jest **konieczność podjęcia niezrealizowanych dotychczas działań w ramach aktywnej polityki ludnościowej, na co Rządowa Rada Ludnościowa wskazywała w poprzednich Raportach o sytuacji demograficznej Polski**. Rekomenduje w tym zakresie dalsze wdrażanie przedłożonych Radzie Ministrów w 2006 roku działań zawartych w *Raporcie o sytuacji demograficznej Polski 2004* (RRL, Warszawa 2006)¹.

Realizacja – odpowiedzialność za realizację polityki ludnościowej w Polsce ponosi wiele podmiotów. Głównym **podmiotem realizującym cele polityki ludnościowej powinno być państwo**, odpowiedzialne za tworzenie systemu prawa i warunków społeczno-ekonomicznych oddziałujących na procesy demograficzne. Państwo dzieli swoje zadania i uprawnienia między **organy rządowe** (centralne) i **samorządowe** (regionalne i lokalne) odpowiedzialne za poszczególne obszary działań. Ściśle z państwem w realizacji celów polityki ludnościowej **powinny współdziałać** inne podmioty w zakresie swych uprawnień, a mianowicie: **organizacje pozarządowe, kościoły różnych wyznań, związki zawodowe, organizacje pracodawców**.

Rządowa Rada Ludnościowa w 2010 r. dokona weryfikacji i aktualizacji „Założeń” i przedłoży je Radzie Ministrów do zatwierdzenia. Na tej podstawie organy rządowe (centralne) opracują plan i harmonogram realizacji działań, który po przyjęciu przez Radę Ministrów zostanie przedłożony do zatwierdzenia przez Parlament RP jako program narodowy.

- Dla właściwej oceny sytuacji demograficznej kraju przeprowadzane są spisy powszechne ludności zgodnie z zaleceniami ONZ oraz UE. Najbliższy jest planowany na 2011 rok. Polska, w związku z pojawieniem się po otwarciu granic migracji zagranicznych na dużą skalę, wymaga ustalenia aktualnej liczby ludności, jej struktury i zjawisk zachodzących w wielu obszarach rozwoju demograficznego.

¹ W założeniach opracowanych przez zespół Rady składający się z wybitnych uczonych i ekspertów z wielu dziedzin przyjęto, że „polityka ludnościowa jest to celowe, długofalowe oddziaływanie państwa i podmiotów publicznych na przebieg procesów ruchu naturalnego i wędrówkowego ludności w celu ukształtowania pożądanego stanu i struktury ludności, przez tworzenie warunków społecznych, ekonomicznych i politycznych korzystnych dla przebiegu procesów demograficznych, zapewniających biologiczne przetrwanie narodu oraz zrównoważony rozwój społeczno-ekonomiczny i ekologiczny. Współczesna polityka ludnościowa wpływa na kształtowanie procesów ludnościowych pośrednio i bezpośrednio, poprzez stosowanie odpowiednich instrumentów polityki społecznej (mieszczących się w obszarach polityk szczegółowych: rodzinnej, mieszkaniowej, edukacyjnej, ochrony zdrowia, zabezpieczenia społecznego, zatrudnienia) oraz polityki gospodarczej, odpowiednich dla pożądanego przebiegu tych procesów”.

Ustalenia te są konieczne przede wszystkim do profesjonalnego zarządzania państwem i konstruowania założeń polityki społeczno-gospodarczej. Umożliwi to także lepsze konstruowanie założeń do prognoz demograficznych. Rządowa Rada Ludnościowa apeluje do Rady Ministrów i Parlamentu RP o dotrzymanie wszelkich warunków umożliwiających przeprowadzenie spisu w zaplanowanym zakresie merytorycznym i w planowanym terminie.

Realizacja – Prezes Głównego Urzędu Statystycznego.

- Problemy związane z sytuacją demograficzną Polski oraz z możliwościami oddziaływania na zmianę utrwalających się trendów kryzysowych wymagają szerokiego ich upowszechniania oraz kształtowania stosownych postaw społeczeństwa, władz państwowych, kościołów, organizacji pozarządowych, pracodawców i organizacji pracobiorców oraz innych instytucji państwowych. W tym celu konieczne jest zorganizowanie **II Kongresu Demograficznego w Polsce pod patronatem najwyższych władz państwowych i kościelnych**, do którego należy włączyć jak najszerszą reprezentację ekspertów, władz, instytucji oraz przedstawicieli społeczeństwa. Pierwszy taki Kongres odbył się w latach 2001–2002, kiedy jeszcze sytuacja demograficzna Polski nie była tak kryzysowa.

Realizacja – Rządowa Rada Ludnościowa, Polskie Towarzystwo Demograficzne we współpracy z Głównym Urzędem Statystycznym i środowiskiem naukowym oraz innymi podmiotami. Sfinansowanie prac przygotowawczych, organizacji i przebiegu II Kongresu oraz wydania materiałów (przez przekazanie kwoty 150 tys. zł z rezerwy MF do budżetu GUS) – **Minister Finansów.**

- Prezentowane w Raporcie analizy posługują się od lat tym samym dwudzielnym podziałem ludności na zamieszkałą w miastach i na wsi. Współczesne procesy urbanizacyjne, rozlewanie się miast (*urban sprawl*), zmiana stylu życia ludności przebiegają już w zupełnie innych podziałach przestrzennych. Dla bardziej adekwatnego odzwierciedlania rzeczywistych podziałów przestrzennych należy dokonywać opracowań statystycznych przynajmniej w trójdzielnym podziale statystyki obszarów: metropolitalnych, miejskich i wiejskich.

Realizacja – Prezes Głównego Urzędu Statystycznego.

- W Polsce w wielu dziedzinach rozwoju demograficznego zachodzą korzystne zmiany. Niestety w niektórych obszarach kraju obserwuje się pogarszanie niektórych charakterystyk tego rozwoju i nie są znane przyczyny takiej sytuacji. W latach 2002–2008 średnioroczny współczynnik umieralności niemowląt niekorzystnie odbiegał od innych regionów w województwach: dolnośląskim, śląskim, lubelskim, zachodniopomorskim, kujawsko-pomorskim i lubuskim. Ponadto w podregionach: jeleniogórskim, wałbrzyskim, wrocławskim, lubelskim, puławskim, nyskim, przemyskim, rzeszowskim, białostockim, gliwickim, sosnowieckim, tyskim, kieleckim, leszczyńskim, poznańskim, m. Poznaniu, koszalińskim i stargardzkim na skutek ściśle z tym zjawiskiem związanego pogorszenia się warunków przeżywalności przeciętne trwanie życia mężczyzn uległo skróceniu. Dotyczyło to także kobiet w następujących podregionach: jeleniogórski, legnicko-głogowski, lubelski, m. Łódź, oświęcimski, m.st. Warszawa, warszawski wschodni, suwalski, starogardzki, częstochowski, gliwicki, sandomiersko-jędrzejowski, koszaliński i stargardzki. Istnieje konieczność rozpoznania powodów tego zjawiska w tych podregionach.

Realizacja – wojewodowie, których terytorialnie dotyczą powyższe podregiony. Rozpoznanie należy przedłożyć Rządowej Radzie Ludnościowej do końca 2010 r. wraz z wnioskami, co do niezbędnych działań poprawy sytuacji.

- Polska w całym okresie powojennym jest krajem emigracyjnym. W ostatnich kilku latach proces ten jednak lawinowo narastał. Ocenia się, że poza granicami Polski przebywa czasowo około 2,2 mln osób. Pobyt części z tych osób stał się już na tyle długotrwały, że pozostaną już na stałe za granicą. Należy w związku z tym:

1. Podjąć szacunki nad aktualizacją stanu i struktury ludności Polski uwzględniających skalę emigracji z Polski.

Realizacja – Prezes Głównego Urzędu Statystycznego.

2. Są uzasadnione przypuszczenia, że w wielu regionach Polski gdzie szczególnie skoncentrowały się emigracje, np. w rodzinach emigrantów, zwielokrotniły się procesy rozpadu przejawiające się osta-

teczną ich formą w postaci rozwodów, pozostawianiem dzieci (tzw. sieroctwo emigracyjne) i innymi zjawiskami patologicznymi. Konieczne jest rozpoznanie skali tych problemów z okresu 2000–2009.
Realizacja – Minister Spraw Wewnętrznych (poprzez wojewodów) we współpracy z Ministrem Sprawiedliwości (sądy) oraz Ministrem Pracy i Polityki Społecznej (centra pomocy rodzinie).

III. KOMISJA LUDNOŚCI I ROZWOJU ONZ

W dniach 12–16 kwietnia 2010 r. odbyła się w Nowym Jorku 43. Sesja Komisji Ludności i Rozwoju (ang. *Commission on Population and Development*, CPD) ONZ nt. „Zdrowia, zapadalności na choroby, umieralności i rozwoju” (*Health, morbidity, mortality and development*); miała ona szczególnie charakter w związku z przeglądem realizacji Milenijnych Celów Rozwoju (MDGs). Mając na uwadze szeroko ujęty temat przewodni, w toku dyskusji koncentrowano się na zagadnieniach związanych z realizacją Celów Milenijnych dotyczących problematyki zdrowotnej. Szczególną uwagę zwracano na opóźnienia w realizacji MDG 5, dot. ograniczenia śmiertelności matek i zapewnienia powszechnego dostępu do zdrowia prokreacyjnego. Szersze podejście do tematu prezentowano w toku debaty generalnej, dotyczącej z jednej strony postępów w implementacji założeń Programu Działań ICPD, z drugiej natomiast – narodowych doświadczeń w tym zakresie, a także w ramach wyjątkowo interesujących prezentacji zaproszonych gości (*keynote speakers*). 43. Sesja Komisji była dla Polski istotna także ze względu na udział polskiego przedstawiciela w pracach Biura (w charakterze wiceprzewodniczącego z ramienia Grupy Regionalnej Państw Europy Wschodniej) oraz pełnienie w okresie sesji funkcji sprawozdawcy.

W skład oficjalnej delegacji rządowej na 43. Sesję Komisji Ludności i Rozwoju NZ weszli: Przewodniczący: Pan Adam Fronczak, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia, Wiceprzewodniczący: Pan Paweł Herczyński, Z-ca Stałego Przedstawiciela RP przy ONZ, Eksperti: Pani dr Alina Potrykowska, Sekretarz generalny Rządowej Rady Ludnościowej, Pani Ineza Królik, Dyrektor Departamentu Współpracy Międzynarodowej w Ministerstwie Zdrowia, Pan Piotr Firlus, Naczelnik Wydziału Organizacji Międzynarodowych Departamentu Współpracy Międzynarodowej w Ministerstwie Zdrowia, Pani Agnieszka Klaus, III Sekretarz w Stałym Przedstawicielstwie RP przy ONZ. Delegacja ściśle współpracowała z UE w wypracowywaniu tekstów rezolucji, jakie zostały przyjęte przez Komisję, a także konsultowała się z UE w pozostałych kwestiach będących przedmiotem obrad Komisji.

Agendę 43. Sesji Komisji Ludność i Rozwój ONZ stanowiły następujące tematy:

1. Wybór członków Biura 43. Sesji.
2. Przyjęcie programu i zasad organizacji pracy 43. Sesji.
3. Dalszy ciąg działań w zakresie rekomendacji Światowej Konferencji „Ludność i Rozwój”, Kair 1994.
4. Debata generalna – doświadczenia krajowe w temacie zdrowia, zapadalności na choroby, umieralności i rozwoju.
5. Realizacja programu i przyszły program pracy Sekretariatu w obszarze zagadnień ludnościowych.
6. Wkład prac Komisji ds. Ludności i Rozwoju w zakresie tematyki dorocznego spotkania Corocznego Przeglądu Ministerialnego 2010.
7. Program na 44. Sesję Komisji.
8. Przyjęcie Raportu Komisji z prac 43. Sesji.

Komisja Ludności i Rozwoju jest jedną z dziewięciu komisji funkcjonalnych Rady Gospodarczej i Społecznej (ECOSOC) ONZ, której podstawowym zadaniem jest monitorowanie, dokonywanie przeglądu i ocena postępów poczynionych w procesie implementacji (na poziomach krajowym, regionalnym i międzynarodowym) Programu Działań (*Programme of Action*, PoA) Międzynarodowej Konferencji Ludności i Rozwoju (*International Conference on Population and Development*, ICPD), przyjętego w 1994 r. w Kairze. Ten postępowy, przełomowy dokument reguluje szereg kwestii z zakresu problematyki ludnościowej i rozwojowej (takich, jak m. in. zrównoważony rozwój, zdrowie, równouprawnienie płci i uprawnienie kobiet, rola rodziny, urbanizacja, migracja, edukacja, technologia).

Komisja została powołana do życia w 1946 r. pod nazwą Komisji ds. Ludności przez Radę Społeczno-Ekonomiczną (ECOSOC). Następnie nazwa Komisji uległa zmianie na Komisję Ludności i Rozwoju (CPD), zgodnie z nazwą konferencji kairskiej w 1994 roku. Jest to jedna z komisji Rady Gospodarczej i Społecznej (ECOSOC).

Od 1996 r. Komisja co roku zbiera się w celu dokonania przeglądu i wprowadzania w życie Programu Działania konferencji kairskiej. Prace Komisji koncentrują się obecnie na przygotowywaniu opracowań dotyczących kwestii ludnościowych i trendów w tej dziedzinie, głównie dynamiki przyrostu naturalnego, integrowaniu strategii ludnościowych i rozwojowych oraz udzielaniu pomocy i rekomendacji w sprawach ludnościowych ONZ państwom członkowskim oraz organizacjom wyspecjalizowanym Narodów Zjednoczonych (Fundusz Ludnościowy Organizacji Narodów Zjednoczonych). Komisja, która początkowo liczyła 12 członków, obecnie skupia 47 państw członkowskich, wybieranych przez ECOSOC na 4 lata według następującego klucza geograficznego: Afryka – 12 członków, Azja – 11, Ameryka Łacińska – 9, Europa Wschodnia – 5, Europa Zachodnia i inne kraje – 10.

Kolejna sesja CPD, której pierwsze posiedzenie miało miejsce zaraz po zamknięciu ostatniego posiedzenia 43. Sesji, służyła głównie wyborowi składu Biura 44. Sesji, będzie ostatnią, w której Polska weźmie udział w charakterze członka. Nasze członkostwo w Komisji dobiega końca w 2011 roku.

Po uroczystej inauguracji Sesji, w ramach której wystąpienia wygłosili: Zastępca Sekretarza Generalnego ds. Gospodarczych i Społecznych Pan Sha Zukang, Dyrektor Wykonawczy Funduszu Ludnościowego Narodów Zjednoczonych Pani Thoray Ahmed Obaid oraz Dyrektor Wydziału Ludności Sekretariatu ONZ Pani Hania Złotnik, przyjęte zostały dokumenty o charakterze organizacyjnym, tj. program Sesji i informacja dot. organizacji Sesji (dok. E/CN.9/2010/1 i E/CN.9/2010/L.1) oraz raport z posiedzeń Biura 43. Sesji Komisji (dok. E/CN.9/2010/2).

W dalszej części obrady przebiegały, jak w ubiegłych latach, dwutorowo. Równolegle miały miejsca posiedzenia plenarne oraz nieformalne konsultacje dotyczące projektu rezolucji o tytule pokrywającym się z tematem przewodnim sesji, projektu decyzji w sprawie tematu przewodniego sesji Komisji w 2012 r. oraz projektu decyzji w sprawie wstępnego programu obrad kolejnej 44. Sesji Komisji w 2011 roku.

W ramach posiedzeń plenarnych w dniach 12–16 kwietnia 2010 r. wygłoszone zostały wykłady na następujące tematy: *Population Trends, Health Outcomes and Development* (prezentacja przedstawiciela Banku Światowego Pana Eduarda Bosa), *Strengthening Health Systems for Current and Future Challenges* (prezentacja zastępcy Dyrektora Generalnego WHO Pani Carissy Etienne) oraz *Global Economic and Health Change: Problem and Solution* (prezentacja Prof. Barry'ego M. Popkina z Uniwersytetu Północnej Karoliny), po których miała miejsce dyskusja z udziałem delegatów. Przyjęto także następujące raporty Sekretarza Generalnego ONZ:

- w ramach pkt 3 programu Sesji: *Report of the Secretary-General on health, morbidity, mortality and development* (dok. E/CN.9/2010/3);
- *Report of the Secretary-General on monitoring of population programmes, focusing on health, morbidity, mortality and development* (dok. E/CN.9/2010/4);
- *Report of the Secretary-General on the flow of financial resources for assisting in the implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development* (dok. E/CN.9/2010/5).
- W ramach pkt. 5 programu Sesji: *Report of the Secretary-General on Programme implementation and progress of work in the field of population in 2009: Population Division, Department of Economic and Social Affairs* (dok. E/CN.9/2010/6);
- *Proposed strategic framework for the period 2012–2013: sub-programme 6, Population, of programme 7, Economic and social affairs* (dok. E/CN.9/2010/7).

W czasie obrad 43. Sesji odbyły się debaty plenarne, w trakcie których prezentowane były wystąpienia przedstawicieli państw członkowskich. W dniu 13 kwietnia 2010 r. przemówienie dotyczące polskich doświadczeń w zakresie implementacji Programu Działań w sferze objętej tematem przewodnim sesji wygłosił Minister Adam Fronczak.

Wszystkie ww. dokumenty, podobnie, jak pozostałe opracowania oraz teksty rezolucji i decyzji przyjętych na jej zakończenie są dostępne na stronie internetowej <http://www.un.org/esa/population/cpd/cpd2010/conim2Q10.htm>.

Nieformalne konsultacje dotyczące projektów dwóch decyzji i projektu rezolucji 43. Sesji Komisji prowadzone były pod przewodnictwem jednego z wiceprzewodniczących Biura, eksperta, Stałego Przedstawicielstwa Japonii przy ONZ w Nowym Jorku Soji Miyagawy. Negocjacje dotyczyły nie tylko tekstu projektu rezolucji, ale także projektów decyzji. Rozmowy w sprawie decyzji prowadzone były nieformalnie i na zasadzie bilateralnej; głównymi interlokutorami były UE i G77. Ostatecznie ustalono, że program 44. Sesji zostanie zmodyfikowany poprzez zawężenie zakresu punktu dot. Przyszłości ICPD do kwestii związanych z obchodami 20. rocznicy Konferencji Kairskiej. W odniesieniu do decyzji

w sprawie tematu sesji w 2012 r. uzgodniono jego zmianę na temat dot. Młodzieży (*Adolescents and youth*). Oba dokumenty zostały przyjęte podczas ostatniego posiedzenia plenarnego w ramach 43. Sesji Komisji.

Po przyjęciu rezolucji na wznowionym posiedzeniu plenarnym Komisji Polska zaprezentowała *Explanation of Position*, w którym wyjaśniła rozumienie zapisów tekstu rezolucji zawierających odniesienia do zdrowia, praw i usług seksualnych i prokreacyjnych oraz planowania rodziny. Wystąpienia o wymowie analogicznej do polskiego *Explanation of Position* wygłosili: Malta, Chile i Stolica Apostolska. Wystąpienie o treści przeciwnej, wskazujące na zachowawczy charakter rezolucji w zakresie problematyki zdrowia prokreacyjnego, wygłosiła Dania w imieniu własnym oraz Finlandii, Francji, Holandii, Niemiec, Szwecji i Wielkiej Brytanii.

Przed zamknięciem ostatniego posiedzenia 43. Sesji Komisji Ludności i Rozwoju ONZ przyjęto wstępną wersję raportu z przebiegu sesji. Przemówienia końcowe zaprezentowali: Zastępca Sekretarza Generalnego ds. Koordynacji Polityk Pan Thomas Stelzer oraz przedstawiciel UNFPA Pan Werner Haug. Niezwłocznie po zamknięciu 43. Sesji Komisji Ludności i Rozwoju otwarte zostało pierwsze, *stricte* formalne, posiedzenie 44. Sesji Komisji, celem dokonania wyboru członków jej Biura. Przez aklamację wybrano przedstawicieli Malawi (przewodniczący Biura, reprezentant Grupy Regionalnej Państw Afrykańskich), Pakistanu (Grupa Regionalna Państw Azjatyckich), Jamajki (Grupa Regionalna Państw Ameryki Łacińskiej i Karaibów) i Belgii (Grupa Regionalna Państw Zachodnioeuropejskich i Innych).

Tematem przewodnim 44. Sesji CPD będzie: *Fertility, reproductive health and development*.

Sprawozdanie z 43. Sesji Komisji Ludności i Rozwoju ONZ zawierające także tekst wygłoszonego przemówienia oraz dokumenty sesji opublikowano w „Biuletynie RRL” nr 55/2010.

IV. UDZIAŁ W KONFERENCJACH MIĘDZYNARODOWYCH I KRAJOWYCH

Przedstawiciele Rządowej Rady Ludnościowej wzięli udział w czterech konferencjach zagranicznych:

1. W dniach 17–18 kwietnia 2010 r. dr Alina Potrykowska wzięła udział w Kongresie Amerykańskiego Towarzystwa Geograficznego (AAG), który odbywał się od 14 do 18 kwietnia 2010 r. w Waszyngtonie DC. Towarzystwo Geografów Amerykańskich istniejące od 1904 r. jest stowarzyszeniem naukowym liczącym 10 000 członków z USA, Kanady i innych krajów. Działalność wybitnych geografów amerykańskich dotyczy formułowania teorii, metod i zastosowań geografii oraz edukacji geograficznej. AAG organizuje coroczne kongresy i konferencje regionalne oraz publikuje biuletyn, czasopisma i książki. Stowarzyszenie wspiera i promuje członków poprzez specjalne projekty i przyznawanie nagród za wybitne osiągnięcia naukowe. W międzynarodowej konferencji wzięło udział ponad 7000 geografów i innych uczestników z całego świata oraz przedstawiono około 10 000 referatów i posterów podczas 5582 sesji. Oprócz możliwości poznania licznych prezentacji naukowych przedstawionych przez wielu czołowych naukowców i ekspertów w zakresie najnowszych badań naukowych, polityki, geografii i GIS (GIS – geograficznych systemów informatycznych) podczas tegorocznego kongresu odbywały się spotkania z przedstawicielami agencji rządowych, pozarządowych, non-profit i innych organizacji. Z ogółu sesji wyróżniono kilka kluczowych tematów, a mianowicie: migracje zagraniczne, zmiany klimatu, geografii i prawa człowieka, nazw miejscowości i geografii zdrowia psychicznego. Problemy te były bardzo szczegółowo dyskutowane. Ważnym wnioskiem jest udział geografów w badaniach w skali lokalnej, regionalnej krajowej i globalnej. Udział 7000 uczestników z obu Ameryk i całego świata w Kongresie Geografów Amerykańskich w Waszyngtonie był rekordowy w dotychczasowej działalności Stowarzyszenia AAG.
2. W dniach 12–16 lipca 2010 r. dr Alina Potrykowska i mgr Ewa Orzełek wzięły udział w Konferencji Regionalnej Międzynarodowej Unii Geograficznej, która odbywała się w Tel Awiwie. MUG organizuje konferencje regionalne i kongresy, które odbywają się raz na cztery lata, również publikuje biuletyny, czasopisma i książki a także wspiera i promuje członków poprzez specjalne projekty i przyznawanie nagród za wybitne osiągnięcia naukowe. Działalność wybitnych geografów stowarzyszonych w MUG dotyczy formułowania teorii, metod i zastosowań geografii oraz edukacji geograficznej. W międzynarodowej konferencji w Tel Awiwie wzięło udział ponad 900 geografów i innych uczestników z całego świata, przedstawiając około 800 referatów i posterów podczas

120 sesji. Niezwykle cenny był udział naukowców reprezentujących uniwersytety i szkoły wyższe, instytucje naukowe i organizacje międzynarodowe w 37 krajach świata, którzy brali udział w dyskusji merytorycznej na temat zmian demograficznych. Ze strony polskiej w konferencji uczestniczyło 30 osób – dr Alina Potrykowska, członek Komisji Geografii Ludności MUG, wygłosiła referat pt. „Migracje międzynarodowe w Polsce (*International Migration in Poland*), który dotyczył nowych tendencji we współczesnych procesach migracji w Polsce, zmian demograficznych, zróżnicowań geograficznych i polityki ludnościowej. Międzynarodowa Konferencja Regionalna Międzynarodowej Unii Geograficznej. nt. „Łącząc i wspierając różnorodność w globalizowanym świecie” – rozpoczęła się w dniu 12.07.2010 sesją inauguracyjną, której ceremonii otwarcia dokonał, przewodniczył jej i wygłosił wykład inauguracyjny Prof. Ronald Abler, Przewodniczący. Międzynarodowej Unii Geograficznej. Następnie głos zabrali Prof. Michael Sofera, Przewodniczący Izraelskiego Towarzystwa Geograficznego, i główny organizator Prof. I. Schnell z Departamentu Geografii, Uniwersytetu w Tel Awiwie. Po ceremonii otwarcia odbyła się pierwsza sesja plenarna poświęcona rozwojowi geografii w Izraelu pod przewodnictwem Prof. B. Kipnisa z Izraela. W trakcie każdego dnia konferencji obrady odbywały się w równoległych sesjach tematycznych. Ponadto w każdym dniu po południu odbywały się sesje plenarne poświęcone najważniejszym tematom konferencji. W czasie konferencji zaplanowano także spotkania robocze poszczególnych Komisji Międzynarodowej Unii Geograficznej. Zmiany klimatu, globalizacja, migracje międzynarodowe, problematyka miejska i zastosowanie geograficznych systemów informatycznych były głównymi tematami konferencji. Problemy te były bardzo szczegółowo dyskutowane. Ważnym wnioskiem jest udział geografów w badaniach w skali lokalnej, regionalnej krajowej i globalnej. Podczas konferencji podejmowano także trudne tematy polityczne, przede wszystkim dotyczące konfliktu izraelsko-palestyńskiego. Udział w Kongresie był bardzo ważny z punktu widzenia problematyki poruszanej na sesjach.

3. W dniach 1–3 września 2010 r. dr Alina Potrykowska wzięła udział w corocznej międzynarodowej konferencji Królewskiego Towarzystwa Geograficznego, która odbywała się w Londynie w siedzibie Królewskiego Towarzystwa Geografów Brytyjskich oraz w Imperial College Uniwersytetu Londyńskiego. Królewskie Towarzystwo Geografów Brytyjskich (RSG) jest stowarzyszeniem naukowym liczącym kilka tysięcy członków z Wielkiej Brytanii, Europy, USA, Kanady i innych krajów świata. Działalność wybitnych geografów stowarzyszonych w Królewskim Towarzystwie Geograficznym dotyczy formułowania teorii, metod i zastosowań geografii oraz edukacji geograficznej. RSG organizuje coroczne konferencje i kongresy regionalne, które odbywają się w siedzibie RSG i na licznych wydziałach Uniwersytetu Londyńskiego. Królewskie Towarzystwo Geograficzne publikuje biuletyny, czasopisma i książki oraz wspiera i promuje członków poprzez specjalne projekty i przyznawanie nagród za wybitne osiągnięcia naukowe. Konferencja była największym naukowym spotkaniem, skupiającym geografów i naukowców z innych dziedzin nauk społecznych w Europie. W międzynarodowej konferencji wzięło udział ponad 1500 geografów i przedstawicieli innych nauk z całego świata; przedstawiono ponad 1000 referatów i posterów podczas ponad 200 sesji tematycznych. Był to rekord w dotychczasowej działalności Stowarzyszenia RSG. Obrady konferencji toczyły się w układzie równoległych sesji tematycznych (dwie przed południem i trzy po południu). Udział w Kongresie był bardzo ważny z punktu widzenia problematyki poruszanej na sesjach. Problemy ludności, a szczególnie migracji międzynarodowych i zagadnień zdrowotnych ludności i bezpieczeństwa żywnościowego, skutki globalnego kryzysu oraz problemy środowiska naturalnego na tle zmian klimatycznych należą do najważniejszych tematów współczesnego świata w dobie globalizacji. Ponadto strategie zarządzania były ważnym tematem na dorocznym spotkaniu. Ważnym wnioskiem jest udział geografów w badaniach naukowych w skali lokalnej, regionalnej krajowej i globalnej.
4. W dniach 2–3 grudnia 2010 r. dr Alina Potrykowska i mgr Ewa Orzelek wzięły udział w międzynarodowej konferencji nt. „Intencje i zachowania prokreacyjne: podejmowanie decyzji prokreacyjnych w perspektywie czasowej oraz w skali makro i mikro” (*From Intentions to Behaviour: Reproductive Decision-Making in a Macro-Micro Perspective*), która odbyła się w Austriackiej Akademii Nauk w Wiedniu. Konferencja poświęcona była zarówno zagadnieniom teoretycznym, które dyskutowali teoretycy i eksperci o renomie światowej, jak również dotyczyła badań empirycznych. Sesje o charakterze roboczym były poświęcone studiom nad intencjami, zachowaniami prokreacyjnymi i płodnością w Europie. W konferencji wzięło udział 70 naukowców z Europy i świata. Obrady od-

bywały się w siedzibie Wiedeńskiego Instytutu Demograficznego Austriackiej Akademii Nauk. Sesję inauguracyjną otworzył Prof. Dimiter Philipov przedstawiając *REPRO Project*. Omawiano głównie wyniki badań prowadzonych w ramach międzynarodowego projektu REPRO, w którym uczestniczy 8 krajów europejskich (Bułgaria, Francja, Gruzja, Holandia, Niemcy, Rosja, Węgry, Włochy). Głównym celem projektu jest analiza zmian poziomu płodności i różnic między krajami w czasie. Wykład wprowadzający związany z tematem konferencji (*Fertility Intentions and the Theory of Planned Behavior*) wygłosił Prof. Icek Aizen.

Poszczególne sesje poświęcone były:

- Projektowi badawczemu REPRO,
- badaniom w mikro i makroskali w świetle teorii drugiego przejścia demograficznego,
- studiom nad intencjami, zachowaniami prokreacyjnymi i nowymi trendami,
- badaniom nad staraniami i pragnieniami dotyczącymi macierzyństwa,
- studiom nad intencjami i zachowaniami prokreacyjnymi w Wielkiej Brytanii,
- badaniom nad intencjami i zachowaniami prokreacyjnymi w Norwegii,
- roli losowych czynników w wyjaśnianiu różnicy między pożądaną a rzeczywistą płodnością w krajach rozwiniętych,
- tematowi poziomu płodności,
- badaniom nad płodnością w kontekście: rynku pracy w Belgii, edukacji w Rumunii, roli płci we Francji i w Niemczech oraz intencji i zachowań prokreacyjnych.

Udział w międzynarodowej konferencji pt. „Intencje i zachowania prokreacyjne: podejmowanie decyzji prokreacyjnych w perspektywie czasowej oraz w skali makro-mikro” pozwolił na zapoznanie się z najnowszymi teoriami i podejściem metodologicznym w badaniach zmian ludnościowych w zakresie płodności z uwzględnieniem zróżnicowań procesów demograficznych w poszczególnych krajach oraz porównanie z sytuacją demograficzną w Polsce. Uczestnicy konferencji zaprezentowali wysoki poziom intelektualny i metodologiczny przedstawianych wyników prac.

Przedstawiciele Rządowej Rady Ludnościowej wzięli udział w 2010 roku w 20 konferencjach krajowych naukowych i seminariach:

- udział Sekretarza Generalnego w konferencjach prasowych GUS dotyczących sytuacji społeczno-gospodarczej kraju (raz w miesiącu);
- 26 stycznia seminarium pt. *Migracje z krajów Europy Wschodniej do UE w kontekście polityki wizowej*, zorganizowane przez Fundację im. Stefana Batorego wraz z Ośrodkiem Badań nad Migracjami Uniwersytetu Warszawskiego oraz Międzynarodową Fundacją Odrodzenie (Kijów);
- 22 lutego konferencja pt. *Przeciw przemocy w rodzinie. Ręce są do przytulania*, zorganizowana przez Rzecznika Praw Obywatelskich;
- 17–19 marca misja ekspertów OECD zorganizowana przez Ministerstwo Rozwoju Regionalnego;
- 29 marca seminarium naukowe pt. *Potrzeby imigrantów a system edukacji i instytucji publicznych w Polsce*, zorganizowane w Instytucie Spraw Publicznych;
- 31 marca seminarium naukowe pt. *Czy liczba urodzeń w Polsce musi spadać?* zorganizowane przez Główny Urząd Statystyczny;
- 25 maja konferencja naukowa pt. *Związkowe i niezwiązkowe przedstawicielstwa pracownicze w gospodarce posttransformacyjnej* pod Honorowym Patronatem Ministra Pracy i Polityki Społecznej Pani Jolanty Fedak, zorganizowana przez Instytut Pracy i Spraw Socjalnych;
- 7 czerwca konferencja pt. *Parlament Europejski: rok po wyborach, rok przed polską Prezydencją*, zorganizowana przez Instytut Spraw Publicznych;
- 14 czerwca konferencja naukowa pt. *Przeszłość dla Przyszłości*, zorganizowana przez Uniwersytet Śląski w Katowicach;
- 18 czerwca seminarium naukowe pt. *Badania transgraniczne – wyniki, problemy, wyzwania*, zorganizowane przez Główny Urząd Statystyczny;
- 1 lipca konferencja pt. *Jaka polityka wobec Rosji? Perspektywa Polski i Niemiec*, zorganizowana w Instytucie Spraw Publicznych;
- 7 września konferencja pt. *Niesamodzielni: Kto się nimi zaopiekuje, kto za to zapłaci*, zorganizowana przez Instytut Obywatelski;
- 27 września konferencja pt. *Polska i Ukraina – kontrola migracji a integracja migrantów*, zorganizowana przez Instytut Spraw Publicznych;

- 18 października uroczyste Posiedzenie Rady Statystyki z okazji obchodów w Polsce Światowego Dnia Statystyki, zorganizowana przez Główny Urząd Statystyczny oraz Radę Statystyki;
- 29 października międzynarodowa konferencja pt. *Prawne i społeczne konsekwencje międzynarodowych migracji*, zorganizowana przez Instytut Pracy i Spraw Socjalnych oraz Instytut Polityki Społecznej Uniwersytetu Warszawskiego;
- 17 listopada konferencja pt. *Ubezpieczenia społeczne w Polsce. 10 lat reformowania*, zorganizowana przez Instytut Stosowanych Nauk Społecznych Uniwersytetu Warszawskiego;
- 23 listopada konferencja pt. *Żywność i żywienie a polityka ludnościowa w Polsce*, zorganizowana przez Rządową Radę Ludnościową oraz Instytut Żywności i Żywienia;
- 23 listopada międzynarodowa konferencja pt. *Wyzwania dla współczesnej polityki społecznej* zorganizowana przez Instytut Polityki Społecznej Uniwersytetu Warszawskiego;
- 9 grudnia seminarium pt. *Wizerunek Polski i Polaków w Wielkiej Brytanii* zorganizowana przez Instytut Spraw Publicznych;
- 14 grudnia konferencja naukowa pt. *Programy Praca – Życie jako czynnik konkurencyjności firm i kształtowania społecznego środowiska pracy posttransformacyjnej* pod Honorowym Patronatem Ministra Pracy i Polityki Społecznej Pani Jolanty Fedak, zorganizowana przez Instytut Pracy i Spraw Socjalnych;
- 17 grudnia seminarium naukowe pt. *Przemiany rodziny w Polsce i we Włoszech i ich implikacje dla polityki rodzinnej*, zorganizowana przez Instytut Polityki Społecznej Uniwersytetu Warszawskiego.

V. POSIEDZENIA PREZYDIUM RRL ORAZ PRACE SEKRETARIATU RRL

Obsługę Rządowej Rady Ludnościowej zapewnia Główny Urząd Statystyczny od 01.11 2003 r. na podstawie Zarządzenia nr 82 Prezesa Rady Ministrów z dnia 19 września 2003 r. oraz Zarządzenia nr 165 Prezesa Rady Ministrów z dnia 7 listopada 2006 r. w sprawie Rady do Spraw Koordynacji Działań Międzyresortowych w zakresie Polityki Ludnościowej. Od marca 2005 r. RRL posiada stronę internetową www.stat.gov.pl, na której zamieszczone są publikacje, informacja o działalności, strukturze i składzie RRL.

Prezydium RRL obradowało w 2010 r. na trzech posiedzeniach: w dniach 2 marca, 23 czerwca i 8 grudnia.

1. W dniu 2 marca 2010 r. przedmiotem posiedzenia Prezydium Rządowej Rady Ludnościowej było omówienie:
 - projektu porządku posiedzenia plenarnego Rządowej Rady Ludnościowej wraz z propozycją przebiegu posiedzenia,
 - ustaleń dotyczących 43. Sesji Komisji Ludności i Rozwoju ONZ (12–16 kwietnia 2010 r. Nowy Jork),
 - koncepcji Raportu 2009–2010 „Sytuacja demograficzna Polski”,
 - projektu planu pracy RRL i Sekretariatu RRL w 2010 r.,
 - sprawozdania z działalności RRL za rok 2009,
 - przyjęcie protokołu z posiedzenia RRL w dniu 17.12.2009 r.
2. W dniu 23 czerwca 2010 r. przedmiotem posiedzenia Prezydium Rządowej Rady Ludnościowej były zagadnienia obejmujące realizację konferencji organizowanej przez Rządową Radę Ludnościową wraz z Instytutem Żywności i Żywienia nt. *Polityka ludnościowa a gospodarka żywnościowa w Polsce*, a w szczególności:
 1. Informacja o projekcie przebiegu konferencji – Prof. Z. Strzelecki, Dyr. W. Sekuła:
 - 1.1. Czas i miejsce konferencji.
 - 1.2. Propozycje programu, w tym referatów.
 - 1.3. Projekt listy zaproszonych gości.
 2. Projekt Raportu 2009–2010 „Sytuacja demograficzna Polski” oraz Protokół ustaleń Nr 23/2010 z posiedzenia Stałego Komitetu Rady Ministrów w dniu 20 maja 2010 r. – Prof. Z. Strzelecki.
 3. Sprawy różne
 - 3.1. Projekt struktury „Biuletynu” Nr 55.

3. W dniu 8 grudnia 2010 r. przedmiotem posiedzenia Prezydium Rządowej Rady Ludnościowej było omówienie tematów na zaplanowane posiedzenie plenarne RRL, a mianowicie przyjęcie: projektu Raportu 2009–2010 „Sytuacja demograficzna Polski”, „Biuletynu” nr 55/2010 oraz informacji z konferencji nt. „Polityka ludnościowa a gospodarka żywnościowa w Polsce”.

Szczegółowy tryb działania Rządowej Rady Ludnościowej oraz zakres działania Przewodniczącego, Prezydium i Sekretarza Generalnego Rady określa regulamin uchwalany przez Rządową Radę Ludnościową – Uchwała nr 1/2006 Rządowej Rady Ludnościowej z dnia 14 grudnia 2006 r. Ważniejsze dokumenty RRL prezentowane są na stronie internetowej www.stat.gov.pl/bip

Sekretariat Rządowej Rady Ludnościowej opublikował kolejny 55. numer „Biuletynu” RRL.

Na treść biuletynu składają się następujące materiały:

Materiały z konferencji Rządowej Rady Ludnościowej „Aktualne przemiany demograficzne a gospodarka Polski”, połączonej z posiedzeniem plenarnym RRL, dokumentacja z 43. Sesji Komisji Ludności i Rozwoju ONZ „Health, morbidity, mortality and development” (Nowy Jork 12–16 kwietnia 2010 r.) oraz sprawozdanie z działalności Rządowej Rady Ludnościowej za 2009 r.

Rządowa Rada Ludnościowa spodziewa się pomocy w przygotowaniu w 2011 r. II Kongresu Demograficznego, któremu analogicznie jak poprzedniemu najwyższe władze państwa udzieliłyby patronatu honorowego i wsparcia finansowego.

Opracowała:

mgr Ewa Orzelek
Główny specjalista

Zatwierdził:

dr hab. prof. SGH Zbigniew Strzelecki
Przewodniczący
Rządowej Rady Ludnościowej

Rządowa Rada Ludnościowa
Al. Niepodległości 208
00-925 Warszawa
Pok. 554 (blok C)
tel.: + 48 (22) 608 30 34
fax.: + 48 (22) 608 38 87
e.orzelek@stat.gov.pl
www.stat.gov.pl



Protokół z posiedzenia plenarnego Rządowej Rady Ludnościowej z dnia 15 grudnia 2010 r.

Posiedzenie prowadził przewodniczący RRL prof. dr hab. Zbigniew Strzelecki. Uczestniczyli w nim członkowie Rady (lista obecności w załączeniu).

Przyjęto następujący porządek obrad:

1. Projekt Raportu 2009–2010 „Sytuacja demograficzna Polski” – dr hab. prof. SGH Zbigniew Strzelecki.
2. Sprawy różne:
 - informacja z konferencji nt. „Żywność i żywienie a polityka ludnościowa w Polsce”;
 - „Biuletyn” RRL nr 55;
 - Protokół z posiedzenia RRL w dniu 14 maja 2010 r.

Przebieg posiedzenia

Otwierając posiedzenie, przewodniczący RRL *prof. dr hab. Zbigniew Strzelecki* powitał zebranych, zwracając uwagę na treść porządku obrad poświęconą gruntownemu omówieniu projektu Raportu 2009–2010 „Sytuacja demograficzna Polski” oraz zagadnieniom statutowym RRL. Z wielkim smutkiem i żalem Pan Profesor przekazał zebranych wiadomość o śmierci **śp. Dr Barbary Sakson** – wieloletniego eksperta i Autorki raportów Rządowej Rady Ludnościowej. Przypomniawszy również o rocznicy, przypadającej 26 listopada, 100 lat urodzin **Prof. Kazimierza Secomskiego** – głównego inicjatora i założyciela Rady Ludnościowej, pełniącego przez 25 lat funkcję Przewodniczącego najpierw Komisji Ludnościowej, a później Rządowej Rady Ludnościowej. Poprosił wszystkich o uczczenie Ich pamięci minutą ciszy.

Po przedstawieniu porządku obrad i przyjęciu go przez członków RRL poinformował zebranych o otrzymaniu listu od prof. B. Chazana skierowanego do Ministra Zdrowia oraz poprosił o wyrażenie zgody 10 osób – członków RRL na wejście w skład Zespołu weryfikującego założenia polityki ludnościowej Polski.

Ad. 1 porządku obrad

Wprowadzenia dokonał *prof. dr hab. Zbigniew Strzelecki*, informując, iż w stosunku do poprzednich edycji Raportu obecny ma porównywalną strukturę. Poszczególne rozdziały Raportu zawierają analizy i oceny dotyczące: bilansu ludności i zmian w strukturze demograficznej mieszkańców Polski, ruchu naturalnego ludności (a więc zawierania małżeństw, rozwodów, urodzeń i płodności oraz umieralności), migracji zagranicznych i przestrzennego zróżnicowania procesów demograficznych. Rozdział VII zgodnie ze strukturą przyjętą przez członków RRL oraz z zaleceniami Komitetu Stałego Rady Ministrów dotyczy prezentacji sytuacji demograficznej Polski na tle krajów Unii Europejskiej.

Prezentując stanowisko Prezydium RRL opracowane przed posiedzeniem plenarnym, profesor zwrócił uwagę na najistotniejsze elementy odróżniające rok 2009 od lat poprzednich. Przedstawił do dyskusji tendencje ogólne sformułowane w postaci 12 punktów, a mianowicie:

1. Po dekadzie zmniejszania się liczby mieszkańców Polski (1997–2007) w wyniku niskiego przyrostu lub wręcz ubytku naturalnego ludności oraz ujemnego salda stałych migracji zagranicznych, od 2008 r. proces ten został zahamowany i od tamtego czasu notowany jest niewielki (20–30 tys. osób) przyrost liczby mieszkańców kraju. Od 1 stycznia 2008 r. do 30 czerwca 2010 r. liczba ludności zwiększyła się z 38 115,6 tys. do 38 186,9 tys. osób, a więc jedynie o 71,3 tys.
2. Jest to rezultat głównie niewielkiej przewagi liczby urodzeń nad liczbą zgonów i zmierzającej do równowagi wymiany na stałe ludności z zagranicą. Lata 2009 i 2010 są kontynuacją tych trendów,

lecz, jak wskazują prognozy demograficzne – zahamowanie spadkowego trendu liczby ludności w Polsce jest jedynie przejściowe. Już niebawem, bowiem w wyniku wejścia w wiek matrymonialny i prokreacyjny roczników niżu demograficznego, liczba urodzeń ponownie zacznie się zmniejszać, co przy rosnącej liczbie zgonów w związku ze starzeniem się społeczeństwa spowoduje nasilającą się zjawisko ubytku naturalnego ludności, a w konsekwencji zmniejszania się liczby ludności Polski. Symptomy tych procesów już się pojawiły w 2009 r., gdyż po okresie wzrostu liczby zawieranych małżeństw w latach 2002–2008 ich liczba zmniejszyła się o blisko 7 tys.

3. W 2009 roku nie nastąpiło zahamowanie wyludniania się miast i wzrostu liczby mieszkańców wsi. Jest to zjawisko tzw. „rozlewania się miast” (*urban sprawl*) i suburbanizacji, co powoduje szereg problemów związanych z gospodarką przestrzenną w najbliższym otoczeniu najczęściej dużych miast, chociaż jak wskazują analizy zmian ludnościowych przeprowadzone w Raporcie w ujęciu sieci osadniczej tendencje takie występują we wszystkich kategoriach miast począwszy już od miast o liczbie ludności 20 tys. Dane za 2010 rok wskazują jednak, że proces ten może zostać zatrzymany.
4. W wyniku procesów ruchu naturalnego (urodzeń i zgonów) oraz migracji lata 2009 i 2010 oznaczają dalsze zmniejszanie się liczby i udziału dzieci i młodzieży wśród mieszkańców Polski (pomimo przejściowego wzrostu liczby urodzeń), osiągania maksymalnej liczby i udziału potencjalnych zasobów pracy (ludność w wieku 15–64 lata) oraz kontynuowania wzrostowej tendencji liczby osób starszych (w 2010 r. już co siódmy-ósmy mieszkaniec Polski jest w wieku 65 i więcej lat). Ekonomicznym wyrazem tych zmian jest wynik wymiany generacji („wchodzenie” ludności w wiek produkcyjny i przejście z niego do roczników wieku poprodukcyjnego oraz liczba zgonów ludności w wieku produkcyjnym i saldo migracji zagranicznych ludności w tym wieku) zbliżający się do zera (w 2002 r. wynosił jeszcze +220 tys., a w 2009 r. już tylko +34 tys.). Oznacza to, że w najbliższym czasie Polska wejdzie w fazę zmniejszania się liczebności zasobów pracy i tempo tych zmian będzie narastać.
5. W zakresie procesów tworzenia się rodzin poza wspomnianym wyżej zmniejszaniem się liczby zawieranych związków małżeńskich (co wiązać należy głównie ze zmniejszaniem się liczby kandydatów do małżeństwa) w 2009 r. doszedł do tego nowy czynnik, a mianowicie osłabienie intensywności zawierania małżeństw przez osoby w wieku do 29 lat. Jednocześnie obserwuje się kontynuację przesuwania w czasie momentu zakładania małżeństwa na relatywnie późniejszy wiek oraz upodabnianie się wzorów zawierania małżeństw mieszkańców miast i wsi. Podkreślić należy także pozytywną tendencję w zakresie rozpadu małżeństw poprzez rozwód, gdyż w 2009 r. w dalszym ciągu (a więc od 2007 r.) zmniejszała się liczba orzeczonych rozwodów. Jednocześnie zmniejsza się liczba nieletnich dzieci dotkniętych konsekwencjami rozpadu rodzin (57,3 tys. w 2008 r. i 56,3 tys. w 2009 r.). W obszarze procesów rodzinotwórczych i ich rozpadu zauważyć należy istotne zmiany, które nie zmieniły się w 2009 r. Od 2005 r. dominującego w separacji sukcesywnie zmniejsza się z roku na rok liczba orzeczonych separacji (z 11,6 w 2005 r. do 3,2 tys. w 2009 r.). Należy zatem zastanowić się przy 20-krotnie wyższej liczbie rozwodów, na ile ta instytucja jest skuteczna w rozwiązywaniu wszystkich cywilnoprawnych więzi między małżonkami.
6. We wzorcach rozrodczości w 2009 r. kontynuowane były stwierdzone w poprzednich latach i przybliżone w kilku ostatnich raportach tendencje: zmiany modelu wzrostu rozrodczości w okresie 1980–2010 – w pierwszej fazie (echo wyżu demograficznego początku lat 80.) wiązało się to ze wzrostem liczby urodzeń dzieci trzeciej, czwartej i dalszych kolejności, a obecnie – pierwszej i drugiej; wzrostu urodzeń pozamałżeńskich, co przy spadkowej skłonności do zawierania małżeństw należy wiązać z rodzeniem się dzieci w związkach kohabitacyjnych lub decydowania się na rodzenie i wychowanie dziecka przez kobiety nie chcące wspólnie zamieszkiwać z partnerem; utrzymywaniem się przesunięcia maksymalnego poziomu płodności z grupy wieku kobiet 20–24 letnich do grupy 25–29 letnich; dalszego upodabniania się wzorców płodności kobiet zamieszkujących w miastach i na wsi; utrzymywania się wzrostu średniego wieku matek w chwili rodzenia dzieci w Polsce. W efekcie tych zmian tylko przejściowo powstrzymana została w latach 2008–2009 tendencja spadkowa współczynnika zastępowalności pokoleń, ale i tak deficyt międzygeneracyjny w urodzeniach stanowi ok. 30%.
7. W 2009 r. kontynuowane były pozytywne trendy w umieralności ludności zapoczątkowane na początku transformacji społeczno-gospodarczej; w dalszym ciągu zmniejszało się, chociaż już w coraz wolniejszym tempie, natężenie zgonów, w tym także niemowląt, co w konsekwencji powodowało wzrost przeciętnego trwania życia Polaków. Obserwuje się względną stabilizację struktury

zgonów według głównych przyczyn chorobowych. Jednocześnie jednak ta poprawa w umieralności nie spowodowała w ostatnich latach wyraźnej poprawy w wyrównywaniu się różnic trwania życia kobiet i mężczyzn. W dalszym ciągu bowiem przeciętne dalsze trwanie życia kobiet w Polsce jest dłuższe o 8,5 roku od mężczyzn i dalej obserwujemy w tym zakresie deficyt Polski w stosunku do krajów o najniższej umieralności, gdzie różnica ta jest dwukrotnie niższa. Pomimo niskiego już poziomu umieralności niemowląt wciąż jest on 2–2,5 krotnie wyższy niż w przodujących pod tym względem krajach Europy. W dalszym ciągu zmniejsza się wysoka nadumieralność Polaków spowodowana chorobami układu krążenia i nowotworami w stosunku do krajów europejskich notujących niską umieralność z powodu tych chorób.

8. Na obszarze Polski mają miejsce niemal wszystkie formy (w różnej skali) współczesnych procesów migracyjnych: emigracja pracownicza i osiedleńcza Polaków do wysoko rozwiniętych krajów; napływ do Polski osób poszukujących tutaj pracy, a także poszukujących tutaj możliwości osiedlenia; napływ uchodźców; powroty Polaków w ramach ustawy repatriacyjnej, czy też nielegalne przekraczanie polskiej granicy. Rok 2009 przyniósł w tym zakresie bardzo istotne zmniejszenie szacowanej liczby Polaków nieobecnych w kraju w związku z wyjazdem za granicę na pobyt czasowy, najczęściej w celach zarobkowych – z 2 210 tys. w 2008 r. do 1 870 tys. w roku następnym (tj. o 340 tys. osób). Prawdopodobnie skutki kryzysu ekonomicznego wpłynęły na decyzje o powrocie do kraju większości z tych osób, jednak część z nich po utracie pracy zmieniła kraj przebywania. Świadczy o tym wzrost liczby Polaków przebywających w Norwegii czy Szwecji. Jednocześnie w 2009 r. kontynuowany był spadek liczby Polaków opuszczających kraj na stałe (trwa to od rekordowego 2006 r.) oraz wzrost osiedlających się w Polsce na stałe obywateli innych państw (trend ten, chociaż powolny, jest obserwowany od 2003 r.), wśród nich z pewnością jest część Polaków, którzy wcześniej opuścili kraj na stałe. W wyniku tego saldo stałych migracji zagranicznych w Polsce po raz pierwszy od lat 60. jest prawie zrównoważone.

9. W 2009 r. w stosunku do roku poprzedniego o ponad 20% wzrosła liczba wniosków o nadanie w Polsce statusu uchodźcy, co wiąże się z pogorszeniem światowej sytuacji w zakresie naruszeń praw człowieka, ale jednocześnie nie znaleziono podstaw do nadania takiego statusu dla liczby cudzoziemców, mniejszej aż o 315 w stosunku do 2008 roku. Rok 2009 wpisuje się też w kontynuację spadkowej tendencji liczby rodzin i osób przybywających do Polski w ramach repatriacji.

Nowelizacja przepisów regulujących dostęp do polskiego rynku pracy skutkowałą w 2009 r. wydaniem 29 tys. zezwoleń na pracę, co oznacza ponad 63 procentowy wzrost w porównaniu z 2008 r. W większości zezwolenia takie uzyskują obywatele Ukrainy, Chin, Wietnamu, Białorusi i Turcji i struktura ta jest w miarę stała w czasie. Zauważyć też należy, że rok 2009 przyniósł bardzo istotne zmniejszenie w stosunku do roku poprzedniego liczby osób usiłujących lub dokonujących nielegalnego przekroczenia granicy państwowej.

Chociaż w ostatnich latach, w związku z harmonizacją polskiego prawa z prawem UE w zakresie migracji zagranicznych, zrobiono bardzo wiele (w tym w 2009 r.), to nadal eksperci uważają, że polska polityka migracyjna jest jeszcze niedostosowana do rzeczywistych warunków istniejących w tym obszarze w Polsce.

10. W 2009 r. nie zaobserwowano istotnych zmian w przestrzennym kształtowaniu się zjawisk i procesów demograficznych. W dalszym ciągu najwyższym (relatywnie) przyrostem liczby mieszkańców, głównie w wyniku migracji ludności, cechują się, niemal bez wyjątku, wszystkie powiaty otaczające największe miasta Polski, w tym szczególnie stolice regionów, przy czym w samych ośrodkach regionalnych rozpoczął się proces wyludniania. W przeciwieństwie do tego zjawiska „wylukiwanie” z czynnika ludnościowego kontynuowane jest na obszarach peryferyjnych większych ośrodków miejskich, co przy przewadze wśród migrujących z tych terenów głównie ludzi młodych, pogłębia w nich proces starzenia się zasobów ludzkich. Niepokojące jest utrzymywanie się dużych rozpiętości przestrzennych w poziomie umieralności niemowląt (3–12 zgonów na 1000 urodzeń żywych średnio w latach 2002–2009). Niepokojąco wysoka umieralność niemowląt obejmuje części województw „ściany zachodniej” przeżywających strukturalne trudności gospodarcze oraz warmińsko-mazurskiego, podlaskiego, lubelskiego, podkarpackiego (Bieszczady), mazowieckiego (Radom i okolice), a szczególnie wysoki poziom występuje w wielu powiatach woj. śląskiego i w pasie powiatów małopolskich na granicy z woj. śląskim.
11. Polska z 38,2 mln mieszkańców zajmuje szóste miejsce w UE po Niemczech, Francji, Wielkiej Brytanii, Włoszech i Hiszpanii. Nasz udział w 500 mln populacji UE w 2009 r. zmniejszył się do 7,62% (w 2005 r. 7,74%). Podobna tendencja objęła także Niemcy, a pozostałe cztery najwięk-

sze ludnościowo kraje UE rozwijają się relatywnie bardziej dynamicznie i ich udział wśród mieszkańców Wspólnoty systematycznie wzrasta, głównie w wyniku migracji ludności z innych państw. Polska w skali UE należy do krajów o wyższym od średniej unijnej poziomie zawierania formalnych małżeństw, zaś niższym – pod względem ich rozpadu poprzez rozwody oraz intensywności urodzeń bliskiej średniej unijnej. Obserwowana w Polsce liczba urodzeń, a przez to dzietność, nie zapewniają, tak jak niemal we wszystkich krajach UE (z wyjątkiem Irlandii), nawet prostej zastępowalności pokoleń ludności – deficyt w tym zakresie wynosi ok. 30%.

12. Struktura ludności mieszkańców Wspólnoty jest bardzo zróżnicowana pomiędzy krajami. Zdecydowanie przeciętnie najstarsi są mieszkańcy: Niemiec, Włoch, Finlandii, Grecji, Austrii, Słowenii i Bułgarii, najmłodsi zaś: Irlandczycy, Cypryjczycy, Słowacy, Polacy a także Rumuni. Polacy przeciętnie są 3 lata młodszy od mieszkańców Wspólnoty i 6 lat od Niemców. Jednocześnie Polska należy jeszcze do grupy krajów unijnych, w których stosunkowo wysoki jest udział wśród mieszkańców ludności w wieku produkcyjnym oraz zalicza się jeszcze do grupy 3 krajów o najniższym wskaźniku starości (z Irlandią i Słowacją).

Na posiedzeniu Prezydium opracowano także projekt **rekomendacji**, które obejmują:

- W świetle przedstawionych w raporcie charakterystyk rozwoju demograficznego Polski w długim i krótkim okresie wynika, że rok **2009 oraz pierwsza połowa 2010 r. nie zmieniły radykalnie wcześniejszej spadkowej tendencji płodności i zmian modelu rodziny**. Skutki społeczno-ekonomiczne tych procesów zostały nieco osłabione z powodu zmniejszenia skali przebywania Polaków czasowo za granicą oraz zrównoważenia emigracji i imigracji stałych. Zahamowanie spadku liczby mieszkańców Polski, jak dowodzą tego prognozy, jest jednak tylko przejściowe, a to oznacza jedynie przejściowe osłabienie **tempa starzenia się ludności kraju, które przyspieszy już w bliskiej przyszłości**.
- W tej sytuacji nadal aktualna jest **konieczność podjęcia lub kontynuowania niezrealizowanych dotychczas działań w ramach aktywnej polityki ludnościowej, na co Rządowa Rada Ludnościowa wskazywała w poprzednich Raportach o sytuacji demograficznej Polski**. Rekomenduje w tym zakresie dalsze wdrażanie rekomendacji przedłożonych w *Raporcie o sytuacji demograficznej Polski 2004* (RRL, Warszawa 2006)¹.
- Z tego punktu widzenia niezwykle ważne są wyniki Narodowego Spisu Powszechnego ludności i mieszkań na 2011 r., którego wynikiom należy poświęcić szczególną uwagę w debacie publicznej oraz w kształtowaniu polityki społeczno-gospodarczej na najbliższe lata. Powinno to dotyczyć przede wszystkim polityki rynku pracy oraz edukacji, ochrony zdrowia i zabezpieczenia społecznego.
- Analiza umieralności w Polsce dowodzi, że wciąż jej poziom jest o wiele wyższy niż w wielu krajach zachodnich UE, w wyniku czego Polacy żyją krócej – mężczyźni o ponad 8, a kobiety o 4–5 lat – w porównaniu do mieszkańców tych krajów, a szczególnie w porównaniu do mieszkańców krajów skandynawskich. Ekspertyzy pozwalają twierdzić, że sytuacja ta jeszcze w dużym stopniu uwarunkowana jest stylem życia Polaków, a w tym nadal niewłaściwym modelem żywienia. Przykładowo, pomimo wzrostu spożycia owoców, który miał miejsce w okresie transformacji politycznej, ekonomicznej i społecznej, Polska zajmowała w 2007 r. ostatnie miejsce pod względem jego poziomu wśród 31 krajów europejskich (raport OECD: *Health at a Glance 2010*). Obserwujemy wciąż wysoką nadumieralność Polaków w stosunku do zachodnich krajów UE spowodowaną chorobami układu krążenia i nowotworowymi. Przyczyn tego w dużej części należy upatrywać w tym, że modyfikacja polskiego modelu żywienia w kierunku prozdrowotnym nie postępuje w wymaganej skali. Muszą zatem zostać wzmoczone wysiłki w celu wdrażania prawidłowego modelu żywienia. W związku z tym Narodowy Program Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej 2007–2011 powinien być kontynuowany w następnych latach przy istotnym zwiększeniu jego finansowania.

¹ Założenia opracowane przez zespół Rady składający się z wybitnych uczonych i ekspertów z wielu dziedzin przyjął, że „polityka ludnościowa jest to celowe, długofalowe oddziaływanie państwa i podmiotów publicznych na przebieg procesów ruchu naturalnego i wędrownego ludności w celu ukształtowania pożądanego stanu i struktury ludności, przez tworzenie warunków społecznych, ekonomicznych i politycznych korzystnych dla przebiegu procesów demograficznych, zapewniających biologiczne przetrwanie narodu oraz zrównoważony rozwój społeczno-ekonomiczny i ekologiczny. Współczesna polityka ludnościowa wpływa na kształtowanie procesów ludnościowych pośrednio i bezpośrednio, poprzez stosowanie odpowiednich instrumentów polityki społecznej (mieszczących się w obszarach polityk szczegółowych: rodzinnej, mieszkaniowej, edukacyjnej, ochrony zdrowia, zabezpieczenia społecznego, zatrudnienia) oraz polityki gospodarczej, odpowiednich dla pożądanego przebiegu tych procesów”.

- W Polsce, jak wskazuje analiza przeprowadzona w Raporcie, poważnie obniżyła się umieralność niemowląt, jednakże jest ona jeszcze 2–3-krotnie wyższa od krajów notujących największe sukcesy pod tym względem. Szczególnie dzieje się tak w wyniku koncentracji niekorzystnego kształtowania się tego procesu w pewnych rejonach Polski. Stąd resort zdrowia wraz z lekarzami wojewódzkimi niektórych województw oraz starostami powinni dokonać szczegółowej analizy przyczyn kształtowania się umieralności niemowląt na wysokim poziomie w wielu powiatach oraz przygotować i podjąć stosowne działania mające na celu poprawę takiej sytuacji. Głównie powinno to dotyczyć powiatów, gdzie przeciętnie w latach 2002–2009 współczynnik umieralności niemowląt wyniósł 9 i więcej zgonów na 1000 urodzeń żywych. Są to następujące powiaty:

w woj. dolnośląskim: ząbkowicki – 11,5; strzeliński – 10,1; lubański – 9,5; trzebnicki – 9,2; w **woj. kujawsko-pomorskim:** wąbrzeski – 9,9 i lipnowski – 9,5; w **woj. lubelskim:** rycki – 9,1; w **woj. podkarpackim:** ropczycko-sędziszowski – 9,5 i leski – 9,4; w **woj. podlaskim:** łomżyński – 9,7; w **woj. pomorskim:** M. Gdańsk – 10,3; w **woj. śląskim:** M. Świętochłowice – 10,9; M. Zabrze – 10,0; M. Bytom – 9,6; M. Rybnik – 9,6; M. Chorzów – 9,4 i M. Katowice – 9,2, a w **woj. zachodniopomorskim powiat łobeski – 9,2.**

- Następują istotne zmiany w przestrzennym rozmieszczeniu ludności Polski. Pojawiły się symptomy, szczególnie zauważalne w 2009 r., procesów dezurbanizacyjnych, przejawiających się w spadku liczby mieszkańców miast, szczególnie ich centrów, a wzrostu liczby mieszkańców wsi. Zjawiskiem obserwowanym już na większą skalę jest urbanizowanie się podmiejskich stref miast, suburbanizacja szczególnie miast dużych, oraz zjawisko tzw. rozlewania się miast (*urban sprawl*) w wyniku przenoszenia się mieszkańców miast do strefy podmiejskiej. W większości przypadków takie tereny nie są przygotowane od strony inwestycji komunalnych i komunikacyjnych do wypełniania standardów, jakim powinno odpowiadać zaspokajanie potrzeb takich mieszkańców. Z jednej strony jednostki samorządu terytorialnego na suburbiach nie są w stanie zabezpieczyć odpowiedniej ilości i jakości usług publicznych w zakresie np. ochrony zdrowia, edukacji czy opieki społecznej, a z drugiej strony wszystkie poziomy zarządzania państwem nie zabezpieczają odpowiedniej infrastruktury drogowej i kolejowej oraz sprawnej komunikacji publicznej zapewniającej cywilizowane warunki dojazdu do pracy i szkół oraz instytucji publicznych setkom tysięcy mieszkańców tych terenów. Tak, więc poprawa warunków zamieszkania powoduje poważne uciążliwości w zakresie usług komunalnych, edukacyjnych, zdrowotnych, opiekuńczych i komunikacyjnych. Rząd oraz samorządy wszystkich poziomów powinny podjąć pilnie prace planistyczne i realizacyjne przywracające równowagę w zagospodarowaniu przestrzennym miast i obszarów ich najbliższego otoczenia. Poprawa stanu w tym zakresie może stworzyć pozytywny klimat dla procesów rodzinotwórczych oraz rozwoju rodziny na takich terenach, a w konsekwencji poprawić w przyszłości rozwój demograficzny Polski.

Profesor Z. Strzelecki ponownie poprosił członków Rady o zgłoszenie dalszych propozycji rekomendacji do „Raportu 2009–2010” (prośba taka wcześniej została przesłana do uczestników wraz z zaproszeniem na posiedzenie).

Dyskusję rozpoczął *prof. Bogdan Chazan*, wysoko oceniając dokument przedstawiony do zatwierdzenia; wyróżnił zamieszczony w IV rozdziale podrzdział obrazujący przestrzenne nasilenie poszczególnych zjawisk na terenie kraju. Wnioskował o uzupełnienie IV rozdziału o informacje dotyczące umieralności okołoporodowej, tzn. o dane o urodzeniach martwych i zgonach noworodków, które to informacje świadczą o bardzo poważnych stratach populacyjnych oraz wykazują duże różnice regionalne. Jednocześnie postulował o rozwinięcie w tym rozdziale uwarunkowań, przyczyn i czynników ryzyka zgonów niemowląt oraz przedstawienie tej tematyki w rekomendacjach. Wnioskował, by w rekomendacjach w jednym z punktów zawrzeć powrót do nadzoru merytorycznego nad poziomem opieki nad matką i dzieckiem, który uprzednio był sprawowany w Instytucie Matki i Dziecka, a obecnie nie istnieje. Postulował także o kontynuację programów prozdrowotnych nad matką i dzieckiem, które powinny być ukierunkowane na poziomie województw, a nie powiatów, które nie mają odpowiednich mechanizmów i narzędzi, za pomocą których można by wpływać na wielkość umieralności niemowląt.

Prof. Irena Kotowska zgłosiła uwagi do rekomendacji, wskazując, by w ich treści spróbować oddzielić cechy procesów od ich przyczyn. Zgłosiła także kilka uwag szczegółowych oraz wnioskuje o uzupełnienie rekomendacji o odniesienia się do zmiany struktur wieku, tzn. uświadomienia zmian proporcji pomiędzy osobami starszymi a liczbą osób w wieku produkcyjnym, tzn. zmian zachodzących w środku piramidy wieku.

Prof. Janusz Szymborski zwrócił uwagę na trudności w wyszczególnieniu nowych elementów pojawiających się w roku objętym sprawozdaniem oraz trwałością zjawisk występujących od lat i zasugerował

przeniesienie 2. punktu rekomendacji do ostatniego punktu jako elementu dotyczącego polityki ludnościowej ukazującego w każdym roku.

Pan Zbigniew Rykowski zaproponował, by dokonać przeglądu tez zawartych w dokumencie *Założenia polityki ludnościowej – z Raportu 2004*, dokonać ich aktualizacji, wybrać priorytety i zapisać nowe elementy odpowiadające w swojej treści czasom i potrzebom obecnym.

Prof. Bożena Balcerzak-Paradowska pozytywnie oceniła Raport oraz podkreśliła fakt rozszerzenia V rozdziału o informacje dotyczące polityki migracyjnej. W uwagach szczegółowych wnioskowała o zwrócenie uwagi na skutki procesów demograficznych, na politykę społeczną, np. walka z ubóstwem czy wykluczeniem społecznym. Zapytała, czy podnoszone w rekomendacjach pytania lub informacje trafiają do adresatów i czy są skutki tych zapisanych rekomendacji.

Prof. Jerzy T. Kowaleski, nawiązując do przedmówców, przedstawił kilka refleksji dotyczących kwestii stopy zgonów niemowląt w układzie terytorialnym oraz zmian w strukturze ludności wg wieku w kontekście starzenia się. Wnioskował o zaakcentowanie we wnioskach rozwiązania problemów repatriacji Polaków m.in. z Kazachstanu.

Prof. Andrzej Rączaszek zapytał, czy jest pełna wiedza dotycząca sposobu rejestracji zjawiska umieralności niemowląt w ujęciu przestrzennym (w powiatach).

Prof. Antoni Rajkiewicz pozytywnie ocenił Raport, a w szczególności fakt wczesnego opublikowanego przez GUS *Rocznika Demograficznego 2010*. Zwrócił uwagę na związek pomiędzy Raportem RRL a *Rocznikiem Demograficznym*, a mianowicie w raporcie mamy obowiązek zinterpretowania danych zawartych w roczniku i opisanie, co z tego wynika. Postulował, by zwrócić mocniej uwagę adresatom raportu na niektóre zjawiska m.in.

- na różnice liczbowe między osobami zamieszkalymi a osobami zameldowanymi w kraju, zwłaszcza w związku ze zbliżającym się spisem ludności i mieszkań,
- na kwestię korekty danych dotyczących aktywności zawodowej ludności poprzez uwzględnienie pracujących za granicą,
- na to, iż w tym roku zanotowaliśmy największy w historii kraju potencjał ludności w wieku produkcyjnym.

W takich sytuacjach Rada ma obowiązek zwrócenia uwagi na pewne zjawiska masowe oraz podnieść je w raporcie.

Prof. A. Rajkiewicz zgłosił uwagi w kwestiach:

- wzrastającej liczby dzieci pozamażeńskich, których sytuacja materialna i społeczna odbiega od sytuacji, w jakiej znajdują się rodziny pełne, a poprzez to zagrożonych ubóstwem,
- wzrastającej liczby zgonów nienaturalnych (m.in. w wypadkach drogowych, pożarach i zdarzeniach losowych, poprzez samobójstwa),
- umieralności niemowląt, gdzie należy podnieść nieodpowiedzialne zachowania kobiet w ciąży, np. uzależnienia wpływające m.in. na porody wczesne czy martwe,
- migracji, wnioskując o pokazanie w raporcie małżeństw binacjonalnych, migracji edukacyjnych, sezonowych, kontraktowych oraz kwestie nadania obywatelstwa.

Profesor wysoko ocenił rozdział VI dotyczący problemów przestrzennych. Pozostałe szczegółowe, formalne uwagi zostały przekazane autorom poszczególnych rozdziałów.

Prof. Adam Kurzynowski poruszył problem związany z kwestią umieralności niemowląt, podkreślając, iż mamy dwukrotnie wyższy wskaźnik umieralności niemowląt niż w krajach UE; wnioskował, by w raporcie wskazać na przyczyny i uwarunkowania poprzez prezentację danych tego krytycznego wskaźnika dla 27 krajów. Postulował, by rekomendacje adresowane były nie tylko do Rządu, ale także by adresatami rozwiązywania problemów były samorządy.

Pan Krzysztof Lewandowski zgłosił uwagi do rozdziału *Migracje*, wskazując na konieczność uzupełnienia go o dane dotyczące wydalenia z Polski nielegalnych migrantów oraz zwrócenie uwagi w raporcie na fakt, iż liczba wniosków o nadanie statusu uchodźcy jest niezależna od polityki państwa w tym zakresie, czego nie można uregulować w sposób administracyjny. Wnioskował o uzupełnienie rozdziału o migracje edukacyjne z uwagi na dużą liczbę studiujących w Polsce oraz porównania emigracji do imigracji. Sugerował, by w rekomendacjach zamieścić informacje z realizacji prac nad polityką migracyjną.

Prof. Janusz Balicki wnioskował, by w rekomendacjach umieścić te z nich, które już zostały wcześniej zamieszczone do realizacji.

Pan Włodzimierz Sekuła wnioskował o uzupełnienie w raporcie informacji dotyczących źródeł danych.

Profesor Zbigniew Strzelecki poprosił autorów poszczególnych rozdziałów o skomentowanie i odniesienie się do zgłoszonych uwag i wniosków. Wszyscy autorzy poszczególnych rozdziałów raportu przyjęli zgłoszone uwagi i zobowiązali się do ich uwzględnienia w ostatecznej wersji Raportu.

Podsumowując, *prof. Zbigniew Strzelecki* zaproponował przyjęcie projektu Raportu z uwzględnieniem zgłoszonych uwag i propozycji uzupełnień przedłożonych przez członków RRL. Po głosowaniu, wobec braku głosów wstrzymujących się i przeciwnych, Rada przyjęła projekt Raportu 2009–2010 „Sytuacja demograficzna Polski”, zalecając autorom wprowadzenie zgłoszonych poprawek. Poinformował zebranych, iż trwają prace nad sprawozdaniem obejmującym analizę nadesłanych odpowiedzi od adresatów rekomendacji za lata 2004–2007, które będą przedstawione Radzie na najbliższym posiedzeniu.

Ad. 2. porządku obrad

– informacja z konferencji nt. „Żywność i żywienie a polityka ludnościowa w Polsce”

Pan *dr Włodzimierz Sekuła* podziękował RRL za podjęcie inicjatywy połączenia problematyki polityki ludnościowej z problematyką żywności i żywienia.

Otwarcia konferencji dokonał *dr hab. prof. SGH Zbigniew Strzelecki*, Przewodniczący RRL, oraz *prof. dr hab. Mirosław Jarosz*, Dyrektor Instytutu Żywności i Żywienia. W imieniu Minister Zdrowia *Ewy Kopacz* głos zabrał Minister *Adam Fronczak*, natomiast ze strony Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi – Pan *Albert Jurek*, zastępca Dyrektora do spraw bezpieczeństwa i higieny żywności odczytał list Ministra *Marka Sawickiego* i przesłanie skierowane do uczestników konferencji.

II. Referaty zaprezentowali:

1. Dr hab. Prof. SGH Zbigniew Strzelecki – *Sytuacja demograficzna Polski i jej uwarunkowania*;
2. Prof. dr hab. Mirosław Jarosz – *Żywnościowe uwarunkowania zdrowia*;
3. Prof. dr hab. Andrzej Kowalski – *Bezpieczeństwo żywnościowe (food security) a polskie rolnictwo i przemysł spożywczy*;
4. Prof. dr hab. Jan K. Ludwicki – *Aktualne wyzwania dla bezpieczeństwa żywności w Polsce*;
5. Prof. dr hab. Wiktor B. Szostak – *Epidemiologia żywieniowa chorób układu krążenia w Polsce*;
6. Prof. dr hab. n. roln. Hanna Kunachowicz – *Zmiany w jakości zdrowotnej żywności w okresie gospodarki rynkowej*;
7. Dr Katarzyna Stoś – *Suplementy diety i ich znaczenie*;
8. Prof. dr hab. Jan Dzieniszewski – *Żywność a nowotwory*;
9. Dr Iwona Traczyk – *Przedsięwzięcia krajowe i międzynarodowe w zakresie żywieniowej promocji zdrowia*;
10. Dr Włodzimierz Sekuła – *Zmiany długookresowe modelu żywienia w Polsce: uwarunkowania i skutki zdrowotne*.

Konferencja zakończyła się dyskusją i podsumowaniem przez *prof. dr hab. Zbigniewa Strzeleckiego* oraz *prof. dr hab. Mirosława Jarosza*.

– „Biuletyn” RRL nr 55

Sekretariat Rządowej Rady Ludnościowej opublikował kolejny 55 numer „Biuletynu” RRL. Na jego treść składają się: materiały z konferencji Rządowej Rady Ludnościowej „Aktualne przemiany demograficzne a gospodarka Polski” połączonej z posiedzeniem plenarnym RRL, dokumentacja z 43. Sesji Komisji Ludności i Rozwoju ONZ „Health, morbidity and mortality and development” (Nowy Jork 12–16 kwietnia 2010 r.) oraz sprawozdanie z działalności Rządowej Rady Ludnościowej za 2009 r.

– Protokół z posiedzenia RRL w dniu 14.05.2010 r.

Prof. Zbigniew Strzelecki uznał, iż protokół z posiedzenia RRL w dniu 14 maja 2010 r. został przyjęty wobec braku uwag zgłoszonych w wymaganym terminie.

Prof. Zbigniew Strzelecki poinformował zebranych o liście od *prof. B. Chazana* wskazującym na wiele niedociągnięć i braków rozwiązań, a dotyczącego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem – uwagi w załączeniu.

Pan Profesor poinformował także zebranych o szansie zorganizowania w przyszłym roku II Kongresu Demograficznego, którego ideą byłby projekt Narodowego Programu Polityki Ludnościowej. W związku z takim zadaniem konieczna jest weryfikacja Założeń programu polityki ludnościowej, przedstawionych

Radzie Ministrów w 2006 r. wraz z *Raportem 2004*. Powyższe zadanie prowadzić będzie powołany Zespół ds. weryfikacji założeń programu polityki ludnościowej, w składzie:

- | | |
|-----------------------|---|
| 1) Przewodniczący | - prof. dr hab. Bożena Balcerzak-Paradowska |
| 2) Wiceprzewodniczący | - prof. dr hab. Janusz Szymborski |
| 3) Sekretarz | - mgr Eugeniusz Kowalczyk |
| 4) Członkowie: | prof. dr hab. Janusz Balicki
prof. dr hab. Bogdan Chazan
prof. dr hab. Józefina Hryniewicz
prof. dr hab. Adam Kurzynowski
dr Alina Potrykowska
prof. dr hab. Antoni Rajkiewicz
prof. dr hab. Andrzej Rączaszek |
| 5) Przedstawiciele: | a) - Kancelarii Prezesa Rady Ministrów - Zbigniew Rykowski
b) - Instytutu Kardiologii - dr Zofia Słońska
c) - Instytutu Żywności i Żywienia - dr Włodzimierz Sekuła
d) - Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji - Krzysztof Lewandowski
e) - Sekretariatu Rządowej Rady Ludnościowej – mgr Ewa Orzelek |

Rada zaaprobowала skład Zespołu ds. weryfikacji *Założeń programu polityki ludnościowej*, który zostanie powołany do działania zgodnie z § 4 ust 1 Zarządzeniem Nr 85 Prezesa Rady Ministrów z dnia 29 maja 2006 r. w sprawie utworzenia Rady do spraw koordynacji działań międzyresortowych w zakresie polityki ludnościowej z póź. zm poprzez podpisanie decyzji przez Przewodniczącego RRL.

Profesor Z. Strzelecki podziękował wszystkim za udział w posiedzeniu.

Zatwierdził:
Przewodniczący Rządowej Rady Ludnościowej
dr hab. prof. SGH Zbigniew Strzelecki

Opracowała:
mgr Ewa Orzelek
Główny specjalista

Sekretarz Generalny RRL
dr Alina Potrykowska

Al. Niepodległości 208
00-925 Warszawa
Pok. 554 (blok C)
tel.: + 48 (22) 608 30 40
tel.: + 48 (22) 608 31 75
fax: + 48 (22) 608 38 87
e.orzelek@stat.gov.pl
www.stat.gov.pl

Załączniki:

1. Lista obecności na posiedzeniu plenarnym RRL w dniu 15.12.2010 r.
2. List skierowany do Pani Ewy Kopacz Minister Zdrowia od Prof. Bogdana Chazana



Załącznik 1

**Lista obecności na Posiedzeniu Plenarnym RRL
w dniu 15 grudnia 2010 roku**

Lp	Imię	Nazwisko	Podpis
1.	Wiesław	Adamczyk	
2.	Bożena	Balcerzak-Paradowska	B. Balcerzak-Paradowska
3.	Janusz	Balicki	J. Balicki
4.	Tomasz	Białas	T. Białas
5.	Bogdan	Chazan	B. Chazan
6.	Władysława	Czech - Matuszewska	W. Czech - Matuszewska
7.	Mariola	Chojnacka	
8.	Andrzej	Gałązka	A. Gałązka
9.	Elwira	Gross-Gołacka	E. Gross-Gołacka
10.	Józefina	Hryniewicz	J. Hryniewicz
11.	Janina	Jóźwiak	J. Jóźwiak
12.	Marcin	Kędzierski	M. Kędzierski
13.	Irena E.	Kotowska	I. Kotowska
14.	Jerzy T.	Kowaleski	J. T. Kowaleski
15.	Irena	Kowalska	I. Kowalska
16.	Jolanta	Kulus	J. Kulus
17.	Irena	Kowalska	
18.	Jolanta	Kurkiewicz	J. Kurkiewicz
19.	Ireneusz	Kuropka	I. Kuropka
20.	Adam	Kurzynowski	A. Kurzynowski
21.	Krzysztof	Lewandowski	K. Lewandowski
22.	Joanna	Napierała	J. Napierała
23.	Grażyna	Marciniak	G. Marciniak
24.	Joanna	Mazur	J. Mazur
25.	Marcin	Nawrot	M. Nawrot
26.	Lucyna	Nowak	L. Nowak
27.	Anna	Nowożyńska	A. Nowożyńska
28.	Ewa	Orzelek	E. Orzelek



Lp	Imię	Nazwisko	Podpis
29.	Alina	Potrykowska	<i>[Signature]</i>
30.	Antoni	Rajkiewicz	<i>[Signature]</i>
31.	Robert	Rauziński	<i>[Signature]</i>
32.	Andrzej	Rączaszek	<i>[Signature]</i>
33.	Iwona	Roeske-Słomka	<i>[Signature]</i>
34.	Rafał	Rogała	<i>[Signature]</i>
35.	Zbigniew	Rykowski	<i>[Signature]</i>
36.	Włodzimierz	Sekuła	<i>[Signature]</i>
37.	Zofia	Słomska	<i>[Signature]</i>
38.	Izydor	Sobczak	<i>[Signature]</i>
39.	Zbigniew	Strzelecki	<i>[Signature]</i>
40.	Kazimierz	Szczygielski	<i>[Signature]</i>
41.	Janusz	Szyborski	<i>[Signature]</i>
42.	Janusz	Witkowski	<i>[Signature]</i>
43.	Alina	Wojtowicz-Pomierna	<i>[Signature]</i>
44.	Witold	Zatoński	<i>[Signature]</i>
45.	Eugeniusz	Zdrojewski	<i>[Signature]</i>
46.	<i>Eolworo</i>	<i>Dębowska</i>	<i>E. Dębowska</i>
47.	<i>Anna</i>	<i>Jwanczyk</i>	<i>A. Jwanczyk</i>
48.	<i>Kryszyna</i>	<i>Simak</i>	<i>[Signature]</i>
49.	<i>Anna</i>	<i>Wroblewska</i>	<i>A. Wroblewska</i>
50.			
51.			
52.			
53.			
54.			
55.			
56.			
57.			
58.			

Warszawa, 2 grudnia 2010 r.

Prof. dr hab. Bogdan Chazan
Warszawski Uniwersytet Medyczny
Rada Naukowa Instytutu Matki i Dziecka
Rządowa Rada Ludnościowa
Szpital im Św. Rodziny w Warszawie

Pani
Dr Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Wielce Szanowna Pani Minister

Po zapoznaniu się z treścią Załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 roku (Dz. Ustaw Nr 187, poz. 1259) mającego tytuł: „Standardy postępowania oraz procedury medyczne przy udzielaniu świadczeń z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem” postanowiłem do Pani napisać, by podzielić się swoimi wątpliwościami, mającymi, jak sądzę, poważny charakter. Wynika to z troski o zdrowie matek i dzieci, w dużej części uwarunkowanego skuteczną, bezpieczną opieką medyczną nad nimi. Jestem przekonany, że Pani Minister tę troskę podziela.

Długoletnia praca zawodowa, doświadczenie związane z prowadzeniem nadzoru krajowego w położnictwie i ginekologii, realizacją ogólnopolskich i międzynarodowych programów zdrowotnych w dziedzinie opieki nad matką i dzieckiem, działalność w Komitecie Nauk Demograficznych PAN i Rządowej Radzie Ludnościowej ośmielają mnie do zabrania głosu.

Dobrze się stało, że standardy postępowania dotyczące opieki okołoporodowej podczas prawidłowo przebiegającej ciąży, porodu i położu zostały przygotowane. Jednak zawierają one niemałą liczbę nieścisłości a nawet błędów. Są w pewnych miejsca bardzo ogólne, gdzie indziej nadmiernie szczegółowe, co spowoduje w przyszłości konieczność ich częstej modyfikacji. Wdrożenie standardów do praktyki, co ma niebawem nastąpić, niepotrzebnie zwiększy koszty opieki medycznej.

Poniżej pozwalam sobie przestawić moje uwagi według chronologii tekstu. Znaczenie problemów, jakich dotyczą, jest zróżnicowane.

1. Tytuł załącznika zawiera błąd. Opieka podczas ciąży i porodu dotyczy nie tylko kobiety, jak mowa w tytule, ale także płodu. Jest to bardzo ważna część tej opieki, w tytule pominięta. Położnictwo bywa określane jako medycyna matczyno – płodowa.
2. Podanie w dokumentacji medycznej jedynie dnia objęcia opieką kobiety lub noworodka, jak sugeruje standard, nie jest wystarczające. Konieczne jest określenie godziny a nawet minuty czasu rozpoczęcia i zakończenia opieki (I.4.).
3. Opiekę nad rodzącą sprawuje nie jedna osoba, jak wynika z treści standardu ale zespół osób. Jedna osoba nie jest w stanie zapewnić bezpieczeństwa matki i dziecka. Druga może być w innym pomieszczeniu, pod telefonem ale powinna być dostępna (I.5.).
4. Wymienia się sprawowanie opieki nad noworodkiem po urodzeniu, zapominając o konieczności sprawowania takiej opieki także nad matką po porodzie (I.5.3.).
5. Położna, jako osoba sprawująca opiekę nad rodzącą jest wymieniona po raz pierwszy wówczas, kiedy pojawiają się objawy patologiczne i wówczas ma niezwłocznie przekazać opiekę lekarzowi. Nie wiadomo, kto sprawuje opiekę przedtem. Jest to przykład obecnego w standardach braku konsekwencji i systemowego podejścia. Możliwe, że chodzi o wymienioną przedtem anonimową „osobę” (I.5, I.7).
6. Z kolei w następnym punkcie „zapomniano” o opiece nad kobietą po porodzie (I.8).
7. Wyłączenie leków stymulujących czynność skurczową macicy spod zakresu kompetencji osoby sprawującej opiekę nad kobietą podczas porodu jest błędem. Osobą tą może być też lekarz (definicja osoby sprawującej opiekę –

- I.2.6.). Leki stymulujące skurcze macicy mogą być w określonej sytuacji położniczej niezbędne dla ratowania matki i/lub dziecka(I.8.1.).
8. Nie wiadomo, czy chodzi o utrzymanie drożności dróg oddechowych rodzącej czy noworodka (I.8.4).
 9. Zaleca się wykonanie pomiaru wzrostu i masy ciała kobiety na początku ciąży. Nie zaleca się natomiast stosowanego na całym świecie określenia wskaźnika BMI (body mass index), którego wielkość określa optymalny przyrost masy ciała kobiety podczas ciąży(II.).
 10. Wątpliwości budzi zalecenie wykonywania wielokrotnie badania „czystości pochwy”. Jest to badanie na świecie nieznanne, czasochłonne i kosztowne, bardzo nieprecyzyjne. Nic nie mówi się natomiast o określaniu pH wydzieliny pochwowej, badaniu niezbędnym dla skutecznej profilaktyki porodu przedwczesnego(II.).
 11. Badanie ginekologiczne kobiety podczas każdej wizyty nie jest potrzebne, może być przyczyną zakażenia (II.).
 12. Badanie w kierunku różyczki powinno być wykonane przed ciążą. Wątpliwości, ze względu na relację korzyści i kosztów budzi badanie w kierunku HCV u każdej kobiety ciężarnej (II.).
 13. Badanie gruczołów sutkowych w trzecim trymestrze ciąży nie znajduje uzasadnienia (II.).
 14. Zalecenia badania kobiety będącej w prawidłowo przebiegającej ciąży co 2 – 3 dni po 40 tygodniu ciąży oraz bezwzględnej hospitalizacji po 41 tygodniu ciąży nie są zgodne z zaleceniami znajdującymi się w podręcznikach położnictwa. Amerykańskie Stowarzyszenie Położników i Ginekologów zaleca rozpoczęcie monitorowania przedporodowego pomiędzy 41 a 42 tygodniem ciąży. Podobne stanowisko zawarte jest w 22 wydaniu Położnictwa Williams’a (2005 r., str.887). Realizacja zaleceń zawartych w standardach spowoduje niepotrzebna stratę czasu przez kobietę ciężarną i rodzinę, oraz olbrzymie, zbędne wydatki ponoszone przez NFZ. Oddziały patologii ciąży będą musiały być powiększone cztero - pięciokrotnie,

konieczne będzie znaczne zwiększenie wydatków na ambulatoryjne porady położnicze po 40 tygodniu ciąży.(II.).

15. Nie jest uzasadnione czterokrotne badanie ultrasonograficzne podczas prawidłowo przebiegającej ciąży. Potrzebne są dwa, najwyżej trzy takie badania(II.).
16. W podręcznikach anatomii człowieka nie ma definicji „dolnego odcinka układu rozrodczego”(III.1.5.).
17. Jako czynniki ryzyka położniczego wymienia się wielowodzie i małowodzie (III.2.8.) a kilka zdań później powtarza się ten sam czynnik określony tym razem jako „nieprawidłowa objętość płynu owodniowego” (III.2.15.).
18. Przekroczenie terminu porodu nie oznacza automatycznie zwiększenia ryzyka powikłań, jak podaje się standardach. Takie podejście wywoła niepokój kobiet i ich oczekiwanie na wykonanie procedury indukcji porodu bez medycznych wskazań.(III.2.12.). Pociągnię to za sobą niepotrzebne ryzyko dla matki i dziecka i zwiększenie częstości cięć cesarskich
19. Niekonsekwentnie zaleca się najpierw umożliwienie ciężarnej wyboru miejsca porodu (w szpitalu lub poza szpitalem) (IV.4.), by w następnym zdaniu obligować personel medyczny by poinformował rodzącą, że zaleca się jednak prowadzenie porodu w warunkach szpitalnych (IV.5.). Takie sformułowania postawią osoby podejmujące się prowadzenia porodu w domu w niekorzystnej sytuacji prawnej.
20. Zaleca się, wbrew wiedzy medycznej, pominiecie badania położniczego zewnętrznego w monitorowaniu przebiegu porodu (VII.3.2.).
21. Zapomniano o zaleceniu osuszenia noworodka, zabezpieczeniu przed utratą ciepła przed przystawieniem do piersi matki (X.3.6.).

W całym tekście nie wspomniano o zachęceniu kobiety w ciąży i jej męża (partnera) do uczęszczania do szkoły dla rodziców. Szkoła rodzenia to integralna i bardzo istotna część świadczeń zdrowotnych podczas ciąży. Brak wzmianki na ten temat uważam za poważny błąd tekstu standardów.

Jak wspomniałem, tekst jest niejednolity jeżeli chodzi o szczegółowość zaleceń. Generalnie jest zbyt szczegółowy i niepotrzebnie zawiera dokładne opisy procedur, dawki leków, które są podane w podręcznikach. Wyrażna jest w dokumencie uzasadniona tendencja do zmniejszenia medykalizacji prawidłowo przebiegającej ciąży i porodu. Z drugiej strony jednak zaleca się obowiązkową hospitalizację zdrowej kobiety w 41 tygodniu ciąży a w tygodniu poprzedzającym wizyty ambulatoryjne co 2 – 3 dni, a więc nadmierną, nieuzasadnioną przez współczesną wiedzę medyczną medykalizację opieki medycznej nad kobietą podczas fizjologicznej ciąży.

Zastrzeżenia budzi styl tekstu. Stwarza wrażenie, że dokument został przygotowany w pośpiechu. Oto przykłady:

- „Wsparcie rodzącej oraz jej osoby bliskiej” (I.5.5).
- „... w przypadku wystąpienia objawów śródporodowych czynników ryzyka lub czynników ryzyka występujących u płodu lub noworodka.”(II.10).
- „powinna zostać oceniona długość, pozycje, konsystencje szyjki macicy...”(VIII.3.1a).

Szkoda, że tak ważny dokument ma istotne mankamenty. Uważam, że nie powinien być wdrażany przed poddaniem istotnym zmianom.

Z wyrazami szacunku

Bożena Chmura

Do wiadomości:

1. Jacek Paszkiewicz, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, ul. Grójecka 186, 02-390 Warszawa
2. Prof. dr hab. med. Ryszard Poręba, Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 1, ul. Edukacji 102, 43-100 Tychy
3. Prof. dr hab. med. Marta Szymankiewicz, Przewodnicząca Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej, Klinika Neonatologii Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, ul. Polna 33, 60 535 Poznań
4. Dr hab. prof. SGH Zbigniew Strzelecki, Przewodniczący Rządowej Rady Ludnościowej, Al. Niepodległości 208, 00-925 Warszawa
5. Dr Maciej Hamankiewicz, Prezes Naczelnej Lekarskiej, ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa
6. Elżbieta Buczkowska, Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, ul. Pory 78, X p. 02-757 Warszawa
7. Aleksandra Gielewska, Redaktor Naczelny „Służby Zdrowia”, ul. J. Brożka 4, 01 442 Warszawa