RZĄDOWA RADA
LUDNOŚCIOWA

Sytuacja demograficzna Polski

RAPORT 2025

Warszawa 2026

RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA

Sytuacja demograficzna Polski

RAPORT 2025

Warszawa 2026

Zespół autorów Rządowej Rady Ludnościowej:

dr Anita Abramowska-Kmon – Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Główny Urząd Statystyczny
prof. dr hab. Piotr Błędowski – Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, zastępca przewodniczącej RRL, Komitet Nauk Demograficznych PAN
dr hab. Agnieszka Chłoń-Domińczak – prof. Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie, przewodnicząca RRL, Komitet Nauk Demograficznych PAN
dr hab. Agnieszka Fihel – Uniwersytet Warszawski, Komitet Nauk Demograficznych PAN
prof. dr hab. Elżbieta Gołata – Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu, zastępczyni przewodniczącej RRL, przewodnicząca Komitetu Nauk Demograficznych PAN
prof. dr hab. Jolanta Grotowska-Leder – Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie, Komitet Nauk Demograficznych PAN
dr hab. Wojciech Janicki – prof. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Komitet Nauk Demograficznych PAN
dr hab. Paweł Kaczmarczyk – prof. Uniwersytetu Warszawskiego, Komitet Nauk Demograficznych PAN
dr Łukasz Komorowski – Instytut Rozwoju Wsi i Rolnictwa Polskiej Akademii Nauk
prof. dr hab. Irena E. Kotowska – Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Komitet Nauk Demograficznych PAN
dr hab. Ireneusz Kuropka – prof. Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Komitet Nauk Demograficznych PAN
prof. Rafał Kurzawa – Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii
dr Katarzyna Saczuk – Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Uniwersytet Warszawski, sekretarz RRL
Aleksandra Saniewska-Kilim – Ministerstwo Zdrowia
Anna Smaga – Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy
dr hab. Monika Stanny – prof. Instytutu Rozwoju Wsi i Rolnictwa PAN, Komitet Nauk Demograficznych PAN, Komitet Przestrzennego Zagospodarowania Kraju PAN
dr hab. Paweł Strzelecki – prof. Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie, Komitet Nauk Demograficznych PAN
dr Marta Styrc – Szkoła Główna Handlowa w Warszawie
prof. dr hab. Barbara Szatur-Jaworska – Uniwersytet Warszawski, Komitet Nauk o Pracy i Polityce Społecznej PAN
dr hab. Piotr Szukalski – prof. Uniwersytetu Łódzkiego, Komitet Nauk Demograficznych PAN
prof. dr hab. Daniela Szymańska – Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu; Komitet Nauk Geograficznych PAN, Komitet Nauk Demograficznych PAN
dr hab. Krzysztof Tymicki – Szkoła Główna Handlowa w Warszawie
dr Bogdan Wojtyniak – prof. Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowego Instytutu Badawczego; Komitet Zdrowia Publicznego PAN
dr hab. Wiktoria Wróblewska – prof. Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie, Komitet Nauk Demograficznych PAN

Publikacja „Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2025".
Prawa autorskie (copyright by):
Rządowa Rada Ludnościowa
Główny Urząd Statystyczny
Warszawa 2026

ISBN (wersja drukowana): ISBN 978-83-67809-87-0
ISBN (wersja elektroniczna): ISBN 978-83-67809-88-7

Rządowa Rada Ludnościowa
00-925 Warszawa, Al. Niepodległości 208
Tel. (48) 22 608 30 40, (48) 22 608 31 75, (48) 22 449 40 40 e-mail: rrl.sekretariat@stat.gov.pl

Spis treści

Wprowadzenie 5

Rozdział I. Płodność i formy życia rodzinnego 12
1.1. Wprowadzenie 12
1.2. Niska płodność i opóźnianie macierzyństwa 13
1.3. Zawieranie małżeństw 16
1.4. Prokreacja a zawieranie małżeństw 20
1.5. Rozpad małżeństw 24
1.6. Podsumowanie 25

Rozdział II. Zdrowie i umieralność 28
2.1. Wprowadzenie 28
2.2. Najważniejsze problemy zdrowotne Polaków 28
2.2.1. Zmiany w poziomie subiektywnych wskaźników stanu zdrowia 28
2.2.2. Hospitalizacje i ich przyczyny 30
2.3. Przeciętne dalsze trwanie życia i umieralność 31
2.3.1. Przeciętne dalsze trwanie życia w wieku 0 lat i oczekiwana długość życia osób w wieku 65 lat w Polsce oraz w UE 31
2.3.2. Umieralność 34
2.3.3. Umieralność z powodu przyczyn, dla których zgony są możliwe do uniknięcia 36
2.4. Podsumowanie 39

Rozdział III. Migracje międzynarodowe 40
3.1. Wprowadzenie 40
3.2. Migracja z i do Polski – uwagi ogólne 40
3.3. Emigracja z Polski 43
3.4. Imigracja do Polski 46
3.5. Imigranci z Ukrainy w Polsce 49
3.6. Podsumowanie 53

Rozdział IV. Migracje wewnętrzne i przyrost rzeczywisty w ujęciu przestrzennym 55
4.1. Wprowadzenie 55
4.2. Saldo migracji 56
4.3. Zróżnicowanie przestrzenne migracji wewnętrznych 57
4.4. Dynamika przestrzenna przyrostu rzeczywistego 58
4.5. Podsumowanie 62

Rozdział V. Starzenie się ludności i aktywność zawodowa osób w wieku okołoemerytalnym 64
5.1. Wprowadzenie 64
5.2. Zmiany liczby i struktury wieku ludności w Polsce 64
5.3. Starzenie się ludności w Polsce – pomiar alternatywny 66
5.4. Aktywność zawodowa osób starszych w świetle Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL) 68
5.5. Osoby starsze pracujące zawodowo 68
5.6. Przechodzenie na emeryturę 69
5.7. Podsumowanie 71

Rozdział VI. Wspieranie prokreacji a zdrowie reprodukcyjne 73
6.1. Wprowadzenie 73
6.2. Płodność poniżej zastępowalności pokoleń i utrzymywanie się niskiej płodności 73
6.3. Zdrowie reprodukcyjne i jego konteksty 75
6.4. Regulacje dotyczące wybranych aspektów zdrowia reprodukcyjnego w Polsce 76
6.5. Medyczne aspekty zdrowia reprodukcyjnego 79
6.5.1. Styl życia a płodność 79
6.5.2. Niepłodność i jej leczenie 80
6.6. Podsumowanie 82
Rozdział VII. Podsumowanie i rekomendacje 84
7.1. Płodność i formy życia rodzinnego 84
7.2. Zdrowie i umieralność 86
7.3. Migracje międzynarodowe 86
7.4. Migracje wewnętrzne i przyrost rzeczywisty w ujęciu przestrzennym 87
7.5. Starzenie się ludności i aktywność zawodowa osób w wieku okołoemerytalnym 89
7.6. Wspieranie prokreacji a zdrowie reprodukcyjne 89
Bibliografia 92

Wprowadzenie

Piotr Błędowski[1], Agnieszka Chłoń-Domińczak[2], Elżbieta Gołata[3], Irena E. Kotowska[4]

Rządowa Rada Ludnościowa (RRL) przedstawia raport pt. „Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2025". Dotyczy on lat 2024 i 2025, ale ukazuje trendy demograficzne w ostatniej dekadzie i dłuższe. Analizy procesów ludnościowych dotyczą w większości danych do 2024 r. w perspektywie dekady (od 2014 r.). W trakcie przygotowywania raportu pojawiły się bardziej aktualne informacje dotyczące liczby ludności czy wybranych współczynników demograficznych, co sygnalizujemy we wprowadzeniu. Nie są one jeszcze kompletne, w szczególności nie obejmują wszystkich analizowanych przez nas mechanizmów demograficznych. Najnowsze dane nie wpływają na przedstawioną ocenę tych mechanizmów. Uwzględnimy je w analizach kolejnej edycji raportu.

Według stanu na 31 grudnia 2025 r. liczba ludności Polski wynosiła 37,3 mln osób[5], co oznacza, że w minionym roku zmniejszyła się o 157 tys. osób. W 2025 r. urodziło się 238 tys. dzieci, a zmarło 406 tys. osób. Oznacza to ubytek naturalny wynoszący 168 tys. osób. Wskazany ubytek rzeczywisty uwzględnia saldo migracji.

Polska, podobnie jak inne kraje europejskie, doświadcza zmiany demograficznej określanej megatrendem XXI w. Zmianę tę, obserwowaną w rosnącej liczbie krajów, wyróżnia nie tylko płodność poniżej zastępowalności pokoleń, ale także to, że utrzymuje się na niskim lub bardzo niskim poziomie. Wraz z systematycznym spadkiem umieralności i stałym wydłużaniem trwania życia prowadzi to do przyspieszenia starzenia się ludności i zmniejszania potencjalnych zasobów pracy oraz utrwalania spadkowej tendencji liczby ludności. Autorzy raportów o sytuacji demograficznej prezentowanych na forum europejskim (Kugler, 2025; Kugler i Hefele, 2025) podkreślają, że nie jest to przejściowa fluktuacja ludnościowa, lecz głęboka transformacja strukturalna, która w sposób trwały i wielowymiarowy wpływa na funkcjonowanie społeczeństw, gospodarek oraz systemów politycznych. Sytuacja demograficzna wymaga zatem długookresowych i skoordynowanych odpowiedzi politycznych na poziomie krajowym i europejskim.

[1] Kolegium Ekonomiczno-Społeczne SGH, Rządowa Rada Ludnościowa, pbledo@sgh.waw.pl. ORCID: 0000-0003-4207-2283.

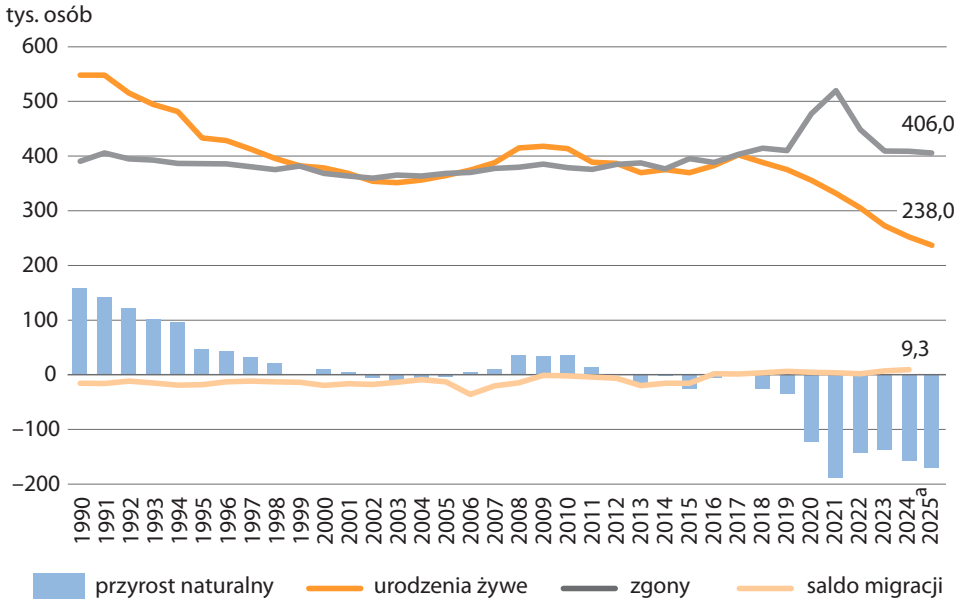
[2] Instytut Statystyki i Demografii SGH, Rządowa Rada Ludnościowa, achlon@sgh.waw.pl. ORCID: 0000-0001-5068-0276.

[3] Katedra Statystyki, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu, Rządowa Rada Ludnościowa. Elzbieta.Golata@ue.poznan.pl. ORCID: 0000-0001-5570-9576.

[4] Instytut Statystyki i Demografii SGH, Rządowa Rada Ludnościowa, iekoto@sgh.waw.pl. ORCID: 0000-0001-5359-4509.

[5] Jest to liczba ludności według definicji krajowej, która ujmuje stałych mieszkańców, w tym osoby przebywające czasowo za granicą (bez względu na okres przebywania), jeśli zachowały stałe zameldowanie w Polsce. Definicja ta nie ujmuje imigrantów przebywających w Polsce czasowo (GUS, 2022, s. 19). Statystyki Eurostatu przedstawiają natomiast ludność rezydującą, tj. zamieszkałą w danym miejscu zgodnie z kryterium 12 miesięcy przebywania przed momentem referencyjnym (UN, 2021).

Wykres 1. Składniki bilansu ludności w latach 1990–2025



a Wstępny szacunek.
Źródło: GUS (2026).

Według najnowszych przewidywań Eurostatu (projekcja ludności EUROPOP 2025) populacja Unii Europejskiej (UE) osiągnie maksymalną wielkość 453,3 mln osób w 2029 r. (Eurostat, 2026), a następnie będzie się stopniowo zmniejszać do 447,9 mln w 2050 r. Według tej samej projekcji ludnościowej populacja rezydentów w Polsce zmniejszy się do 32,9 mln w 2050 r.[6].

W UE już od 2012 r. odnotowuje się rocznie więcej zgonów niż urodzeń, co oznacza, że w ostatnich latach czynnikiem wzrostu populacji była migracja. W Polsce ujemny przyrost naturalny obserwujemy od 2013 r. Od 2016 r. saldo migracji zagranicznych w Polsce jest dodatnie. Według danych GUS w 2025 r. liczba imigrantów przewyższyła liczbę osób emigrujących o 10,9 tys., łagodząc nieco ubytek ludności, ale go nie kompensując.

Choć spadek populacji dotyczy UE jako całości, nie jest udziałem wszystkich krajów. Wyjątek stanowią: Luksemburg, Irlandia, Szwecja, Holandia i Francja, w których liczba ludności nadal wzrasta. Spadku liczby ludności doświadczyły w szczególności kraje Europy Środkowej i Wschodniej. Sięga on lat 90. XX w. i jest rezultatem niskiej płodności oraz ujemnego salda migracji. Kraje te na początku transformacji ustrojowej doświadczyły szybkiego spadku wywołanego drugim przejściem demograficznym[7], głównie jednak był to efekt gwałtownych zmian gospodarczych, instytucjonalnych i społecznych. W kolejnych dekadach nasiliły się zmiany dotyczące rodzin właściwe drugiemu przejściu demograficznemu. W okresie transformacji, a także po akcesji do UE, w krajach tych

[6] Eurostat przedstawia szacunki ludności rezydującej według stanu na 1 stycznia danego roku. GUS natomiast publikuje dane o liczbie ludności według stanu na 31 grudnia danego roku.

[7] Koncepcja przemian procesu reprodukcji ludności, która skupia się na przemianach zachowań dotyczących rodziny, sformułowana przez Rona Lesthaegha i Dirka van de Kaa w 1986 r. (por. przypis 14 w rozdz. 1).

wzrosła emigracja. W dużej mierze była to emigracja do państw Europy Zachodniej, co oznacza, że populacja ta pozostała w UE. Według danych Eurostatu drastycznie wysokiego spadku ludności doświadczyły: Łotwa (–43%), Bułgaria (–40%), Litwa (–28%), Chorwacja (–23%) i Rumunia (–22%). Na tym tle sytuacja w Polsce, która odnotowała 5% spadek populacji i jest największym pod względem liczby ludności krajem Europy Środkowo-Wschodniej, rysuje się zdecydowanie łagodniej.

Zmiana wielkości populacji to złożony efekt zależności między procesami demograficznymi. Różnica netto liczby ludności w danym okresie jest wynikiem takich procesów, jak płodność, umieralność i migracje. Istotnym dodatkowym czynnikiem jest struktura wieku populacji ukształtowana przez dotychczasowe trendy demograficzne. Powoduje efekt inercji – kontynuację zmiany liczebności populacji pomimo niezmienności współczynników płodności, umieralności i migracji (tzw. population momentum[8]). Na podstawie danych World Population Prospects (UN, 2022) Ueffing, Zubeldia Razquin i Natale (2025) dokonali dekompozycji zmiany populacji w krajach UE w perspektywie 2050 r. Wyniki wskazują, że przewidywany do 2050 r. spadek populacji UE o 4,9%[9] będzie efektem spadku płodności (–7,6%) i zmian struktury wieku (–6,3%), łagodzonym przez wzrost oczekiwanego trwania życia (4,4%) oraz migracje (4,6%). Do 2050 r. tylko 9 spośród 27 państw UE doświadczy wzrostu populacji, 17 zaś odnotuje spadek, a w jednym wielkość populacji się nie zmieni. Największego spadku, o prawie ¼ populacji, oczekiwać może Bułgaria (–24,7%) w wyniku negatywnego oddziaływania wszystkich komponentów z wyjątkiem spadku umieralności. Największego prognozowanego wzrostu wielkości populacji może oczekiwać Luksemburg o 22,3% oraz Irlandia o 14,8%. Przy czym według Ueffing, Zubeldia Razquin i Natale (2025) w krajach tych jedynie płodność będzie powodować spadek o odpowiednio –10,5% oraz –6,2%, spowalniając wzrost wynikający z pozytywnego wpływu pozostałych składowych dynamiki ludności. Polska w tym zestawieniu plasuje się na 17. miejscu z przewidywanym spadkiem populacji o –8,8%, będącym łącznym efektem spadku płodności (–8,6%) i starszej struktury wieku (–9,1%), łagodzonym przez wzrost oczekiwanego trwania życia (5,9%) i migracje (3,0%).

Trendy charakteryzujące główne procesy demograficzne w ostatnich dekadach w Polsce i w innych krajach UE można ująć następująco: trwały spadek płodności i wyraźny spadek umieralności (wzrost oczekiwanego trwania życia), które powodują starzenie się populacji zarówno od podstaw, jak i od wierzchołka piramidy wieku. Utrwala się tendencja spadku liczby ludności.

W zakresie migracji zagranicznych Polska doświadczyła transformacji z kraju emigracji w kraj atrakcyjny dla imigrantów, co uwidacznia się w dodatnim saldzie migracji. Pogłębia się zróżnicowanie przestrzenne procesów demograficznych, a migracje wewnętrzne powodują koncentrację ludności w strefach oddziaływania dużych ośrodków miejskich, nasilając jednocześnie depopulację na obszarach peryferyjnych.

Polska od trzech dekad doświadcza trwałego obniżania się współczynnika dzietności, który według GUS wynosił 1,068 dziecka na kobietę w 2025 r., a w 2024 r. – 1,099, Eurostat zaś podaje wartość 1,14 w 2024 r., a więc znacznie poniżej poziomu zastępowalności

[8] W populacji o starszej strukturze wieku efekt „population momentum" jest ujemny, powodując dalszy spadek liczebności populacji nawet w sytuacji wzrostu płodności. Jest to skutkiem mniejszej liczebności młodszych generacji. Odwrotnie, bo dodatni efekt wzrostu populacji pomimo spadku płodności występuje w populacji o młodej strukturze wieku.

[9] Projekcje ONZ uwzględniają szacunki ludności według definicji krajowych.

pokoleń. Wartości współczynnika dzietności w Polsce należą do najniższych w Europie. Obserwuje się systematyczne odkładanie decyzji o rodzicielstwie, czyli wzrasta średni wiek matki w chwili rodzenia dziecka – w 2024 r. wynosił 30,3 roku. Warto jednak podkreślić, że pomimo wzrostu średniego wieku macierzyństwa Polska należy do krajów, w których nie przekracza on 31 lat, podczas gdy średnia unijna to 31,3 roku.

Równocześnie obserwowany jest wzrost oczekiwanego trwania życia – w 2025 r. wynosiło ono 75,37 roku dla mężczyzn oraz 82,48 roku dla kobiet, zaś w 2024 r. odpowiednio 74,93 roku oraz 82,26 roku. Jest to ogromne osiągnięcie cywilizacyjne. Rośnie nie tylko trwanie życia, ale także oczekiwane trwanie życia w zdrowiu. Kierunek zmian jest pozytywny. Nadal jednak utrzymuje się duży dystans Polski do krajów z najlepszymi wskaźnikami oraz do średniej unijnej. W 2024 r. trwanie życia mężczyzn w Polsce było krótsze w relacji do średniej UE27 o 4,2 roku, a dla kobiet różnica ta wyniosła 1,9 roku. Niemniej fakt, że żyjemy dłużej powoduje wzrost liczby i udziału osób starszych, co prowadzi do szybkiego starzenia się populacji. Osób w wieku 65+ było w 2025 r. prawie 7,5 miliona, co stanowiło 20,5% populacji. Ludność w wieku 85+ stanowiła 2,2% populacji kraju. Skutkiem tego jest wzrost liczby osób w wieku poprodukcyjnym przypadających na 100 osób w wieku produkcyjnym, zmniejszające się potencjalne zasoby pracy i narastająca presja na systemy: emerytalny, ochrony zdrowia i opieki długoterminowej.

W ubiegłorocznym raporcie zwracaliśmy uwagę na potrzebę opracowania strategii demograficznej dla Polski. Uznając łagodzenie zmian demograficznych i adaptację do nich za cele tej strategii, wskazujemy kluczowe kierunki działań. Za ważne, w kontekście zapewnienia zrównoważonego rozwoju, uważamy uwzględnienie silnego zróżnicowania przestrzennego. Do tych zagadnień odnosimy się w rozdziale czwartym. Zwracamy ponadto uwagę na konsekwencje przeobrażeń rodzin i gospodarstw domowych, co wiąże się z koniecznością uwzględnienia inkluzywności w polityce społecznej. Nawiązujemy szerzej do tych kwestii w pierwszym i piątym rozdziale raportu. Podkreślamy także znaczenie zdrowia publicznego i edukacji zdrowotnej, co zostało uwzględnione w rozdziałach drugim i szóstym. Ten ostatni rozdział dotyczy w szczególności zdrowia reprodukcyjnego, także jako istotnego czynnika umożliwiającego realizację planów prokreacyjnych. Dostrzegamy potrzebę operacjonalizacji pożądanych kierunków działań i deklarujemy gotowość do współpracy w konkretyzowaniu i wdrażaniu proponowanych rozwiązań.

Podobnie jak w ubiegłym roku do opracowania raportu zaprosiliśmy grono demografów, którzy posiadają unikatową wiedzę ekspercką. Nawiązując do trendów przedstawionych w poprzedniej edycji raportu, dokonali oni wyboru istotnych zagadnień, które stanowią uzupełnienie i rozszerzenie opisu podstawowych procesów demograficznych. Wyniki prowadzonych przez nich badań naukowych stanowią podstawę formułowanych rekomendacji. Pomimo złożoności problemów podejmowanych w raporcie staraliśmy się przedstawić je w sposób syntetyczny i zrozumiały dla jak najszerszego grona odbiorców. Mamy nadzieję, że ten klarowny opis sytuacji przyczyni się do zwiększenia świadomości społecznej dotyczącej zmiany demograficznej w Polsce, a zwłaszcza przeciwstawi się coraz liczniejszym, ale często niepoprawnym interpretacjom miar i procesów demograficznych oraz „receptom na wzrost dzietności", które nie są oparte na rzetelnych badaniach. Raport jest głosem ekspertów Rządowej Rady Ludnościowej w dyskusji o obecnej i przyszłej sytuacji demograficznej kraju.

W pierwszym rozdziale pt. „Płodność i formy życia rodzinnego" (autorzy: Irena E. Kotowska, Marta Styrc i Krzysztof Tymicki) przedstawiony jest opis procesów formowania, rozwoju i rozpadu rodzin oraz transformacji form życia rodzinnego. Opisane

w poprzednim raporcie trendy zaktualizowano najnowszymi danymi. Miary płodności w Polsce należą do najniższych w Europie. Wyjaśniając przyczyny utrzymywania się niskiej płodności, autorzy szerzej omawiają opóźnianie macierzyństwa oraz rosnący udział urodzeń pozamałżeńskich. Analizują zmniejszanie się skłonności do zawierania małżeństw na rzecz związków niemałżeńskich, zwłaszcza pierwszych związków. Zwracają uwagę na ograniczenia dostępnych danych, uniemożliwiające pełniejszą analizę urodzeń. Autorzy wskazali także na nowe zjawiska – rosnącą liczbę urodzeń przez cudzoziemki rezydujące lub posiadające prawo pobytu w Polsce oraz wzrost liczby małżeństw binacjonalnych. Proces formowania i rozwoju rodzin przedstawiono w powiązaniu z urodzeniami według kolejności. Skupiono się także na rozwodach – nasileniu rozpadu małżeństw i wybranych cechach tego procesu.

W drugim rozdziale „Zdrowie i umieralność" (autorzy: Ireneusz Kuropka, Anna Smaga, Bogdan Wojtyniak i Wiktoria Wróblewska) dokonano oceny stanu zdrowia Polaków przez pryzmat problemów zdrowotnych oraz zmiany długości życia i umieralności w latach 2015–2024. Przedstawiono najważniejsze problemy zdrowotne Polaków z uwzględnieniem hospitalizacji i ich przyczyn.

Przeciętne dalsze trwanie życia w wieku 0 lat i oczekiwaną długość życia osób w wieku 65 lat w Polsce ukazano na tle krajów UE. Niepokoi wzrost natężenia zgonów spowodowanych chorobami układu oddechowego w latach 2015–2024, który wśród kobiet wyniósł ponad 20%. Umieralność spowodowana chorobami układu pokarmowego podlegała różnokierunkowym zmianom, ale w 2024 r. była znacznie wyższa niż w 2015 r. Współczynniki zgonów w Polsce z 2024 r. przekraczają średnie odnotowane trzy lata wcześniej w UE. Przedstawiono także umieralność z przyczyn, w odniesieniu do których zgony są możliwe do uniknięcia. Autorzy podkreślają, że w Polsce ciągle utrzymują się duże różnice w umieralności kobiet i mężczyzn. Szczególnie wysokie natężenie zgonów mężczyzn w wieku od 50 do 79 lat powoduje, że oczekiwana długość życia kobiet przekracza o ponad siedem lat trwanie życia mężczyzn.

Rozdział trzeci „Migracje międzynarodowe" (autorzy: Wojciech Janicki, Paweł Kaczmarczyk, Katarzyna Saczuk, Paweł Strzelecki i Agnieszka Fihel) przedstawia fundamentalną przemianę Polski z kraju będącego jednym z najważniejszych obszarów masowej emigracji w kraj atrakcyjny docelowo dla imigrantów. Podkreślono znaczenie tej transformacji dla różnych aspektów funkcjonowania społeczeństwa i gospodarki kraju. Autorzy opisują sytuację migracyjną Polski zarówno w kontekście procesów emigracyjnych, jak i obecności imigrantów w Polsce. Wskazują na problemy pomiaru migracji, stosowanie różnych definicji oraz ich konsekwencje. Emigracja z Polski ma charakter głównie europejski. W rozdziale przedstawiono także strukturę emigracji według krajów docelowych. Imigrację ukazano w kontekście przemiany Polski w kraj będący atrakcyjnym wyborem dla obcokrajowców. Wskazano, że utrzymująca się niska dzietność, coraz mniej liczne roczniki zasilające rynek pracy, przyspieszony proces starzenia i stosunkowo niski wiek emerytalny, stopniowo zwiększają zapotrzebowanie na cudzoziemską siłę roboczą. Odrębną uwagę poświęcono pogłębionej analizie sytuacji imigrantów z Ukrainy, w szczególności zaś dwóm aspektom: napływowi uchodźców po wybuchu pełnoskalowej wojny w lutym 2022 r. oraz ekonomicznym aspektom ich integracji w Polsce. Podkreślono spektakularnie wysoką aktywność ekonomiczną uchodźców (ze wskaźnikami zatrudnienia przewyższającymi 70% i niskim odsetkiem osób bezrobotnych i nieaktywnych zawodowo), wyjątkową na tle innych krajów europejskich, do których docierali i docierają obywatele Ukrainy.

Rozdział czwarty „Migracje wewnętrzne i przyrost rzeczywisty w ujęciu przestrzennym" (autorzy: Monika Stanny, Łukasz Komorowski i Daniela Szymańska) wskazuje na znaczenie migracji wewnętrznych jako jednego z kluczowych czynników kształtujących zmiany demograficzne na poziomie lokalnym i regionalnym. Przedstawiono natężenie i kierunki migracji wewnętrznych. Uwzględniając zarówno długookresowe tendencje, jak i najnowsze dane, analizie poddano saldo migracji na poziomie gmin, zróżnicowanie przestrzenne oraz relacje między komponentami przyrostu rzeczywistego w różnych typach jednostek samorządu terytorialnego.

Rozdział piąty zatytułowany „Starzenie się ludności i aktywność zawodowa osób w wieku okołoemerytalnym" (autorzy: Anita Abramowska-Kmon, Piotr Błędowski, Barbara Szatur-Jaworska i Piotr Szukalski) dotyczy zmieniających się struktur wieku ludności, a także wyzwań w celu poprawy sytuacji społeczno-ekonomicznej osób starszych. Starzenie się populacji w Polsce przebiegało szybciej niż w innych krajach Unii Europejskiej. Ważną charakterystyką procesu starzenia się jest silna feminizacja zbiorowości osób starszych. Zmiany struktury wieku przedstawiono za pomocą miar tradycyjnych oraz alternatywnych, ukazując w ten sposób potencjał ludności w starszym wieku w kontekście ich udziału w rynku pracy. Szczególną uwagę autorzy skupili na aktywności zawodowej osób w wieku okołoemerytalnym.

Ostatni rozdział raportu tradycyjnie poświęcony jest istotnym społecznie problemom dotyczącym sytuacji demograficznej. W Polsce, kraju o utrzymującej się bardzo niskiej płodności, szczególnej uwagi wymaga kwestia wspierania rodzicielstwa. W debacie publicznej niedostatecznie zwraca się uwagę na znaczenie zdrowia reprodukcyjnego, w tym na rosnące ryzyko niepłodności doświadczanej przez coraz więcej osób w wieku reprodukcyjnym. Niezmiernie ważnym instrumentem polityki wspierającej dzietność jest dostęp do diagnostyki i leczenia niepłodności zgodnego ze współczesną wiedzą medyczną, co uzasadnia wybór problematyki zdrowia reprodukcyjnego.

Rozdział szósty pt. „Wspieranie prokreacji a zdrowie reprodukcyjne" (autorzy: Rafał Kurzawa, Aleksandra Saniewska-Kilim i Jolanta Grotowska-Leder) podkreśla braki w edukacji dotyczącej zdrowia reprodukcyjnego zarówno wśród osób młodych, jak i dorosłych. Szczególnie niewystarczająca jest wiedza o skutkach opóźniania decyzji o rodzicielstwie dla realizacji zamierzeń prokreacyjnych, niedoszacowaniu wpływu wieku i stylu życia na płodność oraz niska świadomość możliwości i ograniczeń współczesnej medycyny rozrodu. Omówiono w nim czynniki medyczne, środowiskowe oraz styl życia, kształtujące możliwości poczęcia dziecka. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia w krajach rozwiniętych niepłodność dotyczy około 15% par. Szacuje się, że w Polsce jest to problem 1,2–1,5 miliona par. Program in vitro, realizowany od czerwca 2024 r., jest ważnym sposobem wspierania prokreacji, umożliwiając skorzystanie z „daru rodzicielstwa" oferowanego przez współczesną medycynę tym, których dotknęła niepłodność[10]. Według danych Ministerstwa Zdrowia do końca lipca 2026 r. do programu zakwalifikowano 54 tys. par, odnotowano 32,3 tys. ciąż i urodziło się 16,7 tys. dzieci. Autorzy podkreślają znaczenie kompleksowego leczenia niepłodności i nadanie mu właściwej rangi w działaniach na rzecz poprawy dzietności. Wskazują też na konieczność upowszechnienia

[10] Sformułowanie „dar rodzicielstwa", którego użyto w tytule raportu Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii oraz Medycznej Racji Stanu (2025), odzwierciedla zarówno perspektywę indywidualną, jak i ujęcie systemowe – świadczenie zgodne ze stanem wiedzy medycznej.

wiedzy o możliwych barierach prokreacji obecnych i przyszłych pokoleń wynikających ze zmian zdrowia reprodukcyjnego populacji.

Ten raport RRL ma formułę podobną do poprzedniego. Jest syntetyczny, skupia się na kluczowych kwestiach i wyzwaniach dla Polski wynikających ze zmian ludnościowych. Został napisany z myślą o szerokim gronie odbiorców: badaczach, przedstawicielach administracji publicznej rządowej i samorządowej, organizacji społecznych, mediów oraz wszystkich osobach zainteresowanych tą tematyką. Liczymy, że będzie podstawą debaty nad potrzebą działań podejmowanych nie tylko przez władze publiczne, ale też instytucje kreujące zmiany społeczne i gospodarcze: pracodawców, związki zawodowe, organizacje pozarządowe czy media.

Dziękujemy za uwagi i sugestie przekazane przez Stały Komitet Rady Ministrów. Wiele z nich zostało uwzględnionych poprzez wprowadzenie stosownych zmian w poszczególnych rozdziałach, inne będą pomocne przy przygotowywaniu kolejnego raportu. Podkreślamy, iż za zawartość dokumentu odpowiada zespół autorów.

Odpowiedzialnie realizując zadania RRL jako organu doradczego Prezesa Rady Ministrów, przedstawiamy wnikliwą analizę procesów demograficznych oraz formułujemy rekomendacje działań. Raport został przygotowany przez uznanych w kraju i za granicą badaczy, którzy odwołali się do wyników rzetelnie prowadzonych badań naukowych procesów demograficznych. Biorąc pod uwagę skalę doświadczanej zmiany demograficznej, ważne jest, aby decydenci byli poinformowani o zachodzących procesach i o konieczności działań, które należy podjąć, a także o wyborach w obszarze polityki publicznej, których trzeba dokonać.

Rozdział I. Płodność i formy życia rodzinnego

Irena E. Kotowska[11], Marta Styrc[12], Krzysztof Tymicki[13]

1.1. Wprowadzenie

Skupiamy się na najważniejszych przemianach dotyczących tworzenia, rozwoju i rozpadu rodzin w Polsce, przy czym odwołujemy się do trendów obserwowanych w innych krajach europejskich[14]. Omówiony w raporcie RRL opublikowanym w 2025 r. mechanizm utrzymywania się niskiej płodności w Polsce dokumentujemy najnowszymi danymi. Omawiamy szerzej opóźnianie macierzyństwa, a także rolę urodzeń niemałżeńskich – ich liczba i udział w ogólnej liczbie urodzeń systematycznie i znacząco rośnie. Wskazujemy także na nowe zjawisko – zwiększającą się liczbę urodzeń przez cudzoziemki rezydujące lub posiadające prawo pobytu w Polsce. Analizujemy zmniejszenie się skłonności do zawierania małżeństw na rzecz tworzenia związków niemałżeńskich, zwłaszcza w przypadku pierwszych związków, oraz opóźnianie wstępowania w związki[15]. Nowym zjawiskiem jest wzrost liczby małżeństw binacjonalnych (zawartych pomiędzy obywatelami różnych państw). Zajmujemy się bliżej relacją między prokreacją a tworzeniem związków małżeńskich. Analiza urodzeń pierwszych i drugich dzieci oraz urodzeń dalszej kolejności według statusu związku w chwilach poczęcia i urodzenia ukazuje transformację procesu formowania i rozwoju rodzin oraz rosnące znaczenie rodzin opartych na związkach niemałżeńskich. Zjawisko to udokumentowaliśmy już w poprzednim raporcie RRL na podstawie analizy danych o strukturach rodzinnych ze spisu powszechnego 2021 r. Ostatnim zjawiskiem, które dotyczy przemian życia rodzinnego w Polsce są rozwody. Skupiamy się na przedstawieniu nasilenia rozpadu małżeństw i wybranych cechach tego procesu.

Podstawą analiz są dane GUS, ale dokonując porównań z innymi krajami europejskimi, odwołujemy się do danych Eurostatu (najnowsze dotyczą 2024 r.), który wyznacza wskaźniki demograficzne dla ludności rezydującej (ludność według międzynarodowej definicji miejsca zamieszkania – por. przypis 5 we Wprowadzeniu). GUS stosuje natomiast kategorię ludności zamieszkałej (według krajowej definicji miejsca zamieszkania). Zwracamy też uwagę na ograniczenia analityczne związane z danymi o rozważanych

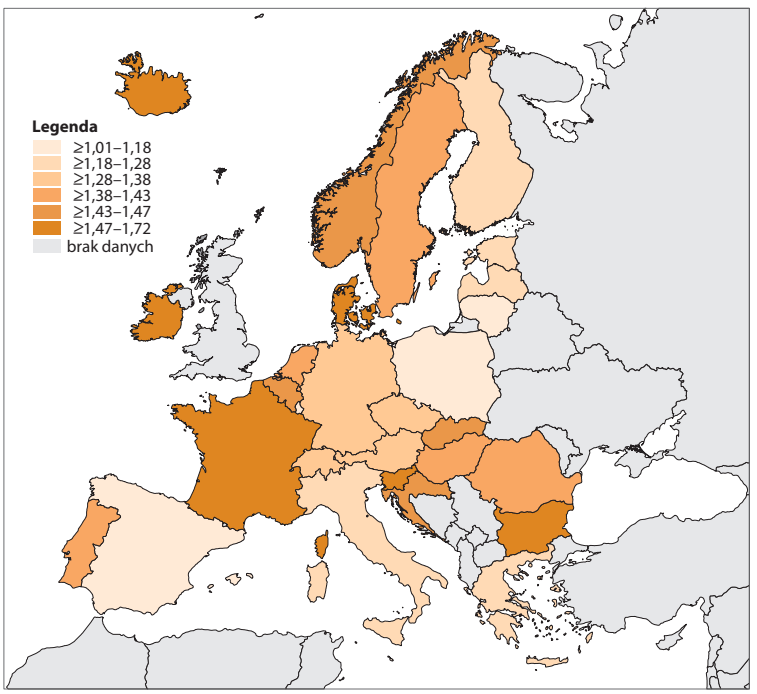
[11] Instytut Statystyki i Demografii SGH, Rządowa Rada Ludnościowa, iekoto@sgh.waw.pl. ORCID: 0000-0001-5359-4509.
[12] Instytut Statystyki i Demografii SGH, mstyrc@sgh.waw.pl. ORCID: 0000-0002-4257-7911.
[13] Instytut Statystyki i Demografii SGH, ktymic@sgh.waw.pl. ORCID: 0000-0002-7004-1380.
[14] Przemiany zachowań dotyczących rodziny, zapoczątkowane w Europie w końcu lat 60. ubiegłego wieku, stanowią istotę drugiego przejścia demograficznego – koncepcji zaproponowanej przez Rona Lesthaegha i Dirka van de Kaa w 1986 r. Ich upowszechnienie się wraz ze zróżnicowanym przebiegiem w wielu regionach świata znalazły podsumowanie w artykule: Lesthaeghe R. The second demographic transition, 1986–2020: sub-replacement fertility and rising cohabitation—a global update. Genus 76, 10 (2020).
[15] W tekście używamy zamiennie określeń kohabitacja (związek kohabitacyjny), związki partnerskie, związki niemałżeńskie lub terminu „związki niesformalizowane" wprowadzonego w Narodowym Spisie Powszechnym 2021.

procesach, które utrudniają ich analizy. Wskazujemy na możliwości pogłębienia analiz, które niekoniecznie wymagają gromadzenia nowych danych ludnościowych.

1.2. Niska płodność i opóźnianie macierzyństwa

Dane GUS dotyczące urodzeń z 2024 r. potwierdzają, iż kryzys niskiej dzietności trwa – współczynnik dzietności obniżył się do 1,099 (w mieście do 1,069, na wsi do 1,149), a liczba urodzeń żywych spadła do 251,8 tys. Dane Eurostatu dla 2024 r. wskazują, iż współczynnik dzietności liczony dla ludności rezydującej jest nieco wyższy (1,14), co nadal sytuuje Polskę w grupie krajów o najniższej dzietności w Europie i wyróżnia ją także wśród krajów Europy Środkowej i Wschodniej (wykres 1.1).

Wykres 1.1. Przekrojowy współczynnik dzietności w krajach europejskich (TFR), 2024



Źródło: na podstawie danych Eurostatu, dostęp do danych: 06.03.2026

Utrzymywanie się tak niskiej dzietności wynika ze zmniejszenia się przeciętnej liczby dzieci urodzonych przez jedną kobietę oraz wzrostu liczby kobiet bezdzietnych. Przyczynia się do tego także opóźnianie decyzji o urodzeniu pierwszego dziecka i kolejnych. Dodatkowo rezygnacja z urodzenia dzieci do 30. roku życia nie jest rekompensowana przez wzrost urodzeń przez kobiety w starszym wieku rozrodczym (30–49 lat). Zjawisko kompensacji występuje w wielu krajach Unii Europejskiej, wpływając pozytywnie na zmiany dzietności. Późne macierzyństwo nie musi bowiem oznaczać niskiej dzietności (Beaujouan, Toulemon, 2017). Nie dotyczy to jednak Polski.

Mimo wzrostu przeciętnego wieku kobiet rodzących pierwsze dziecko do 28,7 roku w 2024 r. jest on w Polsce relatywnie niski w porównaniu z innymi krajami: przeciętny wiek zostania matką w krajach UE to 29,9 roku, przy czym w 11 spośród 27 krajów wynosi co najmniej 30 lat. W Polsce, podobnie jak w innych krajach europejskich, rośnie też średni wiek kobiet rodzących dzieci, czyli średni wiek macierzyństwa – w 2024 r. wynosił 30,3 roku. Polska należy przy tym do grupy 10 krajów, w których średni wiek macierzyństwa nie przekracza 31 lat, podczas gdy w 17 krajach wyniósł on co najmniej 31 lat. Średni wiek macierzyństwa w krajach UE to 31,3 roku.

Według wstępnych danych GUS liczba urodzeń żywych w 2025 r. spadła do 238,3 tys. Tendencja spadkowa jest więc kontynuowana, ale spadek jest mniejszy niż w 2024 czy 2023 r. Ten sygnał spowolnienia tendencji spadkowej urodzeń można wiązać z programem leczenia niepłodności, który uruchomiono od czerwca 2024 r. (o tym programie oraz o zdrowiu reprodukcyjnym traktuje rozdz. 6 raportu). Innym czynnikiem o rosnącym znaczeniu dla ograniczania spadku liczby urodzeń jest stały wzrost liczby urodzeń przez cudzoziemki rezydujące lub posiadające prawo pobytu w Polsce. W 2024 r. urodziły one 17 169 dzieci (6,8% ogółu urodzeń), co stanowiło 10-krotny wzrost w porównaniu z liczbą urodzeń w 2015 r.

Kolejnym zjawiskiem dotyczącym zmian zachowań prokreacyjnych w Polsce, wymagającym uwagi, jest rosnący udział urodzeń pozamałżeńskich, który zasygnalizowano już w poprzednim raporcie RRL. Ważne są: dynamika zmian i struktura tych urodzeń według stanu cywilnego matki (tabela 1.1)[16]. W 2024 r. co piąte urodzenie pozamałżeńskie w Polsce (prawie co czwarte w miastach i co dziesiąte na wsiach) dotyczyło kobiet, których stan cywilny jest ujęty jako „nieustalony"[17]. Związki kohabitacyjne w Polsce nie podlegają rejestracji, a pozostawanie w takim związku nie jest klasyfikowane jako kategoria stanu cywilnego. Dodatkowa kategoria, która obejmuje inne przypadki niż pozostawanie w stanie cywilnym (panna, rozwiedziona czy wdowa), nie pojawiała się przy klasyfikacji urodzeń pozamałżeńskich według stanu cywilnego matki do 2015 r. Jest to niespójne z wyróżnieniem po raz pierwszy związków niemałżeńskich jako typu rodziny w spisie powszechnym 2002 r. W kolejnych spisach powszechnych (2011 r. i 2021 r.) ten typ rodziny był ujmowany w klasyfikacji rodzin, ale w bieżącej ewidencji nie istnieje, mimo że zarówno dane kolejnych spisów powszechnych, jak i dane pochodzące z badań specjalnych sygnalizowały konsekwentnie rosnące znaczenie związków kohabitacyjnych w procesie tworzenia i rozwoju rodzin.

[16] W 1990 r. urodzenia pozamałżeńskie stanowiły w Polsce 6,2% ogółu urodzeń żywych (7,8% w mieście i 4,4% na wsi).

[17] Ta dodatkowa kategoria pojawiła się w 2015 r. w klasyfikacji urodzeń pozamałżeńskich według stanu cywilnego matki, odpowiadając za 18,3% urodzeń niemałżeńskich w Polsce.

Tabela 1.1. Urodzenia pozamałżeńskie według stanu cywilnego matki i miejsca zamieszkania oraz odsetek urodzeń pozamałżeńskich, w latach 2011 i 2024.*

	Odsetek urodzeń pozamał-żeńskich	Urodzenia pozamałżeńskie (%)				
		panna	rozwiedzio-na	wdowa	stan cywilny nie-ustalony	ogółem
	2011					
Ogółem	21,2	84,9	14,0	1,1	–	100
Miasta	23,6	83,5	15,6	0,9	–	100
Wieś	17,9	87,4	11,2	1,4	–	100
	2024					
Ogółem	28,9	69,3	10,2	0,7	19,9	100
Miasta	33,3	65,8	9,8	0,6	23,9	100
Wieś	22,7	76,6	11,0	0,9	11,5	100

* Dla celów porównania wybrano rok 2011 – według NSP 2011 udział związków kohabitacyjnych w ogólnej liczbie rodzin wynosił 2,88%, według zaś NSP 2021 ten udział wzrósł do 8,44%.

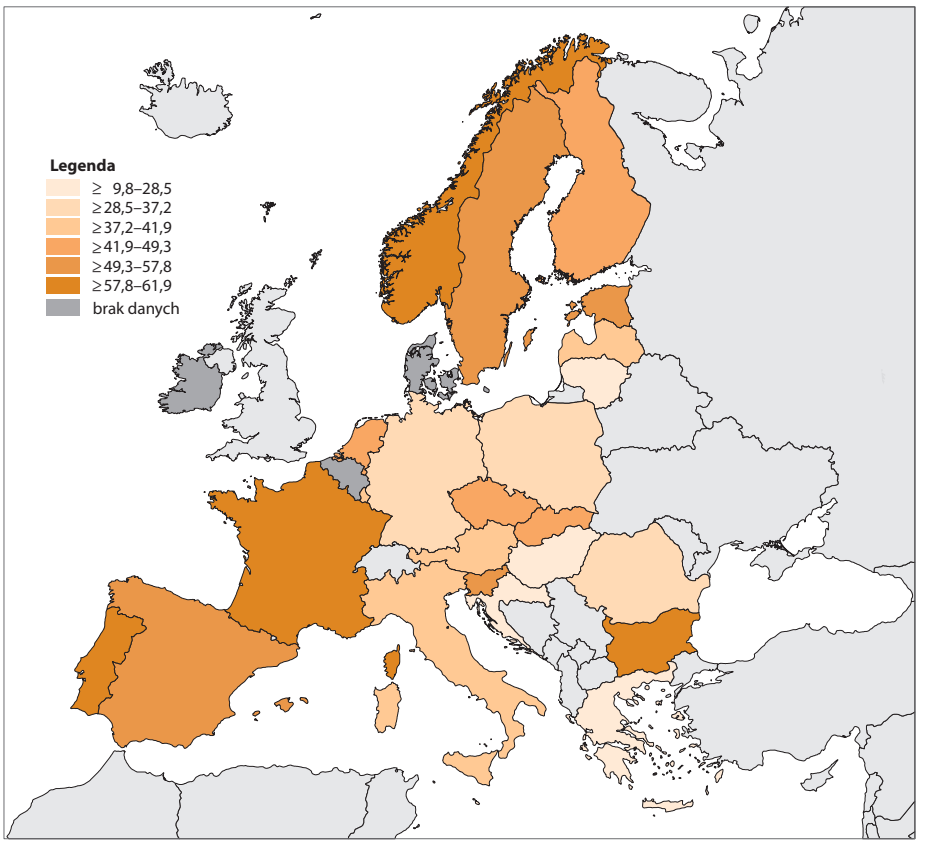
Źródło: na podstawie danych GUS (https://demografia.stat.gov.pl/bazademografia).

Badania „Generacje i Rodziny", prowadzone na dużych reprezentatywnych próbach w 2011 i 2014 r., ujawniły rosnącą intensywność formowania związków kohabitacyjnych w Polsce. Pokazały też, że pierwsze związki młodych osób prawie równie często mają formę kohabitacji, jak i małżeństwa niepoprzedzonego kohabitacją. W latach 2000–2005 wśród nowo tworzonych związków 52% było związkami kohabitacyjnymi, a w latach 2006–2010 ich udział wzrósł do 60% (Matysiak i Mynarska, 2014).

Rosnącą rolę związków kohabitacyjnych w procesie formowania rodzin w Polsce potwierdzają także analizy porównawcze prowadzone na danych GGS dla krajów europejskich (Lesthaeghe, 2020)[18]. W raporcie RRL opublikowanym w 2025 r. wskazywaliśmy też na znaczący wzrost liczby i udziału związków niemałżeńskich wśród ogółu rodzin między NSP 2011 i NSP 2021, przy czym szybciej rosła liczba i udział związków niesformalizowanych z dziećmi niż tych bez dzieci. Prawie trzykrotnie wzrosła liczba rodzin tworzonych przez związki niesformalizowane (do prawie 900 tys.), a ich udział wśród ogółu rodzin niemal się potroił (z 2,9 do 8,4%).

[18] Druga edycja panelowych badań „Generacje i Rodziny" dostarcza danych dokumentujących kolejny etap przemian zachowań dotyczących rodziny w Polsce, dane z badania udostępnione zostały we wrześniu 2026 r., a więc po opracowaniu tej edycji raportu. GGS-PL to polska część międzynarodowego badania ankietowego Generations and Gender Survey (GGS), realizowanego w ramach programu Generations and Gender Programme (GGP).

Wykres 1.2. Odsetek urodzeń pozamałżeńskich w Europie, 2024



Źródło: na podstawie danych Eurostatu, dostęp do danych: 06.03.2026.

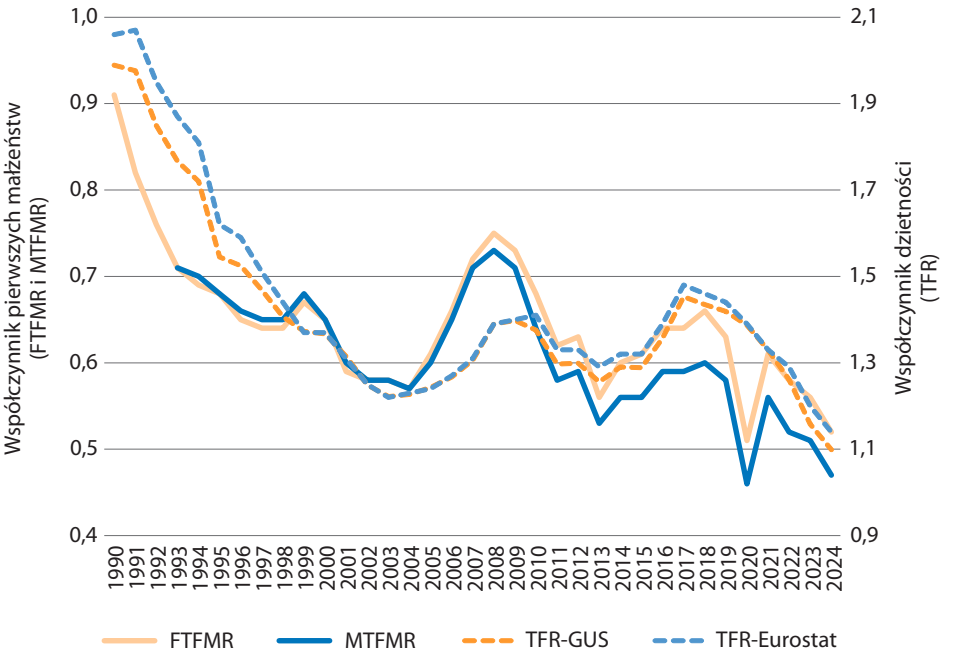
W wielu krajach europejskich kohabitacja jest najbardziej powszechną formą pierwszych związków i są one rejestrowane. W nich coraz częściej rodzą się i są wychowywane dzieci (Sánchez Gassen i Perelli-Harris, 2015). To właśnie wskutek upowszechniania się kohabitacji obserwuje się tak znaczący wzrost urodzeń pozamałżeńskich. Mimo stosunkowo dużej dynamiki wzrostu odsetka urodzeń pozamałżeńskich, Polska należy do nielicznej grupy krajów w UE (wraz z Grecją, Chorwacją, Węgrami i Litwą), w których pozostaje on poniżej 30%. W pozostałych krajach jest to więcej, przy czym w siedmiu krajach odsetek ten wynosi powyżej 50%.

1.3. Zawieranie małżeństw

Analiza zmian procesu zawierania małżeństw w Polsce na podstawie danych z baz międzynarodowych (Population Council, Eurostat), a także danych GUS, potwierdza, że po 2010 r. kontynuowane i utrwalane były przemiany obserwowane od lat 90. XX w., to znaczy zawarcie pierwszego małżeństwa następowało w późniejszym wieku lub nie następowało w ogóle. Zmiany dotyczące formowania związków małżeńskich miały

wspólny kierunek w krajach europejskich, natomiast ich stopień zaawansowania był różny ze względu na to, kiedy się zaczęły i jakie miały tempo.

Wykres 1.3. Przekrojowe miary zawierania małżeństw i płodności w latach 1990–2024, Polska*



* Ogólny przekrojowy współczynnik zawierania pierwszych małżeństw przez kobiety (FTFMR) i mężczyzn (MTFMR) oraz ogólny przekrojowy współczynnik dzietności według GUS (TFR-GUS) i Eurostatu (TFR-Eurostat)

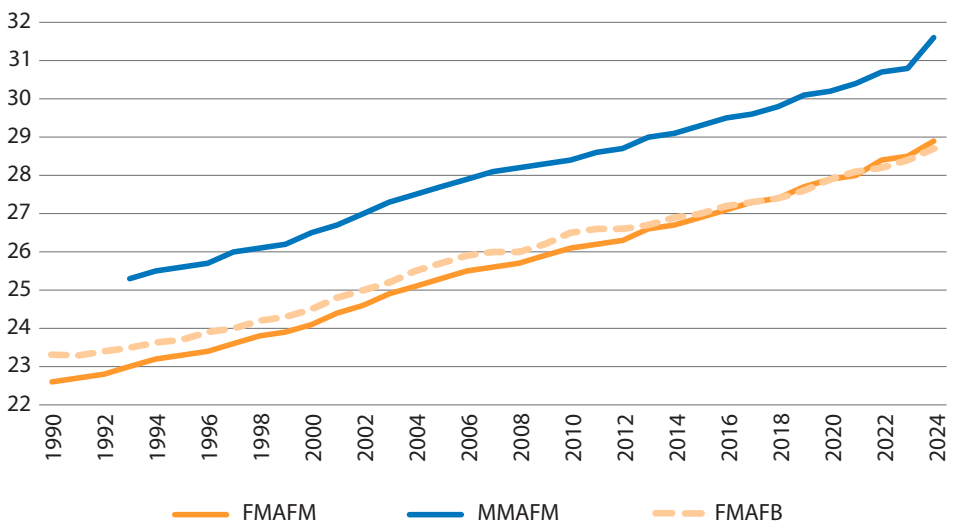
Źródło: Council of Europe dla FTFMR 1990–1992, GUS dla TFR-GUS, pozostałe dane – Eurostat.

Przekrojowy współczynnik pierwszych małżeństw kobiet i mężczyzn (FTFMR – *female total first marriage rate*, MTFMR – *male total first marriage rate*) spadał z poziomu 0,91 w 1990 r. do 0,57 w 2004 r. (wykres 1.3). Trwający przez kolejnych kilka lat wzrost współczynników małżeństw można wiązać z wchodzeniem w wiek matrymonialny wyżu urodzeń z lat 70. i na początku lat 80. XX w. w połączeniu ze zmianami wzorca zawierania małżeństw według wieku. Po 2004 r. współczynnik pierwszych małżeństw kobiet ulegał znacznym wahaniom, w tym załamaniu w 2020 r. na skutek ograniczeń związanych z pandemią COVID-19, trudno więc jednoznacznie wskazać kierunek jego zmian. Wartość współczynnika 0,52 w 2024 r. oznacza, że w ciągu swojego życia 52% kobiet zawarłoby związek małżeński, jeżeli wzorzec zawierania pierwszych małżeństw według wieku pozostałby taki sam jak w 2024 r. Należy też zwrócić uwagę, że do 2007 r. współczynniki pierwszych małżeństw miały zbliżone wartości dla kobiet i mężczyzn, natomiast od 2008 r. występowała dodatnia różnica na rzecz kobiet. Oznacza to, że przy zachowaniu obserwowanego w danym roku wzorca zawierania małżeństw przez kobiety i mężczyzn odsetek kobiet zawierających związek małżeński byłby wyższy od odsetka mężczyzn zawierających małżeństwo. Taki kierunek zmian różnicy pomiędzy

współczynnikiem dla kobiet i mężczyzn wydaje się typowy dla większości krajów europejskich w ciągu ostatnich dziesięciu lat. Natomiast ocena natężenia zawierania pierwszych małżeństw w porównaniu z innymi krajami europejskimi jest utrudniona, bo współczynniki te ulegały, podobnie jak w Polsce, dużym wahaniom i uporządkowanie krajów pod względem ich wartości było zmienne. W ciągu ostatnich dziesięciu lat wartości obserwowane w Polsce znajdowały się w pobliżu wartości środkowych dla krajów europejskich.

Małżeństwa pierwsze były nie tylko rzadziej zawierane, ale także zawierali je ludzie coraz starsi w porównaniu z poprzednimi dekadami. Od początku lat 90. XX w. obserwujemy wzrost przeciętnego wieku zawierania pierwszych małżeństw kobiet i mężczyzn (FMAFM, MMAFM) i zmiany w całym okresie postępują w stałym tempie dla obu płci (wykres 1.4). W 2013 r. średni wiek zawarcia pierwszego małżeństwa wynosił 26,6 roku dla kobiet i 29 lat dla mężczyzn, a w 2024 r. 28,9 roku dla kobiet i 31,6 roku dla mężczyzn.

Wykres 1.4. Średni wiek zawarcia pierwszego małżeństwa przez kobiety (FMAFM) i mężczyzn (MMAFM) oraz średni wiek urodzenia pierwszego dziecka (FMAFB), w Polsce w latach 1990–2024



Źródło: Council of Europe dla FMAFM 1990–1992 oraz FMAFB 1990–1994, pozostałe dane – Eurostat.

Opóźnianie wieku zawierania pierwszego małżeństwa jest tendencją wspólną dla krajów europejskich. W większości z nich rozpoczęło się wcześniej niż w Polsce oraz jest bardziej zaawansowane, tzn. pierwsze małżeństwa zawierane są przeciętnie w późniejszym wieku. W 2024 r. Polska z wielkością wskaźnika 28,9 roku znajdowała się wraz z Rumunią (28,4 roku), Bułgarią (29,3 roku), Litwą (29,3 roku), Słowacją (29,7 roku) i Chorwacją (29,3 roku) na dolnym krańcu skali wartości obserwowanych dla kobiet w Europie. Podobny obraz rysuje się w przypadku mężczyzn w Polsce, którzy, zawierając pierwsze małżeństwo średnio w wieku 31,6 roku, znajdowali się wśród najmłodszych w krajach europejskich (31,5 roku w Rumunii; 31,6 na Litwie; 31,7 w Chorwacji; 32,1 w Bułgarii; 32,3 w Słowacji). Co ciekawe, w 2024 r. zmieniła się prawidłowość obserwowana w Polsce przez

poprzednie trzy dekady, polegająca na niewielkiej i stabilnej w czasie (na poziomie około 2,3–2,4 roku) różnicy pomiędzy średnim wiekiem zawierania małżeństw przez kobiety i mężczyzn. W 2024 r. różnica ta wzrosła do 2,8 roku.

Oprócz opóźniania zawierania związków małżeńskich lub rezygnacji z nich, charakterystyczne dla przemian zachowań dotyczących rodziny jest rozluźnienie związku między prokreacją a małżeństwem. Świadczy o tym wzrost odsetka urodzeń pozamałżeńskich (por. punkt 1.2.) czy tendencja spadkowa liczby ślubów naprawczych (tzw. bridal pregnancies, „shotgun weddings"), to znaczy małżeństw zawieranych dlatego, że para oczekuje narodzin dziecka (por. punkt 1.4.). Osłabienie relacji między prokreacją a małżeństwem ilustruje również porównanie średniego wieku zostania matką i średniego wieku zawarcia pierwszego małżeństwa przez kobietę (wykres 1.4). Do 2016 r. kobiety średnio w młodszym wieku zawierały małżeństwo i dopiero później rodziły pierwsze dziecko. Różnica ta zmniejszała się w czasie i od 2017 r. oscylowała wokół zera. Niższy średni wiek urodzenia pierwszego dziecka od średniego wieku zawarcia pierwszego małżeństwa występował w prawie wszystkich krajach europejskich, dokumentując w skali całej populacji zmianę sekwencji zdarzeń demograficznych „małżeństwo – poczęcie – urodzenie". W niektórych krajach różnica ta była znaczna i utrzymywała się od wielu lat, np. w 2023 r. w Finlandii pierwsze dzieci rodziły się średnio 2,3 roku przed ślubem, w Słowenii 2,8 roku wcześniej, a w Szwecji o 4,8 roku wcześniej i taka kolejność zdarzeń występowała w tych krajach już od lat 90. XX w.

Tabela 1.2. Liczba zawartych małżeństw według obywatelstwa partnerów, w Polsce w latach 2012–2024

Wyszczególnienie	2012	2014	2016	2018	2020	2022	2024
Małżeństwa ogółem	203 850	188 488	193 455	192 443	145 045	155 817	135 402
Oboje partnerów z polskim obywatelstwem	199 956	184 446	189 093	187 285	140 862	149 375	126 874
Obywatel Polski i innego kraju	3 844	3 975	4 239	4 961	3 919	5 332	5 516
w tym obywatel Polski i kraju spoza UE	1 788	1 852	2 218	2 983	3 074	4 096	4 553
Oboje partnerów z innego kraju	47	65	123	197	261	1 109	3 011
w tym oboje spoza UE	39	51	104	167	225	1 064	2 971

Źródło: dane Eurostat.

Małżeństwa zawierane w ciągu ostatnich lat stały się też bardziej heterogeniczne pod względem różnych cech. W 2000 r. 85,6%, a w 2010 r. 84,7% zawieranych małżeństw było pierwszymi małżeństwami dla obojga partnerów, tak jak we wcześniejszych dekadach. Natomiast w kolejnych kilkunastu latach udział małżeństw kawalerów i panien spadł o ponad 10 pkt proc. do 72,9% w 2024 r. W latach 2010–2024 udział małżeństw powtórnych dla obojga partnerów wzrósł z 6 do 12,4%, a pierwszych tylko dla jednego partnera – z 9,2 do 14,7%, przy czym wzrost ten wynikał wyłącznie z częstszych małżeństw kawalerów i panien z osobami rozwiedzionymi, a udział małżeństw kawalerów i panien z osobami owdowiałymi zmienił się nieznacznie.

Małżeństwa zawierane w Polsce stały się także mniej jednorodne pod względem obywatelstwa osób biorących ślub. W 2012 r. 98,1% małżeństw w Polsce zawieranych było pomiędzy obywatelami naszego kraju, natomiast w 2024 r. ich udział spadł do 93,7% (tabela 1.2). Wzrost liczby małżeństw obywateli Polski z obywatelami innego kraju lub dwojga obywateli innego kraju występował w ciągu całego okresu 2012–2024, przy czym szczególnie wyraźny jest wzrost udziału małżeństw osób spoza UE. Uwagę zwraca także dynamika liczby małżeństw zawartych przez oboje partnerów z innych krajów. Należy zauważyć, że zawarcie związku z obywatelem RP otwiera przed cudzoziemcami ścieżkę legalizacji pobytu (zezwolenie na pobyt czasowy, a po 3 latach możliwość uzyskania zezwolenia na pobyt stały), przyczyniając się do rezygnacji tych osób z migracji powrotnych. Zjawisko rosnącego zróżnicowania zawieranych małżeństw świadczy o dokonującej się transformacji Polski w kraj imigracyjny. W 2012 r. prawie trzykrotnie więcej obcokrajowców mężczyzn zawarło ślub niż kobiet cudzoziemek, ale w kolejnych latach liczby obcokrajowców obu płci uległy wyrównaniu. Wśród mężczyzn w 2012 r. najczęściej występowali obywatele Wielkiej Brytanii, Niemiec i Włoch, natomiast od 2015 r. więcej małżeństw zawierali mężczyźni z Ukrainy niż z Włoch i od 2020 r. stanowili oni najliczniejszą grupę mężczyzn spoza naszego kraju zawierających małżeństwa. Wśród kobiet w całym okresie 2012–2024 obywatelki Ukrainy były najliczniejszą grupą zawierającą małżeństwa, wyprzedzając znacznie znajdujące się na kolejnych miejscach obywatelki Białorusi i Rosji.

1.4. Prokreacja a zawieranie małżeństw

Spadek roli małżeństwa w tworzeniu rodziny na rzecz rosnącego znaczenia kohabitacji wiąże się z erozją sekwencji zdarzeń „małżeństwo – poczęcie – urodzenie" – coraz większa liczba dzieci rodzi się poza małżeństwem lub jest poczęta przed ślubem niż przychodzi na świat już w związku małżeńskim. To drugie zjawisko dotyczy ślubów naprawczych, a „spadek jego znaczenia stanowi jeden z kluczowych wskaźników osłabienia tzw. marital conformism – presji na urodzenie dziecka w ramach legalnego związku" (Perelli-Harris i inni, 2010). Jednocześnie różne kraje wykazują odmienne tempo i zakres tej transformacji, zależne od systemów normatywnych i kulturowych (Baizán, Aassve i Billari, 2003; Hoem i Gabrielli, 2010).

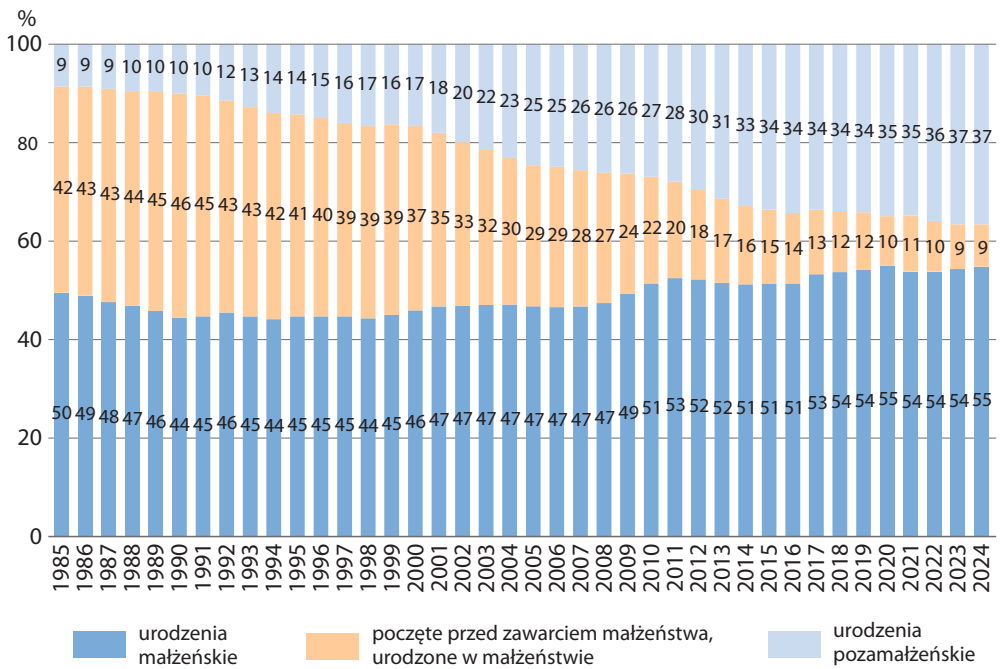
W Europie Zachodniej coraz częściej śluby naprawcze nie odgrywają roli kompensacyjnej, tzn. partnerzy nie zawierają małżeństwa tylko dlatego, że oczekują narodzin dziecka (Perelli-Harris i Sánchez Gassen, 2012). W Europie Środkowo-Wschodniej jednak – zwłaszcza w Polsce, Czechach czy w Słowacji – zjawisko to przez długi czas pozostawało powszechne i społecznie akceptowane jako sposób „zapewnienia dziecku pełnej rodziny" mimo wcześniejszego poczęcia poza małżeństwem (Kotowska, Mynarska i Gauthier, 2021).

W Polsce przez długi czas utrzymywał się stosunkowo niski odsetek urodzeń pozamałżeńskich i wysoki odsetek urodzeń wynikających ze „ślubów naprawczych". Badania jakościowe oraz ilościowe wskazywały na silną normę prokreacji w małżeństwie i postrzeganie kohabitacji jako etapu przejściowego, a nie alternatywy dla małżeństwa (Mynarska i Bernardi, 2007). Jednak rosnący udział urodzeń pozamałżeńskich, niewielki wzrost urodzeń poczętych i urodzonych w małżeństwie oraz systematyczny spadek urodzeń

poczętych przed zawarciem małżeństwa, lecz urodzonych w jego trakcie, odzwierciedlają transformację wzorców formowania i rozwoju rodziny obserwowaną w Polsce od połowy lat 80. XX w. (Tymicki, 2026). Zmiany te pokazane są przy wykorzystaniu następującej klasyfikacji urodzeń: dzieci poczęte i urodzone w małżeństwie, poczęte przed ślubem, ale urodzone w małżeństwie, oraz poczęte i urodzone poza małżeństwem[19].

Wyniki analiz przedstawiamy według kolejności urodzenia: dla urodzeń pierwszego dziecka, urodzeń drugiego dziecka oraz urodzeń trzeciego i dalszych dzieci. Wykres 1.5 ilustruje zmiany w strukturze urodzeń żywych pierwszej kolejności według relacji między momentem zawarcia małżeństwa a poczęciem dziecka w Polsce w latach 1985–2024.

Wykres 1.5. Urodzenia pierwszego dziecka według statusu związku w momencie urodzenia dziecka, w latach 1985–2024



Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS.

Do połowy lat 90. XX w. udział urodzeń potomków poczętych przed ślubem i zalegalizowanych przez zawarcie małżeństwa przekraczał 40%. Jednocześnie stopniowo rósł odsetek urodzeń pozamałżeńskich. Od połowy lat 90. XX w. obserwowany jest jednak systematyczny spadek udziału urodzeń małżeńskich poprzedzonych poczęciem przed ślubem – z około 45% w 1995 r. do 9–12% po 2020 r. Zmianę tę można interpretować jako

[19] Jest to podejście zgodne z międzynarodową literaturą, która podkreśla znaczenie analizy „relacyjnych wskaźników sekwencji rodzinnych" jako bardziej wrażliwych mierników transformacji wzorców formowania i rozwoju rodziny niż tradycyjna statystyka urodzeń małżeńskich i pozamałżeńskich (Baizán, Aassve i Billari, 2003; Holland, 2017). W analizie wykorzystano mikrodane rejestracyjne urodzeń GUS z lat 1985–2024 zawierające dzienne daty urodzenia dziecka oraz dzienne daty zawarcia małżeństwa rodziców. Szczegółowy opis postępowania analitycznego jest opisany w artykule Tymickiego (2026).

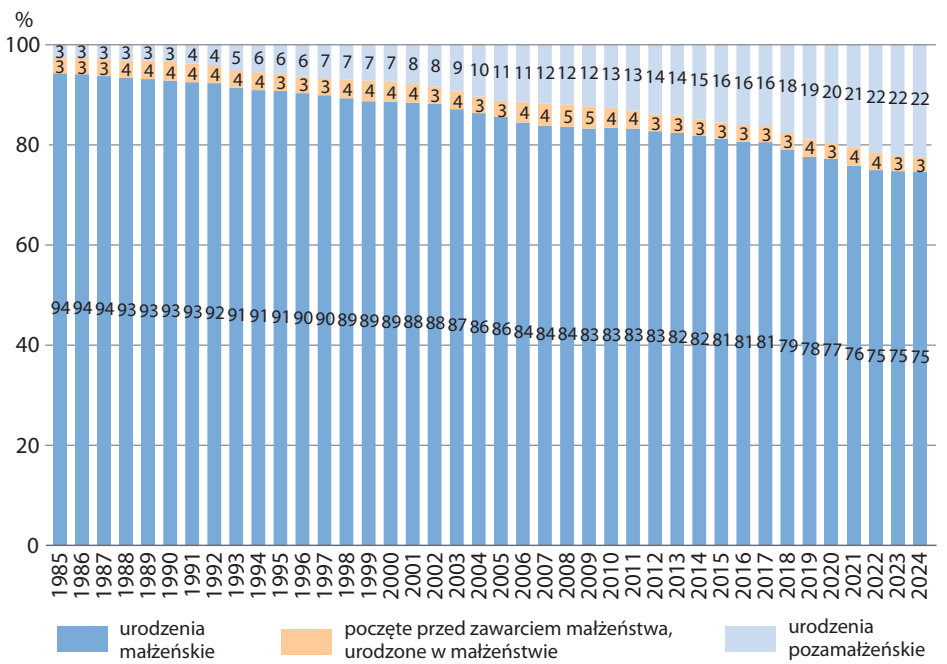
osłabienie mechanizmu „wymuszonego" małżeństwa oraz rosnącą akceptację zróżnicowanych form życia rodzinnego, w tym stabilnych związków niemałżeńskich z dziećmi.

Do roku 2009 udział urodzeń w małżeństwie pozostawał stabilny – utrzymywał się na poziomie 44–50%. Po roku 2010 nieco wzrósł, by osiągnąć 51–55% w ostatniej dekadzie. Wskazuje to na utrzymującą się dominację małżeństwa jako formy związku, w którym zostaje się rodzicem w Polsce, mimo istotnych przemian norm i zachowań rodzinnych.

Dynamiczne zmiany dotyczyły urodzeń pozamałżeńskich, których udział wzrósł z 8–10% w latach 80. XX w. do 35–37% po 2015 r. To wpisuje Polskę w szerszy europejski trend wzrostu znaczenia kohabitacji w kontekście reprodukcji przy nadal mniejszym nasileniu tego procesu niż w Europie Zachodniej i Północnej.

Struktura urodzeń drugiego dziecka wskazuje na znaczenie instytucjonalizacji związków przy jednoczesnym wzroście odsetka urodzeń pozamałżeńskich, co sygnalizuje coraz większą rolę związków niemałżeńskich (wykres 1.6).

Wykres 1.6. Urodzenia drugiego dziecka według statusu związku w momencie urodzenia dziecka, w latach 1985–2024



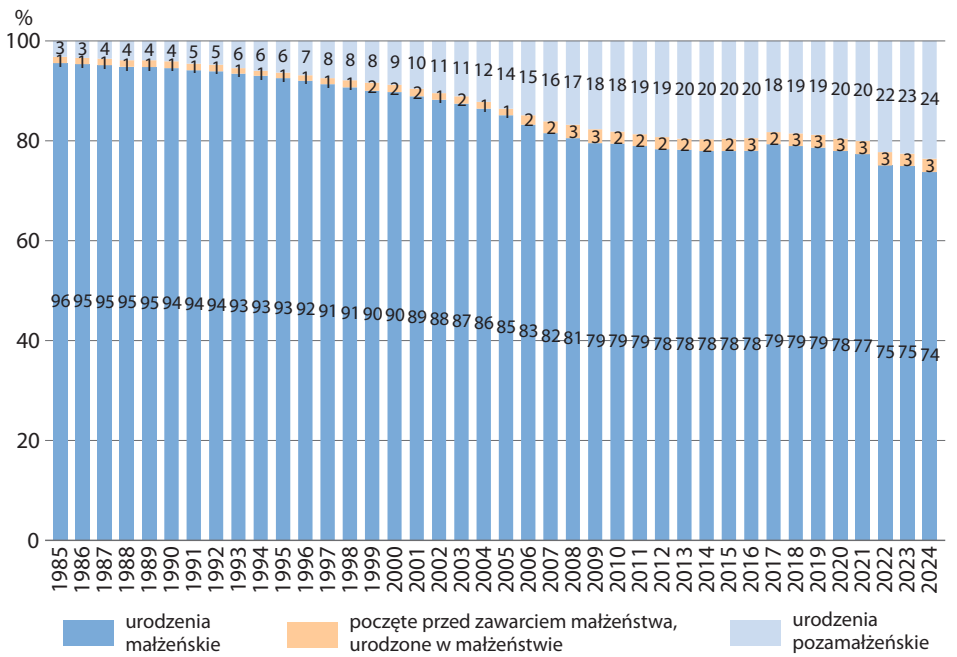
Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS.

Od połowy lat 90. XX w. urodzenie się drugiego dziecka wciąż było najczęstsze w małżeństwie, ale udział urodzeń małżeńskich zaczął powoli maleć, osiągając 88–90% na przełomie wieków. W tym samym czasie nieznacznie wzrósł udział drugich urodzeń pozamałżeńskich (do 6–8%), sygnalizując początki upowszechniania się kohabitacji jako rodziny dla kontynuacji reprodukcji. Jednocześnie udział drugich urodzeń poczętych przed ślubem pozostawał niski i stabilny, co sugeruje ograniczone znaczenie formalizacji związku w odpowiedzi na ciążę.

Wyraźniejsze zmiany struktury urodzeń drugiego dziecka po 2005 r., przejawiające się spadkiem udziału urodzeń małżeńskich z około 87 do 75% w 2024 r. przy jednoczesnym zwiększeniu się odsetka urodzeń pozamałżeńskich do 22%, wskazują na rosnące znaczenie trwałych związków niemałżeńskich jako alternatywnej formy rodziny dla urodzenia drugiego dziecka. Równocześnie niemal całkowicie zanika mechanizm zawierania małżeństwa pomiędzy kolejnymi urodzeniami – udział drugich urodzeń poczętych przed ślubem spada do 2–3%. Oznacza to, że kohabitacja coraz częściej pełni funkcję stabilnego substytutu małżeństwa, choć tempo tych zmian pozostaje wolniejsze niż w przypadku urodzeń pierwszego dziecka.

Wykres 1.7. przedstawiający urodzenia trzeciego i kolejnych dzieci w różnych związkach, ujawnia zjawisko podobne do obserwowanego dla urodzeń drugiego dziecka, jednak o wyraźnie większej skali i intensywności.

Wykres 1.7. Urodzenia trzeciego i kolejnych dzieci według statusu związku w momencie urodzenia dziecka, w latach 1985–2024



Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS.

Dominującą kategorią pozostają wciąż urodzenia małżeńskie, jednak w przypadku trzecich i kolejnych dzieci tempo spadku ich udziału jest szybsze niż w przypadku urodzeń drugiego dziecka w małżeństwie. Udział urodzeń drugich małżeńskich nie przekraczał 80% dopiero od 2019 r., zaś dla urodzeń trzecich i kolejnych stało się to dekadę wcześniej. Natomiast odsetek urodzeń pozamałżeńskich szybciej wzrastał, osiągając 24% w 2024 r. Różnice te wskazują, że wraz z kolejnymi urodzeniami słabnie związek między prokreacją a formalnym statusem małżeńskim, decyzje zaś o dalszym powiększaniu rodziny są częściej podejmowane poza instytucją małżeństwa. Jednocześnie w obu grupach

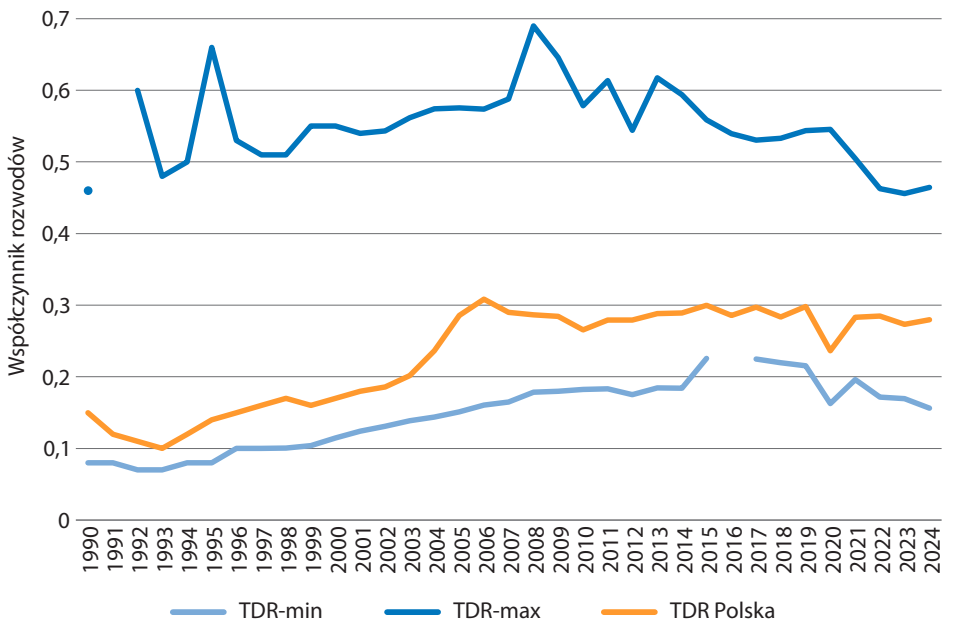
urodzenia poczęte przed zawarciem małżeństwa, lecz urodzone już w jego trakcie, stanowią kategorię marginalną.

Należy jednak podkreślić, że mimo opisanych zmian o rosnącym nasileniu od niemal dwóch dekad Polska zachowuje bardziej tradycyjny profil reprodukcyjny niż wiele państw europejskich, co wynika zarówno z czynników kulturowych, jak i modelu selektywnego rozpowszechnienia kohabitacji względem kolejności urodzeń.

1.5. Rozpad małżeństw

Zmiana znaczenia małżeństwa jako formy życia rodzinnego i warunku koniecznego do posiadania dzieci znajduje wyraz również we wzroście niestabilności małżeństwa obserwowanym od drugiej połowy lat 90. XX w. do 2007 r.

Wykres 1.8. Ogólny przekrojowy współczynnik rozwodów (TDR), Polska na tle innych krajów europejskich, w latach1990–2024



Uwaga. Najniższą wartością TDR w krajach UE i innych wybranych krajach europejskich (TDR-min) w latach 1990–2014 charakteryzowały się Włochy, Rumunia zaś w latach 2015 oraz 2017–2024.

Najwyższą wartość TDR w tej samej grupie krajów (TDR-max) miały następujące kraje: 1990, 1995–1997 – Estonia; 1992, 2011 – Łotwa; 1993, 1994, 1997–2002, 2012–2023 – Szwecja; 2003–2005, 2008–2010 – Belgia; 2006, 2007 – Hiszpania; 2024 – Finlandia.

Źródło: do 2004 r. Council of Europe, od 2005 r. obliczenia własne na podstawie danych Eurostatu.

W 2007 r. ogólny przekrojowy współczynnik rozwodów (TDR – *Total Divorce Rate*) osiągnął wartość 30%, co oznaczało, że 30% małżeństw zostałoby rozwiązanych przez rozwód przy niezmienionym poziomie cząstkowych współczynników rozwodów według długości trwania małżeństwa obserwowanych w tym roku. Po 2007 r. ten współczynnik ustabilizował się na poziomie pomiędzy 24 a 30%. W 2024 r. TDR wyniósł 28% i Polska była

trzecim krajem o najniższym natężeniu rozwodów za Rumunią i Chorwacją, w których współczynniki rozwodów wynosiły odpowiednio 16 i 23%.

Od 1999 r. w polskim systemie prawnym istnieje możliwość sądowego orzeczenia separacji. Separacja wiąże się z takimi samymi konsekwencjami jak rozwód, ale małżonkowie w separacji nie mogą zawrzeć kolejnego związku małżeńskiego. Liczba separacji szybko wzrosła od 1 340 w 2000 r. do 11 600 w 2005 r., co stanowi 17% w stosunku do 67 578 rozwodów orzeczonych w tym roku. W kolejnych latach liczba separacji spadała i w 2024 r. orzeczono zaledwie 534 separacje w porównaniu z 57 463 rozwodami.

Liczba rozwodów i ich struktura ulega istotnym zmianom według wielu cech opisujących je w statystyce publicznej. Na przykład wśród rozwodzących się więcej jest rozwodów osób z wyższym wykształceniem, osób po pięćdziesiątym roku życia, małżeństw bez dzieci. Po 2015 r. wystąpiły zmiany orzecznictwa polegające na częstszym rozwiązaniu małżeństwa bez ustalania winy małżonków (74% w 2015 r., 83% w 2023 r., 84% w 2024 r.) oraz na przyznawaniu opieki nad dzieckiem obojgu rodziców (35% w 2015 r., 74% w 2023 r., 77% w 2024 r.). Dane o strukturze rozwodów ze względu na cechy partnerów, cechy małżeństwa i cechy rozwodu dostarczają istotnych informacji o grupach osób będących adresatami różnych rozwiązań polityki publicznej. W ograniczonym stopniu dają natomiast możliwość wnioskowania o natężeniu rozwodów dla różnych grup małżeństw. Na przykład rosnąca liczba tak zwanych srebrnych rozwodów, czyli rozwodów osób w wieku 50 i więcej lat, w oczywisty sposób wynika z większej liczby małżeństw osób w tym wieku w porównaniu z zawieranymi małżeństwami ludzi młodych. Jest to powiązane z przesunięciem się roczników wyżu powojennego do starszych grup wieku. Natomiast bez próby dokładniejszego oszacowania wielkości populacji małżeństw narażonych na ryzyko rozwodu według grup wieku nie można odpowiedzieć na pytanie, na ile wzrost liczby rozwodów osób starszych jest wynikiem zwiększenia ich zasobu w populacji małżeństw, a na ile wiąże się ze zmianą natężenia rozwodów w tej grupie wieku.

1.6. Podsumowanie

Dyskusja o utrzymywaniu się niskiej dzietności w Polsce nie może pomijać przemian tworzenia i rozpadu rodzin, które prowadzą do rosnącego zróżnicowania form życia rodzinnego. Analizujemy je, wykorzystując tylko dane GUS oraz Eurostatu, co narzuca pewne ograniczenia tych analiz. Wskazujemy na potrzeby i możliwości ich pogłębienia.

Analiza procesu zawierania i rozpadu małżeństw w Polsce dokumentuje opóźnianie ślubu, rosnącą skłonność do rezygnacji z małżeństw, a także ich większą niestabilność, czyli zmiany charakterystyczne dla drugiego przejścia demograficznego obserwowanego od ponad pięciu dekad w rosnącej liczbie krajów (Lesthaeghe, 2020). Nie tylko rozwód, po którym opieka nad dziećmi nie przypada wyłącznie matce, ale także tworzenie kolejnych związków małżeńskich lub niemałżeńskich, prowadzą do bardziej zróżnicowanych form rodzin i powiązań rodzinnych. Coraz większe zróżnicowanie rodzin, także pod względem narodowościowym, uwidacznia się w rosnącej liczbie małżeństw binacjonalnych i małżeństw cudzoziemców. Rośnie też liczba urodzeń dzieci przez cudzoziemki rezydujące lub posiadające prawo pobytu w Polsce.

Te analizy nie obejmują jednak coraz ważniejszego elementu procesu tworzenia, rozwoju i rozpadu rodzin, jaki stanowią związki niemałżeńskie. Ich istnienie jest

dokumentowane w statystyce publicznej w Polsce jedynie w danych dotyczących rodzin pochodzących ze spisów powszechnych (od 2002 r.), czyli w danych dotyczących zasobów ludności i ich struktur według różnych cech. Poprzez porównania struktur rodzin wnioskujemy o zmianie procesu tworzenia, rozwoju i rozpadu rodzin. Natomiast brakuje informacji o zdarzeniach demograficznych dotyczących związków niemałżeńskich, czyli o ich tworzeniu i rozwiązywaniu oraz rodzeniu dzieci w tych związkach. Pośrednio o znaczeniu tej formy rodziny świadczy wzrost odsetka urodzeń pozamałżeńskich, a zwłaszcza ich struktura według stanu cywilnego matki. Jednak wyróżnione kategorie stanu cywilnego nie pozwalają bezpośrednio wskazać, że matka pozostaje w związku niemałżeńskim. Rosnąca liczba i odsetek matek, które nie identyfikowały się z wyróżnionymi kategoriami stanu cywilnego (panna, rozwiedziona, wdowa), wskazują na coraz mniejsze walory informacyjne tej cechy ludności. Rozróżnienie między kategoriami „nieustalony stan cywilny" a „w związku niemałżeńskim" umożliwiłoby lepsze odzwierciedlenie rzeczywistych procesów w danych statystyki ludnościowej. Rozwiązaniem właściwym jest jednak uwzględnienie związków niemałżeńskich w bieżącej ewidencji ludności, co wymaga zmian legislacyjnych. Bez tego będzie rosła luka między rzeczywistym przebiegiem zmian rodzin i ich odzwierciedleniem w statystyce ludności.

Konieczne jest podkreślenie, że brak systemowej rejestracji związków niemałżeńskich generuje konsekwencje w procedurach migracyjnych. Zgodnie z art. 159 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach[20] polskie prawo w ramach procedury łączenia rodzin za członka rodziny uznaje wyłącznie małżonka. Partner w związku niemałżeńskim, mający nawet wspólne dzieci z obywatelem RP, jest w świetle tych przepisów osobą obcą. Nie ma zatem prawa do uproszczonej legalizacji pobytu i korzysta z bardziej rygorystycznej procedury w ramach podstawy udzielenia zezwolenia na pobyt czasowy określonej w art. 160 pkt 1 lub 3 ustawy o cudzoziemcach lub w art. 187 pkt 6 ww. ustawy (w przypadku nielegalnego pobytu cudzoziemca na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej). Ponadto w niemałżeńskich związkach binacjonalnych wymagana jest procedura formalnego uznania ojcostwa przed kierownikiem urzędu stanu cywilnego lub przed sądem, co z kolei warunkuje nabycie przez dziecko polskiego obywatelstwa. Dotyczy to sytuacji, w której matka dziecka jest cudzoziemką, a ojciec obywatelem polskim. Dziecko nabywa wówczas obywatelstwo polskie z mocy prawa pod warunkiem uznania ojcostwa przed upływem roku od dnia urodzenia (art. 6 ust. 1 i art. 14 pkt 1 ustawy o obywatelstwie polskim).

Analiza relacji między urodzeniami a małżeństwem na podstawie bazy danych GUS o urodzeniach dostarcza mocnych argumentów na rzecz dokonującej się głębokiej transformacji norm rodzinnych, osłabienia presji instytucjonalnej związanej z małżeństwem oraz rosnącej akceptacji alternatywnych form życia rodzinnego w kontekście prokreacji. Świadczą o tym:

- zanik zjawiska małżeństwa zawieranego z powodu ciąży (ślub naprawczy), widoczny w znacznym spadku urodzeń poczętych przed ślubem dla urodzeń pierwszych, a także stopniowy wzrost udziału urodzeń pozamałżeńskich, które stanowią obecnie ponad jedną trzecią ogółu pierwszych urodzeń;
- marginalne znaczenie ślubów naprawczych dla urodzeń drugiego dziecka oraz trzeciego i kolejnych dzieci wraz ze stopniowym osłabianiem normatywnej roli małżeństwa

[20] Dz.U. z 2025 r. poz. 1079.

na rzecz związków niemałżeńskich w obu grupach urodzeń (szczególnie w przypadku urodzeń wyższej kolejności). Przynajmniej co piąte urodzenie drugiego dziecka oraz prawie co czwarte urodzenie trzeciego i kolejnych dzieci ma miejsce poza małżeństwem. W rezultacie urodzenia trzecich i kolejnych dzieci stają się kluczowym obszarem, w którym najwyraźniej ujawniają się zmiany wzorców rodzinnych związane z indywidualizacją biografii rodzinnych i osłabieniem norm regulujących sekwencję małżeństwo – prokreacja.

Przemiany i rosnące zróżnicowania form życia rodzinnego stawiają rosnące wymagania dotyczące danych o tych przeobrażeniach. Zakres informacji dostarczanych przez GUS w postaci zagregowanych tablic jest olbrzymi, ale niewystarczający dla zrozumienia procesów formowania i rozpadu rodzin. W przypadku rozwodów brak możliwości oceny natężenia procesu rozpadu małżeństwa według charakterystyk związku sprawia, że prezentowane w rocznikach demograficznych GUS informacje o liczbie rozwodów według wybranych cech pozostawiają otwartymi pytania o to, jak zmieniają się zachowania jednostek i ich uwarunkowania. Co więcej, nawet bardzo rozbudowane tablice dotyczące osób rozwodzących się nie mogą uwzględnić jednocześnie wszystkich cech istotnych dla analizy procesu rozpadu małżeństw. W odniesieniu do rosnącego udziału rozwodów par bez małoletnich dzieci, widocznego w publikowanych danych GUS, z punktu widzenia dzietności ważne jest, czy częściej rozwodzą się pary po usamodzielnieniu dzieci, czy też na wczesnym etapie kariery reprodukcyjnej, którą mogą realizować w ewentualnych kolejnych związkach. To tylko jedno z wielu potencjalnych pytań badawczych. Naszym zdaniem jedyną odpowiedzią na rosnące potrzeby i możliwości badawcze jest większe wykorzystanie danych indywidualnych, a także łączenie różnych źródeł danych. Prezentowana w punkcie 1.4. analiza relacji między prokreacją a statusem związku w momencie urodzenia możliwa była właśnie dzięki wykorzystaniu mikrodanych o urodzeniach. Dla głębszej analizy tej zależności konieczne byłoby wprowadzenie identyfikatora matki w bazie urodzeń, co umożliwiłoby połączenie baz urodzeń i konstrukcję bazy matek, niezbędną do badania sekwencji urodzeń.

Dodatkowo analiza danych indywidualnych, które pochodzą z obecnie wykorzystywanych w statystyce publicznej źródeł administracyjnych lub też z badań specjalnych, pozwala na elastyczne kontrolowanie równoczesnych efektów różnych zmiennych dotyczących zarówno zdarzeń demograficznych, jak i cech osób, które w nich uczestniczą.

Rozdział II. Zdrowie i umieralność

Ireneusz Kuropka[21], Anna Smaga[22], Bogdan Wojtyniak[23], Wiktoria Wróblewska[24]

2.1. Wprowadzenie

Zdrowie ludności i jego konsekwencje przejawiające się w podatności na choroby oraz natężeniu zgonów mają duży wpływ na potencjał demograficzny ludności. Celem analiz przedstawionych w tym rozdziale jest ocena stanu zdrowia mieszkańców Polski przez pryzmat dotykających ich problemów zdrowotnych oraz zmiany długości życia i umieralności, które nastąpiły w latach 2015–2024.

Przedstawione informacje dotyczą zarówno subiektywnych ocen stanu zdrowia, przyczyn hospitalizacji, jak i mierników charakteryzujących długość życia. Zwracamy uwagę na najważniejsze przyczyny zgonów i ich oddziaływanie. Pokazujemy, że w dużym stopniu na notowane natężenie zgonów wpływa umieralność z powodu chorób możliwych do uniknięcia dzięki zapobieganiu oraz skutecznemu leczeniu. Sytuacja w Polsce została przedstawiona na tle UE.

W analizie wykorzystano dane Eurostatu oraz GUS. Dane międzynarodowe w niektórych przypadkach dotyczą lat wcześniejszych, niż dane opisujące sytuację w Polsce. Charakteryzując omawiane zjawiska, uwzględniamy takie kryteria demograficzne, jak: wiek, płeć, miejsce zamieszkania oraz przyczyny zgonów. Ze względu na rosnący udział osób starszych w populacji zwracamy większą uwagę na problemy zdrowotne oraz trwanie życia osób w wieku 65 lat lub więcej.

2.2. Najważniejsze problemy zdrowotne Polaków

2.2.1. Zmiany w poziomie subiektywnych wskaźników stanu zdrowia

Widoczne w ostatniej dekadzie zmiany w poziomie głównych subiektywnych wskaźników stanu zdrowia, szacowanych na podstawie ocen własnego zdrowia w Badaniu dochodów i warunków życia ludności (EU-SILC)[25], mogą świadczyć o ogólnej – choć nieznacznej – poprawie kondycji zdrowotnej Polaków.

[21] Instytut Zarządzania Wyższa Szkoła Kwalifikacji Zawodowych we Wrocławiu, Komitet Nauk Demograficznych PAN, Rządowa Rada Ludnościowa, ireneusz.kuropka@wskz.pl. ORCID: 0000-0002-0382-6620.

[22] Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy, asmaga@pzh.gov.pl. ORCID: 0000-0002-7585-6378.

[23] Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy, Komitet Zdrowia Publicznego PAN, Rządowa Rada Ludnościowa, bwojtyniak@pzh.gov.pl. ORCID: 0000-0002-2135-8226.

[24] Instytut Statystyki i Demografii SGH, Komitet Nauk Demograficznych PAN, wwrobl@sgh.waw.pl. ORCID: 0000-0003-4150-1226.

[25] Dane prezentowane w tym podrozdziale pochodzą z publikacji Living conditions in Europe – Statistics Explained – Eurostat (data dostępu 07.12.2025).

W raporcie utrzymano odniesienie do tych samych subiektywnych wskaźników, które zostały wykorzystane w raporcie za okres 2023 i 2024. Dotyczą one: samooceny stanu zdrowia, występowania długotrwałej choroby lub problemu zdrowotnego oraz występowania poważnych ograniczeń w wykonywaniu codziennych czynności z powodów zdrowotnych. Wskaźniki te zostały przyjęte jako podstawowe mierniki do oceny stanu zdrowia ludności w Unii Europejskiej (European Core Health Indicators). Odzwierciedlają zdrowie w możliwie najbardziej kompleksowy sposób, zapewniają porównywalność danych między krajami oraz mogą służyć monitorowaniu zdrowia na poziomie państw członkowskich UE[26].

Odsetek osób w wieku 16 lat i więcej oceniających swój stan zdrowia jako bardzo dobry lub dobry wzrósł z 57,8% w 2015 r. do 64,2% w 2024 r. Udział osób z długotrwałymi chorobami lub problemami zdrowotnymi utrzymuje się na stałym poziomie około 35%, natomiast odsetek mających poważne ograniczenia w wykonywaniu codziennych czynności z powodów zdrowotnych wyniósł 6,5% (wobec 7,4% w 2015 r.).

Analizowane oceny stanu zdrowia mają charakter subiektywny i odnoszą się do ogólnej kondycji zdrowotnej jednostki, dotyczą różnych aspektów zdrowia, takich jak: funkcjonowanie fizyczne, społeczne i emocjonalne, a także występowanie objawów klinicznych i laboratoryjnych. Wyniki badania Global Flourishing Study wskazują, że zdrowie fizyczne Polaków oceniane jest nieznacznie lepiej niż zdrowie psychiczne (średnie oceny: zdrowie fizyczne – 8,1 w 2024 i 2025 r.; zdrowie psychiczne – 7,7 w 2024 r. oraz 7,8 w 2025 r., w skali 0–10)[27].

Podstawowe wskaźniki stanu zdrowia Polaków są zbliżone do średniej dla UE27, ale w porównaniu z wieloma krajami są gorsze, szczególnie w starszych grupach wieku. Na przykład w 2024 r. w Polsce wśród osób w wieku 75 lat lub starszych prawie 80% miało długotrwałe problemy zdrowotne, podczas gdy średnia UE27 wynosiła 66%, a w wielu krajach nie przekraczała 55%. Wśród osób w wieku 65–74 lata odsetek ten wynosił 59% (przy średniej UE27 równej 55%, a np. we Włoszech jedynie 28%). Z kolei udział osób w wieku okołoemerytalnym (55–64 lata), oceniających swój stan zdrowia jako bardzo dobry lub dobry, wynosił w Polsce 55% wobec średniej UE27 na poziomie 61% (powyżej 70% we Włoszech i Grecji). W wieku 65–74 lata było to 33% przy średniej UE27 równej 48% i ponad 60% w Szwecji, Holandii czy Belgii.

Charakterystyczne jest również duże zróżnicowanie ocen stanu zdrowia w zależności od sytuacji społecznej i ekonomicznej respondentów w Polsce. Na przykład oceny pozytywne są niemal dwukrotnie częstsze wśród osób z wykształceniem wyższym niż z co najwyżej podstawowym, a także o około 20 pkt proc. wyższe w porównaniu z osobami z wykształceniem średnim lub zawodowym (odpowiednio: 80%, 63%, 45%). Podobne różnice obserwuje się w zależności od poziomu dochodów – pozytywne oceny przeważają w wyższych grupach dochodowych.

[26] https://health.ec.europa.eu/indicators-and-data/european-core-health-indicators-echi_en.

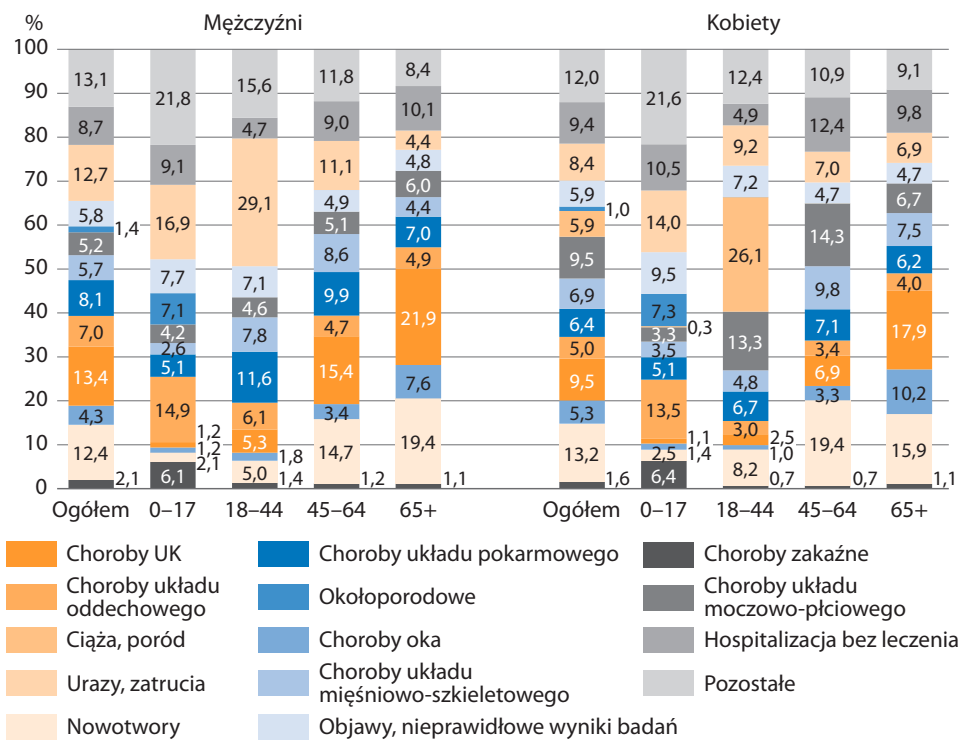
[27] Weziak-Bialowolska D., Zalewska A. M., Krys K., Case B., Lomas T., Padgett R. N., Johnson B. R. i VanderWeele T. J. (2025). Understanding Well-Being in Poland: Insights from the Global Flourishing Study. *International Journal of Wellbeing*, *15*(3), 1–27.

2.2.2. Hospitalizacje i ich przyczyny

Monitorowanie częstości hospitalizacji oraz ich przyczyn jest jedną z ważnych metod w analizie stanu zdrowia populacji, która pozwala na identyfikację najpoważniejszych problemów zdrowotnych wymagających leczenia szpitalnego, a także umożliwia śledzenie zmian w okresie, kiedy ludność jest obciążona poważnymi chorobami przewlekłymi i nieprzewlekłymi.

W najmłodszej grupie ludności (0–17 lat) w przypadku obu płci dominującymi przyczynami hospitalizacji są choroby układu oddechowego oraz urazy i zatrucia (wykres 2.1). W wieku 18–44 lata u kobiet najczęstszymi przyczynami, poza hospitalizacjami spowodowanymi ciążą, porodem i połogiem, są choroby układu moczowo-płciowego (w tym przede wszystkim niezapalne choroby układu rozrodczego), urazy i zatrucia oraz choroby nowotworowe. U mężczyzn w tym wieku zdecydowanie dominują urazy i zatrucia. Kobiety w wieku 45–64 lata są najczęściej hospitalizowane w związku z chorobami nowotworowymi oraz chorobami układu moczowo-płciowego (przede wszystkim niezapalnymi chorobami układu rozrodczego), natomiast mężczyźni z powodu chorób układu krążenia (ChUK), chorób nowotworowych oraz urazów i zatruć. W najstarszej grupie ludności (65+) dominują choroby układu krążenia oraz choroby nowotworowe, ale również wyraźnie zwiększa się w stosunku do osób młodszych udział hospitalizacji z powodu chorób oka (przede wszystkim zaćmy).

Wykres 2.1. Struktura przyczyn hospitalizacji kobiet i mężczyzn w 2024 r. według wieku



Źródło: dane NIZP PZH – PIB, Ogólnopolskie Badanie Chorobowości Szpitalnej Ogólnej.

W latach 2015–2024 zaobserwowano wzrost standaryzowanych współczynników hospitalizacji zarówno u mężczyzn (M) o 27%, jak i u kobiet (K) o 25%. Najbardziej wzrosły hospitalizacje z powodu objawów i stanów nieokreślonych (M: o 60%, K: o 65%) oraz urazów i zatruć (M: o 57%, K: o 69%), a także nowotworów (M: o 59%, K: o 68%) i chorób oka (M: o 54%, K: o 47%). Istotny wzrost, szczególnie w przypadku mężczyzn, wystąpił również w przypadku chorób układu mięśniowo-szkieletowego (M: o 48%, K: o 28%). Jednocześnie hospitalizacje z powodu chorób układu krążenia wykazywały niewielki spadek (M: o 6%, K: o 14%).

Liczba cudzoziemców osiadłych i przebywających w Polsce czasowo kilkakrotnie zwiększyła się w ostatniej dekadzie. Z tego powodu istotnym elementem uzupełniającym jest analiza udziału obcokrajowców w ogólnej liczbie hospitalizacji przeprowadzona na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia i dotycząca hospitalizacji finansowanej przez płatnika publicznego. W 2024 r. udział hospitalizacji osób posiadających obywatelstwo inne niż polskie wyniósł 2,8%, w tym prawie co trzecia osoba (32%) posiadała obywatelstwo ukraińskie. Udział obcokrajowców wśród osób leczonych w szpitalach był zróżnicowany ze względu na wiek – najwyższy występował w młodszych grupach: 4,7% hospitalizacji osób poniżej 20 lat i 5,4% w grupie 20–44 lata. Wśród osób starszych był istotnie niższy i wyniósł 2,2% w grupie 45–64 lata oraz 0,5% w populacji osób w wieku 65 lat i więcej.

2.3. Przeciętne dalsze trwanie życia i umieralność

2.3.1. Przeciętne dalsze trwanie życia w wieku 0 lat i oczekiwana długość życia osób w wieku 65 lat w Polsce oraz w UE

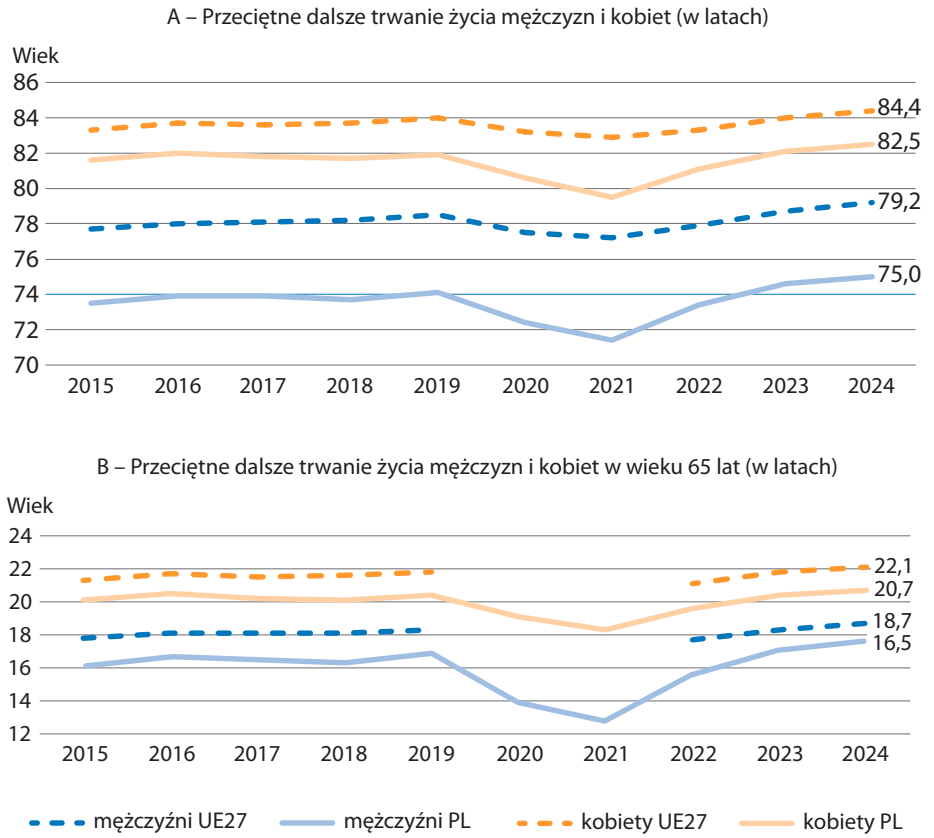
Według danych GUS przeciętne dalsze trwanie życia[28] w Polsce w 2024 r. wynosiło 74,93 roku dla mężczyzn i 82,26 roku dla kobiet[29]. W porównaniu z 2023 r. oznacza to wzrost o 0,28 roku dla mężczyzn oraz 0,29 roku dla kobiet, natomiast w relacji do 2015 r. – wzrost o odpowiednio 1,35 roku dla mężczyzn (z 73,58) i 0,69 roku dla kobiet (z 81,57).

Kierunek zmian jest pozytywny, ale jego tempo wolne. W analizowanym dziesięcioleciu wciąż utrzymywał się duży dystans Polski do średniej w krajach UE, szczególnie do krajów z najlepszymi wskaźnikami (wykres 2.2.A). Zarówno w 2015 r., jak i 2024 r. trwanie życia mężczyzn w Polsce było krótsze w relacji do średniej UE27 o 4,2 roku, a w przypadku kobiet różnica wzrosła z 1,7 do 1,9 roku. Mężczyźni w Polsce żyją o prawie 7 lat krócej niż mężczyźni w Szwecji, we Włoszech, w Hiszpanii i na Cyprze (kraje o najwyższej długości życia mężczyzn w UE), a kobiety o ponad 3,5 roku w porównaniu z kobietami w Hiszpanii, we Włoszech, Francji i w Luksemburgu (kraje o najwyższej długości życia kobiet w UE). W krajach UE krócej żyją tylko mieszkańcy Rumunii, Bułgarii, Węgier i Łotwy (szczególnie mężczyźni) oraz Litwy i Słowacji (kobiety).

[28] Jest to miernik przeciętnego dalszego trwania życia noworodka (krócej – przeciętne trwanie życia, w literaturze oznaczane przez e0) i wyraża średnią liczbę lat, jaką ma do przeżycia – przy danych warunkach umieralności populacji występujących w roku konstrukcji tablic trwania życia – osoba urodzona w 2024 r. w Polsce.

[29] Według oszacowań Eurostatu (stan na 10.12.2025 r.) trwanie życia mężczyzn w Polsce w 2024 r. osiągnęło 75 lat, a dla kobiet 82,5 roku. Dane Eurostatu mają charakter wstępny i podlegają korektom, przy czym ostateczne wyniki zwykle są zbliżone do oszacowań GUS. W porównaniu międzynarodowym wykorzystano dane Eurostatu, podczas gdy w pozostałych analizach dotyczących Polski korzystano z wyników oszacowań GUS.

Wykres 2.2. Przeciętne dalsze trwanie życia (A) i trwanie życia osób w wieku 65 lat (B) w Polsce i UE27 ogółem w latach 2015–2024



* W bazie Eurostat nie są dostępne dane o średnim dalszym trwaniu życia osób w wieku 65 lat w krajach UE27 w roku 2020 i 2021.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostatu.

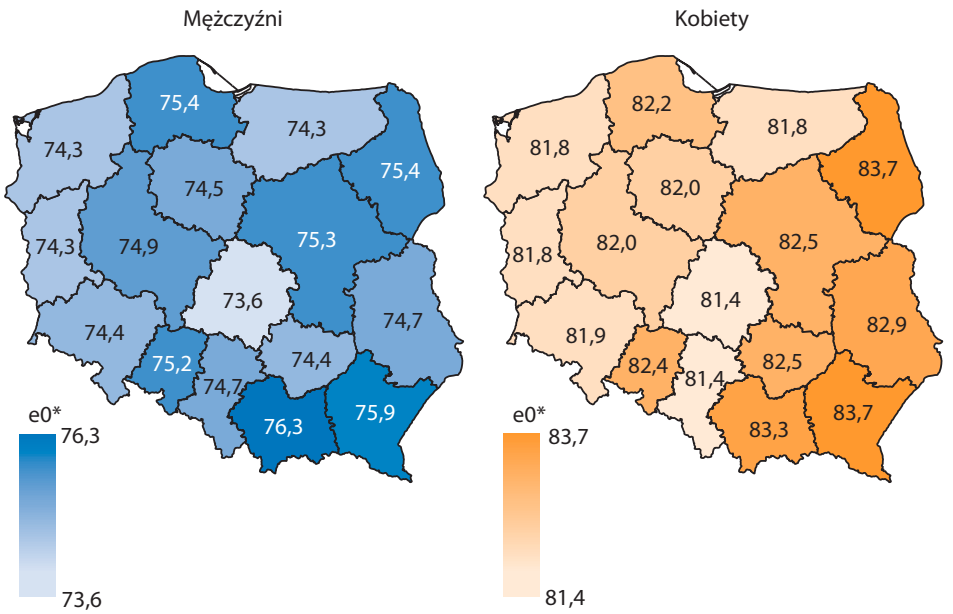
Wydłużanie trwania życia znajduje odzwierciedlenie w rosnących szansach na dożycie starszego wieku. Na przykład, w populacji osób urodzonych w 2024 r. w Polsce – przy założeniu, że umieralność w tej generacji pozostanie na poziomie obserwowanym w 2024 r. – 80. urodziny może obchodzić około 43,5% mężczyzn i 66,5% kobiet. W krytycznym roku pandemii (2021) odsetki te były o ponad 10 pkt proc. niższe (32,6% dla mężczyzn i 58,1% dla kobiet), a dla 2015 r. wynosiły odpowiednio 39,3 i 64,7%. W krajach UE z najwyższymi wskaźnikami trwania życia – już przy umieralności z 2023 r. – prawie 65% mężczyzn i 80% kobiet dożyłoby 80 lat. Oznacza to, że w Polsce odsetek mężczyzn osiągających ten wiek jest niższy o ponad 20 pkt proc., a kobiet o 15 pkt proc.

Różnice w stanie zdrowia starszych Polaków w porównaniu z mieszkańcami innych krajów obrazuje także przeciętne dalsze trwanie życia osób w wieku 65 lat (wykres 2.2.B). W 2024 r. dla mężczyzn w Polsce wskaźnik ten wynosił 16,3 roku i był wyższy o 0,6 roku względem 2015 r. (15,7 roku), a dla kobiet było to 20,3 roku, co oznacza wzrost o 0,2 roku

(z 20,1 w 2015 r.). W tych samych latach średnia w krajach UE była wyższa o ponad dwa lata dla mężczyzn i 1,5 roku dla kobiet. W części państw, np. w Szwecji i we Włoszech, mężczyźni w tym wieku mogą oczekiwać ponad 20 lat życia, a kobiety – niemal 24 lata, jak w Hiszpanii i we Francji.

Omawiając sytuację zdrowotną w Polsce, należy podkreślić utrzymujące się jej terytorialne zróżnicowanie, na co wskazuje porównanie przeciętnego dalszego trwania życia. W 2024 r. najdłuższym życiem cieszyli się mieszkańcy województwa małopolskiego (76,3 roku). Mieli przed sobą dłuższe o 2,7 roku życie niż mieszkańcy woj. łódzkiego, którzy żyją średnio najkrócej. Wśród kobiet najwięcej lat życia miały mieszkanki z Podkarpackiego i Podlaskiego (83,7 roku). Ich długość życia przewyższała o 2,3 roku wartość dla mieszkanek z województwa łódzkiego i śląskiego (wykres 2.3).

Wykres 2.3. Przeciętne dalsze trwanie życia w województwach w Polsce w 2024 r.



*e0 – przeciętne trwanie życia noworodka

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Ważnym celem polityki zdrowotnej jest wydłużenie liczby lat życia w dobrym stanie zdrowia, co może łączyć się nie tylko z poprawą sytuacji poszczególnych osób, ale także wpłynąć na zmniejszenie wydatków publicznych na opiekę zdrowotną. W szczególności jeśli liczba lat życia w dobrym zdrowiu rosłaby szybciej niż średnia długość życia. Klasyczny wskaźnik długości trwania życia w zdrowiu stosowany przez Eurostat – HLY (wcześniej określany jako DFLE, czyli lata życia wolne od niesprawności) – jest wyznaczany na podstawie tablic trwania życia oraz danych dotyczących występowania ograniczeń w funkcjonowaniu i wykonywaniu codziennych czynności spowodowanych problemami zdrowotnymi (GALI), pozyskiwanych z badania EU-SILC. Poziom wskaźnika HLY dla mężczyzn w Polsce w 2023 r. wynosił 61,7 roku, a dla kobiet 64,4 roku. W porównaniu

z 2015 r. oznacza to wzrost o 1,6 roku w przypadku mężczyzn (z 60,1) oraz o 1,2 roku dla kobiet (z 63,2). W 2023 r. trwanie życia kobiet w zdrowiu w Polsce było dłuższe od średniej UE o 1,1 roku (63,3 roku), natomiast dla mężczyzn było krótsze o 1,1 roku (wobec 62,8 roku w UE).

Lata życia w zdrowiu, rozumiane jako okres bez istotnych ograniczeń w funkcjonowaniu i wykonywaniu codziennych czynności, stanowiły w 2023 r. 82,7% przeciętnej długości życia mężczyzn oraz 78,4% przeciętnej długości życia kobiet w Polsce. W porównaniu z 2015 r. udziały te wzrosły jedynie o 0,9 pkt proc. – w 2015 r. wynosiły odpowiednio 81,8% dla mężczyzn i 77,5% dla kobiet. Choć kierunek tej zmiany należy uznać za zgodny z oczekiwaniami z punktu widzenia poprawy jakości życia i zdrowia populacji, jej skala pozostaje ograniczona. To oznacza, że wydłużaniu się życia nadal towarzyszy znaczny czas funkcjonowania z problemami zdrowotnymi, zwiększający presję na system ochrony zdrowia.

2.3.2. Umieralność

Zmiany długości życia wynikają ze zmian współczynników zgonów charakteryzujących umieralność. Po latach pandemii umieralność w Polsce zmniejszała się – w 2024 r. ogólny standaryzowany współczynnik zgonów wynosił 1132,8, co oznacza, że spośród 100 tys. mieszkańców umierały średnio 1133 osoby. Wartość ta była mniejsza niż we wcześniejszych latach 2015–2024. Nie były to jednak znaczne spadki, w porównaniu np. z wartościami dla 2015 r. wynoszącymi 1235,1 współczynnik zgonów w 2024 r. był mniejszy o około 8 osób na 100 tys. mieszkańców.. Pamiętać przy tym należy, że umieralność w Polsce jest wyższa niż przeciętnie w krajach Unii Europejskiej – w tej zbiorowości w 2021 r. współczynnik wynosił 1073,4, a w Polsce 1504,5.

Wartości ogólnych standaryzowanych współczynników zgonów kobiet i mężczyzn zmieniały się w tym samym kierunku (spadki). Jednak współczynnik dla mężczyzn o prawie 65 przewyższał wartość dla kobiet w 2024 r.

Najczęstszymi przyczynami zgonów były i są choroby układu krążenia, choroby nowotworowe, przyczyny zewnętrzne, choroby układu oddechowego i pokarmowego. W 2024 r. spowodowały one ponad 86% zgonów. Najgroźniejsze wśród nich były choroby układu krążenia oraz nowotwory złośliwe, które w 2024 r. odpowiadały łącznie za prawie 64% zgonów w Polsce. Pozostałe z wymienionych w tabeli 2.1. przyczyn miały mniejszy wpływ na umieralność Polaków. W 2024 r. natężenie zgonów z powodu większości wymienionych grup chorób było mniejsze niż rok wcześniej, wyjątkiem były choroby układu oddechowego. Natężenie zgonów spowodowanych chorobami układu oddechowego wzrosło w 2024 r. w stosunku do roku 2015 wśród mężczyzn o kilka procent, ale wśród kobiet o ponad 20%. Umieralność spowodowana chorobami układu pokarmowego raz rosła, kiedy indziej spadała, ale w 2024 r. była znacznie wyższa niż w 2015 r. Umieralność spowodowana działaniem przyczyn zewnętrznych, wynikająca m.in. z urazów, wypadków, zatruć, samobójstw i innych zdarzeń niezwiązanych bezpośrednio z procesami chorobowymi od lat utrzymuje się na zbliżonym poziomie, co pokazuje tabela 2.1.

Tabela 2.1. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu wybranych grup przyczyn na 100 tys. ludności w latach 2015–2024

Wyszczególnienie	Płeć	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Choroby układu krążenia	M	723,9	656,3	636,4	624,1	593,7	643,6	660,0	582,6	538,2	518,3
	K	487,3	441,6	434,1	425,9	395,6	424,0	446,7	396,1	365,1	359,4
Nowotwory złośliwe	M	426,5	414,3	400,6	398,8	382,6	382,4	355,0	360,9	364,5	358,3
	K	227,5	223,1	221,3	222,5	219,3	215,8	203,3	207,4	213,9	209,7
Przyczyny zewnętrzne	M	87,5	84,6	83,9	87,6	85,3	87,2	92,4	87,0	83,3	78,9
	K	25,0	24,1	24,1	24,6	24,5	25,2	29,9	27,6	26,8	24,3
Choroby układu oddechowego	M	119,9	111,6	122,1	125,3	120,4	129,1	121,5	126,4	124,1	127,1
	K	54,9	49,0	57,6	58,4	56,5	58,0	58,9	63,5	65,1	66,1
Choroby układu pokarmowego	M	57,3	61,6	62,4	64,2	64,1	68,9	75,1	74,6	71,9	70,5
	K	31,2	33,0	34,4	34,3	34,2	35,9	40,6	39,7	38,8	36,8

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS i Eurostatu.

Współczynnik umieralności niemowląt wyniósł w 2024 r. 357 zgonów na 100 tys. urodzeń żywych, podczas gdy w 2015 r. wynosił 400. W Polsce ciągle jednak przekracza średnią wartość dla Unii Europejskiej.

Pozytywne zmiany umieralności w skali całej populacji nie dotyczą jednak wszystkich grup wieku. Wśród dzieci i młodzieży w wieku 1–19 lat natężenie zgonów w 2024 r. było na takim samym poziomie jak rok wcześniej.

Mając na uwadze podjęty w rozdziale 6 raportu temat zdrowia reprodukcyjnego, przedstawiamy dane o liczbie zgonów kobiet w wieku prokreacyjnym (15–49 lat). W Polsce rocznie umiera ponad 6 tys. kobiet w wieku 15–49 lat, co pogłębia trend spadkowy wielkości populacji kobiet w wieku rozrodczym obserwowany od prawie dwóch dekad. W 2024 r. zmarło 6091 kobiet w tym wieku, w 2023 r. – 6152, w 2022 r. – 6759, w 2021 r. – 7572, a w ciągu ostatniego dziesięciolecia (2015–2024) odnotowano ogółem ponad 63 tys. zgonów kobiet w wieku 15–49 lat[30]. Do głównych przyczyn powodujących zgony w tej grupie kobiet należą: nowotwory złośliwe (piersi, jajnika, szyjki macicy, płuc i mózgu), także choroby układu krążenia oraz zaburzenia spowodowane spożyciem alkoholu, a wśród kobiet młodszych (w wieku do 30 lat) są to przyczyny zewnętrzne (głównie wypadki oraz samobójstwa). Część z tych przyczyn odnosi się do zgonów uznawanych za możliwe do uniknięcia. Eliminacja tych zgonów może przyczynić się do zmniejszenia tendencji spadkowej populacji kobiet w wieku rozrodczym, której wielkość decyduje w coraz większym stopniu o liczbie urodzeń.

Główne przyczyny zgonów są dla ludności Polski znacznie większym zagrożeniem życia niż przeciętnie dla mieszkańców krajów UE. Wyraźnie wskazuje na to porównanie współczynników zgonów dla Polski z 2024 r. z przeciętnymi w UE wartościami z 2021 r.[31] Współczynniki w Polsce w 2024 r. przekraczają notowane w UE trzy lata wcześniej. Szczególnie niekorzystna jest sytuacja osób do 64 lat. W tej zbiorowości natężenie zgonów

[30] Szerzej na temat stanu zdrowia kobiet w wieku 15–49 lat oraz potencjalnych urodzeń zob. W. Wróblewska, Losses in the demographic and procreative potential of women – the case of Poland, Konferencja KND PAN Zdrowie reprodukcyjne | Komitet Nauk Demograficznych, https://drive.google.com/file/d/1aZC347DaywYCnK4VKotHmmh15QAIf0h7/view.

[31] Zob. Raport Sytuacja Demograficzna Polski. Raport 2023–2024.

przekraczało w 2024 r. wartości przeciętne w UE z 2021 r. (to ostatnie dane) o kilkadziesiąt punktów. Działo się tak zwłaszcza w przypadku chorób układu krążenia, układu oddechowego i pokarmowego. Współczynniki zgonów mężczyzn z tych przyczyn były wyższe odpowiednio o 31, 62 i 66, a wśród kobiet – o 11, 22 oraz 56.

2.3.3. Umieralność z powodu przyczyn, dla których zgony są możliwe do uniknięcia

Poczynając od lat 70. ubiegłego wieku zaczęto w świecie zwracać uwagę, że istnieją przyczyny przedwczesnych zgonów, które, gdyby choroby zostały odpowiednio wcześniej zdiagnozowane, nie spowodowałyby śmierci. Wyróżniono dwie grupy takich przyczyn. Jedna to choroby, które można skutecznie leczyć (ang. *treatable causes of deaths*), druga to choroby lub zdarzenia zdrowotne, którym można skutecznie zapobiec (ang. *preventable causes of deaths*). Lista wyróżnionych grup chorób została utworzona wspólnie przez Eurostat i OECD z wykorzystaniem wcześniejszych opracowań eksperckich i opublikowana po raz pierwszy w 2019 r.[32], natomiast ostatnia wersja listy została wydana w 2022 r.[33]. Dla wszystkich wybranych przyczyn zgonów ustalono górny próg wieku na 75 lat.

W Polsce w 2024 r. z przyczyn możliwych do uniknięcia zmarły 119 453 osoby (bez zgonów z powodu COVID-19) (79 572 mężczyzn i 39 881 kobiet), przy czym 60,2% tych zgonów było spowodowanych przyczynami, którym można zapobiegać, a 39,8% przyczynami, które można skutecznie leczyć.

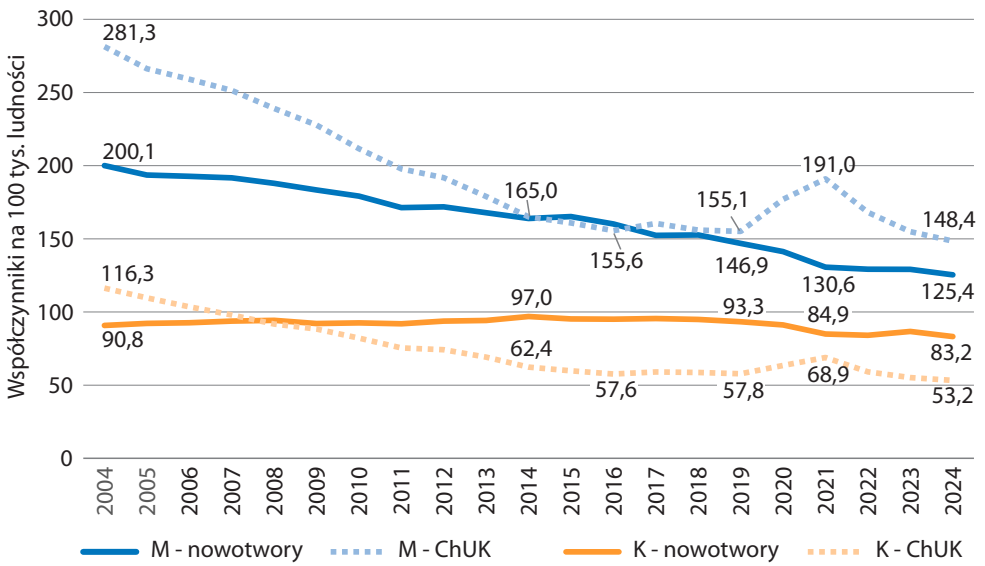
Choroby i inne zdarzenia zdrowotne, dla których zgony są możliwe do uniknięcia, stanowią dużo większe zagrożenie życia dla mężczyzn niż kobiet. Po wyeliminowaniu różnic w strukturze wieku, natężenie zgonów z ich powodu wśród mężczyzn w 2024 r. było 2,37 razy wyższe niż wśród kobiet (465,8/100 tys. vs 196,9/100 tys.). Zgony należące do tej grupy stanowią 65,5% ogółu zgonów osób poniżej 75 lat – 66,1% mężczyzn i 64,3% kobiet. Za ponad 60% zgonów możliwych do uniknięcia są odpowiedzialne choroby nowotworowe (32%) i choroby układu krążenia (30,5%). Trzeba zwrócić uwagę na fakt, że po 2015 r. zagrożenie przedwczesnymi zgonami z powodu chorób układu krążenia, możliwe do uniknięcia, przestało się zmniejszać, gdyż spadek po 2021 r. ma niewątpliwie charakter kompensacyjny po wzroście umieralności w okresie pandemii COVID-19 (wykres 2.4). Rosnąca do 2014 r. umieralność przedwczesna kobiet z powodu chorób nowotworowych możliwych do uniknięcia w kolejnych latach zmniejszała się powoli,

[32] OECD, EUROSTAT, Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death (November 2019 version), November 2019. Retrieved April 24, 2020, from http://www.oecd.org/health/health-systems/Avoidable-mortality-2019-Joint-OECD-Eurostat-List-preventable-treatable-causes-of-death.pdf.

[33] Do najważniejszych specyficznych kategorii zgonów, którym można zapobiec (preventable), zalicza się te spowodowane chorobami, przeciwko którym są szczepienia: HIV/AIDS, nowotwór złośliwy płuca, chorobę nadciśnieniową, połowę przypadków choroby niedokrwiennej serca i chorób naczyń mózgowych, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, choroby związane ze spożywaniem alkoholu oraz innych środków psychoaktywnych, a także urazy wypadkowe i samobójstwa. Do specyficznych kategorii przyczyn zgonów, które można skutecznie leczyć (amenable), zalicza się m.in.: nowotwór: złośliwy piersi, jelita grubego, odbytnicy i odbytu, chorobę Hodgkina, nowotwory niezłośliwe, choroby reumatyczne serca ostre i przewlekłe, połowę przypadków choroby niedokrwiennej serca i chorób naczyń mózgowych, zapalenie płuc i ostre zakażenie dolnych dróg oddechowych, astmę, wrzód żołądka i dwunastnicy, choroby wyrostka robaczkowego, przepuklinę.

natomiast umieralność mężczyzn z powodu tej grupy chorób ma od wielu lat w miarę stały wyraźny trend spadkowy.

Wykres 2.4. Standaryzowane współczynniki zgonów możliwych do uniknięcia mężczyzn (M) oraz kobiet (K) w wieku poniżej 75 lat z powodu chorób układu krążenia (ChUK) oraz chorób nowotworowych w Polsce w latach 2004–2024

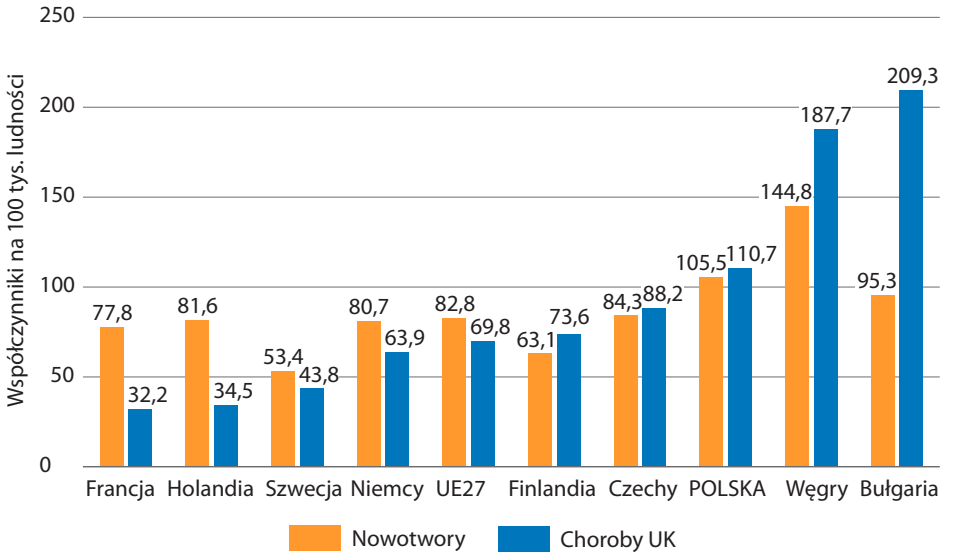


Źródło: dane NIZP PZH – PIB, z wykorzystaniem bazy zgonów GUS.

Zagrożenie życia spowodowane przedwczesnymi zgonami z powodu przyczyn, którym można zapobiec lub skutecznie leczyć, jest w Polsce większe od przeciętnego dla krajów UE. Według ostatnich danych Eurostatu dla 2022 r. poziom umieralności był w naszym kraju wyższy o 49% (58% dla mężczyzn i 36% dla kobiet). Relatywnie bardziej niekorzystna sytuacja występuje w przypadku chorób układu krążenia (nadwyżka umieralności dla ogółu ludności 59%, w tym dla mężczyzn 68%, dla kobiet 48%) niż chorób nowotworowych (odpowiednie wartości nadwyżki 27, 32 i 24%) (wykres 2.5).

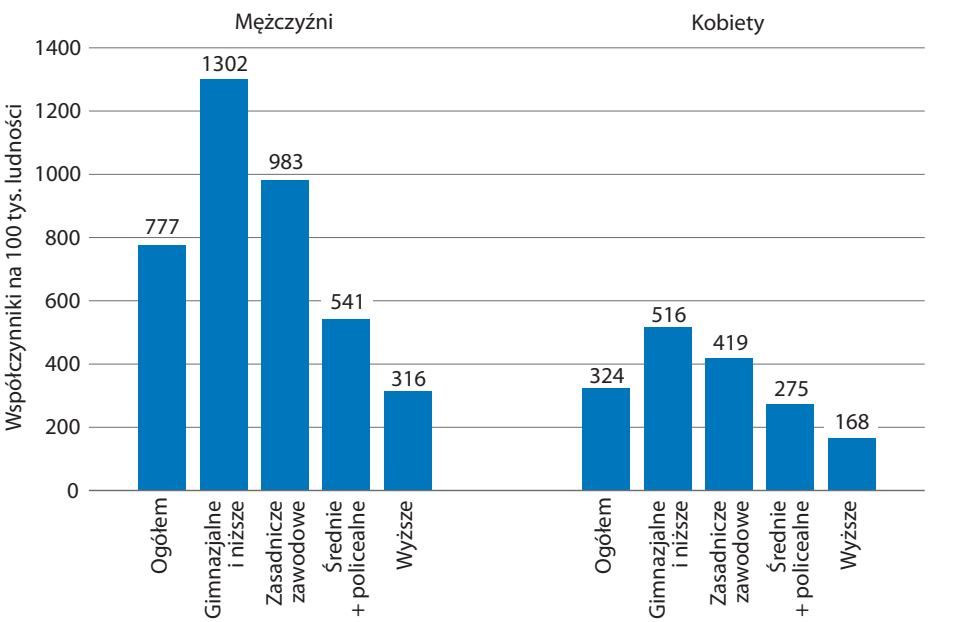
W Polsce obserwuje się utrzymujący się gradient społeczny w poziomie umieralności mężczyzn i kobiet o różnym poziomie wykształcenia z powodu chorób, w przypadku których zgony są możliwe do uniknięcia. Życie mężczyzn w wieku 30–74 lata z wykształceniem co najwyżej gimnazjalnym jest ok. czterokrotnie bardziej zagrożone z tych przyczyn zgonu niż życie mężczyzn z wykształceniem wyższym, w przypadku kobiet różnica jest trzykrotna (wykres 2.6). Umieralność osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym jest trzykrotnie wyższa w przypadku mężczyzn i dwuipółkrotnie dla kobiet niż osób z wykształceniem wyższym.

Wykres 2.5. Standaryzowane współczynniki zgonów możliwych do uniknięcia wśród ludności w wieku poniżej 75 lat z powodu chorób układu krążenia (ChUK) oraz chorób nowotworowych w Polsce i w wybranych krajach UE27 w 2022 r.



Źródło: dane Eurostat.

Wykres 2.6. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu przyczyn możliwych do uniknięcia mężczyzn i kobiet w wieku 30–74 lata według poziomu ich wykształcenia w latach 2020–2022



Źródło: Wojtyniak B. i inni. *Długość życia i umieralność ludności Polski*. [W:] Wojtyniak B. i Smaga A. [red.]. *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025*. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy.

2.4. Podsumowanie

Analiza stanu zdrowia Polaków w dekadzie lat 2015–2024 pokazuje, że współczynniki hospitalizacji wzrosły o 25% dla kobiet i o 27% dla mężczyzn. Liczby te mogą wskazywać na pogarszanie się stanu zdrowia. Jednak na podstawie subiektywnych i obiektywnych mierników można stwierdzić, że po dużych stratach w populacji spowodowanych pandemią, sytuacja zdrowotna się poprawiła, o czym świadczy wzrost przeciętnej długości życia. W analizowanym okresie długość życia mężczyzn zwiększyła się o 1,35 roku, a kobiet o 0,7 roku. Ciągle jednak stan zdrowia ludności Polski jest gorszy niż przeciętnie w krajach UE, na co wskazuje nie tylko wyższy poziom natężenia zgonów, ale także krótsze oczekiwane dalsze trwanie życia.

Najważniejszymi przyczynami zgonów są choroby układu krążenia i nowotwory. O ile umieralność z powodu chorób układu krążenia zmniejsza się zauważalnie, o tyle w przypadku chorób nowotworowych następuje to wolno. Dodatkowo w ostatnim czasie zaobserwowano wzrost natężenia zgonów z niektórych przyczyn, szczególnie chorób układu oddechowego czy układu pokarmowego, które znacznie przekraczały wartości przeciętne w UE, nawet te z 2021 r. W porównaniu z innymi krajami niekorzystna jest w Polsce sytuacja dotycząca zgonów z powodu przyczyn możliwych do uniknięcia. Poprawa sytuacji zdrowotnej i leczenia oraz ograniczenie umieralności z powodu przyczyn, których można by uniknąć, mogłaby spowolnić proces depopulacji.

Podkreślić należy, że w Polsce ciągle utrzymują się duże różnice w umieralności kobiet i mężczyzn. Szczególnie wysokie natężenie zgonów mężczyzn w wieku od 50 do 79 lat powoduje, że oczekiwana długość życia kobiet przekracza o ponad 7 lat trwanie życia mężczyzn. Podobnie jest z terytorialnym zróżnicowaniem natężenia zgonów, co prowadzi do znacznych różnic w długości życia.

Uwzględniając trwanie życia w zdrowiu, określane na podstawie wskaźnika GALI, mężczyźni spędzają tylko nieznacznie większy odsetek życia w dobrym stanie zdrowia niż kobiety (o 4,4 pkt proc.), podczas gdy średnia liczba lat w zdrowiu pozostaje dłuższa dla kobiet niż mężczyzn (64,4 wobec 61,7 roku). Warto zauważyć także, że wskaźnik dla mężczyzn pozostaje znacznie poniżej ustawowo określonego wieku emerytalnego.

Rozdział III. Migracje międzynarodowe

Wojciech Janicki[34], Paweł Kaczmarczyk[35], Katarzyna Saczuk[36],
Paweł Strzelecki[37], Agnieszka Fihel[38]

3.1. Wprowadzenie

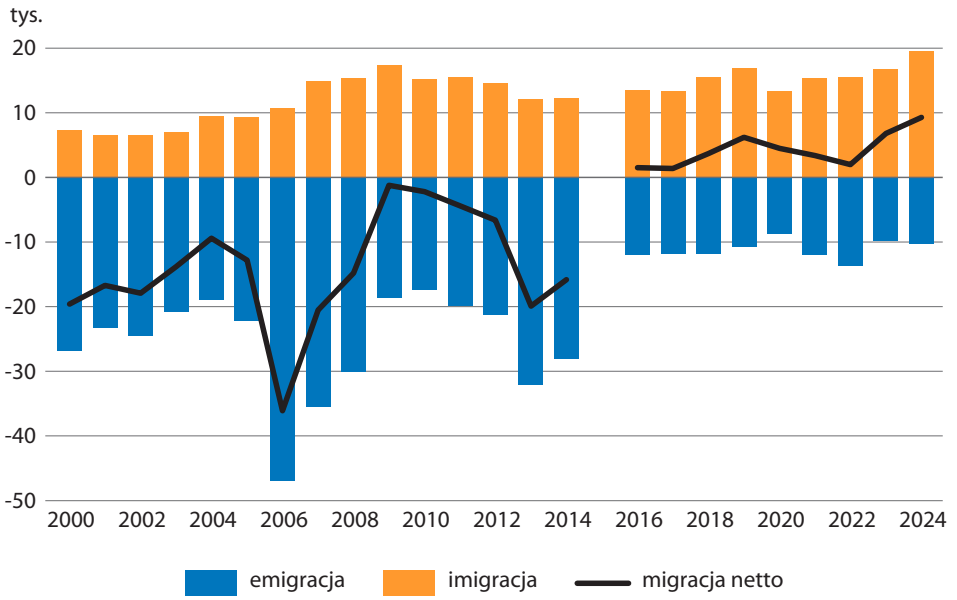
W ostatnich dwóch dekadach Polska przeszła fundamentalną przemianę – z kraju, który był jednym z najważniejszych obszarów emigracji (i to w niektórych okresach emigracji na masową skalę), w atrakcyjne miejsce docelowe dla imigrantów. Transformacja ta ma znaczenie nie tylko dla sfery mobilności, ale także dla innych aspektów funkcjonowania społeczeństwa i gospodarki Polski. Najbardziej oczywiste są wymiary ekonomiczne i to o nich intensywnie dyskutuje się na forum publicznym od ponad dekady. Jednak coraz częściej sfera migracji jest analizowana także w kontekście zmian demograficznych. Wynika to z dużej skali imigracji do Polski oraz z tego, że coraz większa jej część ma charakter długookresowy, a nawet osiedleńczy. To może mieć wpływ na zmiany dotyczące całej populacji (wielkość i struktury demograficzne) oraz przebieg podstawowych procesów demograficznych. Zadaniem, które sobie stawiamy, jest naszkicowanie aktualnej sytuacji migracyjnej Polski – zarówno w kontekście procesów emigracyjnych, jak i obecności imigrantów w Polsce. Temu zagadnieniu poświęcone są trzy pierwsze podrozdziały. Czwartą część poświęciliśmy pogłębionej analizie sytuacji imigrantów z Ukrainy, w szczególności zaś napływowi Ukraińców po wybuchu pełnoskalowej wojny w lutym 2022 r. oraz ekonomicznym aspektom ich integracji w Polsce.

3.2. Migracja z i do Polski – uwagi ogólne

Ocena skali migracji z i do Polski jest zadaniem niełatwym, co wynika nie tylko z niedostatecznej dostępności danych, ale także z tego, że różne źródła posługują się zróżnicowanymi definicjami i opisują często nieporównywalne kategorie (pisaliśmy o tym szerzej w poprzedniej edycji raportu). Niezależnie od tych rozbieżności, wszystkie dostępne dane wskazują na to, że w minionej dekadzie status migracyjny Polski się zmienił – z kraju, w którym tradycyjnie dominowały ruchy emigracyjne, na kraj coraz bardziej masowej imigracji.

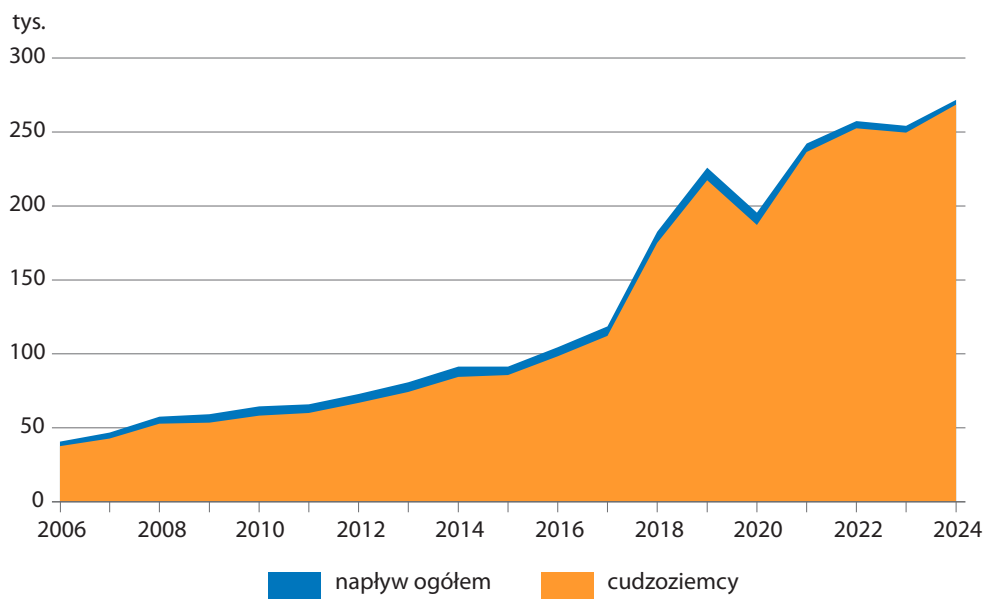
[34] Instytut Geografii Społeczno-Ekonomicznej i Gospodarki Przestrzennej UMCS w Lublinie, Komitet Nauk Demograficznych PAN, Rządowa Rada Ludnościowa; wojciech.janicki@mail.umcs.pl. ORCID: 0000-0001-6563-5259.
[35] Ośrodek Badań nad Migracjami UW, Wydział Nauk Ekonomicznych UW, Komitet Nauk Demograficznych PAN, Rządowa Rada Ludnościowa, p.kaczmarczyk@uw.edu.pl. ORCID: 0000-0002-7415-0701.
[36] Międzypokoleniowe Centrum Badań nad Rodzinami i Generacjami SGH, Ośrodek Badań nad Migracjami UW, Rządowa Rada Ludnościowa, ksaczuk@sgh.waw.pl. ORCID: 0000-0001-7281-0596.
[37] Instytut Statystyki i Demografii SGH, pstrzel1@sgh.waw.pl. ORCID;. 0000-0002-4318-8942.
[38] Ośrodek Badań nad Migracjami UW, Komitet Nauk Demograficznych PAN, Rządowa Rada Ludnościowa, a.fihel@uw.edu.pl. ORCID: 0000-0002-8747-1299.

Wykres 3.1. Migracje rejestrowane (na pobyt stały)* w tys. w latach 2000-2024



* Ze względu na niekompletność, dane za 2015 r. nie są udostępniane.
Źródło: opracowanie własne na podstawie roczników demograficznych i danych PESEL.

Wykres 3.2. Osoby przybyłe do Polski (obywatele Polski oraz cudzoziemcy), które zarejestrowały się na pobyt czasowy powyżej trzech miesięcy w tys. w latach 2000-2024*



* Ze względu na zmiany metodologiczne brak danych za 2010 r., na wykresie wartości te są ekstrapolowane.
Źródło: opracowanie własne na podstawie Roczników Demograficznych i danych PESEL.

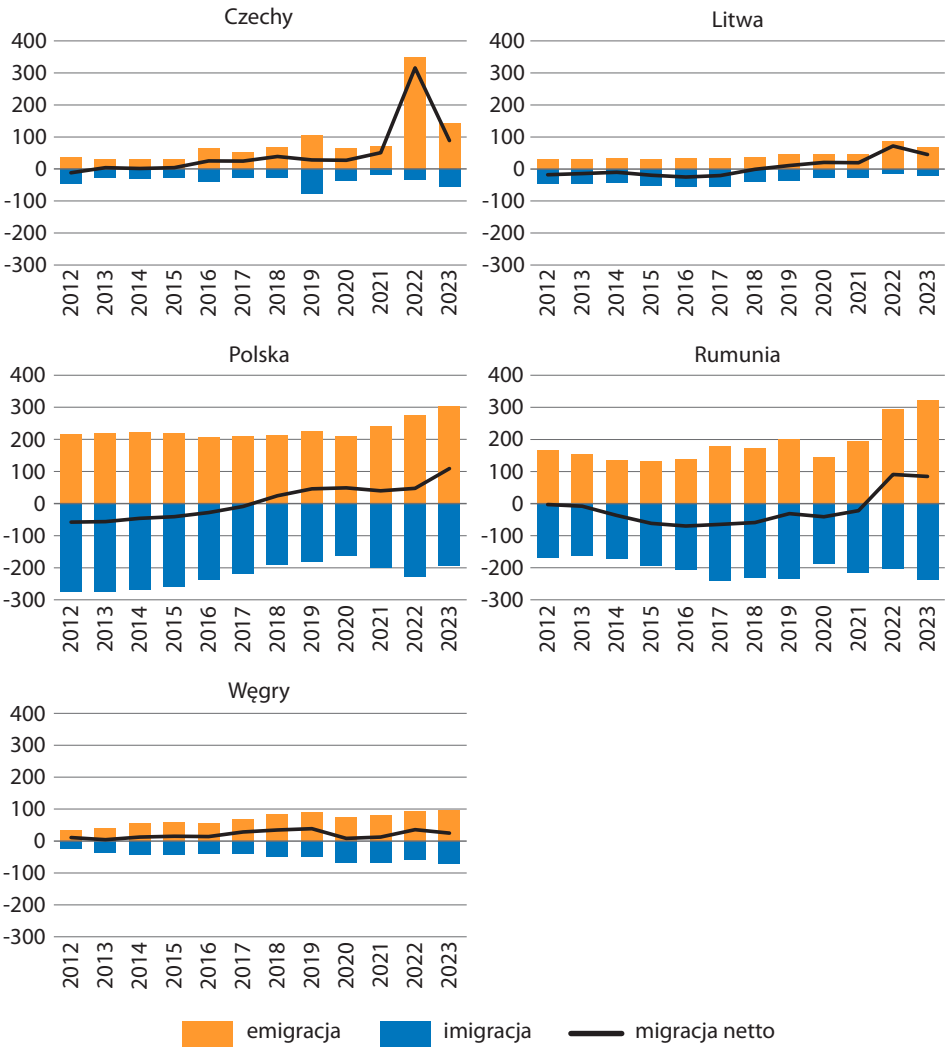
Dane zebrane na wykresie 3.1 obrazują jedynie wycinek zjawiska (migracje rejestrowane na pobyt stały), ale są one dobrą ilustracją opisywanej tendencji. Po okresie relatywnie masowego odpływu za granicę (po 2004 r.), w ostatniej dekadzie liczba osób wyjeżdżających za granicę z zamiarem osiedlenia się tam na stałe (i rejestrujących ten fakt) oscyluje wokół 10 tys. w skali roku. W tym samym czasie liczba osób, które rejestrują swój pobyt stały w Polsce, powoli, ale systematycznie wzrastała (do ok. 20 tys. w 2024 r.), co sprawia, że od 2016 r. w przypadku tej najbardziej klasycznej formy migracji możemy mówić o dodatnim bilansie. W poprzednich edycjach raportu wielokrotnie zwracano uwagę, że specyfika Polski polega na dużym znaczeniu mobilności o charakterze czasowym. Wpływ tego typu migracji na długookresowy status migracyjny kraju jest mniej oczywisty, nie wiadomo bowiem, czy i na jak długo przybywający migranci w Polsce pozostaną, ale to właśnie na tym poziomie najlepiej uwidacznia się zmiana krajobrazu migracyjnego Polski (por. wykres 3.2).

Dane zaprezentowane na wykresie 3.2 pokazują jednoznacznie, jak radykalnie zmieniła się skala napływu migrantów czasowych do Polski w ostatnich dwóch dekadach, w szczególności zaś po 2015 r. Proces ten został jedynie czasowo zahamowany na skutek ograniczeń związanych z pandemią COVID-19 (spadek w 2020 r.), ale szybko powrócił do poprzedniego trendu, by dodatkowo zwiększyć swoje rozmiary po wybuchu pełnoskalowej wojny w Ukrainie.

Struktura tej grupy ze względu na pochodzenie zmieniała się w okresie minionych dekad, choć niezmiennie dominują obywatele Ukrainy oraz Białorusi. Ci pierwsi stanowili około 30% napływu do 2010 r., potem ich znaczenie wzrosło do około 60–70% po 2020 r. Udział obywateli Białorusi wynosił około 10%, ale w minionych dwóch latach wzrósł do około 17–18%. Wynika to z faktu, że większa część napływu z Ukrainy miała miejsce jeszcze w 2022 r., a od tego czasu przyjazdy są istotnie mniej liczne. Pozostałe grupy mają mniejsze znaczenie, ale trzeba zaznaczyć, że struktura krajów pochodzenia imigrantów jest zróżnicowana. Tradycyjnie ważną grupę osób napływających do Polski stanowili Wietnamczycy (ok. 5% przed 2015 r., obecnie ok. 1%). Nową grupą cudzoziemców obecnych w Polsce są obywatele Indii, którzy stanowią już około 2% rocznego napływu po 2020 r.

Co istotne, Polska nie jest odosobniona. Jak pokazują dane Eurostatu (wykres 3.3) transformacja statusu migracyjnego dotyczy także innych krajów Europy Środkowo-Wschodniej, w tym tych, które w niedawnej przeszłości doświadczały masowej emigracji swoich obywateli (Litwa, Rumunia).

Wykres 3.3. Migranci długookresowi (powyżej 12 miesięcy) w wybranych krajach Europy Środkowo-Wschodniej w latach 2012–2023

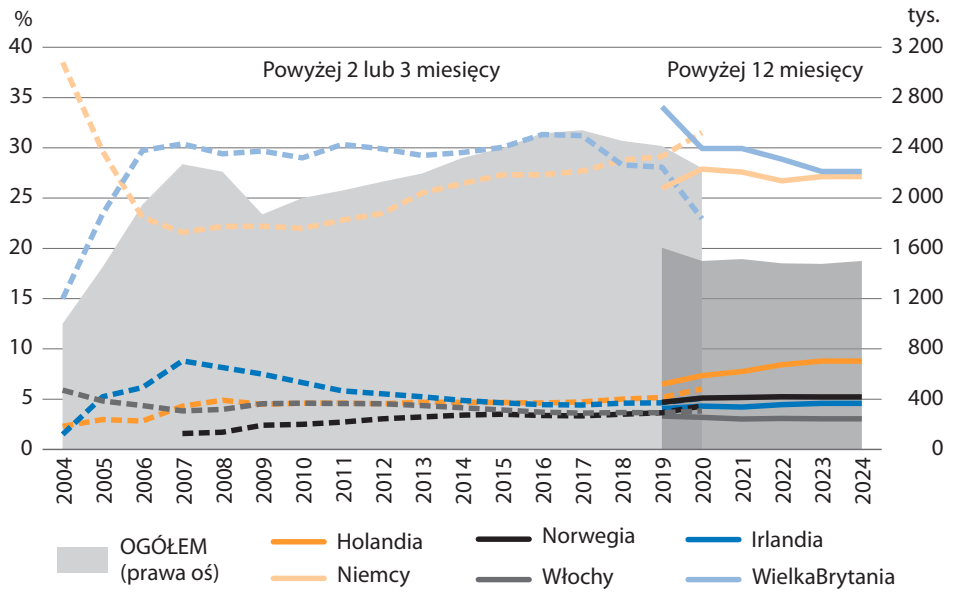


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostatu.

3.3. Emigracja z Polski

Z danych Narodowego Spisu Powszechnego w 2021 r. wynika, że poza granicami Polski dłużej niż 12 miesięcy przebywało 1 326 tys. osób posiadających w kraju meldunek na pobyt stały. To o jedną siódmą mniej niż dekadę wcześniej. Jednocześnie szacunki GUS, oparte na wynikach spisów powszechnych, bieżących badaniach emigracji stałej i czasowej oraz danych administracyjnych z głównych krajów przyjmujących, wskazują, że w latach 2020–2024 liczba osób przebywających za granicą przez co najmniej rok utrzymywała się na względnie stabilnym poziomie około 1,5 mln osób (wykres 3.4).

Wykres 3.4. Liczba osób przebywających czasowo za granicą w najważniejszych krajach docelowych emigracji w latach 2004–2024*



* Dane dotyczą liczby osób przebywających za granicą czasowo: dla lat 2004–2006 – powyżej dwóch miesięcy, dla lat 2007–2020 – powyżej trzech miesięcy (linie przerywane), dla lat 2019–2024 – powyżej 12 miesięcy (linie ciągłe).

Źródło: GUS (2011, 2021, 2025).

Wykres uwzględnia również dane za lata 2004–2019, a jego nietypowa dwuczęściowa konstrukcja wynika ze zmiany metodologii szacowania emigracji czasowej, która utrudnia bezpośrednie porównywanie danych dla różnych okresów i uniemożliwia ich łączenie w jeden spójny szereg. Na prawej osi wykresu warstwowego przedstawiono liczbę osób przebywających czasowo za granicą: jaśniejsza warstwa dotyczy osób przebywających poza krajem dłużej niż trzy miesiące (w okresie 2004–2006 – powyżej dwóch miesięcy), ciemniejsza – osoby pozostające za granicą ponad 12 miesięcy. Linie na wykresie pokazują, jaki odsetek osób przebywających czasowo za granicą stanowią emigranci w najważniejszych krajach docelowych – linie przerywane dotyczą pobytu powyżej trzech miesięcy (w okresie 2004–2006 powyżej dwóch miesięcy), linie ciągłe – pobytu powyżej 12 miesięcy[39].

Całkowita liczba emigrantów czasowych przebywających za granicą dłużej niż trzy miesiące osiągnęła swoje maksimum w latach 2016–2017, przekraczając 2,5 mln osób. W kolejnych latach liczba ta stopniowo malała. Zmiana kryterium czasowego, polegająca na przejściu od krótszych okresów pobytu (powyżej dwóch lub trzech miesięcy) do definicji emigracji długookresowej (powyżej 12 miesięcy), spowodowała skokowe zmniejszenie szacunkowej liczby osób przebywających za granicą o 1/3 (czyli w 2019 r. ponad

[39] We wcześniejszych publikacjach GUS podawano również szacunki przebywających za granicą powyżej 12 miesięcy dla lat 2017 i 2018, jednak po aktualizacji danych za okres 2019–2024 nie są one porównywalne i dlatego pominięto je na wykresie.

800 tys. osób)[40]. W 2020 r. nastąpił wyraźniejszy spadek liczby emigrantów, zarówno krótko- jak i długookresowych. Liczba osób przebywających za granicą dłużej niż 12 miesięcy zmniejszyła się o około 100 tys. osób w porównaniu z rokiem poprzednim. Było to niemal w całości efektem spadku liczby Polaków przebywających w Wielkiej Brytanii po jej wystąpieniu z UE. Jednocześnie stosunkowo niewielkie około jednoprocentowe późniejsze wahania liczby osób przebywających za granicą ponad 12 miesięcy sugerują brak wyraźnej tendencji do powrotów i potwierdzają osiedleńczy charakter znacznej części emigracji poakcesyjnej. Jest to zgodne z danymi pochodzącymi z głównych krajów docelowych emigracji (por. m.in. OECD, 2025).

Polska emigracja ma przede wszystkim charakter europejski. Z danych GUS wynika, że aż 94% czasowej emigracji zarobkowej kieruje się do krajów Europy. Najważniejszymi państwami docelowymi pozostają Wielka Brytania i Niemcy, które łącznie przyciągają ponad połowę emigrantów czasowych. Razem z Holandią, Norwegią, Irlandią i Włochami skupiają natomiast ponad 75% wszystkich osób przebywających czasowo za granicą. Zmiana kryterium czasowego sprawiła również, że zmienił się odsetek emigrantów w poszczególnych krajach docelowych (oznaczony kolorowymi liniami na wykresie 3.4). Inny jest też ranking ważności krajów docelowych, co może dawać pewne wskazówki co do charakteru emigracji w tych krajach[41]. W niektórych państwach – takich jak: Wielka Brytania, Holandia czy Norwegia – odsetek emigrantów długookresowych jest wyższy niż przy krótszym kryterium, co sugeruje emigrację bardziej długookresową, potencjalnie osiedleńczą. W Wielkiej Brytanii może to wynikać z działających wcześniej sieci migracyjnych i możliwości sprowadzenia rodzin, a w Norwegii z relatywnie wysokich kosztów początkowych[42]. W innych krajach,m.in. w Niemczech, Irlandii czy we Włoszech, obserwowana jest sytuacja odwrotna, co z kolei może wynikać z relatywnie bardziej cyrkulacyjnego charakteru emigracji do prac dorywczych i sezonowych.

Wykres 3.4 ilustruje dynamiczne zmiany w strukturze geograficznej polskiej emigracji po przystąpieniu Polski do UE. W 2004 r. dominującym krajem pobytu były Niemcy, które skupiały około 39% wszystkich osób przebywających czasowo za granicą. Jednak już w trzech kolejnych latach ich udział zmniejszył się niemal o połowę, do około 22% w 2007 r. Jednocześnie gwałtownie wzrosło znaczenie Wielkiej Brytanii – z około 15% w 2004 r. do prawie 30% w 2007 r. Zmiana ta była bezpośrednio związana z otwarciem brytyjskiego rynku pracy dla obywateli nowych państw członkowskich UE w 2004 r., podczas gdy Niemcy utrzymywały ograniczenia w dostępie do rynku pracy aż do 2011 r.

[40] Jest to spójne z danymi BAEL, które pozwalają oszacować liczbę osób pozostających za granicą według obu kryteriów czasowych. Wynika z nich, że w latach 2010–2020 odsetek osób pozostających za granicą powyżej 12 miesięcy systematycznie utrzymywał się na poziomie ok. 73% liczby osób przebywających za granicą ogółem, by zwiększyć się do 80% w ostatnich kilku latach. Oznacza to, że zmiany w wartościach szacowanych przez GUS wyjaśnia w dużej mierze wyłączenie z tego szacunku migrantów czasowych (3–12 miesięcy). Dane BAEL również wskazują na stopniowy spadek liczby osób przebywających za granicą (ok. 30% spadek między 2020 a 2024 r.). Wartości te należy opatrzeć dodatkowym komentarzem metodologicznym: dane BAEL obejmują jedynie osoby przebywające za granicą, których część gospodarstwa domowego pozostaje w kraju, co z jednej strony odpowiada za znaczne niedoszacowanie tego szeregu, ale z drugiej może zniekształcać obraz całej emigracji z Polski.

[41] Różnice te mogą też częściowo wynikać z jakości danych i metodologii szacowania – dane dla różnych krajów pochodzą z różnych źródeł (rejestry, badania) o różnej dokładności rejestrowania krótszych pobytów.

[42] Relatywnie wysokie koszty przeprowadzki i utrzymania oraz bariera językowa w Norwegii mogą sprawiać, że częściej niż w innych krajach osoby decydujące się na wyjazd planują dłuższy pobyt, aby początkowa inwestycja się zwróciła.

W ostatnich latach widoczne są dalsze przesunięcia polskich zasobów emigracyjnych w Europie. W latach 2019–2024 liczba Polaków przebywających w Wielkiej Brytanii zmniejszyła się o 24%, czyli o około 132 tys. osób, a udział tego kraju w ogólnej liczbie emigrantów zmniejszył się o 1/5 i prawie zrównał się z udziałem Niemiec. Jednocześnie rośnie znaczenie Holandii, w której liczba emigrantów z Polski wzrosła o 27% (czyli o około 28 tys. osób). W Niemczech, Norwegii, Irlandii i we Włoszech sytuacja pozostaje względnie stabilna, z jedynie niewielkimi wahaniami zarówno liczby, jak i udziału emigrantów czasowych. Warto przy tym zauważyć, że Irlandia – podobnie jak Wielka Brytania – po otwarciu rynku pracy w 2004 r. odnotowała szybki wzrost udziału w polskiej emigracji, sięgający około 9% w 2007 r. Po globalnym kryzysie finansowym jej znaczenie wyraźnie spadło i ustabilizowało się na poziomie około 4–5%. Norwegia natomiast charakteryzuje się systematycznym, choć powolnym wzrostem udziału – z około 2% w 2004 r. do około 5% obecnie. Zmiany są efektem zróżnicowanej atrakcyjności rynków pracy oraz barier prawnych, które pojawiły się po wystąpieniu Wielkiej Brytanii z UE.

3.4. Imigracja do Polski

Polska staje się coraz bardziej atrakcyjna dla migrantów międzynarodowych. Potwierdzeniem jej pozycji geopolitycznej i znaczenia gospodarczego na mapie świata jest awans na liście największych potęg gospodarczych na 20. miejsce i przekroczenie granicy 1 biliona dolarów rocznego PKB w 2025 r.[43]. Miarą siły przyciągania Polski w procesach migracji może natomiast być wartość PKB przeliczona na jednego mieszkańca i wyrażona z uwzględnieniem siły nabywczej waluty. W tej klasyfikacji w 2025 r. Polska awansowała na 38. miejsce w świecie, wyprzedzając Japonię. Inną potencjalnie użyteczną miarą atrakcyjności Polski jest The Immigration Index – syntetyzujący 24 wskaźniki odzwierciedlające atrakcyjność danego państwa dla imigrantów. W tym zestawieniu, powstałym na podstawie danych z 2024 r., Polska zajmuje 27. miejsce (Remitly, 2026). Te miary, a także wszelkie inne sposoby zmierzenia atrakcyjności Polski dla imigrantów noszą piętno subiektywizmu wynikające z przyjętych założeń metodologicznych. Mimo to wskazują wyraźnie, że Polska trzeciej dekady XXI wieku znajduje się w grupie państw o wyższej od przeciętnej atrakcyjności dla migrantów.

Także wartości wskaźników demograficznych sygnalizują, że dla migrantów Polska może być atrakcyjnym wyborem. Utrzymująca się od ponad dwóch dekad niska dzietność kobiet oznacza, że coraz mniej liczne roczniki zasilają rynek pracy. Na spadek zasobów pracy wpływ ma także przyspieszające starzenie się demograficzne oraz relatywnie niski wiek emerytalny, co stopniowo zwiększa zapotrzebowanie na cudzoziemską siłę roboczą. Rosnąca długość życia mieszkańców Polski potwierdza z kolei poprawę poziomu życia.

Wielkość populacji cudzoziemców przebywających w Polsce pozostaje jedną z największych niewiadomych we wszelkich analizach demograficznych. Wynika to po pierwsze z wysokiego poziomu niejednoznaczności w zakresie tego, kogo faktycznie powinniśmy uważać za imigranta i uwzględniać w statystykach, a kogo pomijać. Drugą przyczyną jest duża łatwość przemieszczania się i obiektywna trudność w identyfikacji miejsca faktycznego pobytu konkretnej osoby, niezależnie od jej statusu prawnego. Z tego powodu wiele źródeł danych uwzględnia i prezentuje nie tyle liczbę cudzoziemców faktycznie

[43] Według danych Międzynarodowego Funduszu Walutowego.

przebywających w Polsce, co liczbę cudzoziemców posiadających prawo pobytu w Polsce. Ten ostatni status nie implikuje faktu przebywania na terytorium Polski.

Rocznik Demograficzny 2025 podaje, że 20 857 osób, w tym 9 667 z Ukrainy, otrzymało zezwolenie na pobyt stały w Polsce w 2024 r. Jednocześnie liczba tych, którzy zameldowali się na pobyt stały, wyniosła 19 515, co oznacza wzrost o 17% względem poprzedniego roku. Liczba imigrantów na co najmniej 12 miesięcy to 111 308 osób, w tym 63 828 z Ukrainy. Z kolei liczba cudzoziemców, którzy otrzymali zezwolenie na pobyt czasowy, to 310 014 osób, w tym 195 807 z Ukrainy. Kolejne dane to te zapisane w bazie PESEL. Liczba osób, które zameldowały się na pobyt czasowy na co najmniej trzy miesiące i widnieją w bazie PESEL, to 271 820 (wzrost o 7%). W tej grupie cudzoziemcy stanowią 98,8%. Liczba obywateli Ukrainy ubiegających się o ochronę międzynarodową, czyli o nadanie statusu uchodźcy w rozumieniu konwencji genewskiej z 1951 r., wyniosła zaledwie 4 709. Nadanie prawa pobytu na terytorium Polski na podstawie innych dokumentów – np. ochrona uzupełniająca, rezydenci długoterminowi UE i inne – jest stosunkowo mało istotne w sensie ilościowym (GUS, 2025a).

Łączna liczba cudzoziemców posiadających prawo pobytu w Polsce na 31 grudnia 2024 r. wyniosła 1 974 991[44]. To ponad 11 razy więcej niż dekadę wcześniej i o 5,2% więcej niż rok wcześniej. Tempo wzrostu liczby posiadaczy prawa pobytu w Polsce wyraźnie się zmniejszyło, należy jednak odnotować to, że liczba ta nadal rośnie. Największą jej składową są cudzoziemcy objęci ochroną czasową – 991,6 tys., z czego ponad 99,5% to obywatele Ukrainy. Drugą największą grupę stanowią osoby posiadające zezwolenie na pobyt czasowy – to 721,3 tys. osób. W tej grupie także przeważają obywatele Ukrainy (63,2%). Ta konkretna kategoria nie zaskakuje, biorąc pod uwagę tradycyjne wzorce imigracji do Polski, ale warto zwrócić uwagę, że cytowane dane wskazują, że prawo pobytu stałego miało już ponad 124 tys. cudzoziemców (w tym przypadku obywatele Ukrainy stanowili około 45% wszystkich cudzoziemców w tej kategorii, drugą ważną grupą byli Białorusini – 34%).

Zgodnie z danymi Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (MRPiPS) w 2024 r. w Polsce wydano 322 941 zezwoleń na pracę. To ponadsiedmiokrotny wzrost względem liczby sprzed dekady, kiedy to wydano 43 663 zezwolenia, ale jednocześnie istotnie mniej niż miało to miejsce przed wybuchem wojny w Ukrainie. W 2021 r. wydano 504 172 zezwolenia na pracę i była to wartość rekordowa.

Zmiany w ostatnich latach wynikają z kilku czynników. Po pierwsze, od marca 2022 r. na podstawie tzw. specustawy[45] obywatele Ukrainy nie muszą posiadać zezwolenia, by zatrudniać się w Polsce (piszemy o tym poniżej). Po drugie, jednym z elementów programu politycznego obecnego rządu było ograniczenie skali imigracji do Polski, w tym imigracji zarobkowej, co dotyczy także zezwoleń na pracę. Generalnie dane te wskazują, że wzrost względem roku 2023 jest minimalny (zaledwie o 0,7%).

Jest zbyt wcześnie, aby wyrokować, czy jest to sygnał zbliżającego się nasycenia polskiego rynku cudzoziemskimi pracownikami, czy tylko chwilowe zmniejszenie tempa wzrostu ich liczby w Polsce. Porównanie danych MRPiPS dotyczących liczby zezwoleń wydanych w pierwszym półroczu 2024 r. oraz 2025 r. – 173 716 i 144 507

[44] Na podstawie danych Urzędu do Spraw Cudzoziemców.

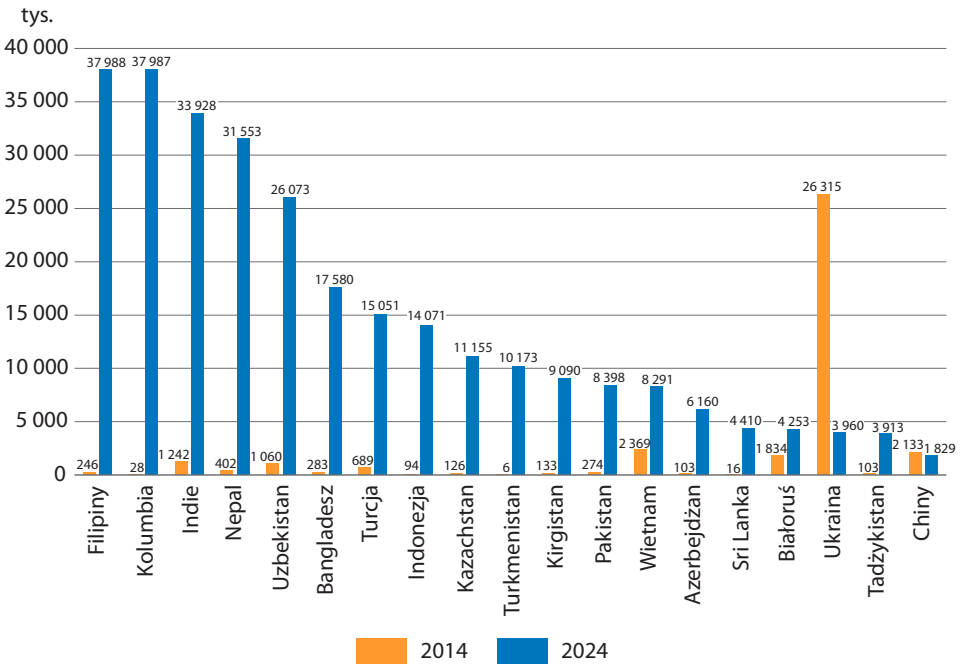
[45] Na podstawie ustawy z 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz.U. 2022 poz. 583, z późn. zm).

(spadek o 17%) – wskazuje, że być może ta pierwsza hipoteza jest bliższa prawdy. Niesprzyjający imigracji klimat polityczny w Polsce i przeciągające się formalności związane z uzyskiwaniem zezwoleń na pracę przyczyniają się do spadku tempa ich wydawania, czego efektem jest widoczny w statystykach nieznaczny tylko wzrost (wskazany wyżej). Jednocześnie należy zauważyć, że zgodnie z danymi Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) liczba cudzoziemców wykonujących pracę w 2024 r. wzrosła o 5,8% względem roku 2023, sięgając 1 192 913 osób.

Na przestrzeni minionych dziesięciu lat radykalnie zmieniła się także struktura osób otrzymujących zezwolenia według kraju pochodzenia. W 2014 r. większość zezwoleń (60,2%) otrzymali obywatele Ukrainy. Dziesięć lat później obywatele Filipin, Kolumbii, Indii, Nepalu, Uzbekistanu oraz Bangladeszu łącznie uzyskali 57,3% zezwoleń. Spadek liczby zezwoleń dla obywateli Ukrainy wynika z większej łatwości podjęcia legalnej pracy na innej podstawie prawnej. Do 2021 r. było to przede wszystkim oświadczenie pracodawcy o powierzeniu pracy (w 2021 r. niemal 2 mln oświadczeń, z czego ponad 1,6 mln dotyczących obywateli Ukrainy), a od 2022 r. – podjęcie pracy i powiadomienie polskiego urzędu pracy. Z kolei wzrost liczby zezwoleń wydawanych obywatelom innych państw wynika ze wzrostu zapotrzebowania na cudzoziemską siłę roboczą w obliczu narastającego deficytu rąk do pracy w Polsce. Liczby zezwoleń dla państw, których obywatelom wydano ich najwięcej w 2024 r., zestawiono na wykresie 3.5. Dla porównania uwzględniono również liczby zezwoleń zarejestrowanych dla obywateli tych państw w 2014 r.

Podjęcie pracy w Polsce jest możliwe także na podstawie oświadczenia pracodawcy o powierzeniu pracy cudzoziemcowi. W szczytowym 2021 r. na tej podstawie prawnej prawo do uzyskania wizy miało niemal 2 mln cudzoziemców (liczba osób, które rzeczywiście do Polski dotarły, jest trudna do ustalenia). Od roku 2022 liczba ta zaczęła gwałtownie spadać z uwagi na to, że większość osób korzystających z tej procedury pochodziła z Ukrainy. W 2024 r. już tylko 440 tys. cudzoziemców skorzystało z możliwości podjęcia pracy na podstawie oświadczenia pracodawcy o powierzeniu pracy. Należy spodziewać się dalszego spadku tej liczby z kilku przyczyn niezwiązanych z wojną w Ukrainie. Są to: wydłużenie możliwości pracy na podstawie ww. oświadczenia do 24 miesięcy oraz skreślenie od 1 grudnia 2025 r. Gruzji z listy państw, których obywatelom przysługuje to prawo. W grupie uprawnionych pozostały tylko: Armenia, Białoruś, Mołdawia oraz Ukraina.

Wykres 3.5. Liczba zezwoleń na pracę wydanych w 2014 i 2024 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

Skupiliśmy się na migracji zarobkowej, bo ta stanowiła i stanowi olbrzymią część osób, które docierają do Polski i w Polsce przebywają. Trzeba jednak zaznaczyć, że sytuacja ta zmieniła się diametralnie wraz z wybuchem wojny w Ukrainie, w wyniku której do Polski dotarły także dziesiątki tysięcy osób nieletnich i starszych. Tej grupie poświęcona będzie kolejna część rozdziału. Ponadto w Polsce przebywają imigranci o innym statusie, choć skala tego zjawiska jest nieporównywalna z migracjami pracowniczymi. Z cytowanych już danych Urzędu do Spraw Cudzoziemców, podsumowujących liczbę cudzoziemców posiadających ważny dokument pobytowy, wynika, że na koniec 2024 r. status uchodźcy w Polsce miało 3071 osób (głównie obywatele Białorusi, Afganistanu, Rosji, Turcji i Syrii), a dodatkowe 14 174 było objętych ochroną czasową (głównie obywatele Białorusi, Rosji oraz Ukrainy). Zróżnicowaną kategorię stanowią rezydenci długoterminowi UE (łącznie 46 014 osób, w tym dominujące grupy to: Ukraińcy, Rosjanie, Wietnamczycy oraz Chińczycy). Niezależnie od tego ponad 68 tys. osób dysponowało tytułami pobytowymi przysługującymi obywatelom UE i członkom ich rodzin. W tej grupie wyraźnie dominowali obywatele Niemiec i Włoch.

3.5. Imigranci z Ukrainy w Polsce

Napływ imigrantów z Ukrainy do Polski, w tym napływ uchodźców po rozpoczęciu przez Rosję pełnoskalowej wojny, jest jedną z głównych tendencji, które zmieniły liczbę i strukturę wieku ludności Polski w ostatniej dekadzie. Historia i uwarunkowania tych zmian zostały już przybliżone w poprzednim raporcie RRL (Fihel i inni, 2025).

Według eksperymentalnych szacunków GUS (2025) liczba osób z ukraińskim obywatelstwem przebywających w Polsce wynosiła 1,52 mln (ok. 4% całkowitej liczby ludności zamieszkałej w Polsce) pod koniec 2024 r., w tym 992 tys. stanowiły osoby ze statusem PESEL-UKR. Oznacza to, że liczba pozostałych imigrantów bez tego statusu szacowana była na około 530 tys. O ile liczba imigrantów z Ukrainy objęta ochroną czasową oparta jest na danych administracyjnych, podlegających okresowo weryfikacji, o tyle szacunki liczby pozostałych imigrantów przybyłych przed wojną są mniej pewne. Ekonomiści (Duszczyk i inni, 2023) szacowali, że liczba ta w 2022 r. wynosiła około 1,1 mln i wydawała się dość stabilna. Z kolei liczba imigrantów bez statusu ochrony czasowej implikowana na podstawie parametrów z badań ankietowych w 2025 r. (Dudek i Strzelecki, 2025) wynosiła około 650 tys. Alternatywne szacunki liczby imigrantów bez statusu ochrony czasowej na podstawie aktualnych danych o dokumentach, na podstawie których imigranci z Ukrainy przebywają w Polsce, wskazują na 490 tys. Liczba imigrantów (także z Ukrainy) nieposiadających legalnych dokumentów pobytowych stanowi relatywnie niewielki odsetek całej imigracji (Beręsewicz i Pawlukiewicz, 2020).

Te szacunki oznaczają, że większość imigrantów z Ukrainy przebywających w Polsce legalizuje swój pobyt korzystając z przepisów o ochronie czasowej wprowadzonych ustawą dotyczącą wsparcia obywateli Ukrainy opuszczających swój kraj. Ustawa ta z kolei była implementacją Dyrektywy o ochronie czasowej aktywowanej przez UE zaraz po wybuchu wojny w 2022 r. Przepisy te dają obywatelom Ukrainy przebywającym w Polsce szeroki zakres uprawnień, począwszy od dostępu do rynku pracy, przez możliwość prowadzenia działalności gospodarczej, a skończywszy na dostępie do usług publicznych oraz świadczeń społecznych (pieniężnych dla dzieci czy opieki medycznej) (Duszczyk i inni, 2023). Jednak to, że zasady obowiązywały czasowo, a termin obowiązywania był kilkakrotnie przedłużany, oznacza, że ten rodzaj legalizacji pobytu nie oznaczał długoterminowej stabilizacji pobytów imigrantów w Polsce. Sytuacja niepewności dotyczącej warunków ochrony czasowej jako legalizacji pobytu pozostawała problemem także na początku 2026 r. Obywatele Ukrainy, którzy nie byli objęci ochroną czasową, to przynajmniej jedna trzecia ogółu imigrantów z tego kraju, których pobyt w Polsce wynika z zezwoleń na pobyt stały, czasowy lub statusu rezydenta długoterminowego w UE.

Te dwie grupy imigrantów różnią się od siebie nie tylko okolicznościami przyjazdu i statusem pobytu, ale także cechami demograficznymi. Wśród przybywających do Polski w związku z wojną w Ukrainie i osób, które uzyskały status PESEL-UKR zdecydowaną większość w 2025 r. stanowiły kobiety (39%) oraz dzieci (41%, ok. 395 tys.), z których około 200 tys. uczyło się w polskim systemie oświaty. Wnioskowanie o charakterystyce demograficznej osób pozostających poza rejestrem PESEL-UKR, jest trudniejsze ze względu na brak bezpośrednich danych. Dostępne informacje z badań ankietowych (Dudek i Strzelecki, 2025) wskazują, że wśród imigrantów przedwojennych zdecydowanie wyższy odsetek stanowili mężczyźni oraz osoby w wieku największej aktywności zawodowej (27–44 lata), co wynika z okoliczności ich przyjazdów – krótkoterminowych migracji głównie do pracy w zmaskulinizowanych zawodach oferujących relatywnie wysokie wynagrodzenia.

Sytuacja rodzinna imigrantów z Ukrainy w Polsce jest pochodną decyzji podejmowanych w związku z migracją oraz warunków wojennych i mobilizacji wojskowej mężczyzn w Ukrainie. Obserwacje z badań ankietowych wskazują, że stopniowo zwiększa się udział imigrantów przebywających w Polsce ze swoimi partnerami/partnerkami życiowymi,

choć wciąż około 20% imigrantów pozostaje w Polsce samotnie bez rodziny. Udział imigrantów z niepełnoletnimi dziećmi zmniejsza się wśród imigrantów przymusowych, stopniowo zaś zwiększa się (z relatywnie niskiego poziomu) wśród wcześniejszych imigrantów ekonomicznych. Liczba urodzeń dzieci imigrantów z Ukrainy w Polsce od 2022 r. wynosi około 12 tys. rocznie (GUS, 2025a). W 2024 r. urodzenia dzieci z obywatelstwem ukraińskim stanowiły 4,6% wszystkich urodzeń w Polsce. Jednoznaczna interpretacja decyzji prokreacyjnych uchodźczyń z Ukrainy jest trudna, natomiast dostępne dane wskazują na relatywnie niski współczynnik płodności ogólnej, co może wynikać z „zamrożenia" wielu decyzji ze względu na niepewność związaną z wojną (Krakhmalova i Kloc-Nowak, 2025).

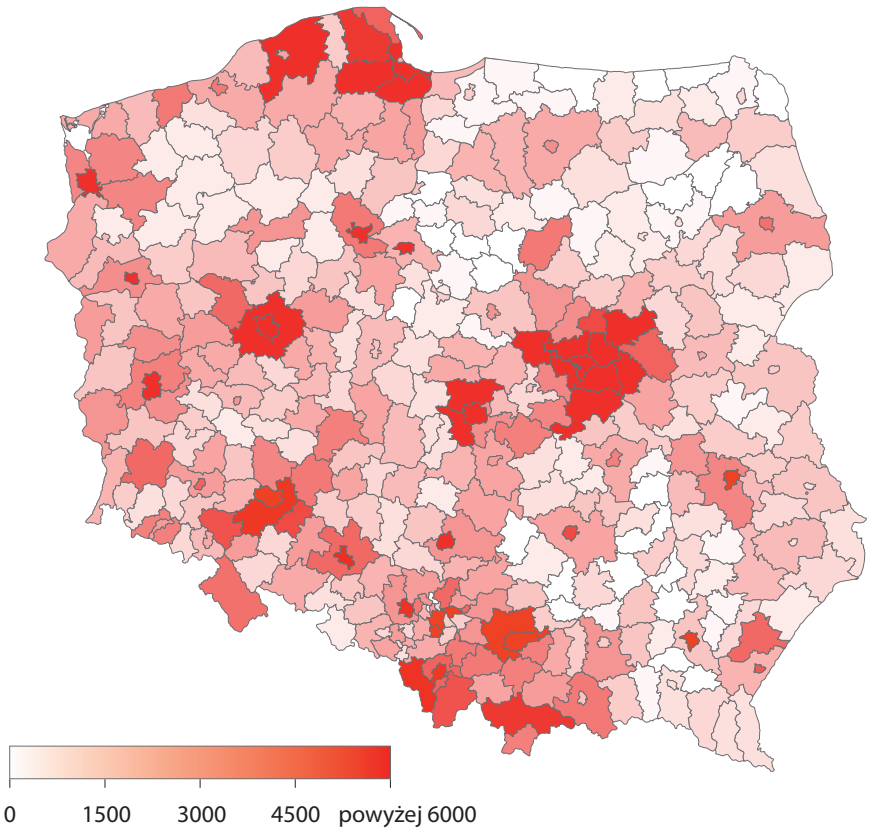
Z przytaczanych już danych wynika, że pod koniec 2024 r. ochroną czasową objętych było około 990 tys. obywateli Ukrainy. Ich rozmieszczenie w Polsce jest silnie zróżnicowane przestrzennie (wykres 3.1).

Zdecydowana większość ludności ukraińskiej (objętej ochroną czasową)[46] koncentruje się w największych polskich miastach oraz w powiatach bezpośrednio z nimi sąsiadujących. Największym ośrodkiem pozostaje Warszawa, która skupia ponad 11% Ukraińców przebywających w Polsce. Wysoką koncentrację odnotowuje się również w innych dużych miastach: we Wrocławiu, w Krakowie, Poznaniu, Gdańsku, Łodzi, Szczecinie i Katowicach, a także w wybranych powiatach aglomeracyjnych, m.in. poznańskim i pruszkowskim. W ujęciu regionalnym dominuje zachodnia i centralna część kraju. Województwa: mazowieckie, dolnośląskie, śląskie i wielkopolskie, łącznie skupiają ponad 52% populacji ukraińskiej w Polsce. Rozkład ten wyraźnie różni się od wzorca osiedlania, jakiego można by oczekiwać na podstawie bliskości geograficznej z Ukrainą. Województwa wschodnie, mimo sąsiedztwa z Ukrainą, nie są głównymi miejscami osiedlania się uchodźców (choć tak się działo w pierwszych miesiącach wojny).

Obserwowane wzorce rozmieszczenia są ściśle powiązane z czynnikami przyciągającymi charakterystycznymi dla dużych aglomeracji. Kluczową rolę odgrywa wielkość i chłonność lokalnych rynków pracy, dostępność mieszkań oraz obecność już ukształtowanych społeczności ukraińskich, które ułatwiają proces adaptacji i integracji. Czynniki te wzmacniają koncentrację migracji w największych miastach i ich strefach podmiejskich, utrwalając obserwowaną strukturę przestrzenną. Świadczy to o silnym komponencie ekonomicznym w decyzjach lokalizacyjnych uchodźców z Ukrainy, którzy traktują Polskę nie tylko jako miejsce tymczasowego schronienia, ale również jako przestrzeń do budowania nowego życia zawodowego.

[46] Liczne wcześniejsze badania wykazywały na silną korelację między wzorcami czasowego pobytu osób objętych ochroną a obecnością w danym powiecie migrantów zarobkowych z Ukrainy (por. m.in. Gromadzki i Lewandowski, 2022), co oznacza, że dane przedstawione na wykresie mogą stanowić przybliżenie rozmieszczenia przestrzennego całej ukraińskiej populacji w Polsce.

Wykres 3.6. Liczba zarejestrowanych w rejestrze obywateli Ukrainy i członków ich rodzin, którym nadano status cudzoziemca na podstawie specustawy, według powiatów, stan na 10.12.2024 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie dane.gov.pl; szczegółowe statystyki dot. zarejestrowanych w rejestrze obywateli Ukrainy i członków ich rodzin, którym nadano status cudzoziemca na podstawie specustawy. Stan na 10.12.2024 r., dostęp 02.01.2026 r.

Kilka lat, które upłynęły od wybuchu wojny w Ukrainie w 2022 r., umożliwiają spojrzenie na proces integracji ekonomicznej z pewnej perspektywy (Dudek i Strzelecki, 2025), choć doświadczenia te są jeszcze relatywnie krótkie w porównaniu z innymi krajami rozwiniętymi. Przede wszystkim wysoka aktywność na rynku pracy cechuje nie tylko wyselekcjonowaną grupę przedwojennych imigrantów ekonomicznych, którzy pozostali w Polsce, ale także imigrantów przymusowych objętych ochroną czasową. Wśród tych ostatnich jedynie 11% osób dorosłych deklarowało w 2025 r. trwałe pozostawanie poza rynkiem pracy. Co więcej, wśród imigrantów przymusowych w większym stopniu widać postępy w integracji ekonomicznej przejawiające się w konsekwentnym spadku odsetka osób bezrobotnych (udział osób bezrobotnych wśród imigrantów przymusowych obniżył się z 25% w 2022 r. do 14% w 2025 r.) oraz wzroście udziału osób mających stabilne zatrudnienie (udział osób deklarujących stałe zatrudnienie wzrósł z 38% w 2022 r. do 54% w 2025 r.). Wśród migrantów ogółem rośnie też udział osób otwierających własną

działalność[47]. W badaniach ankietowych pracę na własny rachunek deklarowało w 2025 r. 8% imigrantów, którzy przyjechali przed 2022 r. oraz 4% imigrantów, którzy przyjechali później.

Można zauważyć, że pomimo braku skoordynowanych działań publicznych z czasem wzrósł też udział imigrantów przymusowych określających swoją znajomość języka polskiego jako bardzo dobrą lub biegłą (w 2022 r. było to 12%, trzy lata później – 53%). Porównanie sytuacji na przestrzeni lat wskazuje po pierwsze, że obniżył się udział imigrantów z Ukrainy deklarujących wykonywanie najprostszych prac niewymagających kwalifikacji (z 53% w 2023 r. do 42% w 2025 r.) na korzyść prac wymagających określonych kwalifikacji, choć niekoniecznie dyplomu wyższej uczelni (z 33% w 2023 r. do 41% w 2025 r.). Po drugie, widoczne są jednak bariery wynikające nie tylko z trudności w uznawaniu kwalifikacji, ale także struktury popytu na pracę, który w przypadku imigrantów jest zdecydowanie przesunięty w kierunku zawodów zmaskulinizowanych. W badaniach ankietowych ponad jedna trzecia osób objętych ochroną czasową wskazuje, że wykonuje prace poniżej kwalifikacji, które wykorzystywała w Ukrainie. Ponadto udział imigrantów wykorzystujących w pracy dyplom uczelni lub pracujących na stanowiskach menedżerskich nie wykazuje tendencji wzrostowej, a luka płacowa między mężczyznami i kobietami jest znacznie wyższa w przypadku imigrantów niż polskich pracowników (wynosi 20% w przypadku uchodźczyń i około 25% w przypadku imigrantek ekonomicznych sprzed 2022 r.). Wszystkie te obserwacje wskazują, że proces integracji obywateli Ukrainy objętych ochroną czasową można określić jako sukces, ale sukces ten dotyczy tylko łatwości znalezienia i podjęcia pracy (dane pokazują, że tak się dzieje), a niekoniecznie awansu zawodowego i finansowego. Niezmiennie jednak wyzwaniem pozostaje zdobycie pracy cechującej się dobrymi warunkami płacowymi oraz przede wszystkim pracy zgodnej z posiadanymi kompetencjami (Dudek i Strzelecki, 2025; Caldeira i Kaczmarczyk, 2026).

3.6. Podsumowanie

Tegoroczna edycja raportu jest kolejną, która dokumentuje radykalną zmianę sytuacji migracyjnej Polski, jaka dokonała się w okresie minionej dekady. Radykalną, bo trudno byłoby znaleźć przykład kraju o porównywalnym do Polski potencjale demograficznym, który w tak krótkim czasie przekształcił się z kraju masowej emigracji w taki, w którym coraz większą rolę odgrywają cudzoziemcy. Ponownie uczyniliśmy ową transformację osią naszych rozważań, bowiem wpływa ona nie tylko na percepcję zjawiska (Polska jako tzw. nowy kraj imigracyjny), ale przede wszystkim na wyzwania, jakie wiążą się z imigracją. Na początku minionej dekady odsetek imigrantów w populacji wynosił mniej niż 0,5%, dziś jest to nawet 6–7% (w zależności od szacunków populacji imigrantów, ale i całej populacji mieszkańców Polski). W przypadku rynku pracy udział cudzoziemców w całości zatrudnienia jest nawet wyższy. W kontekście zmian demograficznych, ale też procesu rozwoju społeczno-ekonomicznego jest to szansa, ale też wielka odpowiedzialność i wyzwanie. O skali tego wyzwania przekonaliśmy się na początku 2022 r., kiedy do Polski zaczęły na

[47] Z niedawno opublikowanego badania wynika, że uchodźcy z Ukrainy istotnie zdynamizowali proces zakładania firm w Polsce – stanowili oni niemal 60% właścicieli ukraińskich firm zakładanych w latach 2022 i 2023 (łącznie było to ok. 39 tys. firm, co stanowiło ok. 7% wszystkich nowo tworzonych przedsiębiorstw). Dodatkowo cytowane badanie dokumentuje istotne statystycznie efekty mnożnikowe: 10% wzrost liczby nowych firm ukraińskich prowadzi do 2,3% wzrostu liczby nowych polskich firm (Vezina i inni, 2025).

masową skalę docierać osoby uciekające przed skutkami wojny i poszukujące wsparcia oraz opieki. Tym razem nie byli to klasyczni migranci zarobkowi, którzy na masową skalę przyjeżdżali do Polski po 2015 r., ale także osoby niepełnoletnie, starsze, często w złej sytuacji zdrowotnej albo zmagające się z różnymi formami niepełnosprawności. Tym bardziej fascynująca jest obserwacja uchodźców wojennych z Ukrainy, których w tym tekście, zgodnie z oficjalną terminologią, określamy jako osoby objęte ochroną czasową, a którzy bardzo szybko zaktywizowali się ekonomicznie i znaleźli w Polsce zatrudnienie. Skala tego procesu jest spektakularna (ze wskaźnikami zatrudnienia przewyższającymi 70% i niskim odsetkiem osób bezrobotnych i nieaktywnych zawodowo) i wyjątkowa na tle innych krajów europejskich, do których docierali i docierają obywatele Ukrainy, w szczególności Niemiec[48]. To jedna z głównych przyczyn, dla których w tej edycji raportu więcej uwagi poświęciliśmy właśnie integracji ekonomicznej i pokazaniu specyfiki udziału tej grupy w polskim rynku pracy.

Opisywane przez nas bardziej szczegółowo doświadczenie obywateli Ukrainy objętych ochroną czasową w Polsce jest także istotne z innego powodu. Dotychczasowe analizy imigracji do Polski, a zwłaszcza procesów integracji ekonomicznej imigrantów, w niewielkim stopniu można było porównywać z analogicznymi badaniami dla krajów o znacznie dłuższej historii imigracji. Kluczowymi miarami opisującymi zdolność danego kraju do włączania imigrantów w rynek pracy są współczynniki: aktywności zawodowej oraz zatrudnienia. Do niedawna w Polsce obie te miary przekraczały 90%. Jest to o tyle zrozumiałe, że przyjazd do Polski był niemal równoznaczny z podjęciem pracy, co wynikało z absolutnej dominacji migracji zarobkowych i bardzo niewielkiego udziału imigrantów dołączających do członków rodzin albo poszukujących w Polsce ochrony międzynarodowej. W tym kontekście sytuacja, z jaką mierzymy się po 2022 r., jest odmienna od dotychczasowych procesów migracyjnych w Europie. Obywatele Ukrainy objęci ochroną czasową mogą podejmować pracę (i na podstawie wprowadzonych reguł mogą to czynić bez ograniczeń), ale nie muszą tego robić, tj. nie wpływa to w żaden sposób na ich status pobytu. To oznacza, że opisywane przez nas wysokie wskaźniki zatrudnienia trzeba interpretować jako coś absolutnie wyjątkowego, jako efekt silnej postawy proaktywnej obywateli Ukrainy, ale także wielką szansę w sytuacji utrzymującego się wysokiego zapotrzebowania na cudzoziemską siłę roboczą w Polsce.

[48] Potwierdzają to dane OECD, według których Polska (obok Kanady) jest krajem o najwyższym poziomie aktywności zawodowej obywateli Ukrainy, którzy opuścili swój kraj w związku z wojną (OECD, 2025).

Rozdział IV. Migracje wewnętrzne i przyrost rzeczywisty w ujęciu przestrzennym

Monika Stanny[49], Łukasz Komorowski[50], Daniela Szymańska[51]

4.1. Wprowadzenie

Migracje wewnętrzne pozostają jednym z podstawowych czynników kształtujących zmiany demograficzne w Polsce, zwłaszcza na poziomie lokalnym i regionalnym. W warunkach utrzymującego się od 2013 r. ubytku naturalnego ludności to właśnie przepływy migracyjne coraz bardziej wpływają na kierunki rozwoju demograficznego gmin i regionów. Migracje wewnętrzne sprzyjają koncentracji ludności na terenach, które są strefami oddziaływania dużych miast, jednocześnie przyczyniają się do zmniejszania ludności – pogłębiania depopulacji – na obszarach peryferyjnych, położonych w oddaleniu od dużych miast.

Szczególnym okresem dla kształtowania się migracji wewnętrznych były lata pandemii COVID-19[52], kiedy to wyraźnie nasiliła się migracja z miast na wieś oraz do stref podmiejskich. W kolejnych latach obserwowane jest stopniowe wygaszanie tego zjawiska i pojawienie się nowej fazy procesów migracyjnych, której cechy i trwałość nie są jeszcze w pełni rozpoznane. Najnowsze dane wskazują przy tym na znaczące zróżnicowanie tempa i kierunków zmian w układzie przestrzennym kraju, co podkreśla złożoność współczesnych wzorców mobilności.

Należy jednocześnie podkreślić, że skala i struktura migracji wewnętrznych są wciąż niedoszacowane w statystyce publicznej, głównie ze względu na niską dyscyplinę meldunkową. Dane rejestrowe nie odzwierciedlają faktycznej mobilności przestrzennej ludności, zwłaszcza związanej z edukacją, aktywnością na rynku pracy czy zmianami stylu życia. Często są to zmiany miejsca zamieszkania, które mają charakter krótkookresowy lub nieformalny. Pomimo tych ograniczeń statystyki meldunkowe pozostają podstawowym systematycznie gromadzonym źródłem informacji umożliwiającym analizę długookresowych trendów oraz identyfikację przestrzennych wzorców migracji wewnętrznych.

Celem tego rozdziału jest przedstawienie zmian natężenia i kierunków migracji wewnętrznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem ich znaczenia dla kształtowania przyrostu rzeczywistego ludności oraz zróżnicowania przestrzennego na poziomie gmin.

[49] Instytut Rozwoju Wsi i Rolnictwa Polskiej Akademii Nauk, Komitet Nauk Demograficznych PAN i Komitet Przestrzennego Zagospodarowania Kraju PAN, mstanny@irwirpan.waw.pl. ORCID: 0000-0003-4954-1679.
[50] Instytut Rozwoju Wsi i Rolnictwa Polskiej Akademii Nauk, lkomorowski@irwirpan.waw.pl. ORCID: 0000-0001-9287-719X.
[51] Instytut Geografii Społeczno-ekonomicznej i Gospodarki Przestrzennej oraz Instytut Studiów Zaawansowanych UMK w Toruniu, Rządowa Rada Ludnościowa, dani@umk.pl. ORCID: 0000-0001-6079-6838.
[52] Okres pandemii rozpoczął się oficjalnie 4 marca 2020 r., stan epidemii ogłoszono 20 marca 2020 r., najostrzejsze ograniczenia przypadały na lata 2020 i 2021, a stan zagrożenia epidemicznego zniesiono ostatecznie 1 lipca 2023 r., co zakończyło formalny okres pandemii.

Analiza dotyczy najnowszych dostępnych danych GUS za lata: 2022, 2023 i 2024. Dla tych lat obliczono średnią arytmetyczną po to, by ograniczyć wpływ wahań losowych charakterystycznych dla małych jednostek terytorialnych. Dodatkowym punktem odniesienia są dane z lat 2014–2021 pozwalające na uchwycenie długookresowych tendencji. W opracowaniu wykorzystano bazę Banku Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego (BDL GUS) oraz dane roczników demograficznych. Analizy przeprowadzono w 2 477 gminach. Zastosowano obowiązujący w statystyce publicznej podział na gminy: miejskie, miejsko-wiejskie i wiejskie, zgodnie z klasyfikacją GUS.

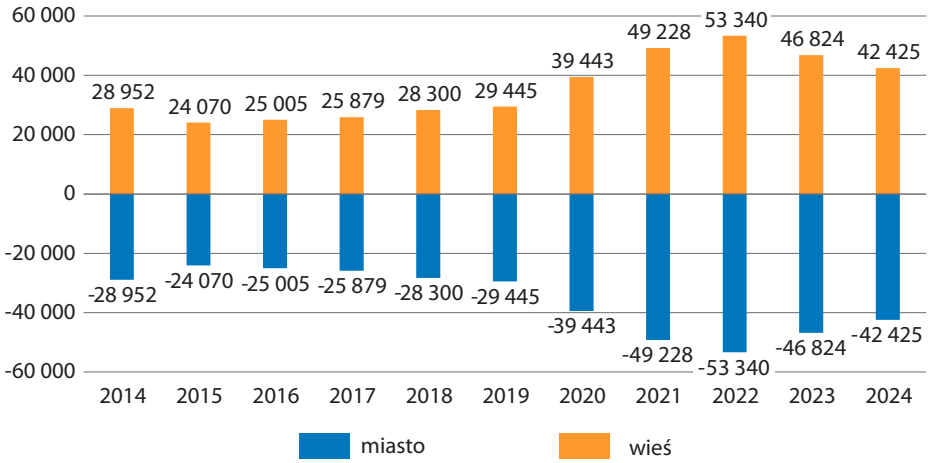
Rozdział koncentruje się na ocenie salda migracji, jego zróżnicowaniu przestrzennym oraz relacji między komponentami przyrostu rzeczywistego[53] w różnych typach jednostek samorządu terytorialnego na poziomie lokalnym.

4.2. Saldo migracji

W roku 2024, podobnie jak w poprzednich latach, dominującym kierunkiem migracji wewnętrznych pozostał przepływ ludności z miasta na wieś (w ujęciu jednostek statystycznych GUS). Tendencja ta, obserwowana nieprzerwanie od początku XXI w., przybrała szczególnie wyraźne rozmiary po 2019 r. (wykres 4.1), co miało związek między innymi z nowymi wzorcami mobilności w okresie pandemii COVID-19 (szerzej w: Stanny i Komorowski, 2022; Śleszyński, 2022; Stanny i Szymańska, 2025). W latach 2020–2024 obszary wiejskie „zyskały" kosztem miast 231,3 tys. nowych mieszkańców, o prawie 70 tys. więcej niż w latach 2014–2019. Rekordowy był rok 2022, w którym na wsi zamieszkało 53,3 tys. osób, które wcześniej mieszkały w miastach; jest to 3,5‰ wszystkich mieszkańców Polski. Dane wskazują jednak na początek stopniowego wygaszania efektu pandemii w 2023 r., w którym to po rekordowym 2022 r. wielkość migracji na wieś spadła poniżej wartości notowanej w pierwszym pełnym roku pandemii (46,8 tys. osób, 3,1‰). Tendencja spadkowa utrzymała się również w 2024 r., kiedy to na obszary wiejskie przeprowadziło się 42,4 tys. osób, a saldo migracji obniżyło się do 2,8 na każde 1000 mieszkańców wsi. Dane za kolejne lata pozwolą ocenić, czy obserwowane wartości wskazują na stabilizację salda migracji wewnętrznych na poziomie zbliżonym do tego, który charakteryzował poprzednią dekadę.

[53] Przyrost rzeczywisty ludności oznacza faktyczną zmianę liczby mieszkańców na danym obszarze w określonym czasie i jest sumą dwóch składników: przyrostu naturalnego (różnicy między liczbą urodzeń i zgonów) oraz salda migracji (różnicy między napływem i odpływem ludności).

Wykres 4.1. Saldo migracji wewnętrznej w latach 2014–2024

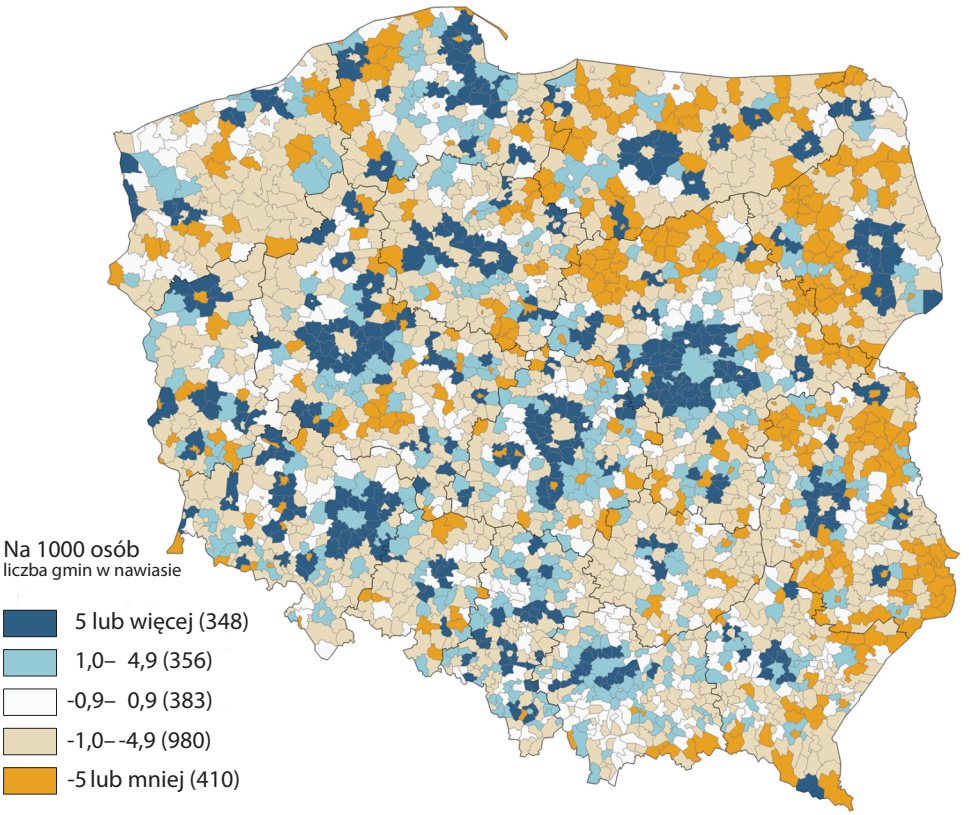


Źródło: opracowanie własne na podstawie roczników demograficznych za lata 2014–2024, GUS, Warszawa.

4.3. Zróżnicowanie przestrzenne migracji wewnętrznych

W latach 2022–2024 w prawie wszystkich gminach zmieniła się liczba ludności w wyniku przemieszczeń międzygminnych: w 1 604 gminach (64,8% ogółu) odnotowano ujemne saldo migracji, w 19 gminach (0,8%) było ono zerowe, a w 854 gminach (34,4%) – dodatnie. Współczynnik salda migracji przyjął wartości od –13,9 do 35,8 migranta na 1 000 mieszkańców. Najwyższe wartości były w strefach podmiejskich największych miast w Polsce – stolic wojewódzkich, w szczególności Łodzi, Poznania, Warszawy, Wrocławia, a także mniejszych miast pełniących funkcje subregionalne lub lokalne – niezależnie od ich położenia geograficznego na linii wschód–zachód kraju (wykres 4.1). Wymienione obszary odznaczały się z reguły saldem migracji przekraczającym 5‰ i stanowiły 14% wszystkich gmin w kraju. Pozostałe gminy o dodatnim saldzie migracji zlokalizowane były najczęściej w bezpośrednim sąsiedztwie tych stref. Można również wyróżnić grupę 383 gmin pośrednich, cechujących się niskim dodatnim lub niewielkim ujemnym saldem migracji, co wskazuje na brak jednoznacznie ukształtowanego trendu migracyjnego. Napływ ludności do stref podmiejskich dużych miast wykazuje przy tym wyraźną tendencję wzrostową. Migranci to w dużej mierze osoby w wieku produkcyjnym, co prowadzi do odmłodzenia struktury demograficznej tych obszarów oraz pośrednio sprzyja wzrostowi ich aktywności gospodarczej. Przejawia się to m.in. w powstawaniu nowych podmiotów gospodarczych, rozwoju infrastruktury społecznej i technicznej oraz wzroście konkurencyjności gmin podmiejskich (Szymańska i Biegańska, 2011a; Długosz i Szmytkie, 2022).

Wykres 4.1. Natężenie salda migracji wewnętrznej międzygminnej (średnia z lat 2022–2024)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS.

Na przeciwległym biegunie znalazły się gminy o ujemnym saldzie migracji. Ujemne wartości salda migracji odnotowano w znacznej części kraju. W więcej niż co trzeciej gminie w kraju współczynnik migracji nie przekroczył –5‰. Jednostki te występowały we wszystkich województwach, tworząc zwarte obszary pomiędzy strefami oddziaływania ośrodków miejskich. Szczególnej uwagi wymagają natomiast gminy, w których saldo migracji było niższe niż –5‰ (410 jednostek, 16,6% wszystkich gmin). Koncentrowały się one przede wszystkim w województwach wschodnich (lubelskie, podlaskie), ale także na północy województwa mazowieckiego oraz w województwie warmińsko-mazurskim. Są to jednostki o wyraźnie peryferyjnym charakterze, w których głęboko ujemne saldo migracji stanowi w dużej mierze odzwierciedlenie ich niekorzystnej sytuacji społeczno-ekonomicznej (Stanny, Rosner i Komorowski, 2023).

4.4. Dynamika przestrzenna przyrostu rzeczywistego

Analiza przyrostu rzeczywistego dla lat 2014–2024 dokonana na poziomie gmin (będąca sumą salda migracji i przyrostu naturalnego) wskazuje na silną dominację procesów

depopulacyjnych. W badanym okresie dodatni przyrost rzeczywisty wystąpił jedynie w około 21% gmin. W zdecydowanej większości tych jednostek (91%) wzrost liczby ludności był rezultatem dodatniego salda migracji, które skompensowało ujemny lub niski przyrost naturalny. Jedynie niespełna 9% gmin zawdzięczało rozwój demograficzny przewadze przyrostu naturalnego nad odpływem migracyjnym.

Ubytek rzeczywisty ludności odnotowano natomiast w prawie 79% gmin. W ponad połowie (58%) z nich decydującą rolę w spadku liczby mieszkańców odgrywało ujemne saldo migracji, natomiast w pozostałych (42%) główną przyczyną regresu demograficznego był ujemny przyrost naturalny.

Struktura komponentów przyrostu rzeczywistego potwierdza zarówno skalę zmian wielkości populacji w gminach, jak i ich zróżnicowanie wynikające z różnego znaczenia przyrostu naturalnego i ruchu wędrówkowego. Jedynie 6% gmin charakteryzowało się dodatnimi wartościami zarówno przyrostu naturalnego, jak i salda migracji, co wskazuje na ograniczony zasięg trwałego rozwoju demograficznego. Aż 62% jednostek notowało jednocześnie ujemne wartości obu tych komponentów, co świadczy o utrwalaniu się procesów depopulacyjnych w znacznej części kraju. Relatywnie niewielką grupę stanowiły gminy, w których dodatnie saldo migracji kompensowało ujemny przyrost naturalny (niespełna 3%). Znacznie liczniejszą grupę tworzyły natomiast jednostki charakteryzujące się dodatnim przyrostem naturalnym przy jednoczesnym ujemnym saldzie migracji (29%), co świadczy o odpływie ludności z obszarów posiadających jeszcze potencjał demograficzny.

Analiza komponentów przyrostu naturalnego w gminach wskazuje, że w znacznej części kraju procesy migracyjne nie są w stanie kompensować negatywnych skutków starzenia się populacji i niskiej dzietności. Jednocześnie świadczy to o narastającej polaryzacji przestrzennej procesów ludnościowych, w której trwały rozwój demograficzny koncentruje się w wąskiej grupie gmin, podczas gdy większość z nich doświadcza wielowymiarowego regresu. Zjawisko to znajduje wyraźne odzwierciedlenie w zróżnicowaniu zmian liczby ludności według typów jednostek osadniczych.

Choć ogólna liczba ludności Polski się zmniejszyła w ciągu dekady, nie wszędzie jednak była to zmiana o charakterze spadku. Już prosty podział na rodzaje gmin pokazuje, że przeciętnie w gminach wiejskich przybyło 1,4% mieszkańców (z 10,28 mln do 10,42 mln), w gminach zaś miejsko-wiejskich i miejskich odnotowano spadek ludności, w pierwszych o 3,2% (z 9,55 mln do 9,25 mln) i w drugich o 4,3% (z 18,62 mln do 17,82 mln).

Po to, by sprawdzić, jakie mechanizmy spowodowały lokalne zmiany demograficzne w okresie 2014–2024, analiza przyrostu rzeczywistego w gminach jest przeprowadzona z uwzględnieniem ich roli i pozycji w systemie obszarów funkcjonalnych. Cztery na dziesięć osób mieszkało w miejskim obszarze funkcjonalnym (MOF) stolicy województwa. Po uwzględnieniu mieszkańców MOF ośrodków regionalnych (a więc niższego rzędu) wartość wzrosła do około sześciu na dziesięć osób. Najkorzystniejszą dynamikę demograficzną odnotowano w strefach oddziaływania stolic województw, w których przyrost liczby ludności na obszarach wiejskich sięgnął 16%. To świadczy o nasilonej suburbanizacji i peryurbanizacji[54] w warunkach silnego oddziaływania ośrodka centralnego

[54] Na ogół suburbanizacja i peryurbanizacja jest związana z procesem dekoncentracji ludności w obszarze wielkich miast. Przy czym, jak podają m.in. Szymańska i Biegańska (2011b) oraz Zborowski i inni (2023), suburbanizacja obejmuje najbliższe sąsiedztwo tych miast (co znajduje także swoje odzwierciedlenie w gęstości zabudowy suburbiów), a następnie rozlewa się na dalsze obszary, gdzie możliwa jest mniej gęsta zabudowa wynikająca z większych działek budowlanych. Ten kolejny etap nazywany jest peryurbanizacją, a większość autorów i badaczy obydwa te zjawiska nazywa suburbanizacją-peryurbanizacją.

(Szymańska, Biegańska, 2011a, 2011b; Zborowski i inni, 2023). Jednocześnie w gminach miejskich w MOF nastąpił niewielki spadek zaludnienia, co wskazuje na przesuwanie się osadnictwa z rdzeni miejskich do stref podmiejskich. Obszar funkcjonalny określa przestrzeń rzeczywistych powiązań społeczno-gospodarczych między miastem centralnym a otaczającymi go gminami, wynikający przede wszystkim z codziennych dojazdów do pracy, szkół i miejsc korzystania z usług. To spójny układ osadniczy, w którym granice administracyjne mają drugorzędne znaczenie. Przynależność do MOF sprzyja koncentracji inwestycji infrastrukturalnych i usługowych, m.in. poprzez realizację Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych (ZIT), co wzmacnia atrakcyjność osiedleńczą tych obszarów.

Odmienną sytuacją charakteryzowały się miejskie obszary funkcjonalne ośrodków regionalnych, niezwiązane bezpośrednio ze stolicami województw. W ich granicach w latach 2014–2024 odnotowano ogólny spadek liczby ludności (-5,3%), przy jedynie niewielkim wzroście zaludnienia w gminach wiejskich (2,5%). Szczególnie niekorzystne tendencje wystąpiły w miastach centralnych tych MOF, w których ubytek ludności przekroczył 9% i był porównywalny z miastami położonymi poza obszarami funkcjonalnymi. Oznacza to, że nawet jeśli spada zaludnienie dużych miast wojewódzkich, spadek jest niwelowany napływem ludności do gmin ościennych. W przypadku mniejszych miast o znaczeniu subregionalnym zaludnienie tych stref zmniejszało się, była słaba (5-krotnie mniejsza niż pod miastami wojewódzkimi).

Wyniki te wskazują na utrwalający się proces osłabiania funkcji społeczno-gospodarczych miast regionalnych, które coraz słabiej pełnią rolę lokalnych biegunów rozwoju. Pomimo podejmowanych działań wsparcie rozwojowe okazuje się niewystarczające do zatrzymania odpływu ludności i utraty potencjału demograficznego (Sobala-Gwosdz i inni, 2024).

Tabela 4.1. Zmiany zaludnienia w latach 2014–2024 w różnych typach gmin w relacji do obecności miejskiego obszaru funkcjonalnego (MOF)

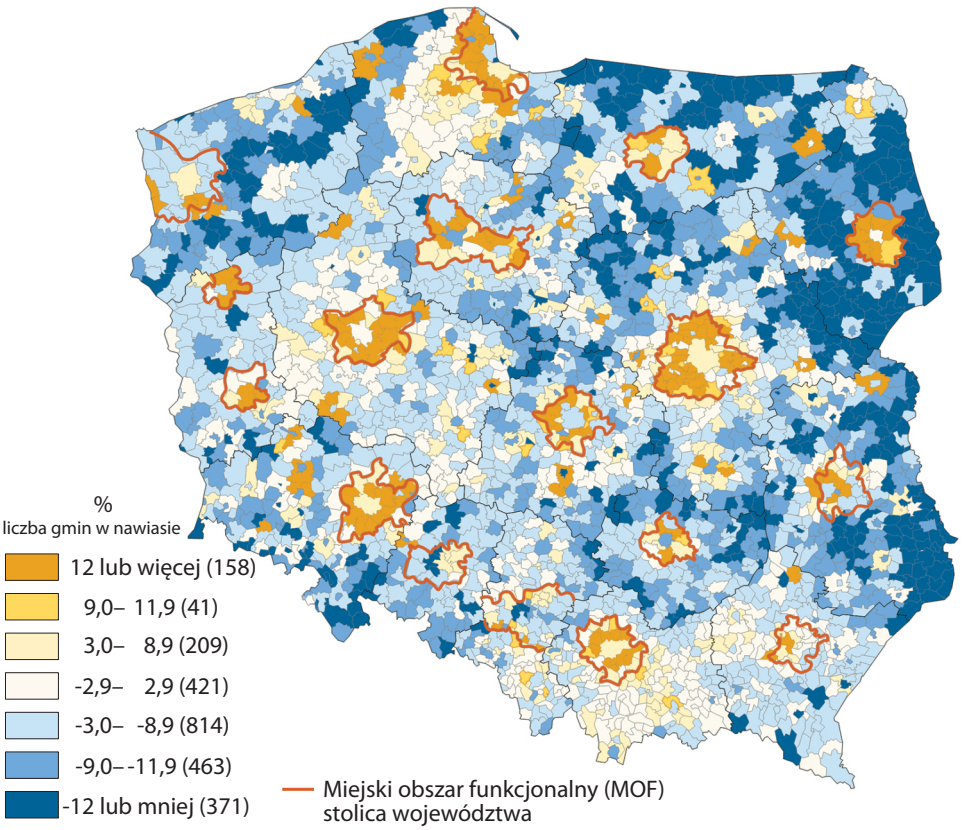
Typy gmin	MOF stolic województw	MOF regionalne	Poza MOF	Ogółem
	w %			
Miejska	–0,73	–9,13	–9,09	–4,32
Wiejska	15,85	2,46	–4,40	1,35
Miejsko-wiejska	8,48	–3,47	–6,49	–3,16
OGÓŁEM	3,09	–5,33	–6,37	–2,52

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych BDL, GUS za lata 2014–2024.

Poza strefami MOF regres demograficzny przejawiający się, między innymi, spadkiem liczby ludności był relatywnie głęboki. Pokazuje to tabela 4.1. Gminy miejskie (w większości liczące do 20 tys. mieszkańców) utraciły ponad 9% populacji. Obszary wiejskie poza strefami MOF odnotowały spadek liczby ludności o 4,4%, przy czym relatywnie największy ubytek wystąpił w gminach miejsko-wiejskich (6,4%). Mechanizm ten można interpretować w świetle klasycznego prawa migracji Ravensteina, zgodnie z którym migracje mają charakter etapowy – od mniejszych miejscowości do większych ośrodków

(Greenwood, 2019). Współcześnie proces ten ulega jednak przyśpieszeniu i skróceniu. Ludzie coraz częściej migrują, pokonując większe odległości, do obszarów oferujących bardziej zróżnicowany i chłonny rynek pracy, wyższe płace oraz atrakcyjniejszą ofertę edukacyjną i usługową. Stąd w metropoliach nieustająco koncentruje się ludność i aktywność gospodarcza, a rola mniejszych miast w systemie osadniczym słabnie. Tendencja ta podważa trwałość policentrycznego modelu rozwoju i sprzyja utrwalaniu nierówności przestrzennych w rozwoju społeczno-gospodarczym.

Wykres 4.2. Zmiana zaludnienia kraju w latach 2014–2024



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS.

Rozkład przestrzenny zmiany zaludnienia w latach 2014–2024 przedstawiony został na wykresie 4.2. Widoczna jest wyraźna koncentracja gmin zwiększających zaludnienie wokół największych miast, m.in.: Białegostoku, Krakowa, Poznania, Trójmiasta, Warszawy, Wrocławia, choć są i przykłady spadku zaludnienia, jak np. strefa wokół konurbacji górnośląskiej, Opola, Szczecina. Ponadto we wszystkich regionach rysują się strefy podmiejskie wokół mniejszych miast, jak również obszary wzrostu niezwiązanego z bliskością miasta, lecz z uwarunkowaniami kulturowymi (Małopolska, Kaszuby). Gminy o rosnącej liczbie ludności stanowiły w analizowanym okresie zdecydowaną mniejszość – łącznie 567

jednostek (22,9%). W pozostałych 1 910 gminach odnotowano spadek liczby mieszkańców (w jednej gminie liczba ludności pozostała na niezmienionym poziomie). Największa depopulacja wystąpiła w gminach wschodniej Polski, zwłaszcza w województwach podlaskim i lubelskim. Trwały proces zmniejszania się populacji obserwuje się również w trzech województwach centralnej Polski – w ich strefach subregionalnych, tj. poza obszarami oddziaływania Warszawy (woj. mazowieckie), Łodzi (woj. łódzkie) oraz Kielc (woj. świętokrzyskie). Na północy kraju proces wyludniania szczególnie silnie dotknął gmin województwa warmińsko-mazurskiego oraz zachodniopomorskiego – od zachodniej granicy państwa aż po granicę z województwem pomorskim, zwłaszcza na Pomorzu Środkowym. Depopulacja jest również wyraźna w południowo-zachodniej części kraju, obejmując południową część województwa dolnośląskiego oraz znaczną część województwa opolskiego.

4.5. Podsumowanie

Migracje wewnętrzne pozostają jednym z podstawowych czynników kształtujących zmiany demograficzne w Polsce, zwłaszcza na poziomie lokalnym. W warunkach utrzymującego się od ponad dekady ubytku naturalnego w skali kraju to właśnie saldo migracji w coraz większym stopniu decyduje o kierunkach zmian liczby ludności, sprzyjając koncentracji mieszkańców w strefach oddziaływania największych ośrodków miejskich oraz pogłębianiu procesów depopulacyjnych na obszarach peryferyjnych.

W latach 2022–2024 dominującym kierunkiem migracji pozostawał przepływ ludności z miast na wieś, szczególnie do gmin położonych w miejskich obszarach funkcjonalnych stolic województw. Choć po rekordowym nasileniu migracji w 2022 r. obserwowane jest stopniowe wygaszanie efektu pandemicznego, proces suburbanizacji nadal odgrywa istotną rolę w kształtowaniu struktury osadniczej kraju. Jednocześnie migracje te coraz rzadziej prowadzą do trwałego wzrostu liczby ludności, a częściej pełnią funkcję częściowej kompensacji ubytków naturalnych.

Analiza przyrostu rzeczywistego jednoznacznie wskazuje na silną dominację procesów depopulacyjnych. Ubytek ludności wystąpił w prawie 80% gmin, a w znacznej części kraju obserwowane są jednocześnie ujemne wartości zarówno przyrostu naturalnego, jak i salda migracji. Wzrost liczby mieszkańców koncentruje się w niewielkiej grupie jednostek administracyjnych, co potwierdza wysoce selektywny charakter współczesnych procesów ludnościowych. Szczególnie niekorzystnym zjawiskiem jest odpływ ludności z obszarów, które wciąż wykazują dodatni przyrost naturalny, co prowadzi do stopniowej utraty ich potencjału demograficznego. Selektywność migracji według wieku i płci może dodatkowo wzmacniać długookresowe skutki depopulacji, zwłaszcza na obszarach trwałego odpływu ludności. Ocena skali tego zjawiska, w tym skali odpływu młodych kobiet, wymaga jednak odrębnych analiz struktury migrantów i uwarunkowań ich decyzji migracyjnych. W wielu gminach napływ migracyjny nie jest w stanie kompensować skutków starzenia się populacji, a w innych odpływ przyspiesza proces zmniejszania się zasobów ludnościowych.

Wyraźne zróżnicowanie przestrzenne zmian zaludnienia potwierdza ważną rolę miejskich obszarów funkcjonalnych w strukturze osadniczej Polski. MOF stolic województw pozostają głównymi obszarami koncentracji ludności oraz względnej stabilizacji demograficznej, podczas gdy miejskie obszary funkcjonalne ośrodków regionalnych coraz

słabiej pełnią funkcję biegunów rozwoju. W miastach centralnych tych MOF zmniejsza się liczba ludności, podobnie jak w gminach położonych poza strefami oddziaływania większych ośrodków. Poza obszarami funkcjonalnymi regres demograficzny ma charakter szczególnie głęboki i dotyczy zarówno małych miast, jak i znacznej części obszarów wiejskich.

Skutkuje to osłabieniem roli małych i średnich miast oraz miasteczek jako lokalnych centrów rozwoju oraz sprzyja dalszej koncentracji ludności i aktywności gospodarczej w największych aglomeracjach. Obserwowane zmiany wskazują na narastającą polaryzację przestrzenną procesów ludnościowych oraz stopniowe osłabianie policentrycznego modelu rozwoju kraju, w którym trwały wzrost demograficzny koncentruje się w wąskiej grupie gmin, podczas gdy większość jednostek doświadcza wielowymiarowego regresu.

Tabela 4.2. Wybrane współczynniki ruchu migracyjnego w latach 2014–2024

Lata	Migracje wewnętrzne na pobyt stały w osobach						Migracje wewnętrzne na pobyt stały na 1 tys. ludności					
	miasto			wieś			miasto			wieś		
	saldo	ze wsi do miast	z miast na wieś	saldo	ze wsi do miast	z miast na wieś	saldo	ze wsi do miast	z miast na wieś	saldo	ze wsi do miast	z miast na wieś
2014	–28952	98551	–127503	28952	–98551	127503	–1,2	4,2	–5,5	1,9	–6,5	8,4
2015	–24070	95667	–119737	24070	–95667	119737	–1,0	4,1	–5,2	1,6	–6,3	7,8
2016	–25005	93432	–118437	25005	–93432	118437	–1,1	4,0	–5,1	1,6	–6,1	7,7
2017	–25879	99280	–125159	25879	–99280	125159	–1,1	4,3	–5,4	1,7	–6,5	8,2
2018	–28300	111720	–140020	28300	–111720	140020	–1,2	4,8	–6,1	1,8	–7,3	9,1
2019	–29445	116564	–146009	29445	–116564	146009	–1,3	5,1	–6,3	1,9	–7,6	9,5
2020	–39443	90432	–129875	39443	–90432	129875	–1,7	4,0	–5,7	2,6	–5,9	8,5
2021	–49228	98901	–148129	49228	–98901	148129	–2,2	4,4	–6,5	3,2	–6,5	9,7
2022	–53340	90766	–144106	53340	–90766	144106	–2,4	4,0	–6,4	3,5	–5,9	9,4
2023	–46824	92808	–139632	46824	–92808	139632	–2,1	4,1	–6,2	3,1	–6,1	9,2
2024	–42425	101992	–144417	42425	–101992	144417	–1,9	4,6	–6,5	2,8	–6,7	9,5

Źródło: obliczenia własne na podstawie roczników demograficznych za lata 2014–2024, GUS, Warszawa.

Rozdział V. Starzenie się ludności i aktywność zawodowa osób w wieku okołoemerytalnym

Anita Abramowska-Kmon[55], Piotr Błędowski[56], Barbara Szatur-Jaworska[57], Piotr Szukalski[58]

5.1. Wprowadzenie

Starzenie się ludności, czyli wzrost liczby i udziału osób starszych w populacji, jest konsekwencją długotrwałych zmian w reprodukcji ludności, polegających na spadku płodności i umieralności. Na jego intensywność wpływają także migracje oraz falowanie wyżów i niżów demograficznych. Zaobserwowane w ostatnich trzech dekadach przemiany demograficzne w Polsce sprawiły, że starzenie demograficzne przebiegało szybciej niż w innych krajach Unii Europejskiej, zwłaszcza w tzw. starych krajach UE[59]. Zaawansowanemu starzeniu się populacji często towarzyszy ubytek ludności, zwłaszcza w sytuacji intensywnych przemian struktury wieku.

Proces starzenia się ludności powoduje wiele konsekwencji i wyzwań dla społeczeństwa oraz dla gospodarki. W ramach przygotowania do starości demograficznej postuluje się między innymi reformę systemu emerytalnego, w tym podniesienie ustawowego wieku emerytalnego, a także wydłużanie aktywności zawodowej. W tym rozdziale opisaliśmy aktywność zawodową osób w wieku okołoemerytalnym w Polsce. Zmiany struktury wieku populacji Polski przedstawiliśmy przy wykorzystaniu miar tradycyjnych i alternatywnych. Takie podejście pozwoli na pokazanie potencjału ludności w starszym wieku i ich udział w rynku pracy.

5.2. Zmiany liczby i struktury wieku ludności w Polsce

W latach 2015–2024 liczba ludności[60] Polski zmalała z ponad 38 mln do 36,6 mln, czyli o 3,6%. Według projekcji ludnościowej Eurostatu (EUROPOP 2025) populacja rezydentów w Polsce zmniejszy się do 32,9 mln w 2050 r. Zbiorowość osób starszych (w wieku 65 lat lub więcej) w 2024 r. była o 1,6 mln większa niż w 2015 r. i wyniosła prawie 7,5 mln osób, jej udział zaś w populacji wzrósł z 15,4 do 20,5%. Można oczekiwać, że do 2050 r.

[55] Instytut Statystyki i Demografii SGH, Główny Urząd Statystyczny, aabram@sgh.waw.pl. ORCID: 0000-0001-9039-1989.
[56] Instytut Gospodarstwa Społecznego SGH, Rządowa Rada Ludnościowa, pbledo@sgh.waw.pl. ORCID: 0000-0003-4207-2283.
[57] Katedra Badań nad Polityką, Wydział Nauk Politycznych i Studiów Międzynarodowych UW, b.szatur-jaworska@uw.edu.pl. ORCID: 0000-0003-3677-000X.
[58] Instytut Socjologii Uniwersytetu Łódzkiego, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, piotr.szukalski@uni.lodz.pl. ORCID: 0000-0002-2631-3238.
[59] Więcej informacji można znaleźć w raporcie Rządowej Rady Ludnościowej „Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2023–2024".
[60] Według definicji ludności rezydującej.

liczba osób 65-letnich i starszych powiększy się o kolejne prawie 2,6 mln, a ich odsetek wzrośnie do 29,1%.

Tabela 5.1. Wybrane wskaźniki procesu starzenia się ludności Polski w latach 2015–2050

Wskaźniki	2015	2024	2030	2035	2040	2045	2050
Ludność ogółem (w tys.) ...	38 005,6	36 621,0	37 420,5	36 517,4	35 844,4	35 216,0	34 623,5
Ludność w wieku 65+ (w tys.)	5 859,7	7 499,7	8 176,6	8 342,5	8 702,1	9 323,1	10 070,3
Udział osób w wieku 65+ (w %)	15,4	20,5	21,9	22,8	24,3	26,5	29,1
Ludność w wieku 70+ (w tys.)	3 896,6	5 007,7	6 071,2	6 414,1	6 506,7	6 770,9	7 339,4
Udział osób w wieku 70+ (w %)	10,3	13,7	16,2	17,6	18,2	19,2	21,2
Ludność w wieku 85+ (w tys.)	663,6	813,5	838,9	1 104,7	1 496,5	1 801,3	1 820,8
Udział osób w wieku 85+ (w %)	1,7	2,2	2,2	3,0	4,2	5,1	5,3
Mediana wieku ludności ogółem:	39,6	43,0	45,0	47,0	48,5	49,4	49,6
Kobiety	41,4	44,7	46,6	48,8	50,5	51,7	52,0
Mężczyźni	37,9	41,3	43,2	45,1	46,5	47,1	47,2
Współczynnik feminizacji[a] dla ludności ogółem	107	107	108	107	107	106	105
Współczynnik feminizacji dla osób w wieku 65 lat lub więcej	158	148	147	146	143	138	133
Współczynnik feminizacji wśród osób w wieku 85 lat lub więcej	272	258	248	227	217	210	204

[a] Współczynnik feminizacji to liczba kobiet przypadająca na 100 mężczyzn.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostatu i projekcji ludnościowej EUROPOP 2023 (wariant bazowy – stan na 1.01. danego roku).

Mediana wieku ludności Polski wzrosła z 39,6 roku w 2015 r. do 43 lat w 2024 r., w 2050 r. zaś osiągnie 49,6 roku. Zbiorowość kobiet jest i będzie starsza niż zbiorowość mężczyzn. Ważną charakterystyką procesu starzenia się, nie tylko w Polsce, jest silna feminizacja zbiorowości osób starszych. Na przykład w 2024 r. ogółem na 100 mężczyzn przypadało w kraju 107 kobiet, w grupie zaś wieku 65 lat lub więcej – 148 kobiet, a wśród osób co najmniej 85-letnich – aż 258 kobiet. Na skutek obserwowanego i przewidywanego szybszego wzrostu oczekiwanego trwania życia dla mężczyzn niż dla kobiet te współczynniki feminizacji zmniejszają się. W przyszłości jednak nadal kobiety będą stanowiły większość wśród osób starszych i w dużej części będą mieszkały samotnie. Taka sytuacja znacząco zdeterminuje zapotrzebowanie na opiekę.

5.3. Starzenie się ludności w Polsce – pomiar alternatywny

Przedstawiony opis procesu starzenia się ludności w Polsce opiera się na tradycyjnym podejściu, które jest szeroko stosowane w literaturze. Zbiorowość osób starszych wyznaczana jest na podstawie arbitralnego założenia dotyczącego wieku uznawanego za początek starości (np. ukończenie 65 lat). Przyjmuje się, że kondycja zdrowotno-psychiczna osoby na początku starości (w wieku 65 lat) jest stała w czasie. Jednakże w ostatnich dziesięcioleciach trendy dotyczące umieralności, przeżywalności, trwania życia i stanu zdrowia osób w starszym wieku wskazują, że założenie to jest nieprawidłowe. Według tablic trwania życia dla Polski w 1958 r. 68,5% osób mogłoby dożyć 65. roku życia, w 2024 r. zaś byłoby to już 84,5%. W efekcie znacząco wzrosła oczekiwana długość życia noworodka, a także osoby np. w wieku 65 lat. Na przykład dziewczynka urodzona w 2024 r. mogłaby dożyć średnio 82,26 roku przy założeniu stałego wzorca umieralności według wieku do końca trwania jej życia, w porównaniu z 75,24 roku dla dziewczynki urodzonej w 1990 r. Natomiast oczekiwane dalsze trwanie życia dla 65-letniej kobiety mogłoby wynieść odpowiednio 20,31 i 16,09 roku. Podobnie 74-letnia Polka w 1990 r. mogłaby jeszcze przeżyć średnio 10 lat, tyle samo co 79-letnia kobieta w 2024 r. Dostępne dane dla osób w wieku 50+ z badania SHARE pokazują, że w ostatnich dwóch dekadach stan zdrowia tej grupy znacząco się poprawił także w Polsce (Abramowska-Kmon i inni, 2023).

Uwzględniając zmieniające się warunki przeżywalności, a także różnice występujące pod tym względem między krajami, od ponad 20 lat w literaturze naukowej proponowane jest alternatywne podejście do pomiaru procesu starzenia się demograficznego (por. np. Abramowska-Kmon, 2011; Lutz, Sanderson i Scherbov, 2008; Sanderson i Scherbov, 2010). Odpowiednie zdefiniowanie początku starości jest ważne dla rozumienia kształtowania się procesu starzenia się ludności w czasie (Kotowska i inni, 2020). Ponadto stosowanie odpowiednich mierników opisujących te zmiany może być przydatne do proponowania stosownych rozwiązań polityki społecznej przeciwdziałających negatywnym konsekwencjom zmian demograficznych oraz przygotowujących społeczeństwa i instytucje publiczne do starości demograficznej.

Podstawowe jest tu określenie wieku – początku starości. Zaproponowano, by granicę tę wyznaczać jako wiek, dla którego oczekiwane dalsze trwanie życia (*ex*) wynosi w tablicach trwania życia dla danego okresu 15 lat, czyli *x* dla którego $ex = 15$ [61]. Na tej podstawie wyznacza się m.in. udział osób starszych, dla których oczekiwane dalsze trwanie życia wynosi 15 lat lub mniej, a także potencjalny (prospektywny) współczynnik zależności demograficznej między osobami starszymi i osobami dorosłymi w wieku od 20 lat do granicy w ten sposób opisanej starości[62]. Na podstawie informacji z tablic trwania życia dla lat 2015–2024 granica starości wynosiła około 70–71 lat, z wyjątkiem okresu pandemii COVID-19[63]. Na wykresach 5.1 i 5.2 przedstawione jest kształtowanie się dwóch mierników starzenia się ludności (udział osób starszych oraz współczynnik zależności demograficznej między osobami starszymi a osobami dorosłymi) według podejścia tradycyjnego i alternatywnego. Miary tradycyjne wskazują na większe zaawansowanie starzenia się ludności Polski niż mierniki alternatywne. W szczególności udział osób w wieku 65 lat lub starszych wzrósł z 16% w 2015 r. do 20,5%

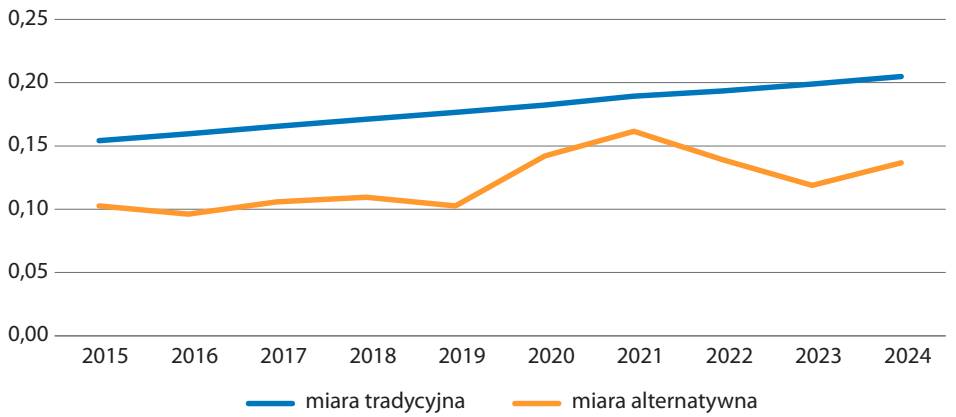
[61] Więcej szczegółów w pracach Abramowskiej-Kmon (2011) oraz Kotowskiej i innych (2020).

[62] Zaproponowane zostały jeszcze inne potencjalne (prospektywne) miary, np. średnia pozostałych lat życia populacji czy potencjalna (prospektywna) mediana wieku (więcej np. w: Lutz i inni 2008; Sanderson i Scherbov, 2005, 2010).

[63] W 2020 r. początek starości ustalony według tego kryterium wyniósł 68 lat, a w 2021r. – 67 lat.

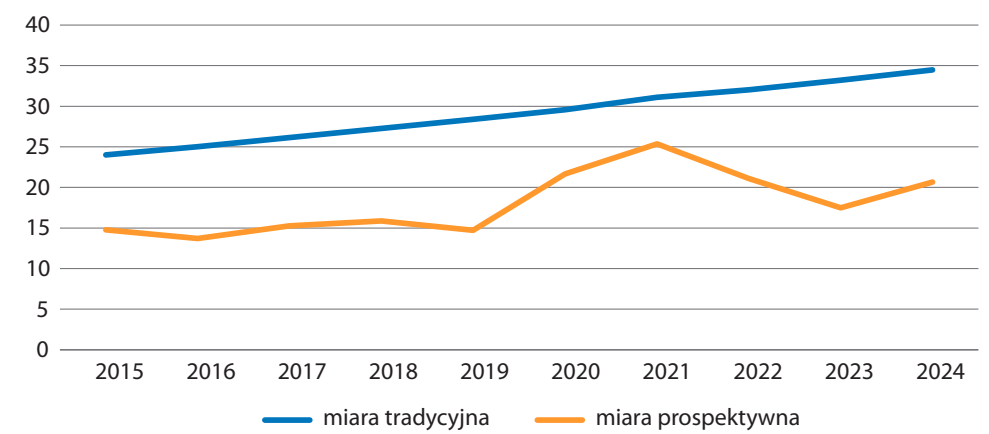
w 2024 r. Udział zaś osób, dla których oczekiwane dalsze trwanie życia wynosiło 15 lat lub mniej, kształtował się na poziomie 10–11% do 2019 r., przy czym największą wartość (16,2%) osiągnął w 2021 r., a następnie zmalał do 13,7% w 2024 r. Z kolei współczynnik zależności demograficznej w odniesieniu do osób starszych[64] zwiększył się z 24 osób w 2015 r. do 34,5 osoby w 2024 r., a jego potencjalny odpowiednik fluktuował od około 15 osób do 2019 r., przez maksimum w 2021 r. (25,1 osoby) do 20,6 osoby starszej na 100 w wieku dorosłym w 2024 r.

Wykres 5.1. Udział osób starszych w populacji Polski w latach 2015–2024 (miara tradycyjna i alternatywna)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostatu[65].

Wykres 5.2. Współczynnik zależności demograficznej między osobami starszymi a osobami dorosłymi w Polsce w latach 2015–2024 (miara tradycyjna i alternatywna)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostatu[66].

[64] Wyznaczony jako stosunek liczby osób w wieku 65 lat lub więcej do 100 osób w wieku 20–64 lata.
[65] Wskaźnik dla 2024 r. został wyznaczony na podstawie tablic trwania życia dla 2024 r. opracowanych przez GUS.
[66] Wskaźnik dla 2024 r. został wyznaczony na podstawie tablic trwania życia dla 2024 r. opracowanych przez GUS.

5.4. Aktywność zawodowa osób starszych w świetle Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL)

W Polsce aktywność zawodowa osób w wieku emerytalnym (powyżej 60 lat dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn do 89. roku życia) pozostaje na stosunkowo niskim poziomie. W 2024 r. prawie co dziesiąta osoba w tym wieku (9,2% mężczyzn, 9,1% kobiet) była aktywna zawodowo (tzn. pracowała lub była bezrobotna). W latach 2015–2024 współczynnik aktywności zawodowej[67] w tej grupie wieku ulegał niewielkim wahaniom. W tym okresie aktywność zawodowa mężczyzn w wieku poprodukcyjnym wzrosła – o 1,3 pkt proc. Większy wzrost odnotowano dla kobiet – o 1,9 pkt proc. (do 9,1%).

Inaczej wyglądała w analizowanym okresie dynamika aktywności zawodowej osób zbliżających się do emerytury (mężczyźni w wieku 55–64 lata, kobiety w wieku 55–59 lat). W populacji mężczyzn w tym wieku współczynnik aktywności zawodowej wzrósł z 57,5% w 2015 r. do 72,5% w 2024 r., a w populacji kobiet – z 55,4 do 74,5%. Wzrost aktywności zawodowej w przypadku obu płci był zatem duży, przy czym szczególnie dynamiczny był w populacji kobiet w wieku 55–59 lat, czyli mających do osiągnięcia wieku emerytalnego pięć lat lub mniej (tabela 5.2).

Tabela 5.2. Współczynnik aktywności zawodowej osób w wieku 55 lat lub więcej według płci i grup wieku w latach 2015–2024

LATA	Mężczyźni 65+*	Kobiety 60+*	Mężczyźni 55–64	Kobiety 55–59
2015	7,9	7,2	57,5	55,4
2016	8,4	7,6	58,6	58,2
2017	9,1	8,4	60,8	60,3
2018	8,8	8,0	61,9	61,5
2019	8,7	7,7	62,7	63,5
2020	8,9	8,2	65,3	65,6
2021	9,1	9,1	69,3	68,9
2022	9,8	9,0	71,0	70,1
2023	9,5	8,9	71,7	73,5
2024	9,2	9,1	72,5	74,5

* Od I kwartału 2021 r. wiek 60/65 do 89 lat.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BAEL.

5.5. Osoby starsze pracujące zawodowo

W czasie przygotowania raportu najnowsze dane z Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności dotyczyły II kw. 2025 r. Dążąc do ukazania zmian w ostatnich 10 latach, zestawiono je z informacjami z II kw. 2016 r. Prezentowane dane dotyczą osób w wieku 65 lat i starszych (badania z 2016 r.) i w wieku 65–89 lat (badania z 2025 r.). Różnice w przedziałach wieku wynikają ze zmian w metodologii prowadzenia badań i obliczania wyników BAEL.

[67] Współczynnik aktywności zawodowej ludności – procentowy udział aktywnych zawodowo danej kategorii w ogólnej liczbie ludności danej kategorii (wyróżnianej np. ze względu na wiek, płeć, miejsce zamieszkania). Do kategorii aktywnych zawodowo należą osoby pracujące i bezrobotne.

W analizowanej dekadzie znacząco zwiększyła się liczba pracujących zawodowo osób starszych – z 281 tys. do 475 tys., co oznacza przyrost o prawie 70%. Jest to efekt zarówno wzrostu liczby ludności w tym wieku, jak i wzrostu aktywności zawodowej tej populacji. Ważną zmianą, która nastąpiła w tym okresie, był także wzrost odsetka kobiet wśród pracujących osób starszych – z 35 do 42%. Nie poprawiła się jednak proporcja między liczbą osób pracujących mieszkających w miastach i na wsi – w obu okresach około 70% stanowili mieszkańcy miast.

Większość pracujących seniorek i seniorów stanowią osoby zatrudnione (pracownicy najemni)[68]. Ich liczba podwoiła się (ze 148 tys. do 295 tys.) w ostatnim dziesięcioleciu, udział zaś wśród pracujących wzrósł z 53% (II kw. 2016 r.) do 62% (II kw. 2025 r.). W obu badanych kwartałach 3/4 zatrudnionych osób starszych pracowało na podstawie umowy na czas nieokreślony. Jednocześnie zmniejszył się odsetek osób starszych pracujących na własny rachunek (z 41 do 35% pracujących), choć ich liczba wzrosła ze 116 tys. do 167 tys. Wyraźnie zmniejszył się też wśród pracujących osób starszych udział procentowy wykonujących pracę w indywidualnym gospodarstwie rolnym – z 18 do 10%.

Wśród pracujących osób starszych wyraźną większość stanowiły osoby mające wykształcenie średnie, policealne lub wyższe – 69% w II kw. 2016 r. i 79% w II kw. 2025 r. Pod względem tego wskaźnika populacja wykonujących pracę zawodową seniorów nie różniła się od populacji ogółu pracujących.

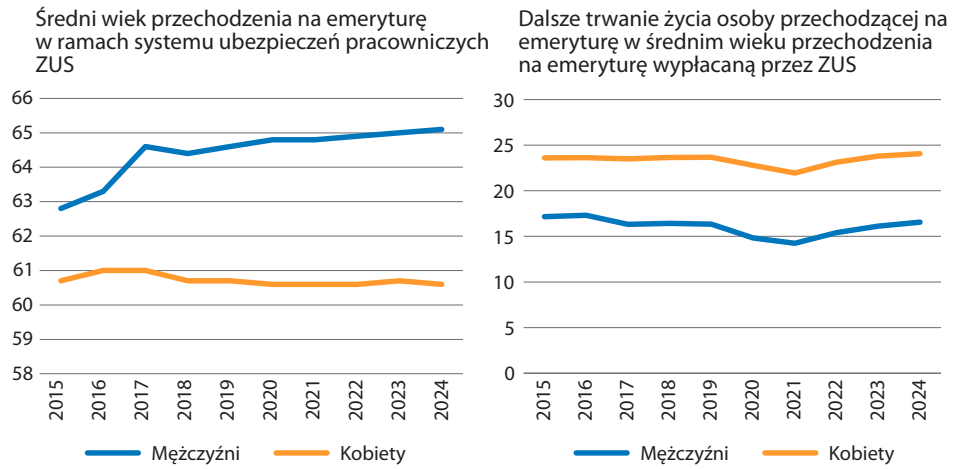
5.6. Przechodzenie na emeryturę

Wdrażanie z różną intensywnością działań mających zachęcić starszych pracowników do późniejszego odejścia z rynku pracy odpowiadało za zmiany wieku uzyskiwania pierwszego świadczenia emerytalnego w ostatnim 30-leciu. Poprawa sytuacji na rynku pracy, ograniczenie uprawnień do wcześniejszej emerytury, a zwłaszcza wdrożenie powolnego podwyższania wieku przechodzenia na emeryturę do docelowych 67 lat, następnie zaś obniżenie tego wieku do wartości początkowej (60/65 lat), to przyczyny, dla których zaobserwowane zmiany były niejednorodne. Mimo wprowadzania kolejnych zachęt do dłuższego pozostawania na rynku pracy, odnotowywany w ostatnich latach średni wiek przechodzenia na emeryturę z pracowniczego systemu emerytalnego jest jedynie o 0,5–0,6 roku wyższy w przypadku kobiet i o 0,1 roku dla mężczyzn od tego minimalnego (wykres 5.3). Oznacza to, że zdecydowana większość uprawnionych korzysta z prawa do emerytury natychmiast po osiągnięciu minimalnego ustawowego wieku. Warto jednak zaznaczyć, że rośnie liczba osób kontynuujących pracę zarobkową po przejściu na emeryturę, szczególnie kobiet (zob. Chłoń-Domińczak, Grabowska, Ruzik-Sierdzińska, 2024). Obserwowane od roku 2015 spowolnienie poprawy stanu zdrowia spowodowało, że – pomijając lata pandemii COVID-19 – oczekiwana długość okresu pobierania świadczenia emerytalnego jest wciąż niższa, niż miało to miejsce w pierwszej dekadzie XXI w. Niemniej osoba przechodząca na emeryturę w średnim wieku przechodzenia na emeryturę będzie otrzymywać świadczenie relatywnie długo: w warunkach umieralności z 2024 r. kobieta przez 24 lata, mężczyzna przez 16,5 roku (wykres 5.3).

[68] Pracujących dzieli się według statusu zatrudnienia na: zatrudnionych (pracowników najemnych), pracujących na własny rachunek oraz pomagających nieodpłatnie członków rodzin.

Czynnikiem, który, jak zakładano przy wprowadzaniu w 1999 r. obecnego systemu emerytur pracowniczych, miał motywować do długiej pracy, jest wbudowana w ów system zasada neutralności aktuarialnej (tj. zależność świadczenia od wartości zakumulowanych składek i dalszego trwania życia w momencie przejścia na emeryturę), prowadząca do ścisłego powiązania wieku wychodzenia z rynku pracy z wysokością świadczenia. Jak wskazują przedstawione na wykresie 5.3 dane, niestety wpływ tego rozwiązania na rzeczywiste zachowania ubezpieczonych jest znikomy.

Wykres 5.3. Podstawowe dane o średnim wieku przechodzenia na emeryturę i średnim okresie pobierania tego świadczenia w latach 2015–2024



Źródło: dane ZUS (https://www.zus.pl/baza-wiedzy/statystyka/wazniejsze-informacje-z-zakresu-ubezpieczen-spolecznych-fundusz-ubezpieczen-spolecznych) oraz obliczenia własne na podstawie danych GUS (https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-tablice-historyczne,1,3.html).

Patrząc na spodziewane zmniejszanie się potencjalnych zasobów pracy, należy zadać pytanie, czy skłonność do wczesnego przechodzenia na emeryturę występować będzie i w przyszłości. Odpowiedź na to pytanie znaleźć można w wynikach badania „Przygotowanie do starości. Polacy w wieku przedemerytalnym o swojej przyszłości" zrealizowanego w latach 2024–2026 przez Instytut Pracy i Spraw Socjalnych. Przeprowadzono je wśród osób, którym do osiągnięcia wieku emerytalnego brakowało nie więcej niż 10 lat (Szukalski i inni, 2026). Wśród badanych kobiet 65,1% chciało przejść na emeryturę w wieku 60 lat, 27,6% zaś nie potrafiło jednoznacznie wskazać tego momentu. Wśród mężczyzn 60,9% planowało zakończyć karierę zawodową w wieku 65 lat, 28,1% zaś nie miało jeszcze planów. Jedynie 18,2% kobiet i 19,8% mężczyzn myślało o kontynuacji pracy po osiągnięciu wieku emerytalnego – z reguły przez 2–3 lata, choć prawie 1/4 spośród nich wspomniała o pięciu latach. Chcący pracować preferują przede wszystkim wykonywanie pracy w dotychczasowej firmie i na tym samym stanowisku pracy (53%), zdecydowana zaś większość (60,5%) chciałaby łączyć dochody z pracy z pobieraniem emerytury. Jako główne czynniki zniechęcające do wydłużania kariery zawodowej wskazywano: chęć cieszenia się życiem (61%), pragnienie poświęcania większej ilości czasu

rodzinie (43,3%), zmęczenie i wypalenie zawodowe (25,4%), nadmierne fizyczne (19,5%) i psychiczne obciążenie pracą (10%).

Te ustalenia zbieżne są z wynikami badania SHARE, według którego chęć jak najszybszego przejścia na emeryturę wskazało 44% kobiet i 58% mężczyzn, co skądinąd było udziałem niższym niż w większości krajów Europy Środkowej i Wschodniej (Abramowska-Kmon i inni, 2023). Ponadto wyniki badania SHARE wskazują, że osoby lepiej wykształcone i uczestniczące w szkoleniach podnoszących ich kwalifikacje częściej są dłużej aktywne na rynku pracy. Z kolei te zaangażowane w sprawowanie opieki nad innymi osobami (wnukami czy osobami dorosłymi) rzadziej kontynuują pracę zawodową (Abramowska-Kmon i inni, 2023). Co więcej, warunki pracy i niska satysfakcja z pracy są kolejnymi czynnikami, które mogą determinować szybsze wycofywanie się z rynku pracy osób w wieku okołoemerytalnym w Polsce.

Uzupełnieniem powyższego obrazu są dane dotyczące systemu ubezpieczenia społecznego rolników. W 2025 r. KRUS wydał 228,2 tys. decyzji przyznających emerytury i renty, tj. niemal trzykrotnie więcej niż w latach 2022–2024 (odpowiednio 75 tys., 84,4 tys. i 82,8 tys.). Skokowy wzrost dotyczył niemal wyłącznie rent rodzinnych (150,6 tys. decyzji przyznających wobec 6 tys. w 2024 r.) i wynikał z wprowadzenia od 1 lipca 2025 r. wypłat tzw. renty wdowiej, tj. zbiegu renty rodzinnej z emeryturą lub rentą. Liczba nowo przyznanych emerytur rolniczych była natomiast stabilna – 33,7 tys. w 2025 r. wobec 32,1 tys. w 2024 r. i 32,7 tys. w 2023 r. Wyraźnie niższa była jedynie w 2022 r. (24 tys.), a jej wzrost od 2023 r. można wiązać z umożliwieniem od połowy 2022 r. pobierania emerytury rolniczej w pełnej wysokości bez konieczności zaprzestania prowadzenia działalności rolniczej.

Populacja pobierających emerytury rolnicze jest przy tym zaawansowana wiekowo. W końcu 2025 r. emerytury z KRUS pobierało 799 tys. osób, z czego 89,6% miało co najmniej 65 lat, 45,4% – co najmniej 75 lat, a 27,7% ukończyło 80 lat. Blisko 68% świadczeniobiorców stanowiły kobiety. Wśród nich 83,3 tys. osób pobierało emeryturę w grupie wieku 60–64 lata, co odzwierciedla niższy ustawowy wiek emerytalny kobiet. Struktura ta była stabilna w całym okresie 2022–2025, przy czym liczba emerytów, po latach powolnego spadku (z 767,4 tys. w końcu 2022 r. do 761,4 tys. w końcu 2024 r.), wzrosła w 2025 r. o 4,9%, co może się częściowo wiązać z wypłatą rent wdowich w zbiegu z emeryturą (dane KRUS, Kwartalne informacje statystyczne, IV kwartał 2022–2025).

5.7. Podsumowanie

Celem tego rozdziału było przedstawienie procesu starzenia się ludności za pomocą miar klasycznych i alternatywnych, uwzględniających coraz większą przeżywalność do zaawansowanego wieku. Obserwowana poprawa stanu zdrowia skutkująca spadkiem umieralności i wydłużeniem oczekiwanego trwania życia może być przesłanką do coraz większej aktywności zawodowej osób w wieku okołoemerytalnym i opóźniania momentu dezaktywizacji zawodowej. Przytoczone w rozdziale dane pokazują, że w minionych dwóch dekadach nastąpił w Polsce znaczący wzrost aktywności zawodowej osób znajdujących się na tzw. przedpolu starości ekonomicznej (kobiety w wieku 55–59 lat, mężczyźni w wieku 55–64 lata). Dotyczył całej tej populacji, ale bardziej dynamiczny był wśród kobiet niż wśród mężczyzn. Nieznaczny był natomiast wzrost aktywności zawodowej osób w wieku poprodukcyjnym i w zasadzie przyczyniła się do tego większa aktywność kobiet. Wciąż jednak istnieją bariery mogące ograniczać zwiększenie

aktywności zawodowej osób, które osiągnęły wiek emerytalny. Odpowiednie działania polityki rynku pracy powinny sprzyjać usunięciu tych barier.

Choć odsetek osób starszych aktywnych zawodowo nie zwiększa się w znaczący sposób, to przybywa osób starszych (w wieku 65 lat i starszych), które pracują zawodowo. Jak się wydaje, jest to przede wszystkim efekt wzrostu liczby osób starszych. Wpływ zmian prawnych oraz procesów ekonomicznych i społecznych zachęcających do przedłużania aktywności zawodowej widać głównie w populacji będącej na „przedpolu starości", choć mogą one mieć znaczenie dla decyzji w sprawie kontynuacji pracy zawodowej, także wśród osób starszych. Podkreślić należy, że dynamika przyrostu liczby pracujących seniorek i seniorów jest większa niż dynamika wzrostu liczebności tej grupy wieku[69]. Zmienia się też struktura populacji pracujących – wzrasta udział kobiet oraz osób zatrudnionych (pracowników najemnych). Zmniejsza się natomiast odsetek osób pracujących na własny rachunek oraz wykonujących pracę w indywidualnym rolnictwie.

[69] Na koniec 2015 r. żyło w Polsce 6 076,4 tys. osób w wieku 65 lat i więcej, zaś na koniec 2024 r. – 7 725,1 tys. Oznacza to 27% wzrost, przy blisko 70% wzroście liczby osób pracujących w tej grupie wieku.

Rozdział VI. Wspieranie prokreacji a zdrowie reprodukcyjne

Rafał Kurzawa[70], Aleksandra Saniewska-Kilim[71], Jolanta Grotowska-Leder[72]

6.1. Wprowadzenie

W dyskusjach o czynnikach globalnego spadku płodności do poziomu, który nie gwarantuje zastępowalności pokoleń, oraz o utrzymywaniu się niskiej płodności w rosnącej liczbie krajów coraz silniej podkreśla się znaczenie zdrowia reprodukcyjnego, a zwłaszcza rosnącego ryzyka niepłodności i braku odpowiedniego wsparcia systemowego, by zmniejszyć tę barierę rodzicielstwa (Fauser i inni, 2024). W tym rozdziale skupiamy uwagę na zdrowiu reprodukcyjnym i wybranych narzędziach systemowych, które wspierają realizację decyzji o rodzicielstwie, a zwłaszcza o rozwiązaniach umożliwiających pokonywanie trudności z poczęciem dziecka. Przedmiotem refleksji są przede wszystkim świadczenia związane z diagnostyką niepłodności i jej leczeniem, które pozwolą na posiadanie dzieci tym, którzy tego pragną. Ważnym wątkiem rozważań jest także edukacja na rzecz wzrostu świadomości zdrowia reprodukcyjnego. Podkreślamy niedostateczną wiedzę społeczną na temat zdrowia fizycznego i psychicznego oraz znaczenia higieny i zdrowego stylu życia. Konieczne staje się podjęcie działań w celu poprawy dostępu do świadczeń oraz zwiększenia świadomości dotyczącej zdrowia reprodukcyjnego, które wpływają na planowanie rodziny i prokreacji zarówno w krótszym, jak i dłuższym czasie.

6.2. Płodność poniżej zastępowalności pokoleń i utrzymywanie się niskiej płodności

Płodność poniżej prostej zastępowalności pokoleń jest zjawiskiem globalnym. Obserwowana od końca lat 60. XX w. w krajach Europy Północnej i Zachodniej, w latach 90. XX w. dotyczyła już prawie wszystkich krajów europejskich. W 1990 r. około 25% ludności świata żyło w krajach, w których współczynnik dzietności pozostawał poniżej 2,1, zaś według „World Population Prospects 2024" (UN, 2024) ponad dwie trzecie ludności świata żyje w krajach lub regionach, w których współczynnik dzietności wynosi poniżej 2,1 urodzenia na kobietę w wieku rozrodczym. Co więcej, w wielu rejonach świata dzietność spadła poniżej wartości 1,5 i pozostaje na tym niskim poziomie. Dotyczy to także Europy. Według Eurostatu w latach 2015–2021 współczynnik TFR dla krajów UE27 wynosił od 1,51 do

[70] Katedra i Zakład Ginekologii i Zdrowia Prokreacyjnego Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii, rafal.kurzawa@pum.edu.pl. ORCID: 0000-0001-7853-6591.
[71] Ministerstwo Zdrowia. ORCID: 0009-0005-5177-5476.
[72] Katedra Socjologii, SGGW, Komitet Nauk Demograficznych PAN, jolanta_grotowska-leder@sggw.edu.pl. ORCID: 0000-0001-5034-0511.

1,57, a w latach 2022–2024 miał wartości poniżej 1,5 (1,34 w 2024 r.)[73]. Dane Eurostatu pokazują, że w 2024 r. jedynie w trzech krajach unijnych nie wystąpiła niska dzietność (w Bułgarii, Francji, Słowenii).

Trendowi spadku płodności towarzyszy opóźnianie macierzyństwa – wzrasta średni wiek rodzenia pierwszego dziecka i średni wiek macierzyństwa – w 2024 r. średni wiek zostania matką w krajach Unii Europejskiej to 29,9 roku (wartość maksymalna to 31,9 roku dla Włoch), średni zaś wiek kobiet rodzących dzieci w krajach Unii Europejskiej wynosił 31,3 roku (wartość maksymalna to 32,7 roku dla Irlandii i 32,6 roku dla Włoch). Opóźnianie macierzyństwa jest jednym z ważnych czynników kształtujących możliwości realizacji zamierzeń rodzicielskich oraz różnicę między pożądaną i faktyczną liczbą dzieci (luka dzietności), związanych także ze zdrowiem reprodukcyjnym (Fauser i inni, 2024; Maliszewska i Holzer-Żelażewska, 2025).

Zmiany prokreacji w Polsce wpisują się w te trendy – dzietność należy do najniższych w Europie (TFR 1,14 w 2024 r.). Przeciętny wiek kobiet w chwili rodzenia pierwszego dziecka wzrósł do 28,7 roku, średni zaś wiek macierzyństwa do 30,3 roku w 2024 r. W naszym kraju opóźnianie macierzyństwa postępuje jednak dotąd wolniej niż w innych krajach UE.

Potencjał prokreacyjny Polaków mierzony deklaracjami dotyczącymi chęci posiadania dzieci jest znaczący. Według danych CBOS w 2023 r. prawie połowa Polaków w wieku 18–40 lat objętych badaniem deklarowała chęć posiadania dwojga dzieci, a około 18% chciałoby mieć co najmniej troje dzieci. Natomiast tylko 30% Polaków do 40. roku życia miało zaspokojone potrzeby prokreacyjne, tj. miało tyle dzieci, ile chciałoby mieć (łącznie z niemającymi dzieci) (CBOS, 2023). Według Narodowego Testu Zdrowia 2025 (NTZ, 2025) rodzicem biologicznym jest tylko 39% osób w wieku 25–34 lata i 60% w wieku 35–44 lata. Występująca luka dzietności ma złożone uwarunkowania[74]: ekonomiczne (brak stabilności zatrudnienia, wysokie koszty życia, niewystarczające dochody), instytucjonalne (ograniczony dostęp do żłobków i przedszkoli, trudności w godzeniu pracy z życiem rodzinnym, tzw. work-life balance, ograniczona dostępność mieszkań) i społeczno-kulturowe (mniejsze zainteresowanie dla tworzenia małżeństw i związków niemałżeńskich, odraczanie w czasie macierzyństwa, wzrost związków intymnych bezdzietnych i mniej dzietnych). Jednocześnie wśród przyczyn luki dzietności nie dostrzega się znaczenia zdrowia reprodukcyjnego, w tym wpływu opóźniania prokreacji na realizację zamierzeń prokreacyjnych, a przede wszystkim narastającego ryzyka choroby niepłodności.

Globalny spadek płodności do poziomu, który nie gwarantuje zastępowalności pokoleń, a zwłaszcza zjawisko trwale niskiej płodności, oraz szeroko ujęty kontekst tych zmian i ich implikacje dla planowania rodziny i jej tworzenia, były przedmiotem obszernego raportu International Federation of Fertility Societies (Fauser i inni, 2024). W podsumowaniu przeglądu dotychczasowych badań w raporcie wskazano na konieczność zmiany podejścia do planowania rodziny – zamiast dotychczasowej koncentracji na ograniczaniu liczby urodzeń (skuteczna antykoncepcja) konieczne jest uwzględnienie działań umożliwiających realizację aspiracji rodzicielskich w warunkach rosnącego ryzyka niepłodności. Omawiając istotę wskazanej zmiany, autorzy raportu uzasadniają, dlaczego coraz więcej

[73] Eurostat: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00199/default/table?lang=en.

[74] Szersze omówienie tego tematu zawiera rozdział pierwszy raportu Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2023–2024 i raportu bieżącego.

uwagi należy przywiązywać do troski o prokreację/poczęcia (fertility care). Podkreślają z jednej strony kluczowe znaczenie podnoszenia świadomości o ograniczeniach biologicznych i zdrowotnych prokreacji, z drugiej zaś – zagwarantowanie równego dostępu do świadczeń medycznych w zakresie zdrowia reprodukcyjnego. Na znaczeniu zyskuje dbałość o to, aby osoby pragnące mieć dzieci miały wsparcie w realizacji swoich zamierzeń prokreacyjnych.

W krajach o utrzymującej się niskiej dzietności, np. we Włoszech, przedmiotem analiz stał się wpływ korzystania z medycznie wspomaganej reprodukcji (MAR – *Medically Assisted Reproduction*) na liczbę urodzeń i dzietność. Badacze są zgodni co do znaczenia tego sposobu wspierania prokreacji, szczególnie u par zmagających się z niepłodnością oraz u kobiet decydujących się na późniejsze macierzyństwo, jako realnego wpływu na liczbę urodzeń w starszych kohortach wiekowych. Ustalenia demografów wskazujące na trwały spadek płodności w Polsce (RRL, 2025) uzasadniają szerokie uwzględnianie kwestii zdrowia reprodukcyjnego oraz polityki jego wspierania w zakresie diagnostyki i leczenia niepłodności u osób dorosłych oraz profilaktyki i edukacji zdrowotnej zarówno dzieci i młodzieży, jak i osób dorosłych.

6.3. Zdrowie reprodukcyjne i jego konteksty

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zdrowie reprodukcyjne to stan pełnego dobrostanu (well-being) w aspekcie fizycznym, psychicznym i społecznym, a nie wyłącznie brak choroby lub niedomagań, we wszystkich sprawach związanych z układem rozrodczym oraz jego funkcjami i procesami[75]. Przytoczona definicja wskazuje, że ludzie mogą prowadzić satysfakcjonujące i bezpieczne życie seksualne i mają zdolność do reprodukcji oraz wolność do decydowania, czy chcą to robić, kiedy i jak często, a kobiety i mężczyźni mają prawo do informacji oraz do posiadania dostępu do bezpiecznych, skutecznych, przystępnych cenowo i akceptowalnych metod planowania rodziny, w tym zgodnych z prawem metod regulowania płodności. Ujęcie to podkreśla również prawo do dostępu do odpowiednich usług opieki zdrowotnej gwarantujących kobietom bezpieczną ciążę i poród oraz zapewniających parom najlepszą szansę na posiadanie zdrowego potomstwa.

Jednym z podstawowych wyznaczników zdrowia reprodukcyjnego jest płodność biologiczna (fecundity), determinowana przez różne czynniki, w tym medyczne, środowiskowe i styl życia, która zależy od indywidualnej zdolności do produkcji gamet (komórek jajowych i plemników), zdolności do podjęcia współżycia płciowego, powstania zarodka i w przypadku kobiety zdolności do zajścia w ciążę, jej utrzymania i urodzenia potomstwa (Klimek i inni, 2022)[76].

Ważnym kontekstem zdrowia reprodukcyjnego jest autonomia reprodukcyjna, rozumiana jako swoboda decydowania o tym, czy się rozmnażać, czy też nie, ale także jako

[75] Definicja została wypracowana w 1994 r. podczas Międzynarodowej Konferencji ds. Ludności i Rozwoju w Kairze. W 2012 r. na Konferencji ONZ zdrowie reprodukcyjne zostało wpisane do katalogu celów zrównoważonego rozwoju.

[76] Zdrowie reprodukcyjne człowieka jest zwykle analizowane od momentu rozpoczęcia procesu dojrzewania. Najnowsze ustalenia wskazują, że wiele jego składowych elementów (np. wiek pokwitania i przekwitania, wiek pierwszej reprodukcji, szeroko pojęta funkcja rozrodcza, w tym liczba dzieci, mogą być częściowo kształtowane już w okresie życia płodowego oraz wczesnego dzieciństwa; Klimek i inni 2022, s. 365).

obowiązek nieingerencji innych podmiotów (osób, państwa) w sferę zachowań danej jednostki (Robertson, 2003). Będąca dzisiaj doświadczeniem powszechnym dorosłych kobiet i mężczyzn autonomia reprodukcyjna dotyczy decyzji i emocji pojedynczych osób, ale jej ramy w poszczególnych krajach określają struktury społeczno-kulturowe, ekonomiczne i prawno-instytucjonalne, które stanowią dla niej zarówno wsparcie, jak i bariery ograniczające indywidualną sprawczość reprodukcyjną. Ważne jest nie tylko to, kto decyduje w zakresie zdrowia reprodukcyjnego dotyczącego posiadania potomstwa, ale także jakie są realne możliwości realizacji potrzeb w tym zakresie. W interpretacji autonomii reprodukcyjnej jako prawa do swobodnego wyboru dotyczącego posiadania dzieci przedmiotem dyskusji stał się także dostęp do świadczeń medycznych wspomagających prokreację[77]. Kluczowe kwestie dotyczą organizacji i powszechności dostępu do usług reprodukcyjnych pozwalających realizować wybory prokreacyjne, tzn. do edukacji seksualnej, profilaktyki zdrowia reprodukcyjnego, do opieki perinatalnej i okołoporodowej oraz do diagnostyki i leczenia niepłodności łącznie z nowoczesnymi technikami rozrodu wspomaganego (por. Ross i Solinger, 2017). Państwo za pomocą określonej polityki reprodukcyjnej[78] stwarza jednostkom możliwości lub ograniczenia dotyczące ich reprodukcji. Z punktu widzenia demografii kluczowe pytania w tym kontekście dotyczą czynników sprzyjających lub niesprzyjających realizacji decyzji prokreacyjnych dla wszystkich, tzn. wymiarów sprawiedliwości reprodukcyjnej i nierówności reprodukcyjnych.

6.4. Regulacje dotyczące wybranych aspektów zdrowia reprodukcyjnego w Polsce

W Polsce sposób działania polityki zdrowia reprodukcyjnego wyznacza ustawa z 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży[79], przyznając każdej osobie prawo do decydowania o liczbie i czasie posiadania dzieci, zapewniając dostęp do informacji, edukacji i metod antykoncepcji. Ustawa nakłada na władze obowiązek zapewnienia opieki medycznej, socjalnej i prawnej kobietom w ciąży oraz wsparcia edukacyjnego i zdrowotnego w zakresie planowania rodziny. Określa także warunki legalnego przerwania ciąży.

Leczenie niepłodności zostało szczegółowo uregulowane ustawą[80], która określa zasady ochrony zarodka i komórek rozrodczych, sposoby leczenia niepłodności, zasady działania ośrodków medycznie wspomaganej prokreacji oraz banków komórek rozrodczych i zarodków. Leczenie niepłodności obejmuje poradnictwo medyczne, diagnozowanie przyczyn niepłodności, leczenie farmakologiczne i chirurgiczne oraz po wyczerpaniu tych metod lub przy bezpośrednich wskazaniach – zapłodnienie pozaustrojowe. Dostęp do świadczeń związanych z leczeniem niepłodności określają, poza zakresem koszyka

[77] Autonomia reprodukcyjna stała się terminem stosowanym w debatach demograficznych w latach 60. XX w., gdy wyzwaniem globalnym był dynamiczny przyrost ludności, zwłaszcza w krajach rozwijających się. W latach 70. i 80. XX w. jej kontekstem stały się prawa reprodukcyjne i kwestie legalnego dostępu do aborcji i antykoncepcji. W kolejnej dekadzie zaczęto przesuwać akcenty z kontroli urodzeń na zdrowie reprodukcyjne i upodmiotowienie kobiet. Podnoszono, że prawem każdego człowieka jest bezpieczne i satysfakcjonujące życie seksualne, decydowanie o potomstwie oraz dostęp do bezpiecznej antykoncepcji i opieki zdrowotnej wspierającej prokreację.

[78] Polityka reprodukcyjna obejmuje regulacje dotyczące antykoncepcji, aborcji i sterylizacji (Solinger, 2013).

[79] Dz.U. z 2022 r. poz. 1575.

[80] Ustawa z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności (Dz.U. z 2020 r. poz. 442).

świadczeń gwarantowanych, głównie dwa programy polityki zdrowotnej realizowane przez Ministra Zdrowia[81]:

- program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego, który oferuje szeroki katalog świadczeń (łącznie 153) mających na celu skoordynowane diagnozowanie i leczenie niepłodności (zarówno poradnictwo, jak i leczenie farmakologiczne oraz chirurgiczne), z pominięciem medycznie wspomaganej prokreacji. Do programu w latach 2017–2025 zgłosiło się 20 269 par. Koszt programu nie przekracza 8 mln zł rocznie, a od 2017 r. jest on realizowany w 21 szpitalach o najwyższym poziomie specjalizacji;
- program leczenia niepłodności na lata 2024–2028, który obejmuje procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji. Jest to szeroki dostęp dla par do leczenia metodą zapłodnienia pozaustrojowego uwzględniający dawstwo partnerskie oraz dawstwo komórek rozrodczych i zarodków, a także zabezpieczenie płodności dla osób z chorobą onkologiczną zagrażającą niepłodnością. Na realizację programu zabezpieczono nie mniej niż 500 mln zł rocznie. Z uwagi na duże zainteresowanie programem w 2025 i 2026 r. zwiększono kwotę do 600 mln zł rocznie.

Kolejnym elementem systemu świadczeń na rzecz zdrowia reprodukcyjnego jest opieka ginekologiczno-położnicza i okołoporodowa. Jej poziom wpływa na poczucie bezpieczeństwa i komfortu w okresie ciąży oraz porodu i – co ważne dla zdrowia płodu, noworodka i matki – na ryzyko powikłań, nadto określa zaufanie do systemu ochrony zdrowia. W Polsce każda kobieta, także niepełnoletnia, w okresie ciąży, porodu i połogu ma zagwarantowane świadczenia zdrowotne bez względu na status ubezpieczenia. Organizację opieki okołoporodowej, tj. w przebiegu ciąży, porodu, połogu i opieki nad noworodkiem, określa Standard Opieki Okołoporodowej[82] (dalej SOO). SOO obejmuje edukację przedporodową, wsparcie w karmieniu piersią i łagodzeniu bólu oraz zabezpiecza zgodę rodziców co do zakresu tej opieki oraz obecność matki podczas wszystkich procedur dotyczących noworodka. Kobieta w ciąży ma prawo do minimum dziewięciu konsultacji z lekarzem lub położną, która może prowadzić ciążę fizjologiczną.

Dostęp do badań prenatalnych zwiększa bezpieczeństwo zdrowotne kobiet decydujących się na potomka. Od czerwca 2024 r. każda kobieta ciężarna, bez względu na wiek, może wykonać te badania bezpłatnie w ramach NFZ. Według raportu fundacji Rodzić po Ludzku (2018) polskie SOO należy do nowocześniejszych uregulowań w tym zakresie w krajach UE.

Opieka okołoporodowa w Polsce w ciągu ostatnich 25 lat znacząco się poprawiła i wiele jej aspektów ocenianych jest pozytywnie. Placówki są zobowiązane do monitorowania wskaźników opieki i satysfakcji kobiet. Jednakże, choć SOO jest częścią systemu obowiązującego prawa, wiele placówek położniczych nie stosuje odpowiednio jego zapisów. Brak jest także systemu kontroli wdrażania standardów i rozliczania osób odpowiedzialnych.

Kontrola urodzeń jest przedmiotem licznych dyskusji i wielu kontrowersji. Dostęp do antykoncepcji reguluje ustawa z 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Lista leków

[81] Art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2025 r. poz. 1461).

[82] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.

o wskazaniu do stosowania w antykoncepcji objętych refundacją obejmuje produkty (łącznie sześć) służące także do terapii hormonalnej, dopuszczone do obrotu wiele lat temu. Są one dostępne dla kobiet na podstawie recepty wystawionej przez lekarza, natomiast 1 maja 2024 r. został wprowadzony w aptekach pilotażowy program[83] wystawiania przez farmaceutę recepty na antykoncepcję tzw. awaryjną (octan uliprystalu) dla kobiet od 15. roku życia. Bezpłatnie jako świadczenie finansowane przez NFZ dostępna jest także procedura wprowadzenia wkładki wewnątrzmacicznej[84].

Przerwanie ciąży jest obecnie możliwe w Polsce w dwóch przypadkach: zagrożenia życia lub zdrowia kobiety oraz kiedy ciąża była wynikiem czynu zabronionego[85]. W 2024 r. zostały przygotowane wytyczne opisujące stan prawny i wskazujące na rzeczywiste prawo do zgodnej z przepisami aborcji[86] oraz wprowadzono w rozporządzeniu[87] zapisy doprecyzowujące konieczność zapewnienia aborcji jako świadczenia gwarantowanego przez szpitale posiadające kontrakt z NFZ.

Ważnym elementem dbałości o zdrowie reprodukcyjne jest odpowiednia edukacja. Według danych Narodowego Testu Płodności 2024[88] (NTP 2024), co piąty Polak uczestniczący w badaniu w wieku 18–24 lata ocenił swoją wiedzę na temat płodności i zdrowia reprodukcyjnego jako niską lub niewystarczającą. Nastolatkowie i młodzi dorośli często korzystają z nierzetelnych źródeł informacji o zdrowiu seksualnym, co skutkuje znacznymi brakami wiedzy i powielaniem mitów dotyczących antykoncepcji, infekcji przenoszonych drogą płciową (STI) oraz zdrowia i praw reprodukcyjnych (Knap-Wielgus i inni, 2023). Wyniki NTP 2024 wskazują, że ponad 70% badanych Polaków nie stosuje żadnego zabezpieczenia, poza ewentualnie prezerwatywą. Nadal stosowane są takie metody jak stosunek przerywany i płukanie pochwy po stosunku, a skuteczną i bezpieczną antykoncepcję (hormonalną czy wewnątrzmaciczną) stosuje mniej niż jedna osoba na dziesięć badanych.

Wdrażanie edukacji w zakresie zdrowia i reprodukcji wśród dzieci w wieku szkolnym skutkuje zmniejszeniem błędnych przekonań na temat reprodukcji, promuje zdrowe podejście do ciała oraz zmniejsza ryzyko ciąży wśród nastolatek i chorób przenoszonych drogą płciową. Istotne są: zrównoważone podejście w edukacji dotyczącej zdrowia reprodukcyjnego dla młodszych roczników dzieci, wrażliwość kulturowa oraz włączanie społeczności lokalnych i rodzin w te działania. Ważne są: stosowanie odpowiedniego do wieku języka, treści i metod przekazu (Balumbi i inni, 2025). Od 1 września 2025 r. do szkół (podstawowych od klasy IV oraz ponadpodstawowych) wprowadzony został nowy przedmiot edukacja zdrowotna, który zastąpił wychowanie do życia w rodzinie. Zajęcia w wymiarze 1 godz. tygodniowo dla uczniów klas IV–VIII szkół podstawowych i I–III szkół ponadpodstawowych obejmują zdrowie psychiczne, fizyczne, seksualne,

[83] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2024 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie usług farmaceuty dotyczących zdrowia reprodukcyjnego (Dz.U. poz. 662, z późn. zm.).

[84] Liczne nowoczesne środki antykoncepcyjne (tabletki, plastry, prezerwatywy) są dostępne bez refundacji.

[85] Art. 4a ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz.U. z 2022 r. poz. 1575).

[86] „Wytyczne na temat obowiązujących przepisów prawnych dotyczących dostępu do procedury przerywania ciąży".

[87] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 maja 2024 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. poz. 730).

[88] W Narodowym Teście Płodności 2024 przygotowanym przez ekspertów w dziedzinie niepłodności dla Medonet wzięło udział 8 275 osób dorosłych.

odżywianie i higienę cyfrową, promując profilaktykę. Treści programowe podejmują także kwestie odpowiedzialnych decyzji oraz niepłodności. Niestety, zajęcia, które mogą kształtować przyszłe decyzje dotyczące potomstwa i zdrowie reprodukcyjne młodzieży, były nieobowiązkowe i nie są oceniane. W pierwszym roku ich realizacji uczestniczyło w nich tylko około 30% wszystkich uczniów.

W Polsce brakuje skoordynowanych działań na rzecz edukacji osób dorosłych w zakresie zdrowia reprodukcyjnego, a badania dokumentują znaczące braki wiedzy w tym zakresie. Według NTP 2024 wiele kobiet stosuje niepoparte nauką metody zwiększenia szansy zajście w ciążę. Do wyjątków należy prowadzona w ostatnim czasie na szeroką skalę kampania medialna „Świadoma, bezpieczna ja" dotycząca działań Ministerstwa Zdrowia na rzecz zdrowia reprodukcyjnego.

6.5. Medyczne aspekty zdrowia reprodukcyjnego

Płodność człowieka warunkowana jest przez czynniki medyczne, środowiskowe oraz styl życia. Według danych WHO w krajach rozwiniętych niepłodność dotyka około 15% par. W Polsce, mimo braku precyzyjnych i osobnych danych epidemiologicznych szacuje się, że problem dotyczy 1,2–1,5 miliona par (Fauser i inni, 2024, Sobotka i inni, 2021). Obecnie dostęp do opieki nad niepłodnością jest bardzo ograniczony.

6.5.1. Styl życia a płodność

Styl życia ma duży, dobrze udokumentowany, wpływ na płodność człowieka. Na ten czynnik płodności można oddziaływać, co przynosi ogromne korzyści zdrowotne i społeczne, w tym także ekonomiczne.

W Polsce otyłość stwierdza się u około 15–20% kobiet i 20–25% mężczyzn w wieku rozrodczym, co zmniejsza szansę na ciążę o około połowę (NTZ 2025). Otyłość wśród kobiet rośnie gwałtownie po 30.–35. roku życia, tzn. w okresie największej aktywności prokreacyjnej. U kobiet otyłość powoduje zaburzenia jajeczkowania, a u mężczyzn pogorszenie jakości nasienia, przy czym u obu płci współistnieją jeszcze inne mechanizmy. Co więcej, kobiety z otyłością mają dwu–pięciokrotnie większe ryzyko utraty ciąży, występowania powikłań ciąży i porodu oraz ryzyko wystąpienia poważnych wad rozwojowych u płodów (Practice Committee ASRM, 2023, Berglund i inni, 2017). Otyłości sprzyja wzrastające spożycie przez młodych Polaków żywności typu fast food, innej żywności wysoko przetworzonej oraz napojów słodzonych i energetyzujących. Według NTZ 2025 około 80–85% Polaków w wieku rozrodczym spożywa żywność typu fast food, choć większość okazjonalnie, najczęściej kilka razy w miesiącu.

Powszechnie wiadomo, że palenie tytoniu zwiększa ryzyko raka płuc, zawału serca czy udaru mózgu, ale nie dostrzega się związku palenia z płodnością. Negatywne konsekwencje palenia tytoniu dotyczą obu płci i nie zależą od formy palenia (czynne lub bierne). Ostatnie dane wskazują, że podobne konsekwencje powodują elektroniczne systemy dostarczania nikotyny (ENDS), do których należą tytoń podgrzewany oraz e-papierosy. Dostępne dane wskazują, że około 25–30% kobiet w wieku rozrodczym i tyle samo mężczyzn niezależnie od wieku zażywa nikotynę w dowolnej formie w sposób regularny. Palenie może zmniejszać szansę na ciążę prawie dwukrotnie, zwiększa ryzyko wystąpienia poronienia i urodzenia dziecka z wadami wrodzonymi. Istotnie wzrasta również

prawdopodobieństwo wystąpienia wielu powikłań perinatalnych, włącznie z gorszym stanem pourodzeniowym noworodka. Obecnie szacuje się, że palenie jest odpowiedzialne nawet za 15–20% przypadków niepłodności (Practice Committee ASRM, 2024).

Z punktu widzenia płodności nie istnieje bezpieczna dawka alkoholu, ale około 4–5% Polek w wieku rozrodczym pije go regularnie, a 60–70% okazjonalnie (NTZ 2025). Optymistyczny jest trend wzrostowy odsetka osób niepijących w ogóle. Natomiast Polska nadal plasuje się powyżej średniej europejskiej pod względem ilości spożywanego alkoholu na osobę, a Europa jako region ma najwyższe spożycie spośród regionów świata (WHO 2024).

W piśmiennictwie naukowym brakuje prac dotyczących wpływu innych używek na płodność. Jest to zrozumiałe, ponieważ ich zażywanie jest często nielegalne, co ogranicza rzetelność badań w tym zakresie. Z wyrywkowych danych dotyczących palaczy marihuany (Practice Committee ASRM, 2024) wynika, że w tej grupie niepłodność jest także stwierdzana częściej. Jest to istotne z punktu widzenia upowszechnienia nawyku stosowania marihuany oraz społecznego dyskursu dotyczącego jego akceptacji i legalności.

Związek z płodnością mogą mieć też nowe technologie i emitowane przez nie promieniowanie. Istotne znaczenie ma też stres, charakter wykonywanej pracy oraz zanieczyszczenie środowiska (Practice Committee ASRM, 2023).

6.5.2. Niepłodność i jej leczenie

Według WHO niepłodność to niemożność zajścia w ciążę mimo regularnego współżycia (trzy, cztery razy w tygodniu) przez co najmniej 12 miesięcy przy niestosowaniu antykoncepcji. Jest to choroba społeczna, która dotyka około 10–20% par w wieku reprodukcyjnym i w przeciwieństwie do bezpłodności jest najczęściej stanem odwracalnym. Niepłodność jest związana z czynnikami zależnymi od kobiety (50–65% – jajnikowe zaburzenia jajeczkowania, jajowodowe, maciczne, endometrioza i adenomioza) i od mężczyzny (40–50%) oraz o niewyjaśnionej etiologii (20–30%). U 20–35% par obserwuje się współistnienie czynników zarówno u kobiety, jak i u mężczyzny (Practice Committee ASRM, 2021; Kurzawa i Spaczyński, 2025).

Leczenie niepłodności obejmuje postępowanie stopniowane i zindywidualizowane, zależnie od przyczyny, wieku pacjentki oraz czasu trwania starań. Powinno oznaczać zawsze modyfikację stylu życia i w miarę możliwości leczenie przyczynowe: farmakologiczną indukcję owulacji (w przypadkach jej zaburzeń) lub leczenie operacyjne wybranych patologii. Leczenie obejmuje także inseminację domaciczną (w niepłodności idiopatycznej) i zapłodnienie pozaustrojowe (w ciężkim czynniku męskim lub czynniku jajowodowym oraz w przypadkach niepowodzenia leczenia innymi metodami). Spośród niepłodnych par w Polsce rocznie około 35–50 tys. wymaga zastosowania zapłodnienia pozaustrojowego. Nadrzędnym celem terapii jest urodzenie zdrowego dziecka, przy jednoczesnym minimalizowaniu ryzyka powikłań i ciąż wielopłodowych (Kurzawa i Spaczyński, 2025). Zainteresowanie Polaków leczeniem niepłodności wynika ze skali problemu i wcześniejszych ograniczeń finansowania specjalistycznych metod leczenia niepłodności ze środków publicznych.

Leczenie niepłodności jest obecnie w Polsce refundowane przez NFZ i w ramach programów polityki zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia. Ogromne zasoby skierowano w latach 2024–2025 na leczenie niepłodności przy zastosowaniu wysokospecjalistycznej metody zapłodnienia pozaustrojowego, a dotychczasowe wyniki (ciąże i urodzenia) wskazują na

dużą jego efektywność i korzystny wpływ demograficzny. Według danych Ministerstwa Zdrowia do końca lipca 2026 r. do programu leczenia niepłodności tą metodą zakwalifikowano 54 037 par. Odnotowano 32 264 ciąże kliniczne i urodziło się 16 722 dzieci (8 316 dziewczynek, 8 406 chłopców)[89].

Do końca lipca 2026 r. przeprowadzono 12 295 kriotransferów zarodków (z zarodków utworzonych przed wejściem w życie programu), 2 531 osób zgłosiło się do zabezpieczenia płodności, a 2 183 osób zamroziło gamety w ramach zabezpieczenia płodności.

W programie uczestniczy dzisiaj 58 ośrodków IVF (wzrost o ponad 18% w stosunku do 2021 r.) (MZ, 2026; Kurzawa i Stabrawa, 2025). Dla porównania efekty poprzedniego programu Ministerstwa Zdrowia leczenia niepłodności metodą in vitro (lata 2013–2016) realizowanego w 31 klinikach to 31 854 przeprowadzonych procedur u 22 623 par, przy całkowitym budżecie programu w wysokości 237,9 mln zł. Do czasu zakończenia rejestru i monitorowania efektów programu (lipiec 2020 r.) w jego ramach urodziło się 22 191 dzieci (Kurzawa i Stabrawa, 2025).

Według dostępnych, choć nie najnowszych, danych liczba uzyskanych ciąż klinicznych na transfer zarodka (ET/FER) wyróżnia Polskę na tle Europy. Pokazuje, że skuteczność leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego jest wysoka[90] (PTMRiE, 2026). Mając już dzisiaj jeden z najlepszych systemów refundacji tej metody leczenia niepłodności, w naszym kraju podejmuje się także ważne perspektywicznie działania dotyczące możliwości uruchomienia systemowego monitorowania i poprawy jakości opieki nad pacjentami korzystającymi z metod wspomaganej prokreacji. Polska jako jeden z sześciu krajów Europy 12 grudnia 2025 r. oficjalnie dołączyła do europejskiego rejestru leczenia niepłodności EuMAR (European monitoring of Medically Assisted Reproduction), zbierającego dane na temat leczenia niepłodności z całego kontynentu według jednolitych parametrów i elastycznego modelu zbierania danych. Ten pilotażowy program stanie się standardem w niedalekiej przyszłości. Przystąpienie do rejestrów europejskich nie oznacza jednak braku konieczności tworzenia obowiązkowych rejestrów krajowych, które przyczyniają się do zwiększenia bezpieczeństwa i efektywności leczenia.

Działania mające na celu wsparcie par dotkniętych niepłodnością są wysoce efektywne zarówno z perspektywy demograficznej, jak i ekonomicznej. Analizy farmakoekonomiczne wskazują, że finansowanie ze środków publicznych leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego (IVF) generuje w długiej perspektywie 30–80-krotną stopę zwrotu z inwestycji oraz przyczynia się w Polsce do co najmniej 12–15 tys. dodatkowych porodów rocznie (Olive i inni, 2024; Kurzawa i Stabrawa, 2025).

Aktualna liczba wykonywanych cykli IVF oraz skuteczność leczenia wyrażona odsetkiem uzyskiwanych ciąż klinicznych i porodów wskazują na istotne zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych w tym obszarze. Potencjał demograficzny i ekonomiczny leczenia niepłodności jest jednak większy. Z przeprowadzonych analiz wynika, że roczna wartość zwrotu ekonomicznego z tytułu urodzeń uzyskanych dzięki ART może sięgać około 800 mln zł przy ostrożnych założeniach. Przy odpowiednim poziomie finansowania realne

[89] https://www.gov.pl/web/zdrowie/in-vitro.

[90] Coroczny raport PTMRiE dla EIM (European IVF Monitoring przy ESHRE) prezentuje dane zbierane z dwu–trzyletnim opóźnieniem, ponieważ nie są zbierane elektronicznie i dotyczą także liczby porodów wynikających z danego okresu sprawozdawczego. Ostatni raport przesłany do EIM w październiku 2025 r. dotyczył 2022 r., www.ptmrie.org.pl.

jest, aby 5–7% wszystkich dzieci rodzących się rocznie w Polsce pochodziło z procedur zapłodnienia pozaustrojowego (Kurzawa i Stabrawa, 2025).

Polityka zdrowotna leczenia niepłodności nie powinna jednak ograniczać się wyłącznie do popularyzowania jednej z metod specjalistycznych bez zapewnienia kompleksowej dostępności do diagnostyki oraz innych form terapii z uwzględnieniem dostępności geograficznej. Wyniki dotychczas realizowanych programów ministerialnych w zakresie kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego oraz leczenia niepłodności wskazują na utrzymujące się luki systemowe.

Leczenie niepłodności w Polsce nadal nie ma w pełni kompleksowego charakteru. Brakuje szczególnie publicznych wysokospecjalistycznych ośrodków zapewniających zintegrowane postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne z wykorzystaniem wszystkich dostępnych i udowodnionych metod dostosowanych do indywidualnych wskazań medycznych. Mimo że wszystkie metody medycznie wspomaganej prokreacji są obecnie finansowane ze środków publicznych, to niezwykle ważne byłoby rozszerzenie dostępności do inseminacji domacicznej.

Rozszerzenie inseminacji domacicznej (IUI) mogłoby zwiększyć dostępność leczenia, umożliwić stosowanie mniej inwazyjnych metod jako postępowania pierwszego rzutu w odpowiednio dobranych przypadkach, a w konsekwencji zoptymalizować koszty systemowe oraz przynieść dodatkowy i korzystny efekt demograficzny.

Poza tym obecny system monitorowania skali zjawiska niezamierzonej bezdzietności, ciąż i porodów nie pozwala na pełną ocenę rzeczywistego zapotrzebowania, skuteczności oraz bezpieczeństwa leczenia. Brak zintegrowanego ogólnokrajowego rejestru procedur medycznie wspomaganej prokreacji ogranicza możliwość bieżącej analizy wyników oraz długoterminowego planowania polityki zdrowotnej i demograficznej. Wskazuje to jednoznacznie na potrzebę wdrożenia systemowych i ustawowo umocowanych rejestrów.

6.6. Podsumowanie

Trwały spadek dzietności w Polsce ma charakter wieloczynnikowy, ale dotychczas niedostatecznie uwzględnia się uwarunkowania związane ze zdrowiem reprodukcyjnym, stylem życia oraz dostępem do systemowych narzędzi planowania rodziny i leczenia niepłodności.

Po pierwsze, poziom świadomości i wiedzy dotyczącej seksualności, płodności i niepłodności człowieka jest niewystarczający. Braki w edukacji z zakresu zdrowia reprodukcyjnego zarówno roczników młodych, jak i osób dorosłych skutkują opóźnianiem decyzji prokreacyjnych, niedoszacowaniem wpływu wieku i stylu życia na płodność oraz niską świadomością możliwości i ograniczeń współczesnej medycyny rozrodu. Zmiany w edukacji najmłodszych grup idą w dobrym kierunku, natomiast brak wprowadzenia obowiązku szkolnego w tym zakresie istotnie ogranicza jej zasięg. Brakuje natomiast skoordynowanych działań mających na celu edukację osób dorosłych.

Po drugie, na płodność wpływają takie zachowania wynikające ze stylu życia, jak: otyłość (jako skutek spożywania żywności typu fast food, innej żywności wysoko przetworzonej oraz napojów słodzonych i energetyzujących), spożywanie alkoholu, stosowanie w różnych formach nikotyny oraz nowe technologie i emitowane przez nie promieniowanie.

Po trzecie, decyzje o posiadaniu dzieci determinowane przez uwarunkowania społeczno-ekonomiczne, w tym niestabilność zatrudnienia, trudności mieszkaniowe oraz ograniczone możliwości godzenia życia zawodowego z rodzinnym, sprzyjają odkładaniu rodzicielstwa na późniejszy okres, co w warunkach biologicznie ograniczonej płodności prowadzi do wzrostu ryzyka niezamierzonej bezdzietności.

Po czwarte, istotnym ograniczeniem jest brak kompleksowych i dostępnych narzędzi planowania rodziny nie tylko w zakresie realnego dostępu do nowoczesnej antykoncepcji, ale do pełnego spektrum metod diagnostyki i leczenia niepłodności. Ograniczony dostęp do skutecznych metod antykoncepcji i kontroli urodzeń poprzez świadczenia przerywania ciąży (co jest znacznym ograniczeniem autonomii reprodukcyjnej) może skutkować problemami zdrowotnymi wpływającymi na zdolności reprodukcyjne. Niski poziom wiedzy i bariery finansowe dodatkowo ograniczają korzystanie z tych nierefundowanych świadczeń. Natomiast opieka okołoporodowa jest organizowana zgodnie z najnowocześniejszymi unijnymi standardami w tym zakresie. Mimo pozytywnych zmian, w tym bezpłatnego dostępu do powszechnej diagnostyki prenatalnej kobiet w ciąży, konieczne jest szerokie i bieżące monitorowanie pracy placówek w zakresie standardów OO oraz poziomu opieki i satysfakcji kobiet. Bariery geograficzne i organizacyjne oraz fragmentaryczność systemu opieki zdrowotnej w tych zakresach wzmacniają bowiem poczucie niepewności reprodukcyjnej i strach przed ciążą.

Podstawowym problemem jest brak narodowych rejestrów zdrowia reprodukcyjnego i niepłodności, co znacząco utrudnia rzetelną ocenę skali zjawiska zamierzonej lub niezamierzonej bezdzietności, monitorowanie skuteczności podejmowanych interwencji oraz prowadzenie opartej na danych polityki zdrowotnej i demograficznej. W konsekwencji wiele decyzji systemowych podejmowanych jest w warunkach istotnej luki informacyjnej.

Podsumowując, przeciwdziałanie negatywnym trendom dotyczącym prokreacji wymaga podejścia zintegrowanego oraz łączącego działania edukacyjne, zdrowotne, społeczne i systemowe, ze szczególnym uwzględnieniem zdrowia reprodukcyjnego kobiet, mężczyzn i par. Tylko takie podejście pozwala na realne ograniczenie skali bezdzietności i uruchomienie zasobów prokreacyjnych, które mogą przynieść efekty w relatywnie krótkim horyzoncie czasowym.

Rozdział VII. Podsumowanie i rekomendacje

Kolejna edycja raportu wskazuje na pogłębianie się wyzwań związanych z zasadniczymi zmianami przebiegu procesów demograficznych w Polsce. Wymaga to reakcji poprzez podejmowanie działań w różnych obszarach polityki publicznej w celu łagodzenia zmian demograficznych i adaptacji do nich. Dotyczy to zarówno zmian wielkości populacji i jej struktury wieku, spadku dzietności, ale też – w kontekście zapewnienia zrównoważonego rozwoju – silnego zróżnicowania przestrzennego zasobów ludnościowych i procesów demograficznych.

Polska, podobnie jak wiele krajów w Europie, coraz wyraźniej odczuwa skutki depopulacji i starzenia się ludności. To prowadzi do osłabienia lokalnych rynków pracy, pogorszenia dostępu do usług publicznych oraz spadku dochodów samorządów. Wyludnianie się małych i średnich miejscowości uruchamia negatywną spiralę – mniejsza liczba mieszkańców oznacza niższe wpływy do budżetu samorządu, a to z kolei ogranicza możliwości inwestycyjne i obniża jakość życia, przyspieszając odpływ młodych osób. Sytuacja ta wymaga spojrzenia długoterminowego, ponieważ skutki podejmowanych działań dla przebiegu procesów demograficznych nie pojawiają się w krótkiej perspektywie. Aby skutecznie reagować na spadek liczby ludności, konieczne jest połączenie działań ukierunkowanych na wzmacnianie odporności lokalnych społeczności z inwestycjami w usługi publiczne, infrastrukturę społeczną oraz rozwiązania cyfrowe. Kluczowe znaczenie ma współpraca międzyregionalna, lepsze rozdysponowanie środków publicznych do obszarów najbardziej potrzebujących oraz przygotowanie strategii dostosowanych do lokalnych warunków. Niezbędne jest także zaangażowanie społeczności, biznesu, samorządów i środowiska naukowego we wspólne wypracowywanie rozwiązań sprzyjających utrzymaniu atrakcyjności miejsc dotkniętych depopulacją.

Przedstawione w raporcie analizy i wnioski, a także wiedza płynąca z badań demograficznych prowadzonych w Polsce i poza krajem, pozwalają na sformułowanie rekomendacji dla polityki publicznej, które mogą wspierać łagodzenie zmian demograficznych i adaptację do nich.

7.1. Płodność i formy życia rodzinnego

Ustalenia dotyczące przemian form życia rodzinnego, dokonane zarówno na podstawie analiz danych spisów ludności (raport RRL opublikowany w 2025 r.) jak i na podstawie danych bieżących statystyki ludnościowej, dowodzą bezsprzecznie, że w Polsce trwa głęboka transformacja norm rodzinnych i form życia rodzinnego. Coraz słabsza jest presja instytucjonalna związana z małżeństwem. Zauważalnie więcej rodzin tworzonych jest na podstawie związku niemałżeńskiego, a alternatywne formy życia rodzinnego, także w kontekście prokreacji, zyskują coraz większą społeczną akceptację. Od niemal dwóch dekad, a zwłaszcza po 2010 r. zmiany te się nasiliły. Ignorowanie ich, zarówno w regulacjach prawnych, jak i w statystyce ludności, powiększa lukę między dokonującymi się przemianami rodzin a wiedzą o nich, wynikającą z analizy danych statystyki ludnościowej.

Wzrost częstości związków kohabitacyjnych, o których możemy wnioskować jedynie pośrednio na podstawie danych ze spisu powszechnego oraz z danych o urodzeniach

niemałżeńskich, przyczyniają się do powiększania szarej strefy statystyki ludnościowej. Zwiększa się heterogeniczność form życia rodzinnego w Polsce, która umyka naszej wiedzy i zrozumieniu. Nie wiemy, kto i dlaczego realizuje nietradycyjne formy życia rodzinnego oraz z jakimi konsekwencjami się to wiąże. Utrudnia to rozpoznawanie rzeczywistych potrzeb rodzin niezbędnych dla efektywnej polityki rodzinnej. Deklarowane w polityce publicznej wsparcie rodzin i prokreacji nie może ignorować zachodzących zmian społecznych i pomijać rosnącej liczby rodzin tworzonych przez związki niemałżeńskie. Uwzględnienie niestandardowych form życia rodzinnego w statystyce publicznej, w tym rodzin tworzonych na podstawie związków niemałżeńskich, jest pilną koniecznością.

W dyskursie publicznym w Polsce, w tym także w dyskusjach decydentów i ich decyzjach, widoczny jest brak odniesienia do wiedzy o zachodzących przemianach rodzin. Rozwiązania wprowadzane w polityce publicznej wymagają korzystania z wiedzy eksperckiej i sięgania do odpowiednich danych. Ważne jest uwzględnienie rosnącej heterogeniczności form życia rodzinnego w projektowaniu polityki rodzinnej tak, aby wsparcie publiczne odpowiadało rzeczywistym wzorcom życia rodzinnego, a nie było uzależnione wyłącznie od formalnego statusu małżeńskiego. Dlatego wskazujemy na potrzebę tworzenia regulacji prawnych i rozwiązań, które mogą poprawić możliwości analizy zmian form życia rodzinnego na podstawie istniejących danych statystyki publicznej, np.:

- wykorzystanie w statystyce publicznej identyfikatora matki i ojca dziecka, zawartych w rejestrze urzędu stanu cywilnego i rejestrze PESEL po sporządzeniu aktu urodzenia, do łączenia danych o urodzeniach z danymi o rodzicach. Umożliwi to analizę sekwencji zdarzeń rodzinnych (kolejność urodzeń, przejścia między kohabitacją a małżeństwem, rozwody i ponowne związki) oraz badanie biografii rodzinnych;
- systematyczne łączenie danych rejestrowych dotyczących urodzeń, małżeństw i rozwodów, co pozwoli na bardziej precyzyjną ocenę natężenia procesów tworzenia, rozwoju i rozwiązywania rodzin oraz ich zróżnicowania społecznego i regionalnego;
- zwiększenie wykorzystania mikrodanych administracyjnych w badaniach naukowych, przy zachowaniu zasad ochrony danych osobowych, w celu pogłębionej analizy przemian norm rodzinnych i ich konsekwencji demograficznych;
- wyodrębnienie urodzeń przez kobiety pozostające w związku niemałżeńskim,
- w badaniach opartych na gospodarstwach domowych (przede wszystkim EU-SILC i BAEL) należy dokonywać wyodrębnienia rodzin według ujęcia zastosowanego w spisie powszechnym.

Konieczne jest wykorzystanie istniejących baz administracyjnych dla celów oszacowania zbiorowości małżeństw narażonych na ryzyko rozwodu, w szczególności rejestru zawieranych małżeństw. Publikowane w rocznikach demograficznych GUS informacje o rozwodach według cech związku i partnerów są bogate, ale niewystarczające dla oceny zmian i zróżnicowania zachowań dotyczących rozwiązywania małżeństw. Są to dane wyłącznie o liczbie zdarzeń według wyróżnionych cech, natomiast ze względu na brak odniesienia do zbiorowości małżeństw narażonych na ryzyko rozpadu nie pozwalają na określenie współczynników natężenia rozwodów.

7.2. Zdrowie i umieralność

Rekomenduje się przeprowadzenie systemowej diagnozy przyczyn występowania istotnych niekorzystnych różnic między wskaźnikami dla Polski i średnimi dla UE w zakresie przedwczesnych zgonów z powodu przyczyn możliwych do uniknięcia, dzięki zapobieganiu albo skutecznemu leczeniu (ze szczególnym uwzględnieniem chorób układu krążenia oraz nowotworowych). Wyniki analizy powinny stanowić podstawę do wdrożenia skoordynowanych działań naprawczych w obszarze zdrowia publicznego (obejmujących m.in. wzmocnienie profilaktyki i wczesnej diagnostyki) oraz skuteczności leczenia.

Konieczne jest zaplanowanie i wdrożenie międzysektorowych działań systemowych w obszarze zdrowia publicznego po to, by wzmocnić profilaktykę urazów i zatruć wśród mężczyzn w młodszym wieku niezbędną dla ograniczenia potrzeby hospitalizacji oraz zmniejszenia umieralności.

Istnieje pilna potrzeba dogłębnego zbadania oraz wskazania niezbędnych działań służących zapobieganiu możliwie jak największej liczbie zgonów kobiet w wieku prokreacyjnym.

Rosnąca liczba osób starszych oraz coraz wyższe współczynniki hospitalizacji tych osób wskazują na potrzebę dostosowania systemu ochrony zdrowia do specyfiki potrzeb zdrowotnych populacji osób w wieku senioralnym.

Różnice społeczne i regionalne w stanie zdrowia ludności Polski oraz podjęcie skutecznej walki z przedwczesną umieralnością z powodu przyczyn możliwych do uniknięcia powinny być mocno uwzględnione w polityce ludnościowej państwa.

7.3. Migracje międzynarodowe

Biorąc pod uwagę skalę i dynamikę zmian w sferze migracji międzynarodowych, dla efektywnego zarządzania zjawiskami migracyjnymi i pełnego wykorzystania ich potencjału w rozwoju społeczno-gospodarczym kraju konieczne wydaje się zdefiniowanie średnio- i długookresowych celów polskiej polityki migracyjnej (podobnie jak innych form polityki ludnościowej) oraz określenie strategii ich osiągnięcia. Obecnie prowadzona polityka ma w znacznej mierze charakter reaktywny i sprowadza się do administrowania zmianami i procesami, które już wystąpiły. Uwaga ta dotyczy obecnie obowiązującej Strategii migracyjnej (oraz powiązanych regulacji), które przede wszystkim skupiają się na wymiarze bezpieczeństwa. W kontekście dynamicznie zmieniającej się sytuacji międzynarodowej, w tym sytuacji w Wielkiej Brytanii po brexicie, jednym z kluczowych wyzwań staje się ocena realnej skali powrotów do kraju oraz procesu reintegracji. W chwili obecnej dostępne dane nie pozwalają na wiarygodną ocenę skali samego procesu, a tym bardziej sytuacji osób powracających. Opcją wartą rozważenia byłaby realizacja dodatkowego modułu Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności tak, jak miało to już miejsce w przeszłości. Celowe wydaje się przy tym włączenie środowiska badaczy migracji i rynku pracy do procesu projektowania tego badania, a także analizy danych (na różnych etapach), co mogłoby wesprzeć administrację publiczną kompetencjami analitycznymi.

Przedstawiony raport dotyczy sytuacji w 2024 r. Natomiast faktem jest, że w sferze imigracji do Polski przełomowy wydaje się rok 2025, kiedy to wdrażane są zasady zdefiniowane w nowej Strategii migracyjnej oraz wynikających zeń aktów prawnych

(nowelizacja ustawy o cudzoziemcach[91], nowe regulacje dotyczące kwestii zatrudniania cudzoziemców). Wszystkie te elementy są na bieżąco dyskutowane w sferze publicznej, natomiast ograniczona dostępność danych oraz trudności z ich harmonizacją i powiązaniem sprawiają, że dyskusje te rzadko odnoszą się do faktów, a częściej posługują artefaktami statystycznymi. Konieczne jest zatem podjęcie działań, które:

- pozwolą ocenić realną skalę imigracji (w odniesieniu do napływu i zasobu);
- dadzą szansę na oszacowanie rozmiarów imigracji zarobkowych (z uwzględnieniem złożoności tego zjawiska, co wynika m.in. z regulacji dotyczących obywateli Ukrainy),
- pozwolą przeprowadzić szacunek wielkości i cech strukturalnych populacji obywateli Ukrainy przebywających w Polsce (w szczególności w kontekście mających już miejsce oraz oczekiwanych zmian statusu osób, które obecnie korzystają z ochrony czasowej w naszym kraju).

Konieczny jest przegląd regulacji (o charakterze strategicznym oraz implementacyjnym) w kontekście tego, jaki jest ich realny wpływ na:

- skalę i strukturę imigracji;
- proces integracji w wymiarze ekonomicznym;
- inne wymiary integracji.

Kolejną rekomendacją jest przeprowadzenie analiz praktyki implementacji zasad dotyczących sfery legalizacji oraz obsługi imigrantów przebywających w Polsce, bowiem to te właśnie elementy mają i będą miały realny wpływ na obecną i przyszłą sytuację cudzoziemców, w tym ich decyzje dotyczące powrotu lub pozostania w Polsce. Kluczowa wydaje się kwestia identyfikacji barier w przypadku planów zmiany statusu poszczególnych osób (wydłużenie pobytu, osiedlenie, uzyskanie obywatelstwa).

Ze względu na zmianę charakteru migracji od momentu wybuchu pełnoskalowej wojny w Ukrainie, coraz bardziej niezbędna jest realna – i oparta na konkretnych danych i wskaźnikach – ocena procesu integracji, która wykraczałaby poza sferę rynku pracy i dotyczyła również dostępu do usług publicznych (integracja strukturalna), kwestii relacyjnych, a być może także zaangażowania obywatelskiego oraz politycznego.

Z przedstawionych w raporcie danych wynika jednoznacznie, że w przypadku Polski możemy mówić o niezwykle efektywnej wczesnej fazie recepcji i integracji na rynku pracy, natomiast proces włączania cudzoziemców z Ukrainy napotyka na znacznie większe bariery, jeśli chodzi o realne i efektywne wykorzystanie ich kompetencji. Niezbędne byłyby pogłębione badania, które pozwoliłyby szczegółowo przeanalizować potencjał tej grupy pod kątem posiadanego kapitału ludzkiego, możliwości jego budowania i wzmacniania oraz identyfikacji barier, które ten proces blokują.

7.4. Migracje wewnętrzne i przyrost rzeczywisty w ujęciu przestrzennym

Informacje przedstawione w raporcie wyraźnie wskazują na znaczące lokalne zróżnicowanie zmian demograficznych. Wymaga to odpowiedniego wspierania polityki na poziomie lokalnym:

[91] Ustawa z dnia 21 listopada 2025 r. o zmianie ustawy o cudzoziemcach oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. poz. 1794.

- pogłębiania współpracy w miejskich obszarach funkcjonalnych (MOF). W dużych aglomeracjach współpraca międzygminna powinna skupić się na zarządzaniu skutkami koncentracji ludności oraz nasilonej suburbanizacji. Podstawowe znaczenie ma koordynacja rozwoju zabudowy mieszkaniowej, systemów transportowych i infrastruktury społecznej, a także lepsze powiązanie polityki przestrzennej z potrzebami różnych grup wieku – w szczególności rodzin z dziećmi oraz osób starszych. Kontynuacja i rozwój mechanizmów współdziałania, zwłaszcza w ramach Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych, powinny sprzyjać równoważeniu obciążeń między miastem centralnym a otaczającymi je gminami oraz ograniczać narastanie dysproporcji w dostępie do usług publicznych;
- wzmacniania współpracy i dostępności usług poza miejskimi obszarami funkcjonalnymi. Na obszarach położonych poza MOF, w których regres demograficzny jest szczególnie nasilony, konieczne jest rozwijanie współpracy międzygminnej i ponadlokalnej w celu zapewnienia mieszkańcom dostępu do podstawowych usług publicznych. W warunkach malejącej liczby ludności i ograniczonych zasobów finansowych pojedyncze gminy coraz częściej nie są w stanie samodzielnie utrzymać infrastruktury edukacyjnej, zdrowotnej i społecznej. Wymaga to systemowego wsparcia ze strony administracji centralnej i regionalnej, w tym rozwiązań umożliwiających wspólne planowanie, finansowanie i świadczenie usług;
- lepszego wykorzystania potencjału demograficznego poprzez ukierunkowaną politykę migracyjną. W gminach charakteryzujących się dodatnim przyrostem naturalnym, lecz ujemnym saldem migracji, konieczne jest wzmacnianie warunków sprzyjających zatrzymywaniu i przyciąganiu ludności w wieku produkcyjnym i rozrodczym. Obejmuje to rozwój lokalnych rynków pracy, zwiększanie dostępności mieszkań, poprawę dostępności transportowej oraz podnoszenie jakości usług publicznych. Polityka migracyjna powinna uwzględniać jej konsekwencje dla struktury wieku ludności i długofalowej stabilności demograficznej, sprzyjając osiedlaniu się migrantów wewnętrznych w obszarach dotkniętych nasilonym starzeniem się populacji.
- rozwoju systemu monitorowania procesów ludnościowych na poziomie lokalnym. Skuteczne prowadzenie polityki ludnościowej wymaga wzmocnienia systemu gromadzenia i integracji danych dotyczących: migracji, struktury wieku, mobilności edukacyjnej i zawodowej oraz faktycznego miejsca zamieszkania. Udoskonalenie sposobów monitorowania pozwoli na precyzyjną identyfikację terenów zagrożonych trwałą depopulacją oraz umożliwi bardziej efektywne interwencje publiczne.
- wzmacniania policentrycznego modelu rozwoju. Postępująca koncentracja ludności i aktywności gospodarczej w największych metropoliach wymaga świadomej polityki wzmacniania miast regionalnych i subregionalnych jako trwałych biegunów wzrostu. Obejmuje to inwestycje w funkcje ponadlokalne – szkolnictwo wyższe, wyspecjalizowane usługi zdrowotne, instytucje kultury oraz nowoczesne sektory gospodarki – a także poprawę dostępności transportowej i cyfrowej. Utrzymanie policentrycznego układu osadniczego jest kluczowe dla ograniczania nierówności przestrzennych i zapewnienia zrównoważonego rozwoju terytorialnego kraju.

7.5. Starzenie się ludności i aktywność zawodowa osób w wieku okołoemerytalnym

Rosnąca liczba osób starszych w Polsce, ale też zmiany dotyczące ich stanu zdrowia i sytuacji społeczno-ekonomicznej wymagają z jednej strony innego podejścia do analizowania procesu starzenia się ludności, z drugiej zaś działań na rzecz utrzymywania aktywności i aktywizowania tej grupy osób. Na podstawie wyników rozważań prowadzonych w rozdziale poświęconym temu procesowi można sformułować następujące rekomendacje:

- do oceny stopnia zaawansowania zmian struktury wieku ludności warto stosować także dodatkowe mierniki odwołujące się do oczekiwanej długości życia. Obecnie pomiar procesu starzenia się ludności bazuje na stałej granicy początku starości (60 lub 65 lat), mimo że warunki przeżywalności i stan zdrowia uległy znacznej poprawie, a oznaki starości pojawiają się coraz później;
- aktywność zawodowa osób w wieku przedemerytalnym i emerytalnym rośnie, niemniej jednak warto podejmować różne działania, by ten wzrost był większy. Działania te powinny dotyczyć z jednej strony poprawy i utrzymania dobrego stanu zdrowia i kompetencji zawodowych osób w wieku produkcyjnym, z drugiej zaś warunków zatrudnienia wpływających na zadowolenie z pracy oraz możliwości łączenia obowiązków opiekuńczych z pracą zawodową (elastyczne formy zatrudnienia, urlopy opiekuńcze itp.).
- warto także szerzyć wiedzę na temat korzyści dłuższej aktywności zawodowej zarówno z punktu widzenia jednostki, jak i społeczeństwa. Opóźnianie momentu całkowitego wycofania się z rynku pracy może sprzyjać kumulacji kapitału emerytalnego, a także wpływać pozytywnie na jakość życia poprzez zmniejszenie poczucia osamotnienia i zwiększenie poczucia bycia potrzebnym.

7.6. Wspieranie prokreacji a zdrowie reprodukcyjne

Przeciwdziałanie negatywnym trendom demograficznym, niezależnie od ich przyczyn, powinno być elementem polskiej racji stanu. Zahamowanie tempa spadku dzietności wymaga nie tylko zabezpieczenia warunków socjalnych w postaci stabilnej pracy i dochodów, dostępu do mieszkań oraz do usług opiekuńczych dla dzieci, ale także dostępu do usług zdrowotnych, w tym usług reprodukcyjnych. W tym zakresie konieczne jest[92]:

- uznanie zdrowia reprodukcyjnego za priorytet strategiczny polityki państwa, z zapewnieniem stabilnych i ustawowych gwarancji finansowania działań w tym zakresie;
- weryfikacja i doskonalenie krajowego systemu monitorowania zdrowia reprodukcyjnego, obejmującego m.in. procedury medycznie wspomaganej prokreacji;
- rozwój zintegrowanych wysokospecjalistycznych ośrodków leczenia niepłodności zapewniających kompleksową diagnostykę i terapię zgodnie z aktualnymi standardami medycznymi;

[92] Wskazane rekomendacje wpisują się w sformułowane przez WHO w końcu listopada 2025 r. pierwsze kompleksowe zalecenia dotyczące diagnozowania i leczenia niepłodności, w których podkreśla się m.in.: włączenie edukacji o płodności do działań profilaktycznych; zapewnienie równego dostępu do badań i terapii; stosowania metod leczenia o potwierdzonej skuteczności; nadzór nad jakością opieki zdrowotnej na poziomie krajowym oraz traktowania organizacji pacjentów jako pełnoprawnych partnerów systemu.

- szerszy dostęp do pełnego spektrum metod, w tym inseminacji domacicznej, z jednoczesnym utrzymaniem wsparcia finansowego co najmniej na obecnym poziomie dla par starających się o dziecko metodą zapłodnienia pozaustrojowego;
- wzmocnienie działań profilaktycznych ukierunkowanych na modyfikowalne czynniki ryzyka niepłodności (otyłość, palenie tytoniu, spożycie alkoholu, styl życia), ze szczególnym uwzględnieniem populacji młodych dorosłych;
- wprowadzenie obowiązkowej, opartej na dowodach naukowych, edukacji zdrowotnej obejmującej zagadnienia płodności, niepłodności oraz wpływu wieku i stylu życia na zdolności rozrodcze;
- realizację działań edukacyjnych w zakresie zdrowia reprodukcyjnego dla osób dorosłych, w szczególności dotyczącej zagadnienia płodności;
- systematyczne monitorowanie jakości opieki ginekologiczno-położniczej i okołoporodowej oraz egzekwowanie standardów opieki w skali ogólnokrajowej.

Przedstawiony w niniejszym raporcie obraz sytuacji demograficznej w Polsce przygotowany został przez grono naukowców uznanych w kraju i za granicą. Korzystali oni z najnowszej wiedzy oraz doświadczenia nabytego podczas prowadzonych badań naukowych w kierowanych przez nich zespołach krajowych i międzynarodowych, także w ramach europejskich struktur badawczych (GGP, SHARE). Podstawą przeprowadzonych analiz są zarówno dane GUS, Eurostatu, ONZ, OECD, jak i wyniki badań specjalnych, które uzupełniają wiedzę o dokonującej się zmianie demograficznej. Od rzetelności tych danych i ich kompletności zależy, jak głęboko badać zachodzące procesy i formułować odpowiednie wnioski. W każdym z rozdziałów niniejszego raportu autorzy wskazywali na brak danych, który ogranicza czy wręcz uniemożliwia wnioskowanie o konkretnym obszarze. Wskazać tu można tak ważne obszary, jak: badanie długofalowych trajektorii rodzinnych, poprawa stanu zdrowia, w tym zdrowia reprodukcyjnego, szacunek migracji międzynarodowych, ocena procesów ludnościowych na poziomie lokalnym, w tym zaawansowania starzenia się ludności i depopulacji. Zgłaszamy w tym zakresie propozycje konkretnych rozwiązań. Wiele z nich zostało powtórzonych w powyższych rekomendacjach RRL. Nie wszystkie z nich wymagają dużych nakładów finansowych, większość odwołuje się do wykorzystania potencjału istniejących danych administracyjnych. W tym miejscu pragniemy podkreślić ważny i pozytywny wymiar dotychczasowej współpracy ze statystyką publiczną, w szczególności w obszarze badań demograficznych i społecznych, co jednak nie oznacza zaspokojenia naszych potrzeb i oczekiwań. Postulujemy zatem powołanie międzyresortowego zespołu ds. integracji rejestrów dotyczących ludności, ruchu naturalnego i wędrówkowego. Postulat ten wpisuje się w nasze wcześniejsze rekomendacje wyrażone w ubiegłorocznym raporcie i jest zgodny z sugestiami otrzymanymi ze Stałego Komitetu Rady Ministrów. Proponujemy jednak, by w składzie tego zespołu uwzględnić nie tylko przedstawicieli kluczowych w tym zakresie resortów i urzędów, między innymi: GUS, ZUS, Ministerstwa Cyfryzacji, MSWiA, UdSC, ale także ekspertów Rządowej Rady Ludnościowej i Komitetu Nauk Demograficznych PAN reprezentujących środowisko naukowe. Jesteśmy przekonani, że praca tego zespołu przyczyni się do stworzenia zintegrowanego systemu danych, które odpowiadają potrzebom badaczy procesów demograficznych w ich poszukiwaniach dotyczących opisu i wyjaśniania zmian demograficznych i przemian społecznych. Umożliwi to lepsze reagowanie na potrzeby społeczeństwa i efektywne wykorzystanie jego potencjału.

Zmiany demograficzne w Polsce mają trwały charakter. Ludność Polski będzie mniej liczna i starsza, lecz może być w lepszym stanie zdrowia, z wyższymi kompetencjami i wiedzą sprzyjającą większej produktywności. Zaprezentowane rekomendacje nie zmienią trendów demograficznych, pozwolą jednak na dostosowanie się do nich i złagodzenie ich wpływu na życie społeczne i gospodarcze w Polsce w ciągu kilku najbliższych dekad. O ile przeorientujemy politykę z krótkookresowych transferów na długofalowe inwestycje w zdrowie, edukację, usługi opiekuńcze, integrację migracyjną oraz kapitał społeczny, zmniejszanie się populacji przestanie być źródłem lęku, a stanie się impulsem do modernizacji. Kluczem jest sprawiedliwość międzypokoleniowa – transparentny podział kosztów i korzyści z reform – oraz oparcie decyzji na rzetelnych danych i ewaluacji.

Bibliografia

Abramowska-Kmon A. (2011). O nowych miarach zaawansowania procesu starzenia się ludności. *Studia Demograficzne*, (1), 3–22.

Abramowska-Kmon A. Antczak R. Chełchowska M., Chłoń-Domińczak A., Holzer-Żelażewska D., Kotowska I. E., Łątkowski W., Magda I., Oczkowska M., Panek T., Perek-Białas J., Ruzik-Sierdzińska A., Strzelecki P., Wróblewska W. i Zwierzchowski J. (2023). P*okolenie 50+ w Polsce i w Europie w przededniu pandemii COVID-19: Aktywność, stan zdrowia, warunki pracy, relacje międzypokoleniowe i wykluczenie: Raport podsumowujący wyniki badań 8. rundy badania „SHARE: 50+ w Europie".* Szkoła Główna Handlowa w Warszawie.

Baizán P., Aassve A. i Billari F. C. (2003). Cohabitation, marriage, and first birth: The interrelationship of family formation events in Spain. *European Journal of Population*, *19*(2), 147–169.

Balumbi M., Stang S., Suriah S., Syarif S., Putro G., Marwang S. i Wijaya E. (2025). The importance of reproductive health education for elementary school children: Long-term benefits and challenges in implementation – A literature review. *Journal of Education and Health Promotion*, *14*, *170*. DOI: 10.4103/jehp.jehp_861_24Beaujouan É. i Toulemon L. (2017). European countries with delayed childbearing are not those with lower fertility. Genus, 77, 2.

Beręsewicz M. i Pawlukiewicz K. (2020). Estimation of the number of irregular foreigners in Poland using non-linear count regression models. *arXiv*. https://arxiv.org/abs/2008.09407.

Berglund T., Seldén D. i Halleröd B. (2017). Factors Affecting Prolonged Working Life for the Older Workforce: *The Swedish Case. Nordic Journal of Working Life Studies*, *7*(1), 19–36. DOI: 10.18291/njwls.v7i1.81396.

Caldeira J. i Kaczmarczyk P. (2026). Navigating aspirations and abilities: *Ukrainian refugee integration in Poland's labour market. Journal of International Migration and Integration.* Advance online publication.

Chłoń-Domińczak A., Grabowska I., Ruzik-Sierdzińska A. (2024). *Ocena wpływu działań na rzecz przedłużania kariery zawodowej i promowania pracy po przekroczeniu ustawowego wieku emerytalnego na skutek zmian wprowadzonych reformą podatkową Polski Ład (tzw. PIT 0 dla seniora): Raport końcowy*. Szkoła Główna Handlowa w Warszawie.

Długosz M. i Szmytkie R. (2022). Obszary wiejskie w systemie migracji wewnętrznych w Polsce. *Studia Regionalne i Lokalne*, *3*(89), 86–100.

Dudek B. i Strzelecki P. (2025). *Sytuacja życiowa i ekonomiczna migrantów z Ukrainy w Polsce w 2025 roku: Raport z badania ankietowego.* Narodowy Bank Polski. https://nbp.pl/publikacje/rozne-publikacje/publikacje-o-przeplywach-migracyjnych/.

Duszczyk M., Górny A., Kaczmarczyk P. i Kubisiak A. (2023). War refugees from Ukraine in Poland—one year after the Russian aggression: *Socio-economic consequences and challenges. Regional Science Policy i Practice*, *15*. https://doi.org/10.1111/rsp3.12642.

European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights. (2025). *Contraception policy atlas Europe 2025: Tracking government policies on access to contraceptive supplies, family planning counselling and the provision of online information on contraception*. https://www.epfweb.org/sites/default/files/2026-02/CCInfoEU_A3_EN_2026_FEB22-HiRes.pdf.

European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights. (2025). *European abortion policy atlas*. https://www.epfweb.org/sites/default/files/2025-11/ABORT%20Atlas_EN%202025%20NOV3_0.pdf.

Fauser B. C. J. M., Adamson G. D., Boivin J., Chambers G. M., de Geyter C., Dyer S., Inhorn M. C., Schmidt L., Serour G. I., Tarlatzis B., Zegers-Hochschild F. i Contributors and members of the IFFS Demographics and Access to Care Review Board. (2024). Declining global fertility rates and the implications for family planning and family building: An IFFS consensus document based on a narrative review of the literature. *Human Reproduction Update*, *30*(2), 153–173. https://doi.org/10.1093/humupd/dmad028.

Fihel A., Janicki W. i Kaczmarczyk P. (2025). Migracje międzynarodowe. W: *Sytuacja demograficzna Polski: Raport 2023–2024. Rządowa Rada Ludnościowa*. https://rrl.stat.gov.pl/Files/raporty/Sytuacja_Demograficzna_Polski_2023-2024%20internet%2013%2011%20ok.pdf.

Główny Urząd Statystyczny. (2025a). *Informacja o rozmiarach i kierunkach czasowej emigracji z Polski 2019–2024: Informacje sygnalne*.

Główny Urząd Statystyczny. (2025b). *Rocznik demograficzny 2025*. Zakład Wydawnictw Statystycznych. https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-demograficzny-2025,3,19.html.

Główny Urząd Statystyczny. (2021). I*nformacja o rozmiarach i kierunkach czasowej emigracji z Polski 2004–2020: Informacje sygnalne*.

Główny Urząd Statystyczny. (2016a). *Aktywność ekonomiczna ludności Polski: II kwartał 2016*.

Główny Urząd Statystyczny. (2016b). *Rocznik demograficzny 2016*.

Główny Urząd Statystyczny. (2015). *Rocznik demograficzny 2015*.

Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Demograficznych. (2011). I*nformacja o rozmiarach i kierunkach emigracji z Polski w latach 2004–2010*.

Greenwood M. J. (2019). The migration legacy of E. G. Ravenstein. *Migration Studies*, *7*(2), 269–278.

Gromadzki J. i Lewandowski P. (2022). Refugees from Ukraine on the Polish labour market. *Ubezpieczenia Społeczne*, *155*(4), 29–40. https://doi.org/10.5604/01.3001.0016.2353.

Hoem J. M. i Gabrielli G. (2010). Italy's lowest-low fertility and the stalled gender revolution: A cohort perspective. *Population Studies*, 64(2), 159–173. https://doi.org/10.1080/00324721003739548.

Holland J. A. (2017). The timing of marriage vis-à-vis coresidence and childbearing in Europe and the United States. *Demographic Research*, *36*, 609–626. https://doi.org/10.4054/DemRes.2017.36.20.

Klimek M., Galbarczyk A., Marcinkowska U. M., Nenko I. i Ziomkiewicz-Wichary A. (2022). Warunki rozwojowe a zdrowie reprodukcyjne i płodność. W: S. Golinowska i inni. (red.) *Zdrowie publiczne: Wymiar społeczny i ekologiczny*. Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Knap-Wielgus W., Zygula A., Malec M., Wielgos M. i Szymusik I. (2023). The Polish women's experience and level of knowledge about fertility and its disorders: *A cross-sectional study. Ginekologia Polska*, *94*(8), 605–615. https://doi.org/10.5603/GP.a2023.0047.

Kotowska I. E., Mynarska M. i Gauthier A. H. (2021). Family transformations and sub-replacement fertility in Europe. W: *The Palgrave handbook of family sociology in Europe* (s. 159–177). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-73306-3_9.

Kotowska I. E., Wróblewska W., Abramowska-Kmon A. i Strzelecki P. (2020). Zmiany demograficzne – pomiar procesów i ocena skutków społeczno-ekonomicznych. W: T. Panek (red.), *Statystyka społeczna: Procesy społeczne, źródła danych i metody analizy*. Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.

Krakhmalova K. i Kloc-Nowak W. (2025). The case of pre-24 February 2022 Ukrainian migrants and war refugees in Poland: How war affects fertility beliefs and intentions. *Population, Space and Place*, *31*(6), e70072.

Kugler G. (2025). *Demographic Change in the OSCE Region: Analysis, Impact and Possible Solutions of a Mega Trend Reshaping Society*.

Kugler G. i Hefele P. (2026). *Answering Demographic Change: Policy Recommendations for National and European Policymakers*. Wilfried Martens Centre for European Studies.

Kurzawa R. i Spaczyński R. (red.). (2025). *Diagnostyka i leczenie niepłodności: Standardy Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii oraz Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników*. Edra Urban and Partner.

Kurzawa R. i Stabrawa L. (2025). Recent changes in public funding of in vitro fertilization in Poland and their expected implications. *Global Reproductive Health*, *10*, e0116. https://doi.org/10.1097/GRH.0000000000000116.

Lesthaeghe R. (2020). The second demographic transition, 1986–2020: Sub-replacement fertility and rising cohabitation – a global update. *Genus*, *76*, 10. https://doi.org/10.1186/s41118-020-00077-4.

Lutz W., Sanderson W. i Scherbov S. (2008). The coming acceleration of global population ageing. *Nature*, *451*(7179), 716–719. https://doi.org/10.1038/nature06516.

Maliszewska A. i Holzer-Żelażewska D. (2025). Reproductive difficulties in the context of declining fertility: The role of the Generations and Gender Survey. *Studia Demograficzne, 185*(1–2), 55–77. https://doi.org/10.33119/SD.2024.1-2.4.

Matysiak A. i Mynarska M. (2014). Urodzenia w kohabitacji: Wybór czy konieczność. W: A. Matysiak (red.), *Nowe wzorce formowania i rozwoju rodziny w Polsce*. Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Ministerstwo Zdrowia. (2026). *Program wsparcia in vitro*. https://pacjent.gov.pl/artykul/program-wsparcia-vitro.

Mynarska M. i Bernardi L. (2007). Meanings and attitudes attached to fertility intentions: Evidence from Poland. *Demographic Research*, *16*(26), 859–894. https://doi.org/10.4054/DemRes.2007.16.26.

Olive E., Bull C., Gordon A., Davies-Tuck M., Wang R. i Callander E. (2024). *Economic evaluations of assisted reproductive technologies in high-income countries: A systematic review. Human Reproduction*, *39*(5), 981–991. https://doi.org/10.1093/humrep/deae039.

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2025). *International migration outlook 2025*. OECD.

Perelli-Harris B. i Sánchez Gassen N. (2012). How similar are cohabitation and marriage? Legal approaches to cohabitation across Western Europe. *Population and Development Review, 38*(3), 435–467. https://doi.org/10.1111/j.1728-4457.2012.00511.x.

Perelli-Harris B., Sigle-Rushton W., Lappegård T., Keizer R., Kreyenfeld M., Berghammer C. i Di Giulio P. (2010). The rise in cohabitation across Europe: Examining the role of education. *Demographic Research*, *23*, 775–802. https://doi.org/10.4054/DemRes.2010.23.22.

Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2024). Tobacco or marijuana use and infertility: A committee opinion. *Fertility and Sterility, 121*(4), 589–603.

Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2023). Lifestyle and fertility: A committee opinion. *Fertility and Sterility, 120*(4), 589–603. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2023.12.029.

Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2022). Optimizing natural fertility: A committee opinion. *Fertility and Sterility*, *117*, 53–63. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2021.10.007.

Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2021). Fertility evaluation of infertile women: A committee opinion. *Fertility and Sterility*, *116*(5), 1255–1265. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2021.08.038.

PTMRiE i PTGiP. (2025). *Diagnostyka i leczenie niepłodności. Standardy Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii oraz Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników*.

Remitly. (2026). *The immigration index*. https://www.remitly.com/us/en/landing/the-immigration-index.

Robertson J. A. (2003). Procreative liberty in the era of genomics. *American Journal of Law i Medicine*, *29*(4), 439–487.

Ross L. J. i Solinger R. (2017). *Reproductive justice: An introduction. University of California Press*.

Sánchez Gassen N. i Perelli-Harris B. (2015). The increase in cohabitation and the role of union status in family policies: A comparison of 12 European countries. *Journal of European Social Policy*, *25*(4), 431–449.

Sanderson W. C. i Scherbov S. (2010). Remeasuring aging. *Science*, *329*(5997), 1287–1288.

Sanderson W. C. i Scherbov S. (2005). Average remaining lifetimes can increase as human populations age. *Nature*, *435*, 811–813. https://doi.org/10.1038/nature03593.

Sobala-Gwosdz A., Janas K., Jarczewski W. i Czakon P. (2024). *Hierarchia funkcjonalna miast w Polsce i jej przemiany w latach 1990–2020*. Instytut Rozwoju Miast i Regionów.

Sobotka T., Beaujouan É., Matysiak A. i Brzozowska Z. (2021). Childlessness in Europe: Contexts, causes, and consequences. W: R. Schoenmaeckers i P. Deboosere (red.), *Empirical research in population and family sociology* (s. 65–83). Springer.

Solinger R. (2013). *Reproductive Politics: What Everyone Needs to Know*. Oxford University Press.

Stanny M. i Komorowski Ł. (2022). Podstawowe czynniki przemian ludnościowych na wsi i ich zróżnicowanie przestrzenne. W: J. Wilkin i A. Hałasiewicz (red.), *Polska wieś 2022: Raport o stanie wsi* (s. 41–65). Fundacja na rzecz Rozwoju Polskiego Rolnictwa; Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Stanny M. i Szymańska D. (2025). Migracje wewnętrzne i ich zróżnicowanie terytorialne. W: *Sytuacja demograficzna Polski: Raport 2023–2024* (s. 46–52). Rządowa Rada Ludnościowa.

Stanny M., Rosner A. i Komorowski Ł. (2023). *Monitoring rozwoju obszarów wiejskich: Etap IV. Dekada przemian społeczno-gospodarczych*. Fundacja Europejski Fundusz Rozwoju Wsi Polskiej; Instytut Rozwoju Wsi i Rolnictwa PAN.

Szukalski P., Bednarski M., Bojanowska E., Jawor-Joniewicz A., Kukulak-Dolata I., Poliwczak I., Warwas I., Wiktorowicz J. i Zalewski D. (2026). *Przygotowanie do starości: Polacy w wieku przedemerytalnym o swojej przyszłości*. Instytut Pracy i Spraw Socjalnych.

Szymańska D. i Biegańska J. (2011a). Fenomen urbanizacji i procesy z nim związane. *Studia Miejskie*, *4*, 13–38. http://repozytorium.umk.pl/handle/item/532.

Szymańska D. i Biegańska J. (2011b). Obszary podmiejskie dużych miast w Polsce w świetle migracji stałych. W: A. Zborowski i M. Soja (red.), *Człowiek w przestrzeni zurbanizowanej* (s. 83–98). Instytut Geografii i Gospodarki Przestrzennej UJ.

Śleszyński P. (2022). Geografia pandemii: Zróżnicowanie i dynamika rozprzestrzeniania się COVID-19 w Polsce (marzec 2020–marzec 2022). *Studia Politologiczne*, *65*(65), 11–28.

Tymicki K. (2026). Marriage, conception, and childbearing in Poland: Changes in family formation sequences, 1985–2024 (maszynopis w przygotowaniu).

Ueffing P., Zubeldia Razquin M. i Natale F. (2025). *The role of migration and fertility for the future size of the EU's population* (Report No. JRC141069). Publications Office of the European Union. https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC141069.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2024). World Population Prospects 2024: Summary of Results.

Urząd do Spraw Cudzoziemców. (2025). *Statystyka migracji na mapie Polski*. https://migracje.gov.pl/en/.

Vezina P.-L., Aksoy C. G. i Lewandowski P. (2025). *Refugees and entrepreneurship: Evidence from Ukrainians in Poland* (IBS Working Paper No. 07/2025). Instytut Badań Strukturalnych.

Weziak-Bialowolska D., Zalewska A. M., Krys K., Case B., Lomas T., Padgett R. N., Johnson B. R. i VanderWeele T. J. (2025). Understanding well-being in Poland: Insights from the Global Flourishing Study. *International Journal of Wellbeing*, *15*(3), 1–27. https://doi.org/10.5502/ijw.v15i3.5175.

Wojtyniak B. i Smaga A. (red.). (2025). *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania – 2025*. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy.

World Health Organization. (2024, July 29). *Adults in the European Region consume on average 9.2 litres of pure alcohol every year—making them the heaviest drinkers in the world*. https://www.who.int/europe/news/item/29-07-2024-adults-in-the-european-region-consume-on-average-9.2-litres-of-pure-alcohol-every-year---making-them-the-heaviest-drinkers-in-the-world.

Zborowski A., Gałka J. i Surmacz-Wybrańczyk M. (2023). How are suburbanization and peri-urbanization not the same? Key differences in urban regions in Central and Eastern European countries: The case of cities in southern Poland. *Bulletin of Geography. Socio-economic Series*, *62*(62), 87–106. https://doi.org/10.12775/bgss-2023-0036.

Zimny-Zając A. (red.). (2024). *Narodowy test płodności: Raport 2024*. Ringier Axel Springer Polska.

Zimny-Zając A. (red.). (2025). *Narodowy test zdrowia: Raport 2025*. Ringier Axel Springer Polska.