RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA

Sytuacja demograficzna Polski Raport 2025

INFORMACJE PRASOWE

Warszawa 2026

RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA

Sytuacja demograficzna Polski Raport 2025

INFORMACJE PRASOWE

Warszawa 2026

Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2025

Informacje prasowe

Opracowanie na podstawie raportu Rządowej Rady Ludnościowej „Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2025”, Warszawa 2026, ISBN 978-83-67087-43-8.

Opracowanie informacji prasowych: Katarzyna Saczuk (redakcja), Aleksandra Fandrejewska-Tomczyk, Agata Kałamucka, Natalia Skipietrow
Nadzór merytoryczny: Piotr Błędowski, Agnieszka Chłoń-Domińczak, Elżbieta Gołata, Irena E. Kotowska
Projekt graficzny i skład: Katarzyna Saczuk
Druk i korekta: Centrum Informatyki Statystycznej

Wydawca

Rządowa Rada Ludnościowa
Al. Niepodległości 208, 00-925 Warszawa
tel. 22 449 40 40, 22 608 31 75, 22 608 30 40
rrl.sekretariat@stat.gov.pl · https://rrl.stat.gov.pl/

Przy publikowaniu danych prosimy o podanie źródła.
© Copyright by Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2026

Spis treści

Sytuacja demograficzna Polski

RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA

Struktura raportu i autorzy rozdziałów

Wprowadzenie 7

Piotr Błędowski, Agnieszka Chłoń-Domińczak, Elżbieta Gołata, Irena E. Kotowska

1. **Płodność i formy życia rodzinnego** 11

   Irena E. Kotowska, Marta Styrc, Krzysztof Tymicki

2. **Zdrowie i umieralność** 19

   Ireneusz Kuropka, Anna Smaga, Bogdan Wojtyniak, Wiktoria Wróblewska

3. **Migracje międzynarodowe** 27

   Wojciech Janicki, Paweł Kaczmarczyk, Katarzyna Saczuk, Paweł Strzelecki, Agnieszka Fihel

4. **Migracje wewnętrzne i przyrost rzeczywisty w ujęciu przestrzennym** 35

   Monika Stanny, Łukasz Komorowski, Daniela Szymańska

5. **Starzenie się ludności i aktywność zawodowa osób w wieku okołoemerytalnym** 41

   Anita Abramowska-Kmon, Piotr Błędowski, Barbara Szatur-Jaworska, Piotr Szukalski

6. **Wspieranie prokreacji a zdrowie reprodukcyjne** 47

   Rafał Kurzawa, Aleksandra Saniewska-Kilim, Jolanta Grotowska-Leder

7. **Podsumowanie i rekomendacje** 53

   Piotr Błędowski, Agnieszka Chłoń-Domińczak, Elżbieta Gołata, Irena E. Kotowska

Raport *Sytuacja demograficzna Polski* to przyjęte przez rząd opracowanie przygotowywane przez Rządową Radę Ludnościową, które diagnozuje aktualną sytuację ludnościową kraju z uwzględnieniem aktualnego stanu wiedzy, oraz przedstawia rekomendacje dla polityki publicznej. Rada zaprasza uznanych ekspertów od poruszanych w raporcie problemów do napisania kolejnych rozdziałów raportu.

„Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2025" to drugi dokument, który opracowywany jest w układzie sześciu rozdziałów: pięć rozdziałów o stałej tematyce i rozdział szósty, specjalny, co roku pogłębiający inne zagadnienie. Raport został przyjęty przez Komitet Stały Rady Ministrów i przedstawiony Radzie Ministrów w październiku 2026 r.

Raport dotyczy 2025 r., ale w trakcie opracowywania raportu dostępne były dane dotyczące 2024 r. i te dane wykorzystano. Ponieważ raport dotyczy procesów, które trwają niezmiennie od wielu lat, nie ma to wpływu na wnioski płynące z prezentowanych analiz.

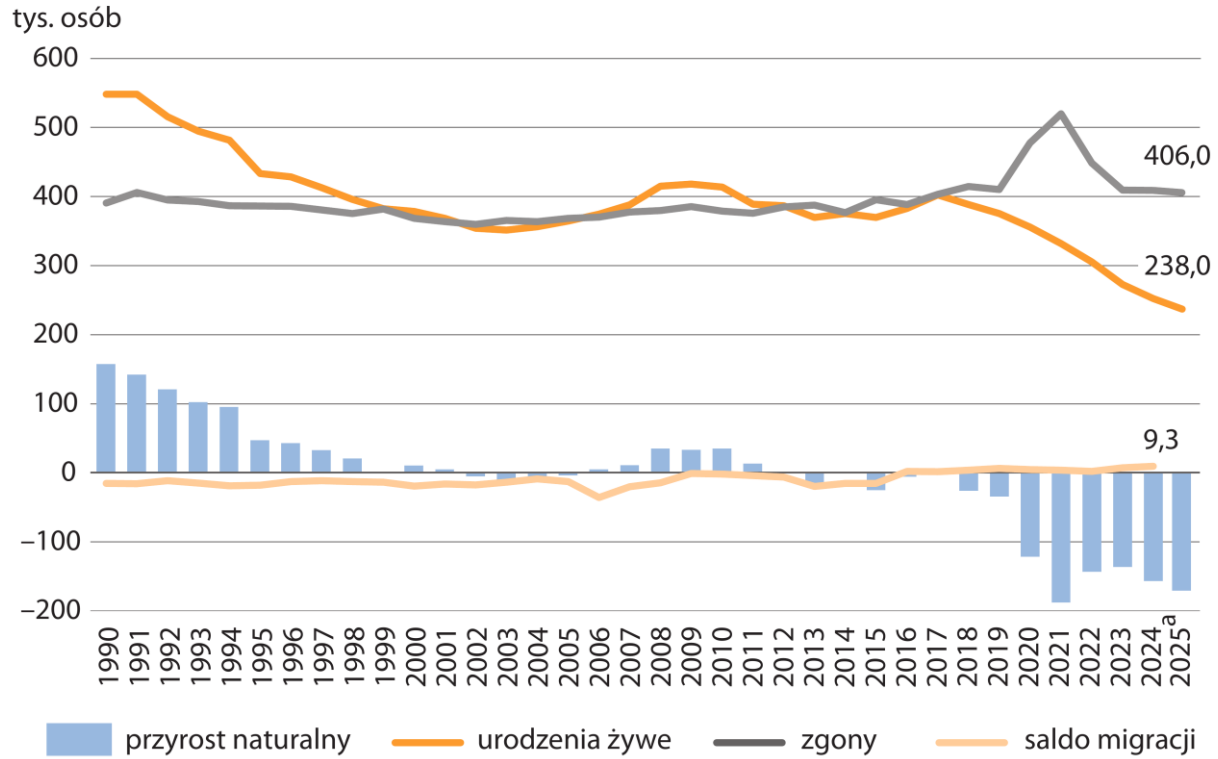
RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA

Wprowadzenie

Piotr Błędowski, Agnieszka Chłoń-Domińczak,
Elżbieta Gołata, Irena E. Kotowska

W 2025 r. liczba ludności Polski zmniejszyła się o 157 tys. – do 37,3 mln osób

Wykres 1. Ruch naturalny i saldo migracji w latach 1990–2025



a Wstępny szacunek.

Źródło: GUS (2026).

Bilans 2025 r.

31 grudnia 2025 r. liczba ludności Polski wynosiła 37,3 mln osób. W 2025 r. urodziło się 238 tys. dzieci, a zmarło 406 tys. osób. Od 13 lat w Polsce więcej osób umiera niż się rodzi.

Od 2016 r. saldo migracji zagranicznych jest dodatnie. W 2025 r. liczba imigrantów przewyższyła liczbę emigrantów o 10,9 tys., łagodząc nieco ubytek ludności, ale go nie wyrównując.

Perspektywa do 2050 r.

Według projekcji Eurostat EUROPOP2025 populacja UE osiągnie maksimum 453,3 mln w 2029 r., a następnie zmniejszy się do 447,9 mln w 2050 r. Populacja rezydentów (osób mieszkających minimum rok) w Polsce zmniejszy się do 32,9 mln w 2050 r.

Polska na tle regionu

Spadek ludności krajów Europy Środkowej i Wschodniej sięga lat 90. XX w. (Łotwa -43%, Bułgaria -40%, Litwa -28%, Chorwacja -23%, Rumunia -22%). Na tym tle 5-procentowy spadek populacji w Polsce jest zdecydowanie łagodniejszy.

Wprowadzenie

Sytuacja demograficzna Polski

Zmiana demograficzna to głęboka i trwała transformacja strukturalna, a nie przejściowa fluktuacja

Polska, podobnie jak inne kraje europejskie, doświadcza zmiany demograficznej określanej megatrendem XXI wieku: płodność jest poniżej zastępowalności pokoleń i utrzymuje się na niskim lub bardzo niskim poziomie przez wiele lat. Jednocześnie wydłuża się trwanie życia, a w starszy wiek wchodzą liczne roczniki wyżu demograficznego, co przyspiesza starzenie się ludności i zmniejsza potencjalne zasoby pracy. Spadek umieralności łagodzi przy tym spadek liczby ludności, ale nie odwraca tej tendencji, utrwalanej przez niską płodność.

Płodność

Współczynnik dzietności wynosił według GUS 1,068 w 2025 r. i 1,099 w 2024 r. (Eurostat: 1,14) – znacznie poniżej poziomu zastępowalności pokoleń; to jeden z najniższych wyników w Europie. Średni wiek matki w chwili narodzin dziecka wzrósł do 30,3 roku (UE: 31,3).

Trwanie życia

W 2025 r. oczekiwane trwanie życia noworodka wynosiło 75,37 roku dla mężczyzn i 82,48 roku dla kobiet. Utrzymuje się jednak dystans do średniej UE: w 2024 r. trwanie życia mężczyzn w Polsce było krótsze o 4,2 roku, a kobiet o 1,9 roku. Rośnie także trwanie życia w zdrowiu.

Starzenie się

W 2025 r. osób w wieku 65+ było prawie 7,5 mln (20,5% populacji), a udział osób w wieku 85+ w całej populacji wynosił 2,2%. Rośnie liczba osób w wieku poprodukcyjnym przypadających na 100 osób w wieku produkcyjnym i presja na systemy: emerytalny, ochrony zdrowia i opieki długoterminowej.

Migracje i zróżnicowanie terytorialne

Polska przeszła transformację z kraju emigracji w kraj atrakcyjny dla imigrantów. Pogłębia się zróżnicowanie przestrzenne procesów demograficznych: migracje wewnętrzne koncentrują ludność w strefach dużych miast, nasila się depopulacja obszarów peryferyjnych.

Polska w perspektywie 2050 r.

Ueffing, Zubeldia Razquin i Natale (2025) wskazują, że przewidywany spadek populacji Polski o 8,8% będzie łącznym efektem interakcji między procesami demograficznymi: spadku płodności (-8,6%) i starszej struktury wieku (-9,1%), łagodzonym przez wzrost oczekiwanego trwania życia (+5,9%) i migracje (+3%). Dla UE spadek wyniesie 4,9%.

RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA

1

Płodność i formy życia rodzinnego

Irena E. Kotowska, Marta Styrc,
Krzysztof Tymicki

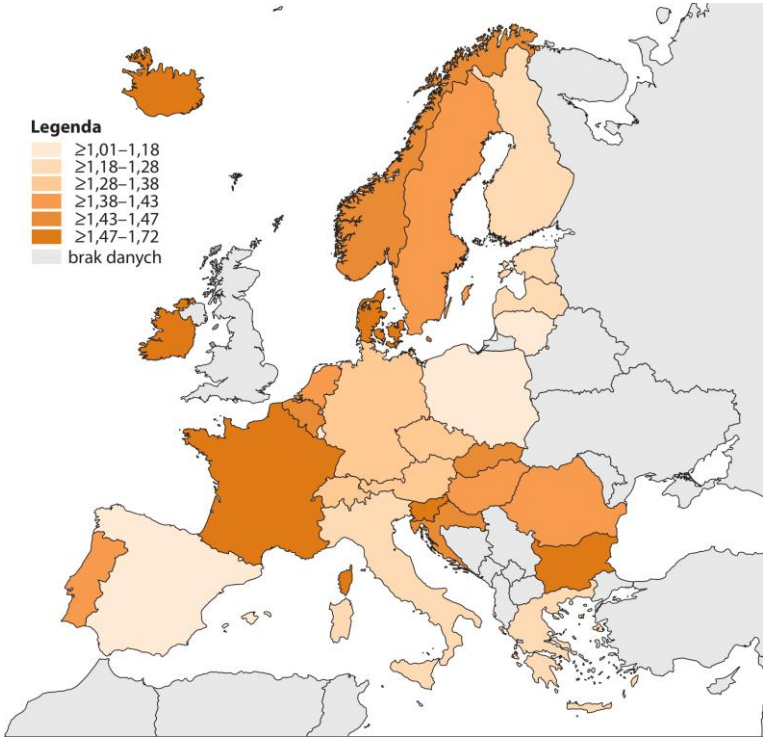
1. Płodność i formy życia rodzinnego

Niska płodność i opóźnianie macierzyństwa

RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA

Utrzymuje się niska płodność – współczynnik dzietności spadł w 2024 r. do 1,099

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



Źródło: na podstawie danych Eurostatu.

Jedna z najniższych dzietności w Europie

Dane GUS za 2024 r. potwierdzają, że utrzymuje się niska płodność: współczynnik dzietności obniżył się do 1,099 (w mieście 1,069, na wsi 1,149), a liczba urodzeń żywych spadła do 251,8 tys. Według Eurostatu (ludność rezydująca) wyniósł 1,14 – co nadal sytuuje Polskę w grupie krajów o najniższej dzietności w Europie.

Brak kompensacji późnych urodzeń

Niską dzietność utrwala zmniejszanie się przeciętnej liczby dzieci i wzrost liczby kobiet bezdzietnych. Dodatkowo rezygnacja z urodzeń do 30. roku życia nie jest rekompensowana wzrostem urodzeń dzieci przez kobiety w wieku 30–49 lat – w przeciwieństwie do wielu krajów UE.

Opóźnianie macierzyństwa

Przeciętny wiek kobiet rodzących pierwsze dziecko to 28,7 roku (UE: 29,9), a średni wiek macierzyństwa – 30,3 roku (UE: 31,3). Polska należy do 10 krajów UE, w których średni wiek macierzyństwa nie przekracza 31 lat.

Wolniejszy spadek urodzeń w 2025 r.

Według wstępnych danych GUS liczba urodzeń spadła w 2025 r. do 238,3 tys. – jest to mniejszy spadek niż w latach 2023–2024. Można to wiązać z programem leczenia niepłodności (od czerwca 2024 r.) oraz ze wzrostem liczby urodzeń przez cudzoziemki: w 2024 r. urodziły 17 169 dzieci (6,8% urodzeń) – 10 razy więcej niż w 2015 r.

1. Płodność i formy życia rodzinnego

Niska płodność i opóźnianie macierzyństwa

RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA

Udział urodzeń przedmałżeńskich stanowi mniej niż 30%, ale stale rośnie

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

	Odsetek urodzeń pozamałżeńskich (%)	Urodzenia pozamałżeńskie według stanu cywilnego matki (%)				
		panna	rozwiedziona	wdowa	stan cywilny nieustalony	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

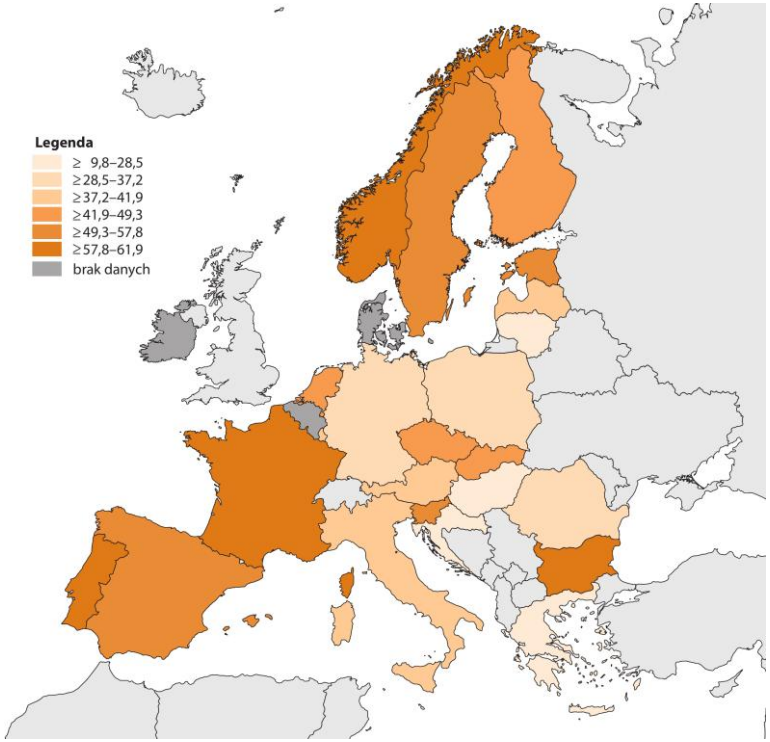
Dla porównania wybrano 2011 r. – według Narodowego Spisu Powszechnego (NSP) 2011 udział związków kohabitacyjnych w ogólnej liczbie rodzin wynosił 2,88%, według NSP 2021 – 8,44%. Źródło: na podstawie danych GUS.

W 2024 r. co piąte urodzenie pozamałżeńskie dotyczyło kobiet o „nieustalonym" stanie cywilnym. Związki kohabitacyjne nie podlegają w Polsce rejestracji ani nie są kategorią stanu cywilnego.

Według badań GGS-PL (Program Generacje i Rodziny) w latach 2006–2010 kohabitacje stanowiły 60% nowo tworzonych związków. Między NSP 2011 a NSP 2021 liczba rodzin tworzonych przez związki niesformalizowane wzrosła prawie trzykrotnie – do prawie 900 tys.

Polska należy do nielicznej grupy krajów UE, w których odsetek urodzeń pozamałżeńskich jest niższy niż 30%; w siedmiu krajach przekracza 50%.

Wykres 1.2. Odsetek urodzeń pozamałżeńskich w Europie, 2024



Źródło: na podstawie danych Eurostatu.

1. Płodność i formy życia rodzinnego

Zawieranie małżeństw

RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA

Małżeństwa zawierane są rzadziej i coraz później

Mniejsza skłonność do małżeństw

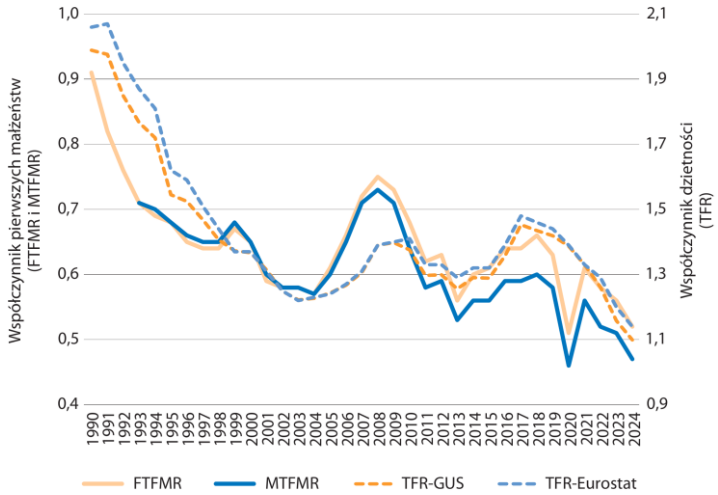
Po 2010 r. utrwaliły się przemiany obserwowane od lat 90. XX w.: pierwsze małżeństwo zawierane jest w późniejszym wieku lub nie jest zawierane wcale. Dzieje się tak w całej Europie, choć intensywność zjawiska jest różna w poszczególnych krajach.

Prokreacja a małżeństwo

Osłabienie relacji między prokreacją a małżeństwem ilustrują średni wiek zostania matką i średni wiek zawarcia pierwszego małżeństwa – do 2016 r. kobiety średnio w młodszym wieku zawierały małżeństwo i później rodziły pierwsze dziecko. Potem różnica ta zmniejszyła się, wahając się wokół zera.

W wielu krajach europejskich kobiety zostają matkami wcześniej niż wychodzą za mąż – w 2023 r. w Finlandii pierwsze dzieci rodziły się średnio 2,3 roku, a w Szwecji 4,8 roku przed ślubem.

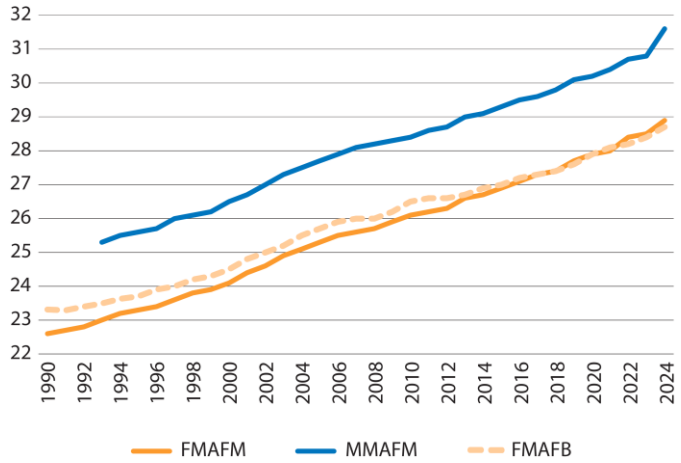
Wykres 1.3. Przekrojowe miary zawierania małżeństw i płodności w latach 1990–2024, Polska



FTFMR, MTFMR – współczynniki pierwszych małżeństw kobiet i mężczyzn; TFR wg GUS i Eurostatu. Źródło: Council of Europe, GUS, Eurostat.

- Współczynnik pierwszych małżeństw spadł z 0,91 w 1990 r. do 0,57 w 2004 r.; w 2024 r. wyniósł 0,52 – przy wzorcu z 2024 r. małżeństwo zawarłoby 52% kobiet.
- Od 2008 r. współczynnik dla kobiet jest wyższy niż dla mężczyzn (mężczyźni częściej zawierają powtórne małżeństwa i jest ich mniej).

Wykres 1.4. Średni wiek zawarcia pierwszego małżeństwa (FMAFM, MMAFM) oraz urodzenia pierwszego dziecka (FMAFB), Polska 1990–2024



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

- Średni wiek zawarcia pierwszego małżeństwa wzrósł z 26,6 roku (K) i 29 lat (M) w 2013 r. do 28,9 i 31,6 roku w 2024 r.
- Polska pozostaje na dolnym krańcu skali w Europie. Różnica wieku między partnerami wzrosła w 2024 r. do 2,8 roku.

1. Płodność i formy życia rodzinnego

Zawieranie małżeństw

Małżeństwa stają się bardziej zróżnicowane – rośnie liczba związków dwunarodowych

Tabela 1.2. Liczba zawartych małżeństw według obywatelstwa partnerów, Polska 2012–2024

	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 według stanu cywilnego partnerów, 2010 r.



Małżeństwa według stanu cywilnego partnerów, 2024 r.



pierwsze tylko dla jednego partnera powtórne dla obojga partnerów

Większa heterogeniczność

W 2000 r. 85,6%, a w 2010 r. 84,7% zawieranych małżeństw było pierwszymi dla obojga partnerów; w 2024 r. – 72,9%. Wzrost udziału małżeństw pierwszych tylko dla jednego partnera wynikał wyłącznie z częstszych małżeństw z osobami rozwiedzionymi.

Małżeństwa binacjonalne

W 2012 r. 98,1% małżeństw zawierali obywatele Polski, w 2024 r. udział tych związków spadł do 93,7%. Szczególnie wyraźny jest wzrost małżeństw z osobami spoza UE oraz małżeństw zawieranych przez oboje cudzoziemców (z 47 w 2012 r. do 3011 w 2024 r.).

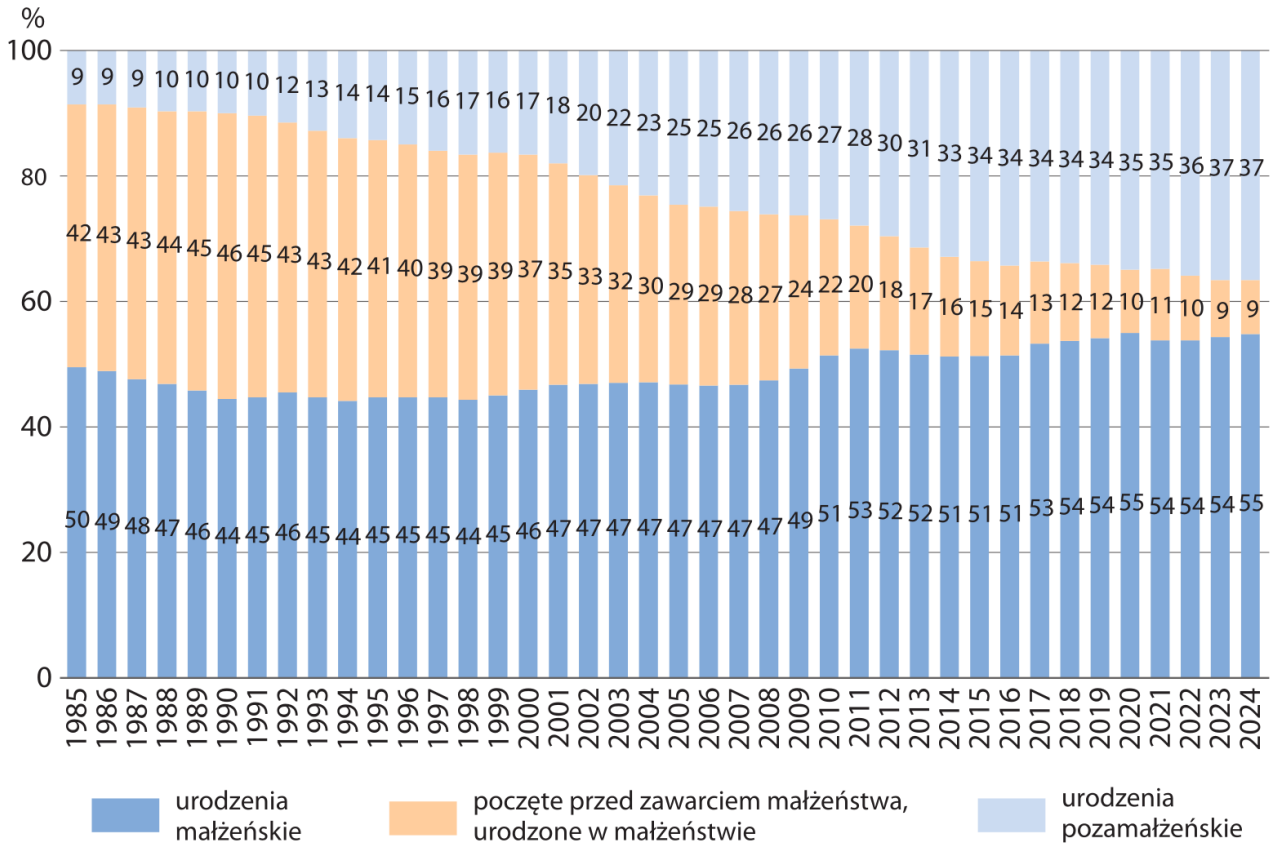
Zawarcie związku z obywatelem RP otwiera cudzoziemcom ścieżkę legalizacji pobytu. Od 2020 r. mężczyźni z Ukrainy są najliczniejszą grupą cudzoziemców zawierających małżeństwa; wśród kobiet w całym okresie 2012–2024 dominowały obywatelki Ukrainy, przed obywatelkami Białorusi i Rosji.

1. Płodność i formy życia rodzinnego

Prokreacja a zawieranie małżeństw

Coraz więcej dzieci rodzi się poza małżeństwem, a „śluby naprawcze” tracą znaczenie

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

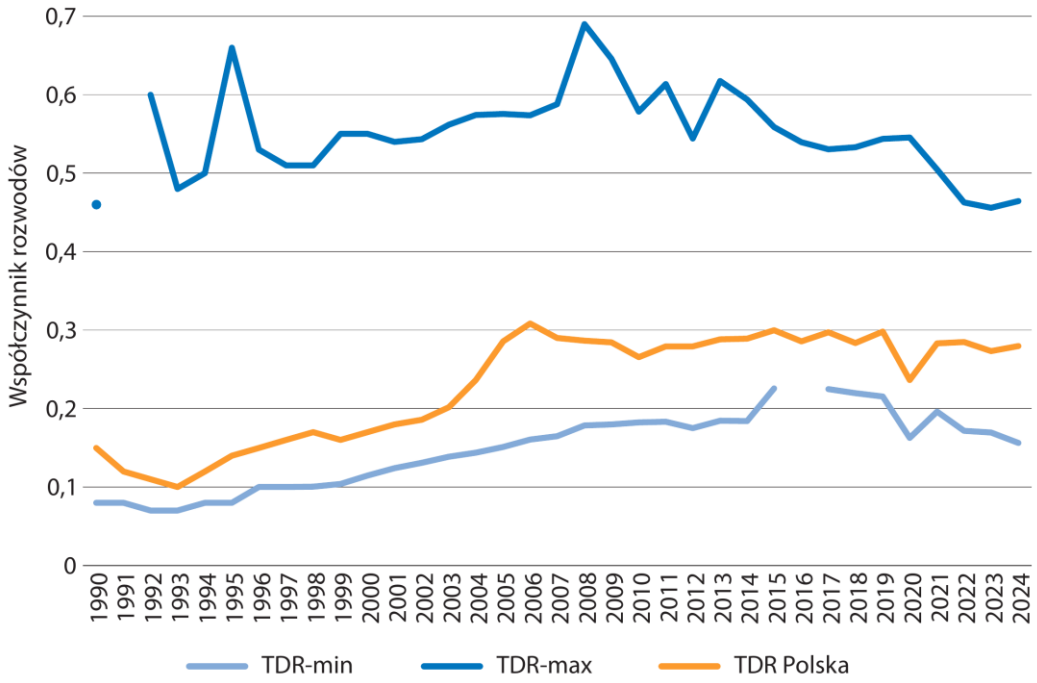


- Do połowy lat 90. XX w. udział pierwszych urodzeń poczętych przed ślubem i „zalegalizowanych” małżeństwem przekraczał 40%. Po 2020 r. spadł do 9–12% – to osłabienie mechanizmu „wymuszonego” małżeństwa.
- Udział pierwszych urodzeń w małżeństwie wynosił 44–50% do 2009 r., a w ostatniej dekadzie 51–55%.
- Udział pierwszych urodzeń pozamałżeńskich wzrósł z 8–10% w latach 80. XX w. do 35–37% po 2015 r. – Polska wpisuje się w europejski trend, choć z mniejszym nasileniem niż Europa Zachodnia i Północna.
- Wzrost urodzeń pozamałżeńskich, także w przypadku drugiego urodzenia czy urodzeń dzieci dalszej kolejności, ilustruje osłabienie związku między prokreacją i małżeństwem.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS.

Polska jest trzecim krajem w Europie o najniższym natężeniu rozwodów

Wykres 1.8. Ogólny przekrojowy współczynnik rozwodów (TDR), Polska na tle innych krajów europejskich, 1990–2024



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

Natężenie rozwodów

W 2007 r. ogólny współczynnik rozwodów (TDR) osiągnął 30%, a później stabilizował się między 24% a 30%. W 2024 r. wyniósł 28% – Polska była trzecim krajem o najniższym natężeniu rozwodów w Europie, po Rumunii (16%) i Chorwacji (23%). Najwyższy współczynnik miała w 2024 r. Finlandia (46%), a wcześniej przez ponad dekadę – Szwecja.

Separacje

Liczba separacji wzrosła z 1340 w 2000 r. do 11 600 w 2005 r. (17% liczby rozwodów). W 2024 r. orzeczono 534 separacje wobec 57 463 rozwodów.

Cechy rozwodów

Wśród rozwodzących się przybywa osób z wyższym wykształceniem, po 50. roku życia i małżeństw bez dzieci. Rosnąca liczba „srebrnych rozwodów" wynika m.in. z przesunięcia się roczników wyżu powojennego do starszych grup wieku.

Rozwody bez orzekania o winie



Opieka nad dzieckiem dla obojga rodziców



RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA

2

Zdrowie i umieralność

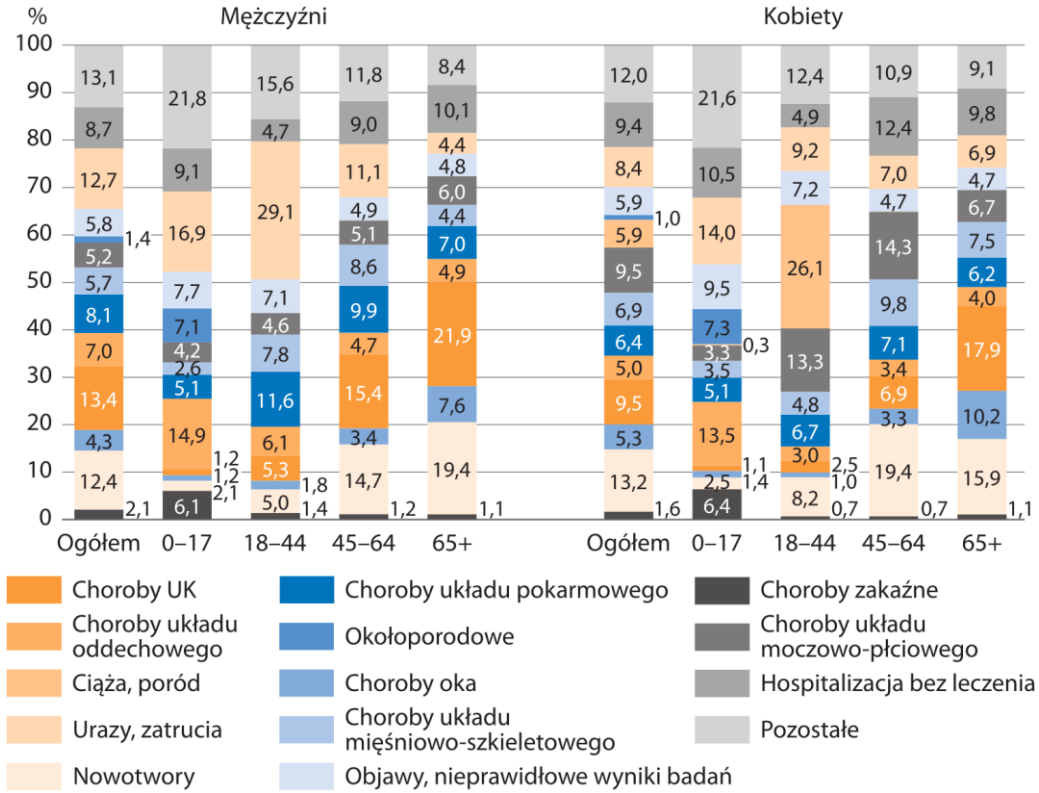
Ireneusz Kuropka, Anna Smaga,
Bogdan Wojtyniak, Wiktoria Wróblewska

2. Zdrowie i umieralność

Najważniejsze problemy zdrowotne

Samoocena zdrowia nieznacznie się poprawia, a współczynniki hospitalizacji wzrosły o około 25%

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



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

Samoocena zdrowia (EU-SILC)

Odsetek osób w wieku 16+ oceniających swoje zdrowie jako dobre
lub bardzo dobre wzrósł z 57,8% w 2015 r. do 64,2% w 2024 r. Udział osób z długotrwałymi problemami zdrowotnymi to wciąż 35%, a poważne ograniczenia w codziennych czynnościach ma 6,5%
(7,4% w 2015 r.) osób.

Niekorzystne różnice samooceny zdrowia w porównaniu z UE rosną wraz z wiekiem: wśród osób 75+ prawie 80% ma długotrwałe problemy zdrowotne (UE27: 66%). Wyraźnie różnią się oceny zdrowia osób w zależności od poziomu wykształcenia. Pozytywne oceny zdrowia formułuje 80% osób z wykształceniem wyższym wobec 45%
z co najwyżej podstawowym.

Hospitalizacje

W latach 2015–2024 standaryzowane współczynniki hospitalizacji wzrosły o 27% u mężczyzn i 25% u kobiet – najbardziej z powodu objawów i stanów nieokreślonych, urazów i zatruć, nowotworów
oraz chorób oka. Hospitalizacje z powodu chorób układu krążenia nieco spadły w ciągu tej dekady.

W 2024 r. osoby z obywatelstwem innym niż polskie stanowiły 2,8% hospitalizacji (w tym 32% – obywatele Ukrainy).

2. Zdrowie i umieralność

Trwanie życia

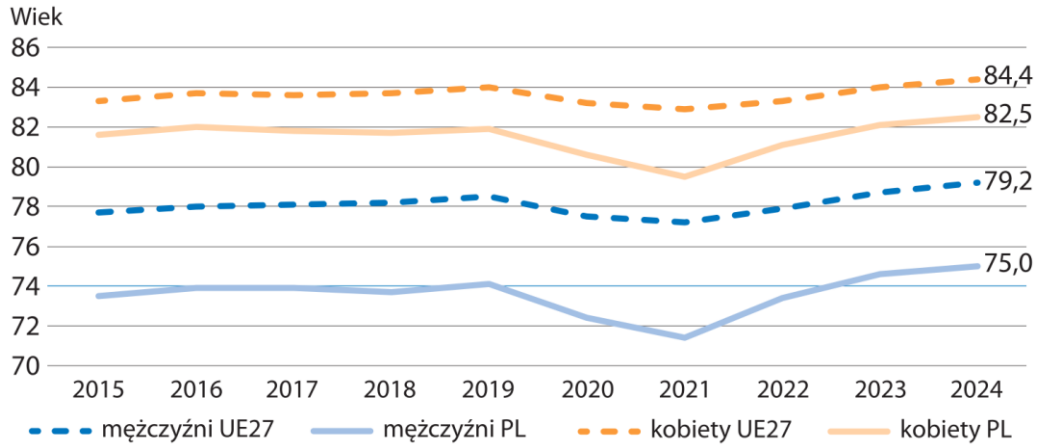
Wydłuża się czas życia, ale dystans do średniej UE się nie zmniejsza

Przeciętne dalsze trwanie życia

Dla chłopca urodzonego w 2024 r. wynosiło ono 74,93 roku, a dla dziewczynki 82,26 roku – o 1,35 i 0,69 roku więcej niż w 2015 r. Kierunek zmian jest pozytywny, ale tempo wolne.

Mężczyźni w Polsce żyją o prawie 7 lat krócej niż w krajach o maksymalnych wartościach tego parametru w UE, a kobiety o ponad 3,5 roku krócej.

Wykres 2.2A. Przeciętne dalsze trwanie życia mężczyzn i kobiet w UE i Polsce, 2015–2024



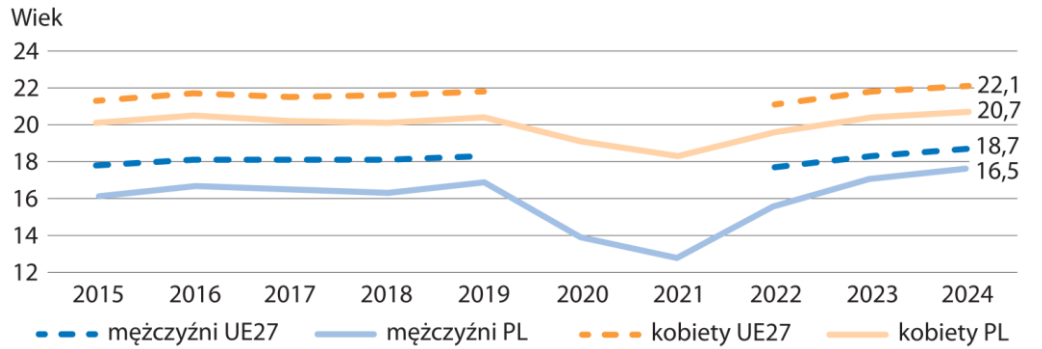
- Trwanie życia mężczyzn było krótsze od średniej UE27 o 4,2 roku zarówno w 2015, jak i w 2024 r.; wśród kobiet różnica wzrosła z 1,7 do 1,9 roku.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostatu.

Szanse dożycia 80 lat

Przy założeniu umieralności z 2024 r. 80. urodziny może obchodzić około 43,5% mężczyzn i 66,5% kobiet; w krajach UE o najwyższych wskaźnikach – prawie 65% mężczyzn i 80% kobiet.

Wykres 2.2B. Przeciętne dalsze trwanie życia osób w wieku 65 lat w UE i Polsce, 2015–2024



- W 2024 r. 65-letni mężczyźni mogli oczekiwać 16,3 roku, a kobiety 20,3 roku życia; średnia UE była wyższa o ponad 2 lata dla mężczyzn i o 1,5 roku dla kobiet.

Brak danych dla UE27 za lata 2020–2021.
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostatu.

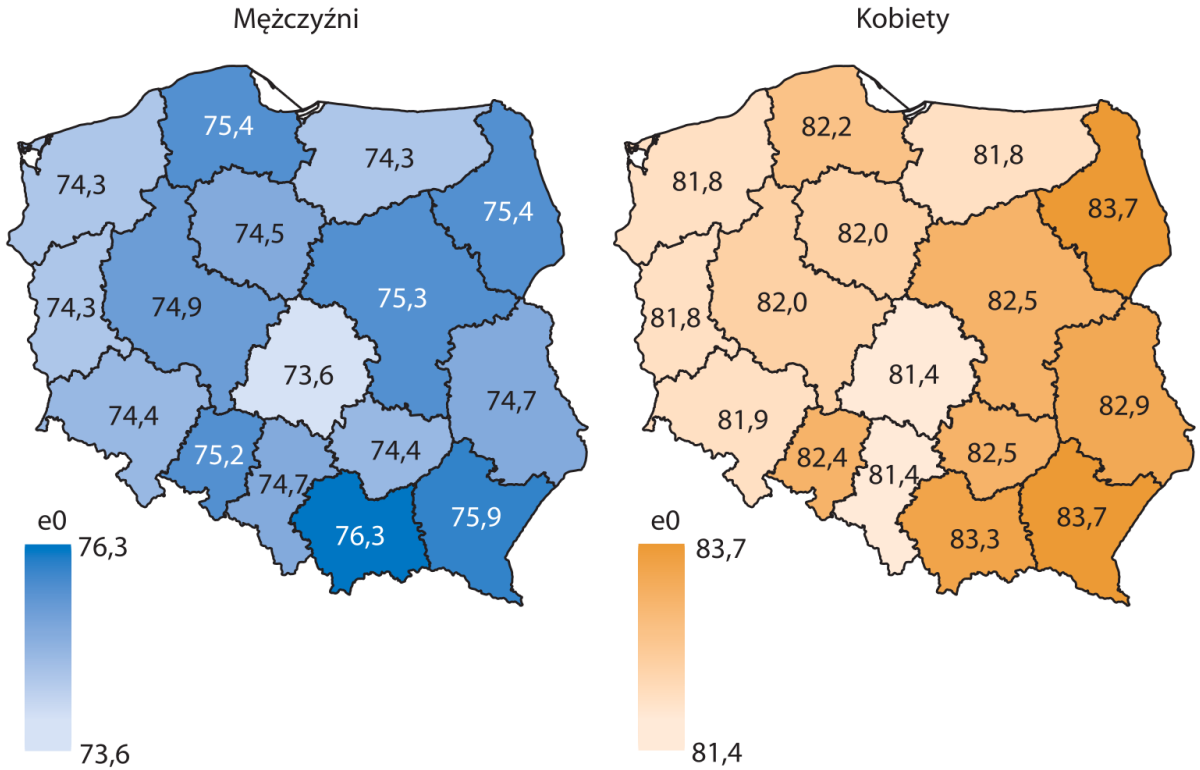
2. Zdrowie i umieralność

Trwanie życia

RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA

Czas trwania życia jest zróżnicowany przestrzennie, a czas trwania życia w zdrowiu powoli rośnie

Wykres 2.3. Przeciętne dalsze trwanie życia w województwach w Polsce w 2024 r. – mężczyźni (lewa) i kobiety (prawa)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Zróżnicowanie regionalne

W 2024 r. najdłużej żyli mężczyźni z województwa małopolskiego (76,3 roku) – o 2,7 roku dłużej niż w łódzkim, w którym żyją najkrócej. Wśród kobiet najdłużej żyły mieszkanki województw podkarpackiego i podlaskiego (83,7 roku) – o 1,9 roku dłużej niż w Łódzkiem i Śląskiem.

Lata życia w zdrowiu (HLY)

W 2023 r. wskaźnik HLY wynosił 61,7 roku dla mężczyzn i 64,4 roku dla kobiet – o 1,6 i 1,2 roku więcej niż w 2015 r. Trwanie życia w zdrowiu kobiet było dłuższe od średniej UE o 1,1 roku, a mężczyzn – krótsze o 1,1 roku.

Lata w zdrowiu jako odsetek długości życia, 2023 – mężczyźni



Lata w zdrowiu jako odsetek długości życia, 2023 – kobiety



W porównaniu z 2015 r. udziały te wzrosły jedynie o 0,9 pkt proc. Wydłużaniu się życia towarzyszy znaczny czas funkcjonowania z problemami zdrowotnymi, zwiększający presję na system ochrony zdrowia.

Umieralność spada powoli i pozostaje wyższa niż przeciętnie w UE

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

Przyczyna	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

M – mężczyźni, K – kobiety. Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS i Eurostatu.

Standaryzowane współczynniki zgonów z głównych przyczyn są w Polsce wyższe niż przeciętnie w UE. Współczynniki osób do 64 lat w 2024 r. przekraczały średnie UE z 2021 r. – dla chorób układu krążenia, oddechowego i pokarmowego odpowiednio o 31, 62 i 66 na 100 tys. osób wśród mężczyzn oraz o 11, 22 i 56 wśród kobiet.

Poziom umieralności

W 2024 r. ogólny standaryzowany współczynnik zgonów wynosił 1132,8 na 100 tys. – o około 8% mniej niż w 2015 r. (1235,1). W UE w 2021 r. wynosił 1073,4, a w Polsce – 1504,5.

Główne przyczyny zgonów

Choroby układu krążenia i nowotwory złośliwe odpowiadały za prawie 64% zgonów, a wraz z przyczynami zewnętrznymi, chorobami układu oddechowego i pokarmowego łącznie za ponad 86%. Natężenie zgonów z powodu chorób układu oddechowego wzrosło od 2015 r. wśród kobiet o ponad 20%.

Umieralność kobiet w wieku 15–49 lat i niemowląt

Rocznie umiera ponad 6 tys. kobiet w wieku prokreacyjnym (6091 w 2024 r.); w latach 2015–2024 – ponad 63 tys.

Współczynnik umieralności niemowląt wyniósł 357 na 100 tys. urodzeń (400 w 2015 r.).

2. Zdrowie i umieralność

Zgony możliwe do uniknięcia

RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA

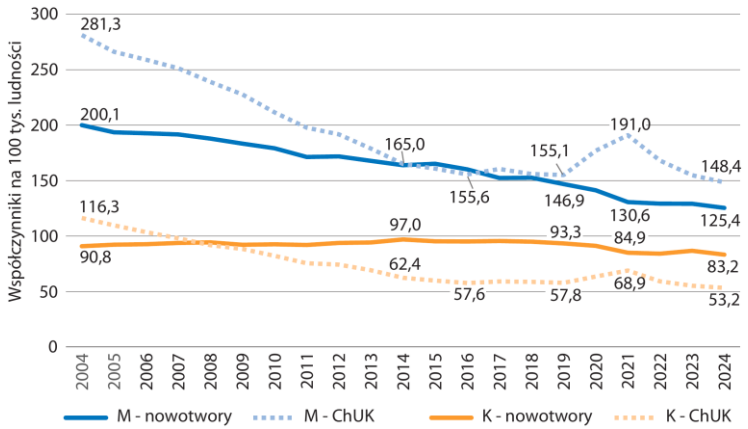
Zgony z przyczyn możliwych do uniknięcia są w Polsce o 49% częstsze niż w UE

Skala zjawiska

W 2024 r. z przyczyn możliwych do uniknięcia zmarły 119 453 osoby (bez COVID-19) – 79 572 mężczyzn i 39 881 kobiet.

Natężenie tych zgonów wśród mężczyzn było 2,37 razy wyższe niż wśród kobiet. Stanowią one 65,5% zgonów osób poniżej 75 lat; ponad 60% zgonów powodują nowotwory (32,0%) i choroby układu krążenia (30,5%).

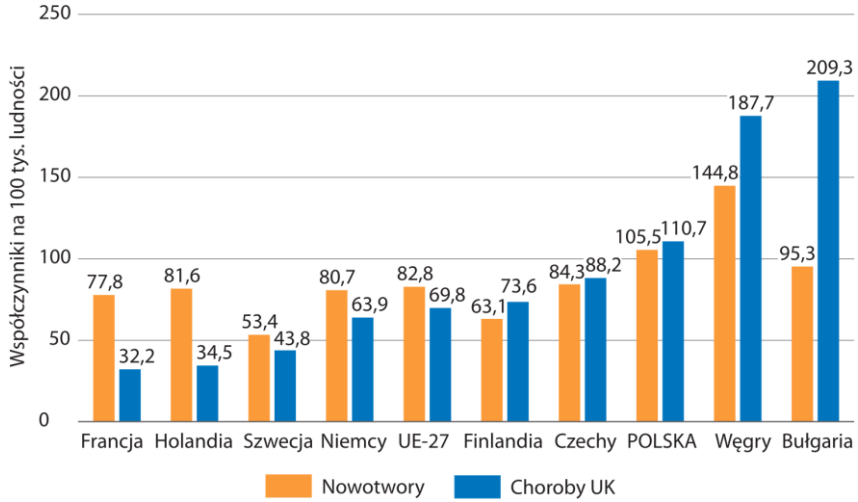
Wykres 2.4. Standaryzowane współczynniki zgonów możliwych do uniknięcia (M, K, poniżej 75 lat) z powodu chorób układu krążenia oraz nowotworów, 2004–2024



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

- Po 2015 r. przedwczesna umieralność z powodu chorób układu krążenia przestała się zmniejszać; spadek po 2021 r. ma charakter kompensacyjny po pandemii.
- Umieralność mężczyzn z powodu nowotworów ma stały trend spadkowy.

Wykres 2.5. Standaryzowane współczynniki zgonów możliwych do uniknięcia (poniżej 75 lat) – choroby układu krążenia i nowotwory, Polska i wybrane kraje UE27, 2022



Źródło: dane Eurostat.

- W 2022 r. umieralność z tych przyczyn była w Polsce wyższa niż w UE o 49% (mężczyźni: 58%, kobiety: 36%).
- Nadwyżka dla chorób układu krążenia wynosiła 59%, dla nowotworów – 27%.

Zgony możliwe do uniknięcia, 2024 r.



którym można zapobiegać

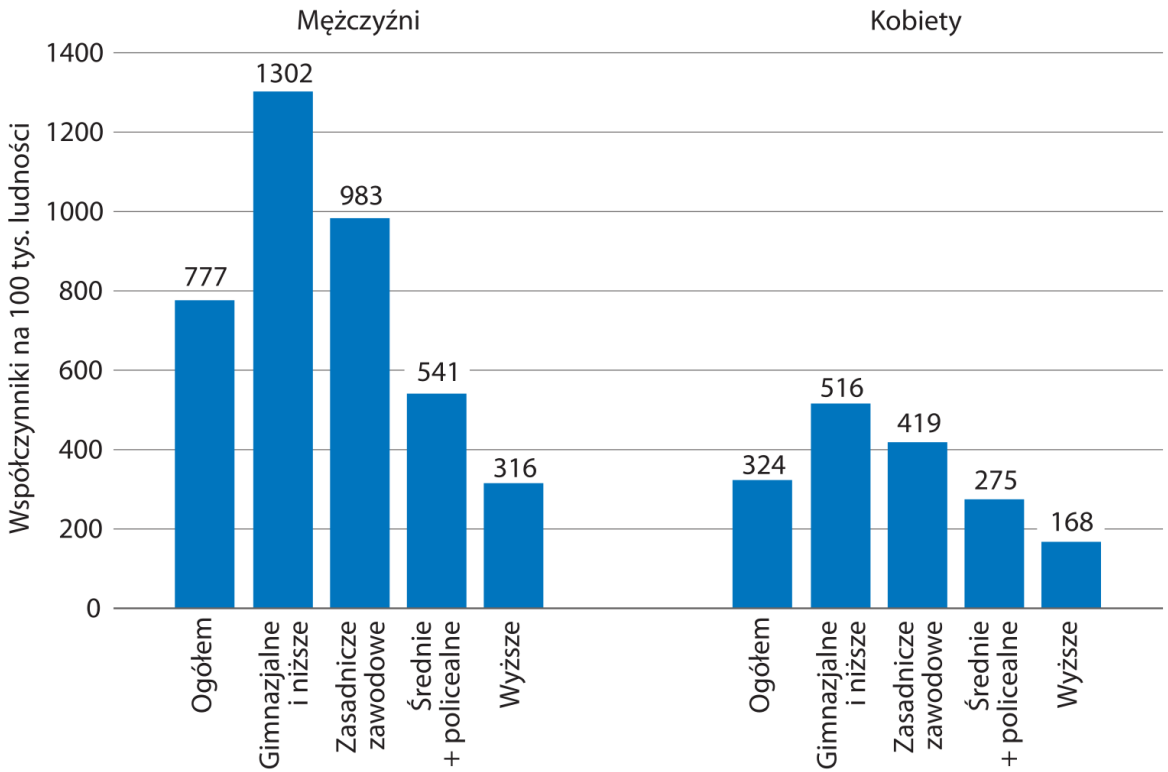
możliwe do skutecznego leczenia

2. Zdrowie i umieralność

Zgony możliwe do uniknięcia

Silny gradient społeczny: najsłabiej wykształceni mężczyźni umierają około 4 razy częściej

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



Źródło: Wojtyniak B. i in., Długość życia i umieralność ludności Polski [w:] Wojtyniak B., Smaga A. (red.), Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025, NIZP PZH – PIB.

Wykształcenie a umieralność

Ryzyko zgonów z przyczyn możliwych do uniknięcia wśród mężczyzn w wieku 30-74 lata z wykształceniem co najwyżej gimnazjalnym było około cztery razy wyższe niż wśród mężczyzn z wykształceniem wyższym; dla kobiet to ryzyko było trzy razy wyższe.

Umieralność osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym jest trzykrotnie wyższa w przypadku mężczyzn i dwuipółkrotnie w przypadku kobiet niż osób z wykształceniem wyższym.

Różnice między kobietami i mężczyznami

Szczególnie wysokie natężenie zgonów mężczyzn w wieku 50–79 lat powoduje, że oczekiwana długość życia kobiet przekracza o ponad 7 lat trwanie życia mężczyzn.

Znaczenie dla zmian ludnościowych

Poprawa sytuacji zdrowotnej i leczenia oraz ograniczenie umieralności z przyczyn, których można by uniknąć, mogłyby spowolnić proces depopulacji.

RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA

3

Migracje międzynarodowe

Wojciech Janicki, Paweł Kaczmarczyk,
Katarzyna Saczuk, Paweł Strzelecki, Agnieszka Fihel

3. Migracje międzynarodowe

Migracje z i do Polski – uwagi ogólne

RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA

Od 2016 r. bilans migracji na pobyt stały jest dodatni, a napływ na pobyt czasowy szybko rośnie

Trudności pomiaru

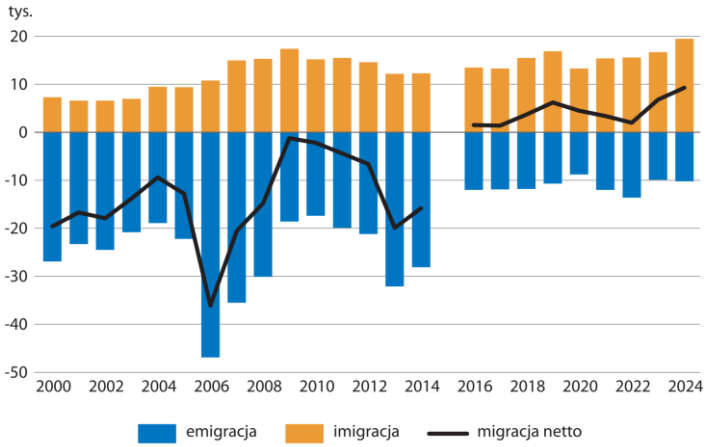
Ocena skali migracji z i do Polski jest zadaniem niełatwym. Wynika to nie tylko z niedostatecznej dostępności danych,
ale także z tego, że różne źródła posługują się zróżnicowanymi definicjami i opisują często nieporównywalne kategorie.

Niezależnie od tych rozbieżności wszystkie dostępne dane wskazują, że w minionej dekadzie status migracyjny Polski się zmienił – z kraju, w którym tradycyjnie dominowały ruchy emigracyjne, w kraj
coraz bardziej masowej imigracji.

Znaczenie migracji czasowych

Specyfiką Polski jest duże znaczenie mobilności o charakterze czasowym. Jej wpływ na długookresowy status migracyjny kraju jest mniej oczywisty – nie wiadomo, czy i na jak długo migranci pozostaną w Polsce. To jednak właśnie na tym poziomie najlepiej uwidacznia się zmiana dotycząca migracji.

Wykres 3.1. Migracje rejestrowane (na pobyt stały), tys., 2000–2024

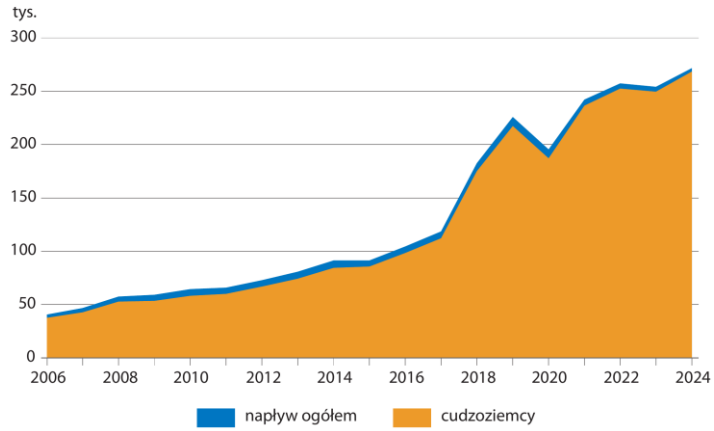


* ze względu na niekompletność, dane za 2015 r. nie są udostępnione.

Źródło: opracowanie własne na podst. Roczników Demograficznych i danych PESEL.

- Po 2004 r. odnotowano duże migracje z Polski osób wyjeżdżających z zamiarem osiedlenia się za granicą (i rejestrujących ten fakt). Od 10 lat jest to około 10 tys. rocznie.
- Liczba osób rejestrujących pobyt stały w Polsce rośnie powoli, ale systematycznie – do około 20 tys. w 2024 r. W tej najbardziej klasycznej formie migracji od 2016 r. bilans jest dodatni.

Wykres 3.2. Osoby przybyłe do Polski, które zarejestrowały się na pobyt czasowy >3 mies., tys., 2006–2024



* ze względu na zmiany metodologiczne: brak danych za 2010 r., na wykresie wartości te są ekstrapolowane.

Obywatele Polski oraz cudzoziemcy
Źródło: opracowanie własne na podst. Roczników Demograficznych i danych PESEL.

- Skala napływu migrantów czasowych zmieniła się radykalnie – z około 38 tys. w 2006 r. do 271,8 tys. w 2024 r., w szczególności po 2015 r.
- Wzrost został jedynie czasowo zahamowany przez pandemię COVID-19 (spadek w 2020 r.), jednak po wybuchu pełnoskalowej wojny w Ukrainie dodatkowo przyspieszył.

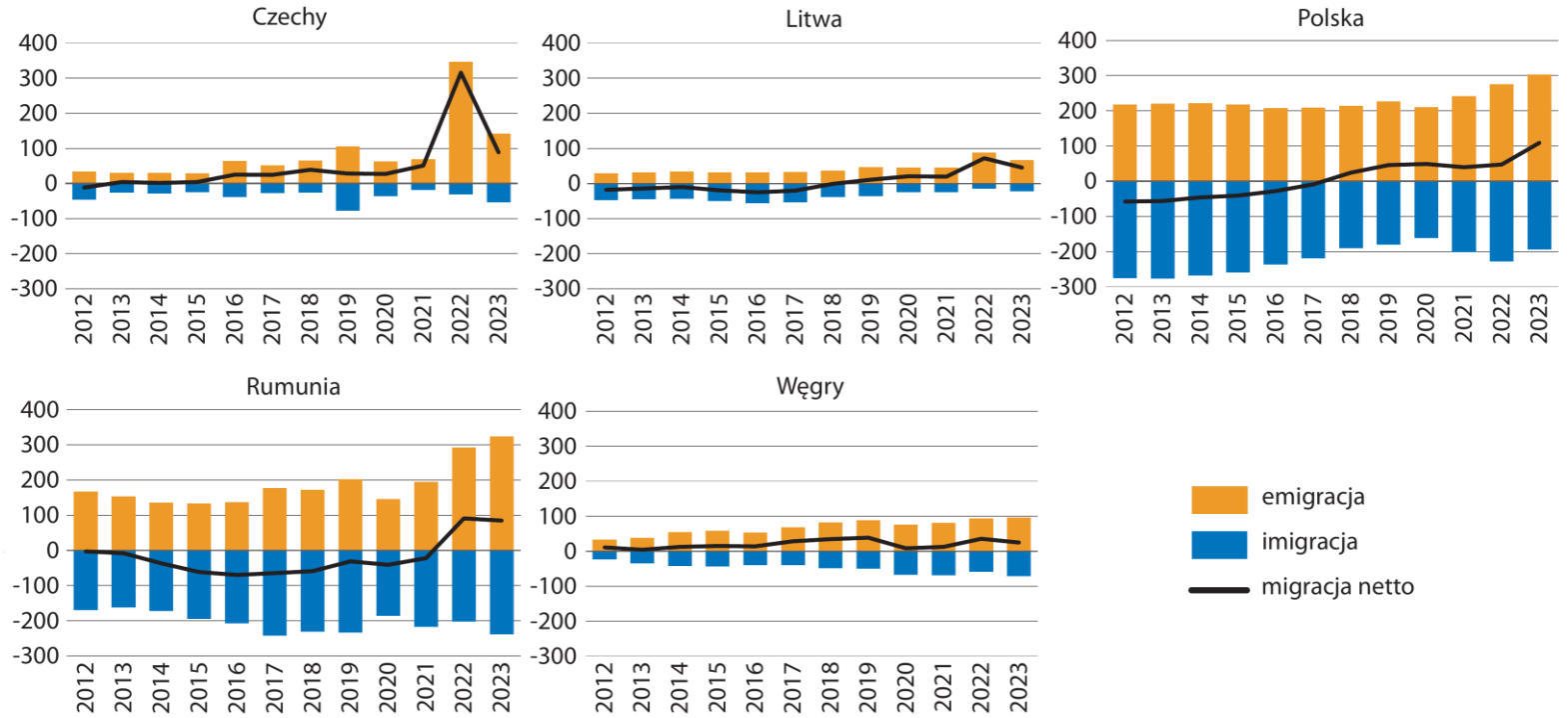
3. Migracje międzynarodowe

Migracje z i do Polski – uwagi ogólne

RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA

Polska nie jest odosobniona – transformację statusu migracyjnego przechodzą także inne kraje regionu

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



Polska na tle regionu

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

Źródło: opracowanie własne na podst. danych Eurostatu.

Struktura napływu: Ukraina i Białoruś

Wśród napływających niezmiennie dominują obywatele Ukrainy oraz Białorusi. Ukraińcy stanowili około 30% napływu do 2010 r., a po 2020 r. – 60–70%. Udział Białorusinów wynosił około 10%, ale w minionych dwóch latach wzrósł do 17–18%, bo większa część napływu z Ukrainy miała miejsce jeszcze w 2022 r.

Pozostałe grupy

Struktura krajów pochodzenia jest zróżnicowana. Tradycyjnie ważną grupą byli Wietnamczycy (około 5% przed 2015 r., obecnie 1%). Nową grupą są obywatele Indii – 2% rocznego napływu po 2020 r.

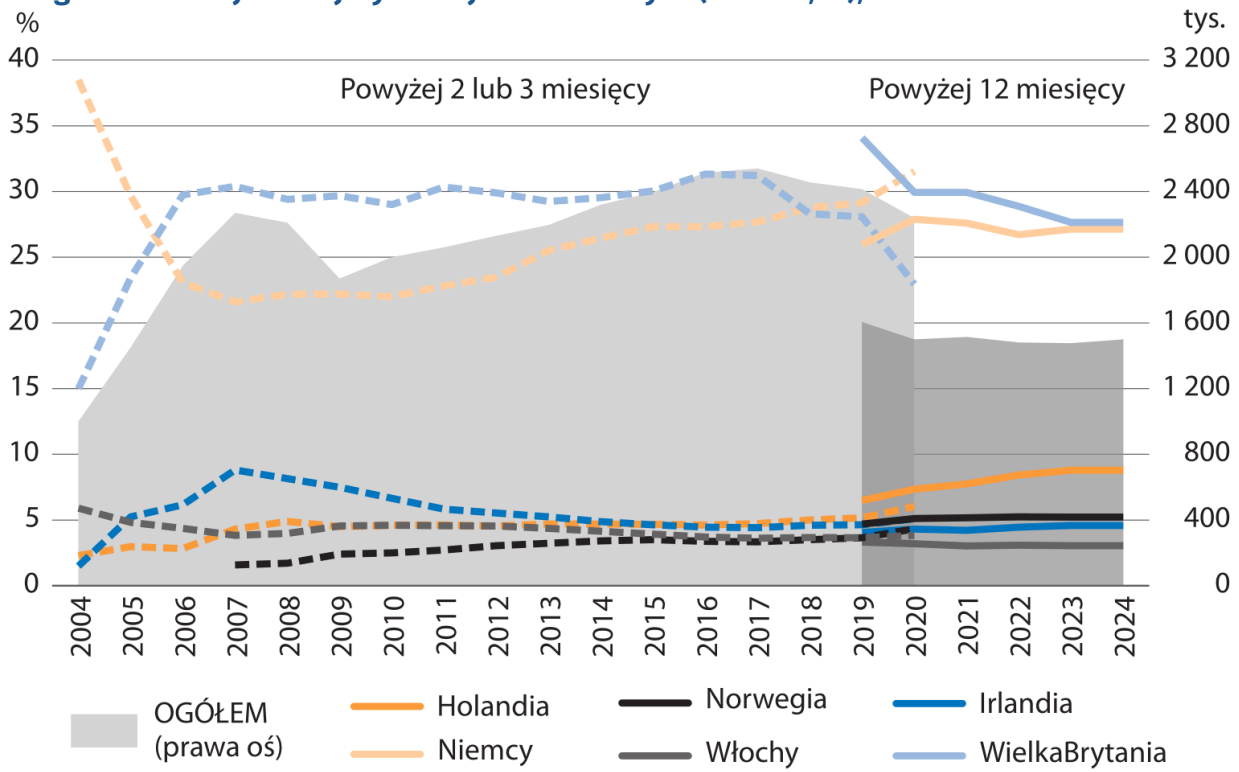
3. Migracje międzynarodowe

Emigracja z Polski

RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA

Około 1,5 mln osób z Polski przebywa za granicą dłużej niż rok – od 2020 r. liczba ta jest stabilna

Wykres 3.4. Liczba osób przebywających czasowo za granicą (prawa oś, tys.) i odsetek emigrantów w najważniejszych krajach docelowych (lewa oś, %), 2004–2024



Źródło: GUS (2011, 2021, 2025).

Jak czytać wykres. Dwuczęściowa konstrukcja wynika ze zmiany metodologii GUS, która uniemożliwia połączenie danych w jeden szereg. Jaśniejsza warstwa – osoby przebywające za granicą powyżej 3 miesięcy (w latach 2004–2006 – powyżej 2 miesięcy), ciemniejsza – powyżej 12 miesięcy. Linie przerywane dotyczą krótszego kryterium pobytu, ciągłe – pobytu powyżej 12 miesięcy.

Skala emigracji

Według NSP 2021 poza granicami Polski dłużej niż 12 miesięcy przebywało 1326 tys. osób zameldowanych w kraju na pobyt stały – o jedną siódmą mniej niż dekadę wcześniej. Szacunki GUS wskazują, że w latach 2020–2024 liczba ta utrzymywała się na względnie stabilnym poziomie około 1,5 mln.

Zmiana definicji i brexit

- Liczba emigrantów czasowych (>3 mies.) osiągnęła maksimum w latach 2016–2017 – ponad 2,5 mln osób.
- Przejście do kryterium 12 miesięcy obniżyło szacunek o około 1/3 (w 2019 r. o ponad 800 tys. osób).
- W 2020 r. liczba osób za granicą ponad rok spadła o około 100 tys. – niemal wyłącznie w efekcie wyjazdów z Wielkiej Brytanii po brexicie.
- Późniejsze wahania rzędu 1% wskazują na brak wyraźnej tendencji do powrotów i osiedleńczy charakter dużej części emigracji poakcesyjnej.

Kierunki emigracji

94% czasowej emigracji zarobkowej kieruje się do krajów Europy. Wielka Brytania i Niemcy przyciągają łącznie ponad połowę emigrantów, a wraz z Holandią, Norwegią, Irlandią i Włochami – ponad 75%. W latach 2019–2024 liczba Polaków w Wielkiej Brytanii spadła o 24% (133 tys.), a w Holandii wzrosła o 27% (28 tys.).

3. Migracje międzynarodowe

Imigracja do Polski

RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA

Niemal 2 mln cudzoziemców z prawem pobytu w Polsce – ponad 11 razy więcej niż dekadę wcześniej

Cudzoziemcy posiadający prawo pobytu w Polsce, 31.12.2024 r. (1 974 991 osób)



Zezwolenia na pobyt czasowy według obywatelstwa



Prawo pobytu stałego według obywatelstwa



Źródło: opracowanie własne na podst. danych Urzędu do Spraw Cudzoziemców.

Ochroną czasową objęte było 991,6 tys. cudzoziemców, z czego ponad 99,5% to obywatele Ukrainy. Kategoria zezwoleń na pobyt czasowy nie zaskakuje, biorąc pod uwagę tradycyjne wzorce imigracji do Polski, ale warto zwrócić uwagę, że prawo pobytu stałego miało już ponad 124 tys. cudzoziemców.

Skala imigracji

Łączna liczba cudzoziemców posiadających prawo pobytu w Polsce na koniec 2024 r. wyniosła 1 974 991 – ponad 11 razy więcej niż dekadę wcześniej i o 5,2% więcej niż rok wcześniej. Tempo wzrostu wyraźnie się zmniejszyło, ale liczba ta nadal rośnie.

Wielkość populacji cudzoziemców pozostaje jedną z największych niewiadomych w analizach demograficznych. Wiele źródeł prezentuje nie liczbę cudzoziemców faktycznie przebywających w Polsce, lecz liczbę posiadających prawo pobytu – a ten status nie oznacza przebywania na terytorium Polski.

Napływ w 2024 r.

- Zezwolenia na pobyt stały: 20 857 osób (w tym 9667 z Ukrainy); zameldowania na pobyt stały: 19 515 (+17% r/r).
- Imigranci na co najmniej 12 miesięcy: 111 308 (w tym 63 828 z Ukrainy).
- Zezwolenia na pobyt czasowy: 310 014 (w tym 195 807 z Ukrainy).

Inne kategorie

Status uchodźcy miało 3071 osób, a rezydentami długoterminowymi UE było 46 014 osób. Ponad 68 tys. osób dysponowało tytułami pobytowymi przysługującymi obywatelom UE i członkom ich rodzin.

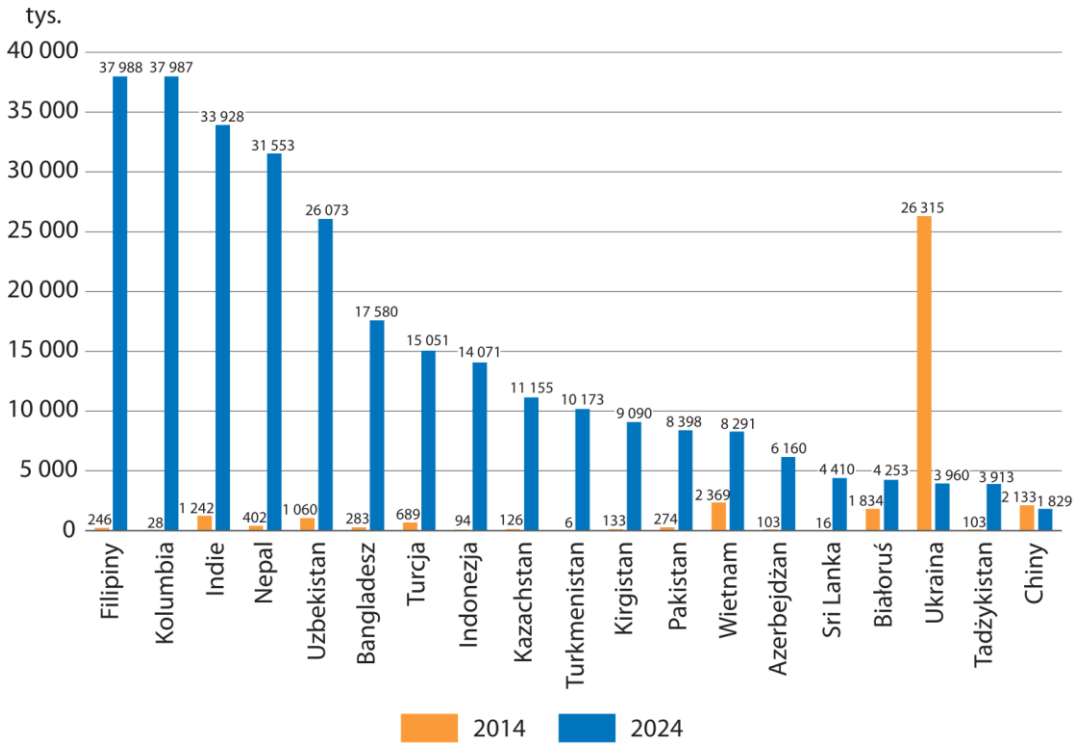
3. Migracje międzynarodowe

Imigracja do Polski

RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA

Zezwolenia na pracę: siedmiokrotny wzrost w ciągu dekady i radykalna zmiana krajów pochodzenia

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



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

Liczba zezwoleń

W 2024 r. wydano 322 941 zezwoleń na pracę – ponad siedmiokrotnie więcej niż przed dekadą (43 663), ale istotnie mniej niż przed wybuchem wojny w Ukrainie. Rekordowy był 2021 r. – 504 172 zezwolenia. Wzrost względem 2023 r. jest minimalny (0,7%).

- Od marca 2022 r. obywatele Ukrainy nie muszą posiadać zezwolenia, by zatrudniać się w Polsce.
- Elementem programu obecnego rządu było ograniczenie skali imigracji, w tym zarobkowej.
- W I półroczu 2025 r. wydano 144 507 zezwoleń wobec 173 716 rok wcześniej (spadek o 17%). Jednocześnie wg ZUS liczba pracujących cudzoziemców wzrosła w 2024 r. o 5,8%, do 1 192 913.

Kraje pochodzenia

W 2014 r. 60,2% zezwoleń otrzymali obywatele Ukrainy. W 2024 r. obywatele Filipin, Kolumbii, Indii, Nepalu, Uzbekistanu i Bangladeszu łącznie uzyskali 57,3%. Ukraińcy podejmują legalną pracę na innej podstawie prawnej, a wzrost liczby zezwoleń dla innych obywatelstw wynika z narastającego deficytu rąk do pracy w Polsce.

Oświadczenia o powierzeniu pracy

W szczytowym 2021 r. na podstawie oświadczeń prawo do uzyskania wizy miało niemal 2 mln cudzoziemców, w 2024 r. – już tylko 440 tys. Od 1 grudnia 2025 r. procedura dotyczy jedynie obywateli Armenii, Białorusi, Mołdawii i Ukrainy.

3. Migracje międzynarodowe

Imigranci z Ukrainy w Polsce

1,52 mln obywateli Ukrainy w Polsce – około 4% całkowitej liczby ludności

Osoby z obywatelstwem ukraińskim w Polsce, koniec 2024 r. (eksperymentalny szacunek GUS)



ze statusem PESEL-UKR (ochrona czasowa) | bez statusu PESEL-UKR

Osoby ze statusem PESEL-UKR, 2025 r.



ok. 395 tys., z czego około 200 tys. uczyło się w polskim systemie oświaty

Źródło: opracowanie własne na podst. GUS (2025).

Szacunki liczby imigrantów bez ochrony czasowej

O ile liczba osób objętych ochroną czasową opiera się na danych administracyjnych, o tyle szacunki dla imigrantów przybyłych przed wojną są mniej pewne: około 1,1 mln w 2022 r. (Duszczyk i in., 2023), 650 tys. według badań ankietowych w 2025 r. (Dudek i Strzelecki, 2025), 490 tys. na podstawie danych o dokumentach pobytowych. Osoby bez legalnych dokumentów stanowią relatywnie niewielki odsetek imigracji.

Ochrona czasowa

Większość imigrantów z Ukrainy legalizuje pobyt na podstawie przepisów o ochronie czasowej, wdrażających unijną dyrektywę aktywowaną po wybuchu wojny w 2022 r. Dają one dostęp do rynku pracy, działalności gospodarczej, usług publicznych i świadczeń. Zasady obowiązywały jednak czasowo, a ich termin był kilkakrotnie przedłużany – niepewność pozostawała problemem także na początku 2026 r.

Co najmniej jedna trzecia obywateli Ukrainy przebywa w Polsce na podstawie zezwoleń na pobyt stały, czasowy lub statusu rezydenta długoterminowego UE.

Cechy demograficzne

Wśród imigrantów przedwojennych zdecydowanie wyższy odsetek stanowili mężczyźni oraz osoby w wieku 27–44 lata, co wynika z okoliczności ich przyjazdów – migracji głównie do pracy w zmaskulinizowanych zawodach.

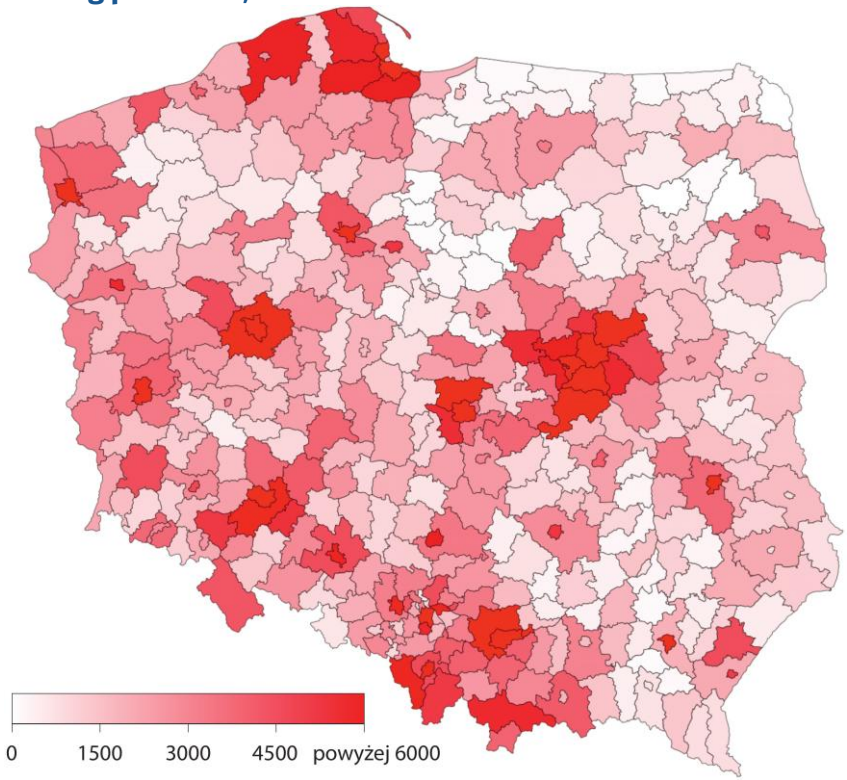
Około 20% imigrantów pozostaje w Polsce bez rodziny. Liczba urodzeń dzieci imigrantów z Ukrainy wynosi od 2022 r. około 12 tys. rocznie – w 2024 r. było to 4,6% wszystkich urodzeń w Polsce.

3. Migracje międzynarodowe

Imigranci z Ukrainy w Polsce

Uchodźcy z Ukrainy koncentrują się w największych miastach i szybko podejmują pracę

Mapa 3.1. Liczba osób zarejestrowanych w rejestrze obywateli Ukrainy, którym nadano status na podstawie specustawy, według powiatów, 10.12.2024 r.



Źródło: opracowanie własne na podst. dane.gov.pl (dostęp 02.01.2026 r.).

Rozmieszczenie

Zdecydowana większość osób objętych ochroną czasową koncentruje się w największych miastach i sąsiadujących z nimi powiatach.

Warszawa skupia ponad 11% Ukraińców przebywających w Polsce; wysoka koncentracja występuje też we Wrocławiu, Krakowie, Poznaniu, Gdańsku, Łodzi, Szczecinie i Katowicach. Województwa mazowieckie, dolnośląskie, śląskie i wielkopolskie skupiają łącznie ponad 52% populacji ukraińskiej. Województwa wschodnie, mimo sąsiedztwa z Ukrainą, nie są głównymi miejscami osiedlania się uchodźców.

Kluczową rolę odgrywają wielkość i chłonność lokalnych rynków pracy, dostępność mieszkań oraz obecność ukształtowanych społeczności ukraińskich.

Integracja ekonomiczna

- Udział bezrobotnych wśród imigrantów przymusowych spadł z 25% w 2022 r. do 14% w 2025 r., a stałe zatrudnienie wzrosło z 38% do 54%; trwale poza rynkiem pracy pozostawało 11% dorosłych.
- Bardzo dobrą lub biegłą znajomość polskiego deklarowało 12% w 2022 r. i 53% w 2025 r.
- Udział wykonujących najprostsze prace spadł z 53% (2023 r.) do 42% (2025 r.), ale ponad jedna trzecia osób z ochroną czasową pracuje poniżej kwalifikacji.
- Luka płacowa między mężczyznami i kobietami wynosi 20% wśród uchodźczyń i około 25% wśród imigrantek ekonomicznych sprzed 2022 r.

RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA

4

Migracje wewnętrzne i przyrost rzeczywisty w ujęciu przestrzennym

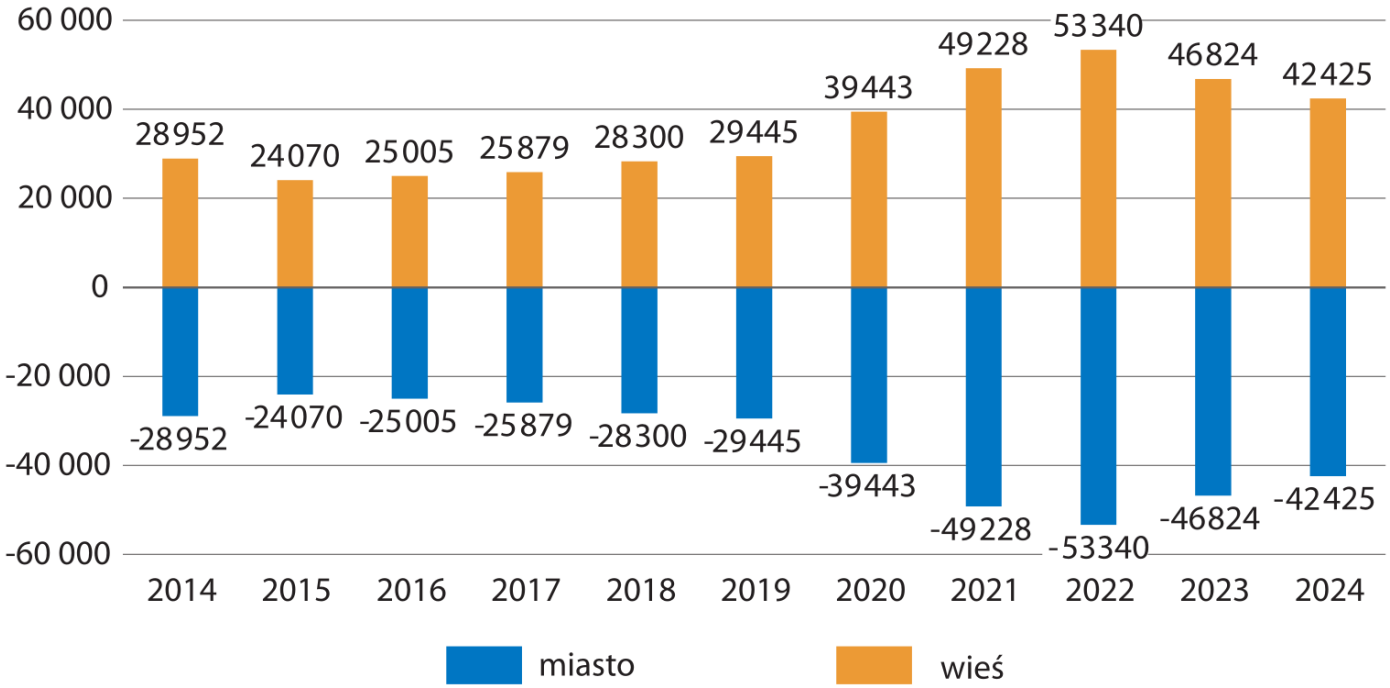
Monika Stanny, Łukasz Komorowski,
Daniela Szymańska

4. Migracje wewnętrzne i przyrost rzeczywisty w ujęciu przestrzennym

Saldo migracji

Dominują przeprowadzki ludności z miast na wieś, ale efekt pandemii stopniowo wygasa

Wykres 4.1. Saldo migracji wewnętrznej, 2014–2024



Źródło: opracowanie własne na podstawie Roczników Demograficznych za lata 2014–2024, GUS.

W warunkach utrzymującego się od 2013 r. ubytku naturalnego to przepływy migracyjne coraz bardziej wpływają na kierunki rozwoju demograficznego gmin i regionów.

Przepływ z miast na wieś

Przepływ ludności z miast na wieś, obserwowany nieprzerwanie od początku XXI w., nasilił się szczególnie po 2019 r. W latach 2020–2024 obszary wiejskie zyskały kosztem miast 231,3 tys. mieszkańców – o prawie 70 tys. więcej niż w latach 2014–2019.

Rekordowy był 2022 r.: na wieś przeprowadziło się per saldo 53,3 tys. osób (3,5‰ ludności Polski).

W 2023 r. saldo spadło do 46,8 tys., a w 2024 r. – do 42,4 tys. (2,8‰ mieszkańców wsi).

Ograniczenia danych

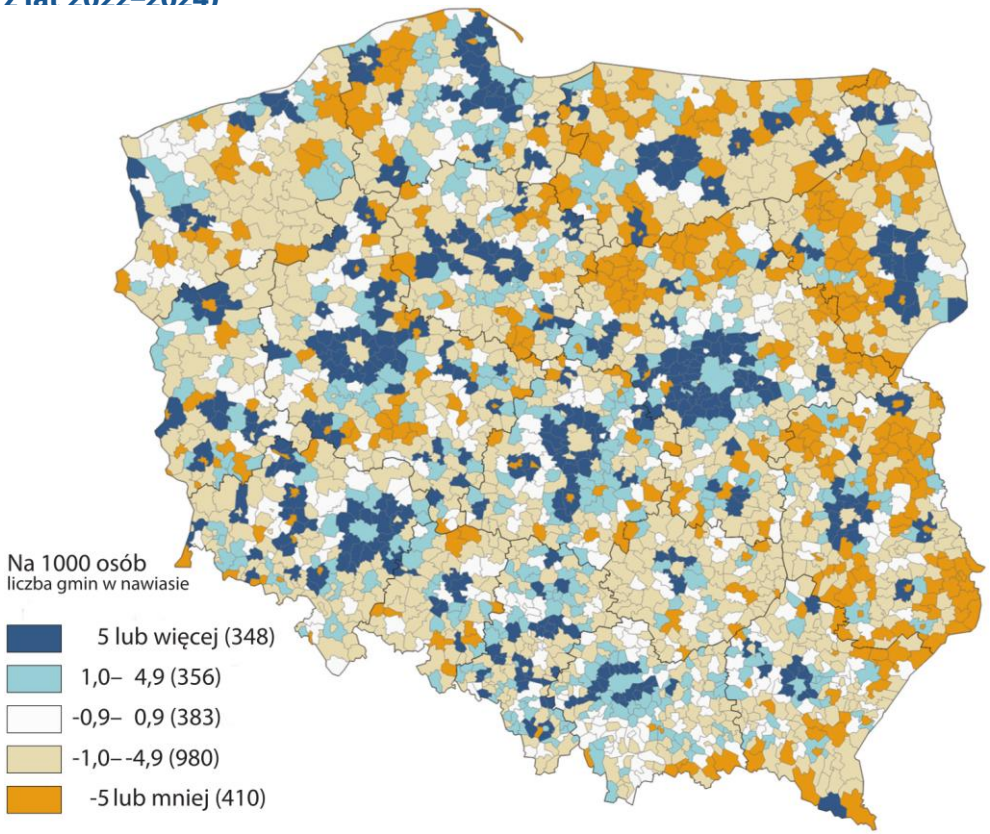
Skala i struktura migracji wewnętrznych są niedoszacowane w statystyce publicznej, głównie ze względu na niską dyscyplinę meldunkową. Dane rejestrowe nie odzwierciedlają faktycznej mobilności związanej z edukacją, pracą czy zmianą stylu życia.

4. Migracje wewnętrzne i przyrost rzeczywisty w ujęciu przestrzennym

Zróżnicowanie przestrzenne migracji

Ludzie przeprowadzają się do stref podmiejskich, a opuszczają obszary peryferyjne

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



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS.

Gminy według salda migracji, 2022–2024



Strefy podmiejskie

Współczynnik salda migracji przyjmował wartości od -13,9 do 35,8 na 1000 mieszkańców. Najwyższe (powyżej 5‰; 14% gmin) występowały w strefach podmiejskich stolic województw – zwłaszcza Łodzi, Poznania, Warszawy i Wrocławia – oraz mniejszych miast o funkcjach subregionalnych lub lokalnych, niezależnie od położenia na linii wschód–zachód.

Migranci to w dużej mierze osoby w wieku produkcyjnym, co odmładza strukturę demograficzną stref podmiejskich i sprzyja ich aktywności gospodarczej.

Gminy o głęboko ujemnym saldzie

W 410 gminach (16,6%) saldo było niższe niż -5‰. Koncentrowały się one w województwach wschodnich (lubelskie, podlaskie), na północy Mazowsza i w warmińsko-mazurskim. Są to jednostki o peryferyjnym charakterze, w których ujemne saldo odzwierciedla niekorzystną sytuację społeczno-ekonomiczną.

4. Migracje wewnętrzne i przyrost rzeczywisty w ujęciu przestrzennym

Przyrost rzeczywisty

Ubytek ludności w prawie 80% gmin – wzrost w strefach podmiejskich stolic województw

Gminy według przyrostu rzeczywistego, 2014–2024



Gminy według komponentów przyrostu rzeczywistego



■ oba komponenty dodatnie ■ dodatnie saldo, ujemny przyrost naturalny (3%) ■ odpływ mimo dodatniego przyrostu naturalnego

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
gmina miejska	-0,73%	-9,13%	-9,09%	-4,32%
gmina wiejska	15,85%	2,46%	-4,40%	1,35%
gmina 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 i 2024.

Komponenty przyrostu rzeczywistego

Dodatni przyrost rzeczywisty wystąpił tylko w około 21% gmin – w 91% z nich dzięki dodatniemu saldu migracji. Wśród gmin z ubytkiem ludności w 58% decydowało ujemne saldo migracji, a w 42% – ujemny przyrost naturalny.

Rola miejskich obszarów funkcjonalnych

Cztery na dziesięć osób mieszka w Miejskich Obszarach Funkcjonalnych (MOF) stolicy województwa. W tych strefach liczba ludności gmin wiejskich wzrosła o 16% przy niewielkim spadku w gminach miejskich – osadnictwo przesuwa się z rdzeni miast do stref podmiejskich.

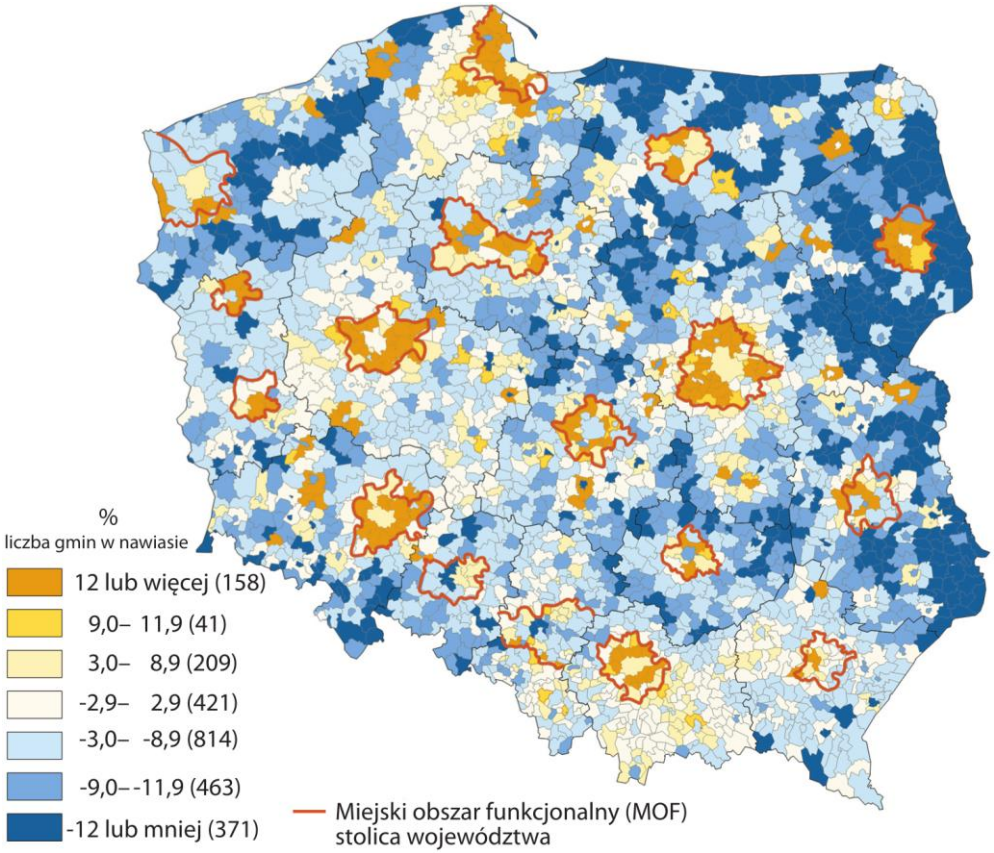
W MOF ośrodków regionalnych ludność zmniejszyła się o 5,3%, a w ich miastach centralnych – o ponad 9%, podobnie jak w miastach poza MOF. Poza MOF gminy wiejskie straciły 4,4% mieszkańców.

4. Migracje wewnętrzne i przyrost rzeczywisty w ujęciu przestrzennym

Przyrost rzeczywisty

Depopulacja obejmuje większość kraju – liczba ludności wzrosła tylko w 567 gminach

Mapa 4.2. Zmiana zaludnienia kraju w latach 2014–2024



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS.

Gminy według zmiany liczby ludności, 2014–2024



Wzrost wokół największych miast

Gminy zwiększające zaludnienie koncentrują się wokół największych miast: Białegostoku, Krakowa, Poznania, Trójmiasta, Warszawy i Wrocławia, choć są też przykłady spadku – wokół aglomeracji górnośląskiej, Opola i Szczecina. Wzrost niezwiązany z bliskością miasta występuje m.in. w Małopolsce i na Kaszubach.

Obszary wyludniania

Największa depopulacja wystąpiła w Polsce wschodniej, zwłaszcza w woj. podlaskim i lubelskim, a także w strefach subregionalnych województw mazowieckiego, łódzkiego i świętokrzyskiego, w warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim
oraz w południowej części dolnośląskiego i w opolskim.

Słabnący model policentryczny

Rola małych i średnich miast jako lokalnych centrów rozwoju słabnie, a ludność i aktywność gospodarcza koncentrują się w największych aglomeracjach.

RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA

5

Starzenie się ludności i aktywność zawodowa osób w wieku okołoemerytalnym

Anita Abramowska-Kmon, Piotr Błędowski,
Barbara Szatur-Jaworska, Piotr Szukalski

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

Struktura wieku ludności

Osoby w wieku 65+ stanowią już 20,5% ludności – w 2050 r. będzie to 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 w wieku 65+ (tys.)	5859,7	7499,7	8176,6	8342,5	8702,1	9323,1	10070,3
Udział osób 65+ (%)	15,4	20,5	21,9	22,8	24,3	26,5	29,1
Ludność w wieku 85+ (tys.)	663,6	813,5	838,9	1104,7	1496,5	1801,3	1820,8
Udział osób 85+ (%)	1,7	2,2	2,2	3,0	4,2	5,1	5,3
Mediana wieku – ogółem	39,6	43,0	45,0	47,0	48,5	49,4	49,6
Współczynnik feminizacji* – ogółem	107	107	108	107	107	106	105
Współczynnik feminizacji* – 65+	158	148	147	146	143	138	133
Współczynnik feminizacji* – 85+	272	258	248	227	217	210	204

** Liczba kobiet na 100 mężczyzn. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostatu i projekcji EUROPOP2023 (wariant bazowy – stan na 1.01 danego roku).*

Liczba i struktura wieku

Liczba osób w wieku 65+ wzrosła o 1,6 mln, do prawie 7,5 mln, a ich udział – z 15,4% do 20,5%. Do 2050 r. przybędzie kolejnych prawie 2,6 mln osób starszych.

Starzenie populacji przebiegało w Polsce szybciej niż w innych krajach UE, zwłaszcza w tzw. starych krajach Unii.

Mediana wieku i feminizacja

Mediana wieku wzrosła z 39,6 roku w 2015 r. do 43 lat w 2024 r., a do 2050 r. – według projekcji – wzrośnie
do 49,6 roku. Zbiorowość kobiet jest i będzie starsza
niż mężczyzn.

W 2024 r. na 100 mężczyzn w wieku 65+ przypadało 148 kobiet, a wśród osób 85+ – aż 258. Do 2050 r. przewaga kobiet zmaleje (odpowiednio do 133 i 204), ale nadal będą one stanowić większość osób starszych i w dużej części będą mieszkać samotnie, co znacząco zdeterminuje zapotrzebowanie na opiekę.

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

Pomiar alternatywny

Miary alternatywne wskazują na mniejsze zaawansowanie starzenia populacji niż miary tradycyjne

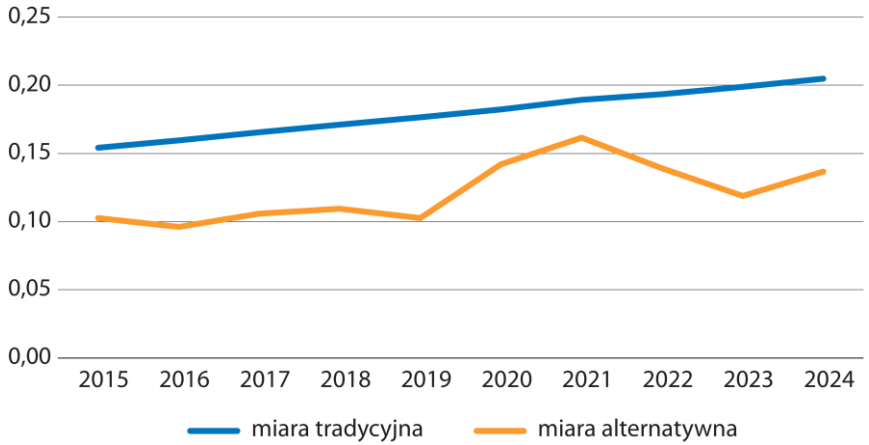
Tradycyjna granica starości: 65 lat

Według tablic trwania życia w 1958 r. 65 roku życia mogło dożyć 68,5% osób, w 2024 r. – 84,5%. 74-letnia Polka w 1990 r. mogła przeżyć jeszcze średnio 10 lat – tyle samo co 79-letnia kobieta w 2024 r.

Miara alternatywna początku starości

W podejściu alternatywnym początek starości to wiek, w którym oczekiwane dalsze trwanie życia wynosi 15 lat. W latach 2015–2024 granica ta wynosiła 70–71 lat (z wyjątkiem okresu pandemii COVID-19).

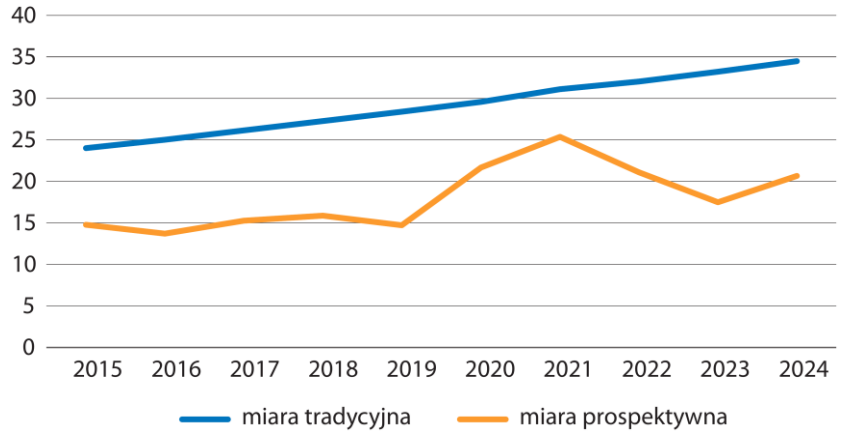
Wykres 5.1. Udział osób starszych w populacji Polski w latach 2015–2024 (miara tradycyjna i alternatywna)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostatu.

- Udział osób w wieku 65+ wzrósł z 15,4% w 2015 r. do 20,5% w 2024 r.
- Udział osób, dla których dalsze trwanie życia nie przekracza 15 lat: 10–11% do 2019 r., 16,2% w 2021 r. i 13,7% w 2024 r.

Wykres 5.2. Współczynnik zależności demograficznej osób starszych w Polsce w latach 2015–2024 (miara tradycyjna i prospektywna)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostatu.

- Tradycyjny współczynnik (osoby 65+ na 100 osób w wieku 20–64 lata) wzrósł z 24 do 34,5 osoby starszej na 100 dorosłych.
- Prospektywny (osoby, dla których dalsze trwanie życia nie przekracza 15 lat na 100 osób w wieku od 20 lat do granicy starości): około 15 do 2019 r., 25,1 w 2021 r. i 20,6 w 2024 r.

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

Aktywność zawodowa

Szybko rośnie aktywność zawodowa osób w wieku przedemerytalnym, wolno u osób w wieku emerytalnym

Tabela 5.2. Współczynniki aktywności zawodowej osób w wieku 55 lat lub więcej według płci i grup wieku, 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.*

Pracujący w wieku 65+ według statusu – II kw. 2016 r.



Pracujący w wieku 65+ według statusu – II kw. 2025 r.



Przedpole starości ekonomicznej

Współczynnik aktywności zawodowej mężczyzn w wieku 55–64 lat wzrósł z 57,5% w 2015 r. do 72,5% w 2024 r., a kobiet w wieku 55–59 lat – z 55,4% do 74,5%. Szczególnie dynamiczny był wzrost wśród kobiet, którym do wieku emerytalnego zostało pięć lat lub mniej.

Wiek emerytalny

Aktywna zawodowo jest prawie co dziesiąta osoba w wieku emerytalnym
(9,2% mężczyzn, 9,1% kobiet). Od 2015 r. współczynnik aktywności wzrósł o 1,3 pkt proc. wśród mężczyzn i o 1,9 pkt proc. wśród kobiet.

Pracujący seniorzy

Liczba pracujących osób w wieku 65 lat lub więcej wzrosła z 281 tys. (II kw. 2016 r.) do 475 tys. (II kw. 2025 r.) – o prawie 70%. Udział kobiet wśród pracujących wzrósł z 35% do 42%; około 70% to mieszkańcy miast. Udział pracujących w indywidualnym gospodarstwie rolnym spadł z 18% do 10%,
a osób z wykształceniem co najmniej średnim wzrósł z 69% do 79%.

Większość uprawnionych przechodzi na emeryturę zaraz po osiągnięciu minimalnego wieku

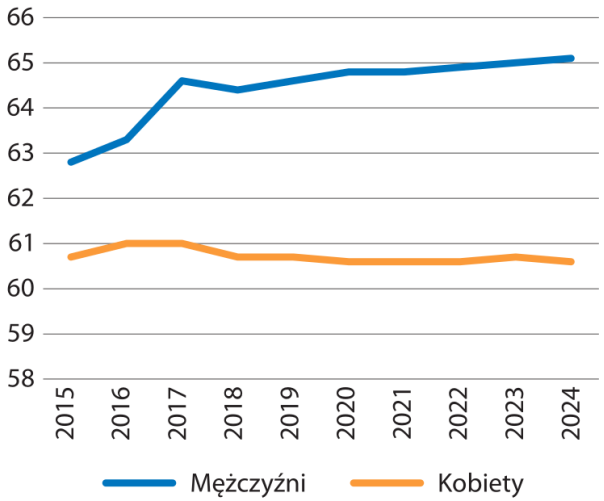
Wiek przechodzenia na emeryturę

Średni wiek przechodzenia na emeryturę z systemu pracowniczego jest tylko o 0,5–0,6 roku wyższy od minimalnego w przypadku kobiet i o 0,1 roku – mężczyzn. Wpływ zasady neutralności aktuarialnej na zachowania ubezpieczonych jest znikomy.

Plany osób przed emeryturą

Tylko 18,2% kobiet i 19,8% mężczyzn myśli o kontynuacji pracy po osiągnięciu wieku emerytalnego. Powody braku chęci do kontynuacji zatrudnienia to: chęć cieszenia się życiem (61%), czas dla rodziny (43,3%) i wypalenie zawodowe (25,4%).

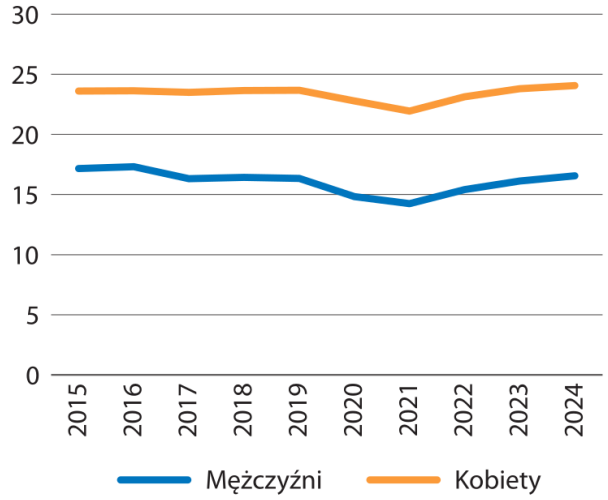
Wykres 5.3A. Średni wiek przechodzenia na emeryturę w ramach systemu ubezpieczeń pracowniczych ZUS, 2015–2024



Źródło: dane ZUS.

- Mimo zachęt do dłuższej pracy wiek przejścia na emeryturę praktycznie pokrywa się z ustawowym minimum.
- 65,1% kobiet przed emeryturą planuje przejść na nią w wieku 60 lat, a 60,9% mężczyzn – w wieku 65 lat.

Wykres 5.3B. Oczekiwane dalsze trwanie życia osoby, która przechodzi na emeryturę w średnim wieku przejścia na emeryturę wypłacaną przez ZUS, 2015–2024



Źródło: obliczenia własne na podstawie danych ZUS i GUS.

- Przy umieralności z 2024 r. kobieta pobiera emeryturę średnio przez 24 lata, a mężczyzna – przez 16,5 roku.
- KRUS wydał w 2025 r. 228,2 tys. decyzji emerytalno-rentowych – niemal 3 razy więcej niż rok wcześniej, głównie z powodu renty wdowiej.

RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA

6

Wspieranie prokreacji a zdrowie reprodukcyjne

Rafał Kurzawa, Aleksandra Saniewska-Kilim,
Jolanta Grotowska-Leder

6. Wspieranie prokreacji a zdrowie reprodukcyjne

RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA

Płodność poniżej zastępowalności

Wśród przyczyn luki dzietności nie dostrzega się znaczenia zdrowia reprodukcyjnego

Płodność poniżej zastępowalności pokoleń – zjawisko globalne

W 1990 r. około 25% ludności świata żyło w krajach o współczynniku dzietności poniżej 2,1, dziś – ponad dwie trzecie. W UE wynosił on w 2024 r. 1,34; niska dzietność nie wystąpiła jedynie w Bułgarii, Francji i Słowenii. Polska należy do krajów o najniższej dzietności (TFR 1,14 w 2024 r.).

Luka dzietności

Prawie połowa Polaków w wieku 18–40 lat chce mieć dwoje dzieci, a około 18% – troje lub więcej. Natomiast tylko 30% Polaków w tym wieku miało zaspokojone potrzeby prokreacyjne, tj. miało tyle dzieci, ile chciałoby mieć (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.

Luka między pożądaną i faktyczną liczbą dzieci ma uwarunkowania ekonomiczne, instytucjonalne i społeczno-kulturowe – ale wśród jej przyczyn nie dostrzega się znaczenia zdrowia reprodukcyjnego, w tym wpływu opóźniania prokreacji i narastającego ryzyka niepłodności.

Od skutecznej antykoncepcji do wspierania rodzicielstwa

Raport International Federation of Fertility Societies wskazuje 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 (fertility care).

To nowe podejście podkreśla z jednej strony kluczowe znaczenie podnoszenia świadomości o ograniczeniach biologicznych i zdrowotnych prokreacji, z drugiej zaś strony – zagwarantowanie równego dostępu do świadczeń medycznych w zakresie zdrowia reprodukcyjnego.
Coraz ważniejsza jest dbałość o to, aby osoby pragnące mieć dzieci, miały wsparcie w realizacji swoich zamierzeń prokreacyjnych.

Opóźnianie macierzyństwa

W 2024 r. średni wiek zostania matką w UE wynosił 29,9 roku (Włochy: 31,9), a w Polsce – 28,7 roku. Opóźnianie macierzyństwa wpływa na możliwość realizacji zamierzeń rodzicielskich i jest związane także ze zdrowiem reprodukcyjnym.

6. Wspieranie prokreacji a zdrowie reprodukcyjne

Regulacje i programy

Leczenie niepłodności jest dziś finansowane z programów Ministerstwa Zdrowia

Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego

Oferuje 153 świadczenia służące skoordynowanej diagnostyce i leczeniu niepłodności, z pominięciem medycznie wspomaganej prokreacji. W latach 2017–2025 zgłosiło się 20 269 par. Koszt programu nie przekracza 8 mln zł rocznie; jest realizowany w 21 szpitalach o najwyższym poziomie specjalizacji.

Program leczenia niepłodności na lata 2024–2028

Obejmuje procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe z dawstwem partnerskim oraz dawstwem komórek i zarodków, a także zabezpieczenie płodności osób z chorobą onkologiczną. Zabezpieczono nie mniej niż 500 mln zł rocznie; w 2025 i 2026 r. – 600 mln zł.

Opieka okołoporodowa i antykoncepcja

Każda kobieta w ciąży ma zagwarantowane świadczenia bez względu na status ubezpieczenia; Standard Opieki Okołoporodowej przewiduje co najmniej 9 konsultacji, a od czerwca 2024 r. badania prenatalne są bezpłatne dla wszystkich ciężarnych. Wiele placówek nie stosuje jednak w pełni zapisów standardu. Refundacją objętych jest sześć produktów antykoncepcyjnych.

Edukacja w zakresie zdrowia reprodukcyjnego

Co piąty badany w wieku 18–24 lata ocenia swoją wiedzę o płodności jako niską lub niewystarczającą, a ponad 70% badanych nie stosuje zabezpieczenia poza ewentualnie prezerwatywą (NTP 2024). Od 1 września 2025 r. w szkołach wprowadzono przedmiot edukacja zdrowotna – nieobowiązkowy i nieoceniany. Brakuje skoordynowanej edukacji osób dorosłych.

Uczniowie uczestniczący w Edukacji zdrowotnej w roku szkolnym 2025/2026



6. Wspieranie prokreacji a zdrowie reprodukcyjne

Medyczne aspekty zdrowia reprodukcyjnego

Niepłodność dotyczy w Polsce 1,2–1,5 mln par – na płodność silnie wpływa styl życia

Według WHO w krajach rozwiniętych niepłodność dotyka około 15% par; w Polsce szacuje się, że problem dotyczy 1,2–1,5 mln par. Przyczyny zależą od kobiety (50–65% przypadków), od mężczyzny (40–50%) lub są niewyjaśnione (20–30%); u 20–35% par przyczyny współistnieją. Rocznie 35–50 tys. par wymaga zapłodnienia pozaustrojowego.

Otyłość

Dotyczy 15–20% kobiet i 20–25% mężczyzn w wieku rozrodczym i zmniejsza szansę na ciążę o około połowę. Kobiety z otyłością mają 2–5 razy większe ryzyko utraty ciąży i powikłań. 80–85% osób w wieku rozrodczym spożywa żywność typu fast food.

Nikotyna

25–30% kobiet w wieku rozrodczym i tyle samo mężczyzn regularnie zażywa nikotynę. Palenie może zmniejszać szansę na ciążę prawie dwukrotnie i odpowiada nawet za 15–20% przypadków niepłodności; podobne skutki mają e-papierosy i tytoń podgrzewany.

Alkohol

Z punktu widzenia płodności nie istnieje bezpieczna dawka alkoholu. 4–5% Polek w wieku rozrodczym pije go regularnie, a 60–70% – okazjonalnie. Polska nadal plasuje się powyżej średniej europejskiej spożycia alkoholu.

Inne czynniki

Niepłodność częściej stwierdza się u palaczy marihuany. Związek z płodnością mogą mieć też nowe technologie i emitowane przez nie promieniowanie, stres, charakter pracy oraz zanieczyszczenie środowiska.

Leczenie niepłodności jest stopniowane i zindywidualizowane: obejmuje modyfikację stylu życia, leczenie przyczynowe, inseminację domaciczną i zapłodnienie pozaustrojowe. Nadrzędnym celem terapii jest urodzenie zdrowego dziecka przy minimalizowaniu ryzyka powikłań.

6. Wspieranie prokreacji a zdrowie reprodukcyjne

Niepłodność i jej leczenie

RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA

Program leczenia niepłodności: 16,7 tys. urodzonych dzieci do lipca 2026 r.

Efekty programu (do końca lipca 2026 r.)

Do programu zakwalifikowano 54 037 par, odnotowano 32 264 ciąże kliniczne i urodziło się 16 722 dzieci. Przeprowadzono 12 295 kriotransferów zarodków; 2183 osoby zamroziły gamety w ramach zabezpieczenia płodności. W programie uczestniczy 58 ośrodków.

Dzieci urodzone w programie według płci



Program z lat 2013–2016 (31 klinik, 237,9 mln zł): 31 854 procedury u 22 623 par i 22 191 urodzonych dzieci.

Efektywność

Skuteczność leczenia metodą zapłodnienia pozaustrojowego w Polsce, mierzona liczbą ciąż klinicznych na transfer zarodka, pozytywnie wyróżnia się na tle Europy.

Finansowanie IVF ze środków publicznych generuje w długiej perspektywie 30–80-krotną stopę zwrotu i przyczynia się do co najmniej 12–15 tys. dodatkowych porodów rocznie. Przy odpowiednim finansowaniu realne jest, by 5–7% dzieci rodziło się dzięki tym procedurom.

12 grudnia 2025 r. Polska jako jeden z sześciu krajów Europy dołączyła do europejskiego rejestru leczenia niepłodności EuMAR.

Luki systemowe

Leczenie niepłodności nie ma w pełni kompleksowego charakteru. Brakuje publicznych, wysokospecjalistycznych ośrodków zapewniających zintegrowaną diagnostykę i terapię z użyciem wszystkich udowodnionych metod.

Rozszerzenie dostępności inseminacji domacicznej (IUI) mogłoby zwiększyć dostępność leczenia i zoptymalizować koszty systemowe.

Brak ogólnokrajowego rejestru procedur medycznie wspomaganej prokreacji ogranicza ocenę zapotrzebowania, skuteczności i bezpieczeństwa leczenia.

RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA

7

Podsumowanie i rekomendacje

Piotr Błędowski, Agnieszka Chłoń-Domińczak,
Elżbieta Gołata, Irena E. Kotowska

7. Podsumowanie i rekomendacje

Wyzwania

RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA

Potrzeba konstruktywnych działań

Diagnoza

Polska coraz wyraźniej odczuwa skutki depopulacji i starzenia się ludności: osłabienie lokalnych rynków pracy, gorszy dostęp do usług publicznych i spadek dochodów samorządów.

Wyludnianie się małych i średnich miejscowości uruchamia negatywną spiralę: mniej mieszkańców oznacza niższe wpływy, mniejsze możliwości inwestycyjne i niższą jakość życia, co przyspiesza odpływ młodych.

Polityka społeczna, gospodarcza, system edukacji i zdrowia, niemal wszystkie dziedziny państwa powinny to uwzględniać, aby jak najlepiej wykorzystywać istniejące zasoby i dostosować się do sytuacji ludnościowej.

Założenia rekomendacji

1. Skoro mamy zdiagnozowany charakter i kierunek zmian i obserwujemy to jako proces utrwalony nie tylko w Polsce, mamy podstawy do zaplanowania działań, które nas przygotują do zmiany demograficznej i jej konsekwencji.

2. Efekty działań dla procesów demograficznych nie pojawiają się w krótkiej perspektywie. Konieczne jest spojrzenie długoterminowe, planowanie nastawione na wieloletnie działania.

3. Planowanie wsparcia dla lokalnych społeczności, które mogą szczególnie dotkliwie odczuwać zmiany demograficzne poprzez inwestycje w usługi publiczne, infrastrukturę społeczną i wprowadzanie rozwiązań cyfrowych.

4. Wypracowywanie planów działania wspólnie przez społeczności, biznes, samorządy i środowisko naukowe. Potrzebna jest też współpraca międzyregionalna.

5. Rekomendacje opracowane wspólnie z autorami rozdziałów pogrupowano w obszary odpowiadające poszczególnym częściom Raportu.

7. Podsumowanie i rekomendacje

Płodność i formy życia rodzinnego

RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA

Polityka rodzinna i statystyka publiczna muszą uwzględniać przemiany form życia rodzinnego

Diagnoza

W Polsce trwa głęboka transformacja norm i form życia rodzinnego. Coraz więcej rodzin tworzonych jest na podstawie związku niemałżeńskiego, a ich ignorowanie w regulacjach prawnych i statystyce powiększa lukę wiedzy o rzeczywistych potrzebach rodzin.

Wsparcie publiczne powinno odpowiadać rzeczywistym wzorcom życia rodzinnego, a nie zależeć wyłącznie od formalnego statusu małżeńskiego.

Rekomendacje

1. Wykorzystanie w statystyce publicznej identyfikatora matki i ojca dziecka do łączenia danych o urodzeniach z danymi o rodzicach – analiza sekwencji zdarzeń i biografii rodzinnych.
2. Systematyczne łączenie danych rejestrowych o urodzeniach, małżeństwach i rozwodach.
3. Większe wykorzystanie mikrodanych administracyjnych w badaniach naukowych, przy zachowaniu ochrony danych osobowych.
4. Wyodrębnienie urodzeń przez kobiety pozostające w związku niemałżeńskim.
5. Wyodrębnianie rodzin w badaniach EU-SILC i BAEL według ujęcia stosowanego w spisie powszechnym.
6. Wykorzystanie baz administracyjnych do oszacowania zbiorowości małżeństw narażonych na ryzyko rozwodu.

7. Podsumowanie i rekomendacje

Zdrowie i umieralność

RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA

Konieczna jest systemowa diagnoza i ograniczenie zgonów możliwych do uniknięcia

Diagnoza

Stan zdrowia ludności Polski jest gorszy niż przeciętnie w UE: wyższe jest natężenie zgonów, krótsze trwanie życia, a umieralność z przyczyn możliwych do uniknięcia – znacznie wyższa niż w UE.

Utrzymują się duże różnice w umieralności kobiet i mężczyzn oraz zróżnicowanie społeczne i terytorialne.

Rekomendacje

1. Systemowa diagnoza przyczyn niekorzystnych różnic wobec UE w zakresie przedwczesnych zgonów możliwych do uniknięcia (zwłaszcza choroby układu krążenia i nowotwory) jako podstawa skoordynowanych działań naprawczych – profilaktyki, wczesnej diagnostyki i skuteczności leczenia.
2. Pilne zbadanie i wskazanie działań zapobiegających zgonom kobiet w wieku prokreacyjnym.
3. Międzysektorowe działania wzmacniające profilaktykę urazów i zatruć wśród młodszych mężczyzn.
4. Dostosowanie systemu ochrony zdrowia do potrzeb rosnącej populacji osób starszych.
5. Uwzględnienie społecznych i regionalnych różnic w stanie zdrowia w polityce ludnościowej państwa.

7. Podsumowanie i rekomendacje

Migracje międzynarodowe

Polityka migracyjna potrzebuje długookresowych celów i rzetelnych danych

Diagnoza

Obecna polityka ma w znacznej mierze charakter reaktywny i skupia się na wymiarze bezpieczeństwa. Rok 2025, z nową strategią migracyjną i regulacjami, jest przełomowy, ale ograniczona dostępność danych sprawia, że debata rzadko odnosi się do faktów.

Efektywna wczesna faza integracji na rynku pracy nie przekłada się na wykorzystanie kompetencji imigrantów z Ukrainy.

Rekomendacje

1. Zdefiniowanie średnio- i długookresowych celów polityki migracyjnej oraz strategii ich osiągnięcia.
2. Ocena skali powrotów i reintegracji – np. dodatkowy moduł BAEL, przygotowany z udziałem badaczy migracji.
3. Działania pozwalające ocenić realną skalę imigracji (napływ i zasób), imigracji zarobkowej oraz liczebność i strukturę obywateli Ukrainy w Polsce.
4. Przegląd regulacji prawnych pod kątem ich wpływu na skalę i strukturę imigracji oraz integrację.
5. Analiza praktyki legalizacji pobytu i identyfikacja barier zmiany statusu (osiedlenie, obywatelstwo).
6. Ocena integracji wykraczająca poza rynek pracy, oparta na danych; badania kapitału ludzkiego imigrantów z Ukrainy.

7. Podsumowanie i rekomendacje

Migracje wewnętrzne

Silne zróżnicowanie lokalne wymaga wspierania polityki na poziomie lokalnym

Diagnoza

Ubytek ludności wystąpił w prawie 80% gmin. Wzrost koncentruje się w strefach podmiejskich stolic województw, a miasta regionalne coraz słabiej pełnią funkcję biegunów rozwoju.

Narasta polaryzacja przestrzenna procesów ludnościowych i słabnie policentryczny model rozwoju kraju.

Rekomendacje

1. Pogłębienie współpracy w miejskich obszarach funkcjonalnych – koordynacja zabudowy, transportu i infrastruktury społecznej, m.in. w ramach zintegrowanych inwestycji terytorialnych (ZIT).

2. Wzmacnianie współpracy międzygminnej i dostępności usług publicznych poza miejskimi obszarami funkcjonalnymi, z systemowym wsparciem administracji centralnej i regionalnej.

3. Zatrzymywanie i przyciąganie ludności w wieku produkcyjnym i rozrodczym w gminach z dodatnim przyrostem naturalnym, lecz ujemnym saldem migracji.

4. Rozwój systemu monitorowania procesów ludnościowych na poziomie lokalnym, w tym faktycznego miejsca zamieszkania.

5. Wzmacnianie miast regionalnych i subregionalnych jako trwałych biegunów wzrostu.

7. Podsumowanie i rekomendacje

Starzenie się ludności

Warto mierzyć starzenie się inaczej i wspierać dłuższą aktywność zawodową

Diagnoza

Rosnąca liczba osób starszych i zmiany ich stanu zdrowia oraz sytuacji społeczno-ekonomicznej wymagają innego podejścia do analizy starzenia się ludności oraz działań na rzecz aktywności tej grupy.

Aktywność zawodowa osób w wieku przedemerytalnym szybko rośnie, ale większość uprawnionych przechodzi na emeryturę zaraz po osiągnięciu minimalnego wieku.

Rekomendacje

1. Stosowanie dodatkowych mierników starzenia się, odwołujących się do oczekiwanej długości życia, zamiast wyłącznie stałego progu starości 60 lub 65 lat.
2. Działania na rzecz poprawy i utrzymania zdrowia oraz kompetencji osób w wieku produkcyjnym.
3. Poprawa warunków zatrudnienia i możliwości łączenia pracy z opieką nad dziećmi i innymi osobami (elastyczne formy zatrudnienia, urlopy opiekuńcze).
4. Upowszechnianie wiedzy o korzyściach dłuższej aktywności zawodowej – dla kapitału emerytalnego i jakości życia.

7. Podsumowanie i rekomendacje

Zdrowie reprodukcyjne

RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA

Zdrowie reprodukcyjne powinno stać się strategicznym priorytetem polityki państwa

Diagnoza

Zahamowanie spadku płodności wymaga nie tylko stabilnej pracy i dochodów, dostępu do mieszkań i usług opiekuńczych, ale także dostępu do usług zdrowotnych, w tym reprodukcyjnych.

Brak narodowych rejestrów zdrowia reprodukcyjnego i niepłodności utrudnia ocenę skali zjawiska i skuteczności interwencji.

Rekomendacje

1. Uznanie zdrowia reprodukcyjnego za priorytet strategiczny ze stabilnymi, ustawowymi gwarancjami finansowania.
2. Doskonalenie krajowego systemu monitorowania zdrowia reprodukcyjnego, w tym procedur medycznie wspomaganej prokreacji.
3. Rozwój zintegrowanych, wysokospecjalistycznych ośrodków leczenia niepłodności.
4. Szerszy dostęp do pełnego spektrum metod, w tym inseminacji domacicznej, przy utrzymaniu finansowania in vitro.
5. Profilaktyka modyfikowalnych czynników ryzyka niepłodności, zwłaszcza wśród młodych dorosłych.
6. Obowiązkowa, oparta na dowodach edukacja zdrowotna w szkołach oraz edukacja osób dorosłych.
7. Monitorowanie jakości opieki ginekologiczno-położniczej i okołoporodowej oraz egzekwowanie standardów.

7. Podsumowanie i rekomendacje

Dane dla polityki ludnościowej

RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA

Prowadzenie skutecznej polityki, uwzględniającej sytuację demograficzną, wymaga rzetelnych danych

Diagnoza

W każdym z rozdziałów autorzy wskazują braki danych ograniczające wnioskowanie: o trajektoriach rodzinnych, zdrowiu, w tym reprodukcyjnym, migracjach międzynarodowych oraz procesach ludnościowych na poziomie lokalnym.

Większość proponowanych rozwiązań nie wymaga dużych nakładów – opiera się na potencjale istniejących danych administracyjnych.

Rekomendacje

1. Powołanie Międzyresortowego Zespołu ds. Integracji Rejestrów dotyczących Ludności, Ruchu Naturalnego i Wędrówkowego.

2. Udział w zespole przedstawicieli GUS, ZUS, Ministerstwa Cyfryzacji, MSWiA i UdSC, a także ekspertów RRL i Komitetu Nauk Demograficznych PAN.

3. Stworzenie zintegrowanego systemu danych odpowiadającego potrzebom badań procesów demograficznych.

4. Reorientacja polityki z krótkookresowych transferów na długofalowe inwestycje w zdrowie, edukację, usługi opiekuńcze, integrację migracyjną i kapitał społeczny.

5. Podstawą decyzji powinny być rzetelne dane i ewaluacja oraz zasada sprawiedliwości międzypokoleniowej.

RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA

Rządowa Rada Ludnościowa

rrl.sekretariat@stat.gov.pl

https://rrl.stat.gov.pl/