



STUDIA i MATERIAŁY

Nr 13

Magdalena Lesińska, Kamil Matuszczyk

Podsumowanie rozwiązań prawno-politycznych obowiązujących w wybranych państwach w odpowiedzi na proces starzejącego się społeczeństwa w kontekście możliwości ich adaptacji w Polsce



*Niezakończone przejście migracyjne a starzenie się ludności w Polsce.
Asynchroniczność przemian ludnościowych a zmiana formalnych i
nieformalnych instytucji opiekuńczych*

Projekt badawczy Ośrodka Badań nad Migracjami Uniwersytetu Warszawskiego w ramach programu Narodowego Centrum Nauki „Maestro” (grant nr UMO-2013/08/A/HS4/00602) kierowany przez prof. dr. hab. Marka Okólskiego.

Czas realizacji: 1 października 2013 r. – 25. czerwca 2018 r.

www.migageing.uw.edu.pl

Spis treści

Wstęp.....	4
Przegląd rozwiązań w wybranych krajach europejskich	5
Francja	6
Szwecja	11
Hiszpania.....	17
Węgry	24
Efektywność rozwiązań z zakresu polityki wobec starzejącego się społeczeństwa.....	29
Literatura	36

Wstęp

Starzenie się społeczeństwa jest procesem, który szczególnie silnie dotknie kraje na kontynencie europejskim. Prognozy wskazują, że w niektórych państwach do roku 2050 populacja zmniejszy się o ponad 15%, dotyczą one m.in. Bułgarii, Chorwacji, Węgier, Litwy, Łotwy, Mołdawii, Rumunii oraz Ukrainy. Poziom płodności we wszystkich krajach w Europie znajduje się obecnie poniżej poziomu wymaganego do zastąpienia populacji w perspektywie długoterminowej. Szacowany wzrost wskaźnika dzietności na starym kontynencie z poziomu 1,58 dziecka na kobietę w 2016 roku do 1,78 w 2060 roku nie jest podstawą do optymizmu, gdyż nie zapobiegnie on zmniejszeniu się całkowitej liczebności populacji. Trudno także liczyć na to, że problem uda się choćby w części rozwiązać poprzez napływ migrantów, co więcej, przepływy obywateli UE w ramach swobody przemieszczania się przyczyniają się do powiększania dysproporcji demograficznych na terytorium Unii.

Jednocześnie negatywnemu zjawisku niskiej dzietności towarzyszy wydłużanie średniej długości życia, co oznacza natężenie procesu starzenia się społeczeństwa. Przewiduje się, że mężczyźni w Europie w 2060 roku będą żyli średnio 86 lat, natomiast kobiety będą dożywały ponad 90 lat. Oznacza to wyzwanie dla systemów finansów publicznych i stanowi podstawową przesłankę w dyskusjach na temat wydłużania okresu aktywności zawodowej. Również liczba osób, które określa się mianem „starszych starych” (ang. *oldest old people*) lub „należących do czwartego wieku”, czyli mających więcej niż 85 lat, dynamicznie wzrasta.

Zarysowane powyżej w dużym skrócie zmiany cechują się dużym zróżnicowaniem w poszczególnych państwach Europy, najbardziej pesymistyczne scenariusze dotyczą regionu Europy Środkowo-Wschodniej, jak również Niemiec oraz Włoch. W krajach tych obserwuje się jedne z najwyższych wskaźników obciążenia demograficznego spośród wszystkich państw europejskich. Nieco lepsza sytuacja jest we Francji i w Wielkiej Brytanii (Burzyńska i in. 2010). Zróżnicowanie tej sytuacji przekłada się na stopień zaawansowania realizowanej polityki demograficznej w poszczególnych państwach. Tam, gdzie zmiany demograficzne są już odczuwalne i/lub prognozy są wysoce niekorzystne, proponowane są rozwiązania prawno-polityczne, których celem jest przede wszystkim wzrost poziomu urodzeń.

Celem niniejszego opracowania jest omówienie wybranych działań pro-demograficznych stosowanych w krajach UE o zróżnicowanym natężeniu niekorzystnych przemian demograficznych. Szczególna uwaga zostanie zwrócona na trzy obszary działań: wspierające rodziny z dziećmi, zapewniające opiekę nad osobami starszymi oraz politykę migracyjną. Wskazane zostaną te instrumenty z zakresu polityki demograficznej, które charakteryzują się

najwyższą efektywności i jednocześnie mogą stanowić punkt odniesienia do działań prowadzonych w Polsce. Analiza ta umożliwi zrozumienie, w jaki sposób kraje reprezentujące różne modele polityki społecznej (w tym polityki demograficznej) reagują na proces starzenia się ludności i towarzyszące mu zmiany społeczno-gospodarcze oraz posłuży ukazaniu zróżnicowania podejmowanych działań w wybranych krajach.

Przegląd rozwiązań w wybranych krajach europejskich

Poszczególne państwa UE cechują się różnym stopniem zaawansowania procesów starzenia się ludności. Część z nich znajduje się w lepszej sytuacji demograficznej, która wynika przede wszystkim z relatywnie wysokiego poziomu dzietności czy napływu imigrantów. Powiększa się jednak grupa państw, w których notuje się postępujący regres demograficzny. Zróżnicowanie sytuacji ludnościowej obserwować można także w zakresie podejmowanych działań, wychodzących naprzeciw tym wyzwaniom.

Poniżej szczegółowej analizie poddane zostaną rozwiązania stosowane w czterech wybranych państwach UE: Francji, Szwecji, Hiszpanii i na Węgrzech. Wybór tych państw miał na celu pokazanie różnych podejść do polityki demograficznej i reagowania na wyzwania związane ze starzeniem się ludności¹. Kraje te są położone w różnych częściach Europy oraz reprezentują różne modele polityki społecznej (Książkowski 2009):

- * Szwecja – model socjaldemokratyczny, skandynawski;
- * Francja – korporacyjny, kontynentalny;
- * Węgry – model biurokratyczno-kolektywistyczny, postradziecki;
- * Hiszpania – model południowo-europejski.

Jednocześnie wskazywane są one jako przykłady poszukiwania efektywnych i modelowych rozwiązań pro-demograficznych, do których odwołują się także politycy i eksperci w Polsce podczas debat dotyczących polityki państwa wobec starzenia się społeczeństwa. Przykładowo, w raporcie NIK (2015) dotyczącym polityki prorodzinnej w Polsce wskazano na kompleksowy system wsparcia rodzin, jaki został wdrożony na Węgrzech. Przypadek polityki rządu Viktora Orbana był podnoszony także przez polityków rządzącej partii Prawo i Sprawiedliwość (PiS) w trakcie czytania sejmowej ustawy wprowadzającej program „Rodzina 500 plus”. Oprócz węgierskiej, również polityka rodzinna Francji czy

¹ Zaprezentowany przegląd czterech państw powstał na podstawie raportów, w których omówione zostały szczegółowo rozwiązania prawno-polityczne wdrożone w omawianych krajach. Raporty te są dostępne na stronie projektu Mig/Ageing: <http://migageing.uw.edu.pl/category/publikacje>

Szwecji są stawiane za wzór działań promujących rozwiązania w zakresie łączenia pracy zawodowej z życiem rodzinnym, aktywizowania osób starszych czy polityki migracyjnej i integracyjnej (zob. Czarnik i in. 2012; Balcerzak-Paradowska i in. 2009; Szukalski 2013). Z kolei rozwiązania stosowane w Hiszpanii choć są stosunkowo rzadziej obecne w debatach dotyczących rozwiązań demograficznych, to ze względu na podobne do polskich uwarunkowania społeczne, historyczne, kulturowe oraz gospodarcze, mogą stanowić inspirujące porównanie dla działań podejmowanych w Polsce (Różyk-Myrta i in. 2016).

Francja

Francja jest jednym z pierwszych państw na świecie, które doświadczyły istotnych zmian demograficznych, prowadzących do przyspieszonego procesu starzenia się ludności. Pierwsze działania wychodzące naprzeciw tym trendom pojawiły się już na przełomie XIX i XX wieku, a rzeczywisty rozwój polityki demograficznej nastąpił jeszcze przed wybuchem drugiej wojny światowej (Hecht 2010). Rozwiązania wypracowane przez kolejne dekady doprowadziły do wyhamowania niekorzystnych trendów demograficznych.

Tym, co szczególnie wyróżnia politykę wobec starzenia się ludności we Francji, to strategiczne postrzeganie działań na rzecz rodzin z dziećmi, osób starszych oraz cudzoziemców. Świadczenia przyznawane rodzinom we Francji opierają się na modelu zaopatrzeniowym. Oznacza to, że nie jest wymagane odprowadzanie wcześniej składek, aby starać się o świadczenia socjalne oferowane rodzinom jako kompensacja kosztów związanych z wychowaniem i edukacją dzieci. Myślenie strategiczne o kondycji demograficznej obserwować można na przykładzie rozwiniętych działań wobec rodzin z dziećmi. Każda osoba rezydująca we Francji z co najmniej jednym dzieckiem, w tym również cudzoziemiec, jest uprawniona do świadczeń rodzinnych na dzieci. Dodatkowo część rodzin może liczyć na różne formy wsparcia oparte o kryterium dochodowe.

Przyjęty model polityki społecznej we Francji pozytywnie wpływa na sytuację demograficzną. Francja jest jednym z niewielu krajów w Europie, w których odnotowuje się dodatni rzeczywisty przyrost populacji: współczynnik dzietności oscyluje w okolicy 2,0 w ostatnich latach i jest najwyższy w całej UE. Na przestrzeni ostatnich lat notuje się także dodatni przyrost naturalny (0,4% rocznie). Ważny wpływ na pozytywny bilans ludnościowy ma także dodatnie saldo migracji. Społeczeństwo Francji jest jednym z najmłodszych w Unii, mimo że średnia wieku wzrosła w ciągu ostatnich dwóch dekad z 35 do 40 lat, to wciąż jest niższa od średniej w UE (42 lata). Z kolei wskaźnik obciążenia osobami starymi w przypadku populacji

francuskiej kształtuje się blisko średniej UE (wynosi on 29,2, podczas gdy w UE 28,1). Kraj ten wyróżnia się na tle innych większą liczbą rodzin wielodzietnych i mniejszą liczbą kobiet bezdzietnych, czemu zapewne sprzyja aktywna polityka rodzinna. Jednocześnie Francja zajmuje 7. miejsce wśród państw UE pod względem realizowanych działań na rzecz aktywnego starzenia się ludności (Active Ageing Index 2014).

Wsparcie dla rodzin z dziećmi

Kluczowymi elementami sukcesu francuskiej polityki demograficznej wydaje się być jej trwałość, stabilność oraz stosowanie nowatorskich rozwiązań. Na podkreślenie zasługuje rozbudowany system wsparcia rodzin z dziećmi. Kompleksowość działań adresowanych do rodzin przynosi najbardziej widoczne rezultaty w postaci wysokiego poziomu dzietności. Posiadanie dzieci we Francji traktowane jest jako inwestycja w kapitał ludzki, dlatego też rodziny wielodzietne mogą liczyć na szczególne wsparcie materialne i pozamaterialne. Rodziny, a szczególnie kobiety, mogą być pewne, że zarówno w przypadku pozostawiania w domu i wychowywania dzieci czy kontynuowania aktywności zawodowej, mogą liczyć na szerokie wsparcie ze strony państwa oraz władz regionalnych (poszczególnych departamentów).

Wśród działań pro-demograficznych o największej efektywności wskazuje się przede wszystkim na kompleksowe wsparcie rodzin z dziećmi. Wśród najważniejszych zasad, które są filarem francuskiego systemu, jest pozostawienie wolnego wyboru rodzinom w zakresie opieki nad potomstwem. W przypadku rodzin wielodzietnych (powyżej 3 dzieci) państwo przejmuje znaczną część wydatków związanych z utrzymaniem dzieci, ich edukacją czy zagwarantowaniem godnych warunków życia.

Instrumenty finansowe polityki rodzinnej we Francji obejmują dwie grupy świadczeń. Pierwsza to wsparcie materialne o charakterze powszechnym, do którego należą zasiłek rodzinny oraz zasiłek z tytułu samotnego wychowywania dziecka. Ten pierwszy przysługuje rodzinom, posiadającym minimum dwoje dzieci i wypłacany jest do momentu osiągnięcia przez nie 20. roku życia (świadczenie to ma charakter powszechny, ale regresywny). Druga grupa świadczeń to wsparcie materialne uzależnione od dochodu, do którego należy dodatek z tytułu wolnego wyboru typu aktywności (specjalne świadczenie dla rodziców dzieci do 3 lat, którzy rezygnują z zatrudnienia w całości lub redukują jego wymiar), świadczenie z tytułu narodzin dziecka (tzw. becikowe, uzależnione od wysokości dochodów i liczby dzieci w rodzinie), zasiłek z tytułu wychowywania dziecka do lat 3 (uzależniony od liczby dzieci w

rodzinie i dochodów rodziców), dodatek swobodnego wyboru sposobu opieki nad dzieckiem (przeznaczone dla rodzin z dzieckiem do lat 6, nad którym opieka sprawowana jest w domu przez rodziców lub opiekunki, wysokość wsparcia może wynosić nawet 85% wynagrodzenia opiekunki), zasiłek na rozpoczęcie roku szkolnego oraz zasiłek z tytułu opieki nad chorym dzieckiem.

Wsparcie rodzin wychowujących potomstwo we Francji ma również miejsce poprzez system podatkowy w postaci szeregu dostępnych ulg i zwolnień. Kluczowym rozwiązaniem jest stosowanie tzw. ilorazu rodzinnego, co w praktyce oznacza, że im liczniejsza rodzina, tym większe korzyści podatkowe może otrzymać. Tym samym poprzez rozwiązania fiskalne, nagradzana jest wielodzietność (Thévenon 2014). Francja jest również prekursorem stosowania systemu ulg dla rodzin wielodzietnych, które dotyczą m.in. zniżek na transport publiczny.

Działania na rzecz rodziny oraz łączenia życia zawodowego z rodzinnym są we Francji priorytetowym zadaniem państwa. Po urodzeniu dziecka rodzicom przysługuje wiele uprawnień, m.in. zwolnienie z jednej godziny pracy dziennie przez okres jednego roku na opiekę nad małym dzieckiem, w przypadku posiadania co najmniej dwójki dzieci możliwość skrócenia czasu pracy i otrzymywania świadczenia ryczałtowego (do 3 lat) czy uzyskanie zasiłku przeznaczonego na zatrudnienie wykwalifikowanej opiekunki do dzieci. Również gwarantowanie opieki nad dziećmi w szkole przez cały dzień jest instrumentem skierowanym do rodziców, którzy próbują godzić obowiązki rodzinne z zawodowymi (Thévenon 2008:4). Rodzice, którzy chcą wrócić po okresie opieki nad dzieckiem do pracy, mogą liczyć na wsparcie w postaci priorytetowego dostępu do biur pośrednictwa pracy i szkoleń zawodowych (Miroslaw, Smoder 2014:127). Państwo pozostawia rodzicom wybór odnośnie formy sprawowania opieki nad dziećmi (domowa czy instytucjonalna), oferując szerokie wsparcie w obydwu przypadkach. Ważnym instrumentem promującym posiadanie i wychowywanie dzieci jest łączenie instrumentów polityki rodzinnej z polityką emerytalną. Kobiety, które posiadają więcej niż troje dzieci i przerwały pracę by wychowywać dzieci, niezależnie od zrealizowanego stażu pracy zagwarantowane zostało prawo do pełnej wartości emerytury w wieku 65 lat (Szukalski 2013:133).

Opieka nad osobami starszymi

Francja jest także krajem o spójnej polityce senioralnej. Podobnie jak w przypadku działań na rzecz rodzin z dziećmi, również osoby starsze mogą liczyć na szereg działań pomocowych czy aktywizujących. Świadomość problemów demograficznych oraz wyzwań w

tym obszarze była znana od dawna, co umożliwiło wypracowanie rozwiązań i stworzenie instytucji, ukierunkowanych na kompleksowe wsparcie osób starszych.

Francja jest państwem, które prowadzi zaawansowane działania związane z rozwojem działań opiekuńczych wobec osób starszych. Kwestia funkcjonowania systemu opieki długoterminowej pojawiła się na agendzie politycznej już w połowie lat 1980., jednak pierwsze działania zostały podjęte w kolejnej dekadzie (Martin 2010). W 2002 roku wprowadzone zostało specjalne świadczenie (fr. *Allocation Personnalisée d'Autonomie*, APA) dla osób starszych (60 lat i więcej), mieszkających we własnym domu lub w placówce opiekuńczej. W 2010 roku, w zależności od stopnia zależności, świadczenie to mogło wynosić od 530 do 1 235 euro miesięcznie (OECD 2011). Innym rozwiązaniem są m.in. specjalny bon, który ma ułatwiać osobom wymagającym opieki opłacanie i rozliczanie kosztów usług opiekuńczych czy specjalne świadczenie dla osób bezrobotnych zachęcające do podejmowania zatrudnienia w roli opiekuna (Surdej, Brzozowski 2012:11). Istotną rolę odgrywają działania aktywizujące i mobilizujące członków rodziny osób starszych. Jednym z rozwiązań ułatwiających opiekę nad osobami zależnymi jest bezpłatny urlop dla członków rodzin świadczących pomoc starszym krewnym czy centra dziennego pobytu przyjmujące osoby starsze z pełną lub ograniczoną sprawnością (np. z chorobą Alzheimera) na pobyty jednodniowe lub na część dnia na podstawie skierowania lekarza (Zubrzycka-Czarnecka 2016: 145).

Celem polityki senioralnej realizowanej we Francji jest utrzymanie osób starszych przez możliwie najdłuższy okres ich życia w sprawności i samodzielności. Kluczową zasadą jest upodmiotowienie osób starszych i niesamodzielnych, które mają zagwarantowany dostęp do różnego rodzaju usług i instytucji. Polityka wobec tej grupy ma charakter wielosektorowej polityki społecznej. W założeniu opierać się ma ona na trzech filarach: działań w zakresie profilaktyki i zwalczania izolacji osób starszych, dostosowania zasobów mieszkaniowych oraz opieki świadczonej w miejscu zamieszkania seniorów. Bezpośrednim impulsem do rozwijania usług na rzecz osób starszych we Francji była fala upałów, jaka miała miejsce w 2003 roku, która doprowadziła do śmierci tysięcy seniorów. Rząd francuski szybko zareagował na zaistniałą sytuację i już w 2004 roku przygotował Plan dla Zależnych Osób Starszych, wprowadzając nowe rozwiązania chroniące przed podobnymi sytuacjami w przyszłości (Le Bihan, Martin 2010).

Także działania informacyjne, edukacyjne i mające na celu przeciwdziałanie dyskryminacji osób starszych stanowią we Francji ważne elementy w ramach polityki na rzecz osób starszych i starzejącego się społeczeństwa. Jest to ważny element polityki demograficznej,

wyróżniający Francję na tle innych państw europejskich. Na poziomie lokalnym działają Centra Informacji i Koordynacji Gerontologicznej, odpowiedzialne za informowanie o dostępnych formach opieki i instytucjach świadczących usługi dla osób starszych. Wspomagają seniorów i ich opiekunów w wyborze formy opieki oraz towarzyszą w załatwianiu procedur administracyjnych.

Istotnym obszarem działań w dobie postępującego procesu starzenia się społeczeństwa są działania zmierzające do wydłużania aktywności zawodowej pracowników. Od 2011 roku podnoszony jest we Francji ustawowy wiek emerytalny. Jednym z działań zachęcających starszych pracowników do dłuższej aktywności zawodowej jest wprowadzona w 2004 roku tzw. emerytura odroczone. Jest to forma „nagrody” dla osób decydujących się na kontynuację zatrudnienia pomimo uprawnień do emerytury. Za każdy dodatkowy przepracowany kwartał po uzyskaniu uprawnień, wysokość świadczenia emerytalnego jest podnoszona o ok. 1%. Rząd we Francji dążąc do wzrostu aktywności zawodowej osób starszych, od 2010 roku prowadzi działania wpływające na politykę zarządzania wiekiem w przedsiębiorstwach i instytucjach publicznych. Podmioty zatrudniające minimum 50 pracowników zostały zobligowane do przygotowywania (pod rygorem kary finansowej – 1% funduszu płac) planu na rzecz starszych pracowników, którzy powinni mieć zagwarantowanie m.in. do doksztalcania się (Szukalski 2013: 133-136).

Polityka migracyjna

Ważną część polityki demograficznej stanowi także polityka migracyjna (w tym integracyjna i naturalizacyjna). Przyzwolenie na masowe procesy napływowe, które miały miejsce od połowy XX wieku, to nie tylko wynik tradycji kolonizacyjnych i potrzeb rynku pracy, ale także konieczność związana z niskim przyrostem naturalnym w okresie powojennym.

Francja prowadzi także aktywną politykę imigracyjną, która jest ściśle związana z działaniami w obszarze demografii. Bez napływu cudzoziemców populacja kraju pozostałaby na podobnym poziomie liczbowym wraz ze zwiększającą się liczbą osób starszych i starych (Eurostat 2013). Francja tradycyjnie jest państwem imigracyjnym a polityka migracyjna, podobnie jak aktywna polityka rodzinna, stanowi filary polityki demograficznej. Jednocześnie należy zauważyć, że wbrew obiegowej opinii, wskaźnik urodzeń wśród rodzin imigrantów nie jest znacząco wyższy w porównaniu ze średnim notowanym w całej populacji (Engler 2012:3). Francja jest jednym z państw o najwyższym udziale osób urodzonych poza krajem (12%) (OECD 2012).

Ograniczenia wjazdu i pobytu, które zaczęły być (podobnie jak w innych krajach zachodnioeuropejskich) wprowadzane od połowy lat 1970., dotyczyły głównie zasad wjazdu i pobytu w ramach łączenia rodzin, towarzyszyły im wciąż liberalne (w porównaniu z innymi państwami) zasady nabycia obywatelstwa. Zgodnie z republikańską wizją wspólnoty politycznej przyjmuje się, że osoba występująca o nadanie obywatelstwa, czyni to, by dołączyć do wspólnoty obywateli francuskich, a więc podziela kulturę i wartości przyjęte we Francji. Dzieci urodzone we Francji nabywając obywatelstwo automatycznie w wieku 18 lat, warunki naturalizacji zakładają pobyt min. pięciu lat we Francji, znajomość języka francuskiego (na poziomie B1) oraz posiadanie wystarczających środków do życia (niekorzystanie z systemu zabezpieczeń społecznych jako głównego źródła utrzymania). W ramach polityki integracyjnej wprowadzono w 2006 roku obowiązkowy kontrakt integracyjny dla tych cudzoziemców, którzy planują stały pobyt we Francji. Obejmuje on obowiązkowy udział w kursach językowych i adaptacyjnych. Ukończenie kursu jest warunkiem przedłużenia pobytu i otrzymania zezwolenia na pobyt stały.

Szwecja

Szwecja to przykład kraju, w którym kwestie demograficzne są traktowane w sposób holistyczny i strategiczny. Państwo, wykorzystując rozwinięty system instytucji polityki społecznej i gospodarczej, odpowiada za zaspokajanie potrzeb opiekuńczych wszystkich mieszkańców. Kolejne rządy wprowadzały równocześnie działania z zakresu polityki rodzinnej, senioralnej i imigracyjnej, które miały na celu utrzymanie stabilnej sytuacji demograficznej, jak również odpowiadały na zachodzące intensywnie zmiany społeczno-gospodarcze. Punktem odniesienia dla wprowadzanych rozwiązań jest powszechny dobrostan mieszkańców oraz zapewnienie wszystkim mieszkańcom relatywnie wysokiego poziomu bezpieczeństwa socjalnego. Narzędziami do tego staje się nie tylko system zabezpieczenia społecznego, który służy m.in. rozwiązaniom prorodzinny, ale także zwiększanie aktywności zawodowej uczestników rynku pracy, niezależnie od wieku czy pochodzenia. Cechy tego systemu znajdują odzwierciedlenie w realizowanej polityce demograficznej od początku XX wieku, której podstawą był model polityki społecznej opartej na cyklu życia jednostki (Trydegård, Thorslund 2010). Podejście rządu do sytuacji demograficznej ma charakter spójnej wizji rozwoju strategicznego i obejmuje wszystkie grupy społeczne. Wiele z realizowanych działań w Szwecji wskazywanych jest jako dobry przykład dla innych państw, poszukujących skutecznej i efektywnej recepty na zachodzące zmiany demograficzne.

Impulsem do działań kolejnych rządów w Szwecji w zakresie poprawy sytuacji ludnościowej, obok diagnozy sytuacji demograficznej, jest obowiązujący w tym kraju model społeczno-gospodarczy. Stanowi on przykład rozbudowanego i świadomego działania państwa na rzecz wszystkich obywateli w duchu idei socjaldemokratycznych (Kaufmann 2013). U podstaw systemu szwedzkiego leżą uwarunkowania kulturowe i historyczne, przede wszystkim wysoki poziom kapitału społecznego oraz szczególna rola przypisywana wspólnocie politycznej. Ogromną rolę odgrywają organizacje pozarządowe, które mają znaczący wpływ na podejmowane decyzje polityczne. Pomimo istotnych zmian w kierunku większego otwarcia się na rozwiązania wolnorynkowe, które miały miejsce od lat 1990., nadal to państwo pozostaje głównym gwarantem wysokiego poziomu życia i wsparcia na każdym jego etapie. W Szwecji nie wprowadza się instrumentów charakterystycznych dla państw zorientowanych wolnorynkowo (np. pożyczki, ulgi podatkowe), istnieje za to duża społeczna akceptacja wysokich obciążeń podatkowych (Kramer 2014). Równocześnie dużym zaufaniem obywateli cieszą się instytucje publiczne, które pełnią istotną rolę w prawidłowej realizacji świadczeń i usług społecznych.

Podstawowe zasady, na których opiera się szwedzki model *welfare state* to wysoki poziom wydatków socjalnych, uniwersalny charakter świadczeń, duży udział sektora publicznego, wysoki poziom i progresja podatków oraz hojny system zasiłków przy jednocześnie występujących programach aktywizujących (Bakalarczyk 2011: 64). Rząd w Szwecji wspiera rozwój usług społecznych, które mają charakteryzować się powszechnym dostępem oraz wysoką jakością. Wszystkie świadczenia, jakie oferuje państwo szwedzkie swoim obywatelom, mają zabezpieczyć byt jednostki „od kołyski do grobowej deski” (Swedenborg 2010: 34). Podejście to jest także charakterystyczne dla systemu opieki zdrowotnej, który opiera się na założeniu, że „zdrowe dziecko to za kilkadziesiąt lat zdrowy senior” (Szweda-Lewandowska 2013). Badacze szwedzkiej polityki rodzinnej podkreślają przejrzysty charakter praw przysługujących rodzicom, którzy są informowani o możliwościach korzystania ze świadczeń i usług. Obok dostępu do pełnej informacji, państwo prowadzi także działania prewencyjne i profilaktyczne kierowane do dzieci, rodzin i osób starszych (Skubiszewska 2011).

Wsparcie dla rodzin z dziećmi

Procesy demograficzne w tym społeczeństwie postrzegane są jako przykład drugiego przejścia demograficznego ze względu na istotne zmiany w strukturze rodziny, jakie nastąpiły

tam w ostatnich dekadach. Profil demograficzny Szwecji charakteryzuje się rosnącą populacją, która obecnie przekroczyła poziom 10 mln osób (dla porównania w 1970 roku wynosiła 8 mln, w 2000 roku - 9 mln). Współczynnik dzietności w Szwecji charakteryzuje się znacznymi zmianami w czasie (od 2,2-2,5 dzieci na kobietę do połowy lat 1960. do 1,5 pod koniec lat 1990.). Kolejne spadki dzietności pod koniec XX wieku związane były z kryzysem gospodarczym i wzrostem poziomu bezrobocia, co nie sprzyjało decyzjom o posiadaniu dzieci, a także zmianami modelu rodziny, zwiększeniem udziału kobiet w rynku pracy i odraczaniem decyzji o rodzicielstwie. Pomimo fluktuacji współczynnik dzietności utrzymuje się wciąż na relatywnie wysokim poziomie, szczególnie na tle innych państw w Europie (wyższy notuje się obecnie jedynie we Francji i w Irlandii). Dodatkowo, od początku XXI wieku ponownie notuje się nieznaczny jego wzrost. Wpływ na to miała bez wątpienia bardzo aktywna polityka prorodzinna.

W dyskusjach nad rozwojem polityki rodzinnej w Szwecji, wielokrotnie podkreśla się pionierską rolę w zakresie wdrażania poszczególnych instrumentów czy rozwiązań prawnych, wykorzystywanych później w innych państwach Europy. Polityka w Szwecji zasługuje na szczególną uwagę ze względu na szereg działań skierowanych bezpośrednio do ojców. Szwecja to pierwszy kraj na świecie, w którym zaczęto rozwijać instytucję urlopów rodzicielskich, włączając ojców do modelu opieki nad dzieckiem (Tunberger, Sigle-Rushton 2011). Szwecja jako pierwsza wprowadziła w 1974 roku urlop ojcowski. Rząd prowadził także szeroką kampanię medialną promującą wizerunek ojców wychowujących dzieci (Bergman, Hobson 2002:104-107). Działania te opierają się na zasadzie równouprawnienia rodziców w wychowywaniu dzieci oraz propagowanie modelu rodziny z dwojgiem pracujących i zarabiających rodziców, który jest najbardziej pożądanym w Szwecji.

Prawo pracy i układy zbiorowe gwarantują rodzicom wysoką elastyczność zatrudnienia i czasu pracy, co przekłada się na rzeczywiste możliwości łączenia życia zawodowego z rodzinnym. Rodzice po urlopie rodzicielskim mają zagwarantowany powrót do poprzedniego miejsca pracy, jak również prawo do zmiany na bardziej elastyczną formę zatrudnienia. Szwecja oferuje najdłuższy płatny urlop rodzicielski na świecie, wynosi on 480 dni, w tym 240 dla ojca i 240 dni dla matki, można te proporcje modyfikować, jednak minimum 60 dni musi wykorzystać jedno z rodziców. Rodzic korzystający z urlopu rodzicielskiego otrzymuje świadczenie w wysokości 80% wcześniejszych dochodów.

Polityka na rzecz rodzin w Szwecji od początków jej instytucjonalizacji cechuje się szerokim katalogiem świadczeń finansowych, urlopów oraz dostępu do usług społecznych.

Obok dobrze rozwiniętego sektora usług społecznych dla rodziców, kluczową rolę odgrywają świadczenia pieniężne. Dodatkowo, rodzice osiągający niewielkie dochody lub ich pozbawieni otrzymują zasiłek dzienny przysługujący do momentu osiągnięcia przez dziecko ośmiu lat (PwC 2016). W 2008 roku wprowadzone zostały dwa nowe świadczenia, promujące większą równość wśród rodziców wychowujących dzieci. Pierwszy z nich, tzw. bonus równościowy, zakłada wynagradzanie rodziców dzielących się urlopem rodzicielskim, drugi to świadczenie pieniężne dla rodziców dzieci w wieku 1-3 lata, którzy decydują się pozostać w domu i wychowywać w tym okresie dzieci. Trzeci z wprowadzonych instrumentów to ulga podatkowa na usługi domowe (Tunberger, Sigle-Rushton 2011). Większość zasiłków na dzieci jest zwolniona z opodatkowania.

Opieka nad osobami starszymi

Podobnie jak w przypadku rodzin z małymi dziećmi, także osoby starsze, szczególnie te wymagające opieki, mogą liczyć na szerokie wsparcie niezależnie od swojej sytuacji materialnej. Podstawowe wartości, którymi szwedzkie państwo kieruje się wobec działań na rzecz osób starszych, to bezpieczeństwo, holistyczne podejście do indywidualnych potrzeb jednostki oraz godne starzenie się. Szwecja wyróżnia się na arenie międzynarodowej największymi nakładami publicznymi na opiekę nad osobami starszymi. Związane jest to z faktem, że rząd w Szwecji stosunkowo wcześniej zaczął uwzględniać potrzeby rosnącej populacji osób starszych, rozwijając na przestrzeni ostatnich kilku dekad politykę wobec starzenia się społeczeństwa (Anioł 2013). Szwecja w licznych rankingach mierzących jakość życia osób starszych, infrastrukturę dla starzejącego się społeczeństwa czy zaawansowanie tzw. polityki aktywnego starzenia się, zajmuje miejsca na podium wśród państw świata². Kompleksowe ujęcie polityki wobec starzenia się ludności przekłada się na kondycję zdrowotną społeczeństwa. Szwedzi charakteryzują się najwyższym poziomem zdrowia spośród wszystkich państw UE. Dotyczy to zarówno oczekiwanej długości życia, jak również liczby lat przeżytych w zdrowiu (Burzyńska i in. 2010).

Szwecja należy do krajów w Europie o najwyższym odsetku osób w wieku powyżej 65 lat w populacji. Obecnie 20% mieszkańców Szwecji przekroczyło wiek 65 lat. Przewiduje się, że populacja osób starszych wzrośnie do 23% w 2040 roku, zaś populacja osób w sędziwym

² Według Active Ageing Index 2014, przygotowywanego przez Europejską Komisję Gospodarczą ONZ (UNECE), Szwecja zajęła pierwsze miejsce, a według Global Age Watch Index 2015, tworzonego przez globalną sieć organizacji senioralnych, znalazła się na trzecim miejscu.

wieku (powyżej 80 lat) stanowiąca obecnie 5% społeczeństwa, w 2040 wzrośnie do 8.5% (EC 2015). Starzenie się społeczeństwa to jedno z największych wyzwań dla decydentów politycznych w Szwecji, także ze względu na rozbudowany i hojny system zabezpieczenia społecznego. Realizowana polityka przynosi realne efekty: poziom zatrudnienia osób w wieku 55-64 lata wynosił w 2016 roku 75.5% i był najwyższy spośród wszystkich państw członkowskich UE. Długa aktywność zawodowa przekłada się wprost na wysokość otrzymywanych świadczeń, tym samym minimalizując ryzyko występowania ubóstwa wśród osób starszych.

Szwecja wyróżnia się także rozbudowanymi rozwiązaniami na rzecz aktywizowania starszych pracowników. Działania te są charakterystyczne dla tzw. kultury późnego wyjścia z rynku pracy. Charakterystycznym elementem systemu emerytalnego w Szwecji jest elastyczny wiek przejścia na emeryturę, który mieści się obecnie w przedziale 61-67 lat. Osoby decydujące się na wcześniejsze wyjście z rynku pracy, otrzymują niższe świadczenia, zaś osoby pracujące dłużej mogą liczyć na średnio roczny 9% wzrost świadczeń (Petelczyc 2012). Rząd realizuje politykę emerytalną, opartą na licznych rozwiązaniach umożliwiających pozostawanie osób powyżej 60. roku życia na rynku pracy. W przypadku zatrudnienia osoby powyżej 55. roku życia, która była bezrobotna przez sześć miesięcy, pracodawca może liczyć na zwolnienia podatkowe przez okres 12 miesięcy (Zapędowska-Kling 2016).

Już od drugiej połowy XX wieku wprowadzano w Szwecji rozwiązania, które obecnie składają się na spójny model opieki długoterminowej nad osobami starszymi. Cechą, która szczególnie wyróżnia Szwecję na tle pozostałych państw Europy, jest urzeczywistnienie idei defamilizacji opieki nad osobami starszymi. Oznacza to, że odpowiedzialność za opiekę nad osobami zależnymi spoczywa na instytucjach publicznych, a nie na członkach rodziny. Ustawowy obowiązek opieki nad starszymi rodzicami został zniesiony już w 1956 roku (Karisson 2002). Warto także podkreślić powszechną społeczną akceptację dla takiego modelu funkcjonowania osób starszych, co potwierdzają wyniki badań Eurobarometru (2007). Jedynie 4% respondentów w Szwecji wyraziło pogląd, że najlepszą opcją dla osób starszych wymagających bezpośredniego wsparcia jest zamieszkanie razem z dziećmi. Równocześnie zaobserwowano niski poziom oczekiwań względem wsparcia ze strony najbliższych, a najbardziej preferowana opcja to pomoc ze strony wykwalifikowanych opiekunów, dostarczających usługi opiekuńcze w domu podopiecznego (ibidem).

W 1992 roku wprowadzono reformę (tzw. *Adelreform*) regulującą rozwiązania z zakresu opieki długoterminowej, która uporządkowała podział zadań w obszarze usług opiekuńczych,

wprowadziła trzy poziomy instytucjonalne, na których są one realizowane. Całkowita odpowiedzialność za system opieki spoczęła na 290 gminach (Meagher, Szebehely 2013). Gminom pozostawiono swobodę w zakresie realizacji usług, a wsparcie w formie świadczeń materialnych i niematerialnych uzależnione jest od regulacji, jakie w tym zakresie przyjmuje dana gmina. Szczególnie rozwinięty jest segment usług oferowanych osobom starszym w ich domach, co odpowiada przyjętej polityce wobec osób starszych.

Na szczególną uwagę zasługują podejmowane liczne działania adresowane do opiekunów osób zależnych. Przykładowo, od 2009 roku gminy mają obowiązek zapewnienia takim osobom tzw. opieki wytechnieniowej w postaci urlopu i zastępstwa opiekuna, szkoleń, poradnictwa czy świadczeń finansowych (płatny urlop, zasiłek) (OECD 2011). Jest to kolejny przykład działań innowacyjnych, które wyróżniają Szwecję na tle innych państw wysokorozwiniętych.

Innym przykładem działań jest rozwój systemu teleopieki oraz cyfryzacji usług opiekuńczych, których zastosowanie ma prowadzić do możliwie najdłuższego okresu pozostawania osoby zależnej w domu. Władze szwedzkie od dawna realizują politykę tzw. starzenia się w domu, która uznawana jest za najlepsze możliwe rozwiązanie w sytuacji utraty samodzielności. Już w 1982 roku szwedzki parlament przyjął ustawę dotyczącą zdrowia i usług medycznych, która nałożyła na regiony i gminy obowiązek zapewnienia wszystkim osobom potrzebującym tzw. technologii asystujących. Zaliczono do nich m.in. urządzenia ułatwiające codzienne funkcjonowanie, wózki inwalidzkie, jak również elektroniczne urządzenia do pomiaru glukozy we krwi, pilot do zdalnego gaszenia światła czy pilot monitorujący stan zdrowia „podopiecznego” (Zapędowska-Kling 2016).

Polityka migracyjna

Obok działań ukierunkowanych na podnoszenie poziomu dzietności, istotny wpływ na wzrost populacji Szwecji miała również polityka imigracyjna, pozwalająca uzupełniać niedobory pracowników i osłabić znaczenie konsekwencji starzenia się społeczeństwa. Napływ cudzoziemców obejmował zróżnicowane kategorie: imigrantów zarobkowych, uchodźców oraz członków ich rodzin, którzy osiedlali się w Szwecji na stałe. Szwedzkie społeczeństwo charakteryzuje się znacznym odsetkiem osób urodzonych za granicą - według spisu z 2012 roku było to 1,4 mln, co równa się 15% populacji. Większość (ok. 65%) urodziła się poza UE. Największą grupę etniczną cudzoziemską w Szwecji tworzą osoby pochodzące z krajów byłej

Jugosławii (ponad 165 tys.), co związane jest z tym, że Szwecja przyjęła sporą liczbę uchodźców podczas wojen bałkańskich w latach 1990.

Tommy Bengtsson i Kirk Scott (2005) stwierdzili, że imigracja netto do Szwecji miała wpływ na ograniczenie liczby osób starszych w populacji, ale jest to efekt o niedużej skali. Według nich, gdyby Szwecja nie doświadczyła żadnych napływów od lat 1930., kiedy to liczba osób przyjeżdżających przewyższyła liczbę emigrantów, udział ludności powyżej 65. roku życia byłby tylko o 2,5 punkty procentowe wyższy niż jest obecnie (przy czym obliczenia te uwzględniają zarówno imigrację, jak i wskaźnik dzietności wśród imigrantów). Mimo to według prognozy Szwedzkiej Publicznej Agencji Zatrudnienia, przy obecnym niskim wskaźniku urodzeń i rosnącej liczbie emerytów, Szwecja potrzebuje napływu średnio 64 tys. osób rocznie, aby utrzymać równowagę pomiędzy tymi, którzy pracują, a tymi, którzy pobierają emeryturę (Ahlander 2016).

Kraj ten prowadzi aktywną politykę integracyjną. Już w połowie lat 1970. wprowadzono zapisy integracyjne, oparte na zasadach równości i wielokulturowości, w tym prawie do rozwoju własnej kultury przez cudzoziemców, którzy mogli także korzystać z przywilejów systemu zabezpieczenia społecznego. Pomimo kryzysów ekonomicznych, jakie dotknęły Szwecję w kolejnych dekadach, podczas których wprowadzano restrykcje wjazdu i pobytu, podstawowe zasady, na jakich opiera się polityka integracyjna nie uległy zmianie. Najkrócej można je określić jako „równe prawa, obowiązki i możliwości dla wszystkich” (Riniolo 2016).

Ideą leżącą u podstaw polityki integracyjnej była nie tylko równość praw - stąd rozbudowane prawo antydyskryminacyjne, ale także koncepcja, że integracja powinna dotyczyć w szczególności rynku pracy, gdyż efektywna integracja ekonomiczna jest kluczem do integracji jako takiej. W związku z tym założeniem najważniejszym celem prowadzonej polityki integracyjnej jest efektywne włączenie imigrantów w struktury rynku pracy. Wiele rozwiązań poświęconych jest temu właśnie celowi. Szeroko zakrojone działania, mające na celu skuteczne wprowadzenie imigrantów na rynek pracy, odzwierciedlają rządową strategię zarówno w zakresie pogłębienia integracji, jak i osłabienia napięć społecznych związanych z obecnością imigrantów.

Hiszpania

Hiszpania jest przykładem państwa z minimalistycznym modelem *welfare state*, szczególnie jeśli porówna się przyjęte tam rozwiązania prawno-polityczne skierowane do rodzin czy seniorów, nie wspominając już o skali wydatków publicznych z innymi państwami

w Europie. Brak jest powszechnego systemu świadczeń dla rodzin z dziećmi, ale istnieje system ulg podatkowych, z których mogą korzystać rodzice. Drugą istotną grupę stanowią instrumenty mające na celu uelastycznienie czasu pracy i możliwość łączenia życia zawodowego z rodzinnym, co jest ważnym czynnikiem wspierającym decyzję o posiadaniu dzieci. Biorąc pod uwagę dwa występujące w tym samym czasie negatywne procesy demograficzne: masową emigrację młodych ludzi oraz utrzymujący się bardzo niski wskaźnik dzietności, bez aktywnej polityki państwa trudno wyobrazić sobie poprawę sytuacji ludnościowej Hiszpanii. Pozytywnie należy ocenić założenia systemu opieki długoterminowej dla osób starszych, który łączy w sobie różne grupy instrumentów oraz angażuje różne podmioty, pomimo silnej familizacji całego systemu opieki społecznej.

Polityka społeczna w Hiszpanii to przykład modelu śródziemnomorskiego, który cechuje się przede wszystkim marginalną rolą państwa i słabo rozwiniętymi strukturami instytucjonalnymi. W praktyce oznacza to relatywnie mniejszy zakres świadczeń i usług wspierających rodziny w realizacji ich podstawowych funkcji (Księżopolski 2009:157). Podstawową rolę w zakresie opieki i wsparcia odgrywają rodziny oraz społeczności lokalne. Jednocześnie działania realizowane przez władze publiczne w Hiszpanii, podobnie jak w innych państwach śródziemnomorskich, dotyczą przede wszystkim wypłacania środków finansowych, kosztem zaniedbywania rozwoju usług społecznych. Realizowana tam polityka demograficzna charakteryzuje się wysokim stopniem familizacji i nieformalności. Jak wyjaśnia Beata Ziębińska (2017: 81) (...) *w tym wzorze wspiera się pozapaństwowe organizacje, często kościelne, a rola państwa, zgodnie z zasadą subsydiarności, uwidacznia się jedynie wtedy, gdy jednostka znajdzie się poza strukturami wsparcia*. Ogromną rolę w zakresie opieki nad dziećmi czy osobami starszymi odgrywają kobiety, co wynika z silnych więzi rodzinnych (Miret-Gamundi, Treviño, Zueras 2014).

Po wejściu Hiszpanii do struktur wspólnotowych proces europeizacji polityki społecznej miał szczególne znaczenie dla wprowadzanych na przełomie XX i XXI wieku rozwiązań wspierających rodziców w wychowywaniu dzieci czy promujących większą aktywność na rynku pracy. Z kolei po 2010 roku ogromny wpływ na kierunek i zakres podejmowanych działań miał kryzys gospodarczy i polityka interwencjonizmu Unii wobec Hiszpanii. Wsparcie finansowe, jakie otrzymał rząd hiszpański było uwarunkowane koniecznością przeprowadzenia drastycznych cięć budżetowych, które w znacznym stopniu objęły działania mające wpływ na sytuację demograficzną. Wysoki poziom bezrobocia wśród osób młodych i jednoczesna utrata bezpieczeństwa ekonomicznego rodzin nie sprzyjały podnoszeniu poziomu dzietności.

Szczególną cechą systemu politycznego w Hiszpanii jest decentralizacja. Kraj ten składa się z 17 autonomicznych regionów, które mają szeroką możliwość kształtowania zakresu i charakteru instrumentów polityki rodzinnej czy senioralnej. Polityka społeczna ma w Hiszpanii przede wszystkim regionalny charakter (Guerrero 2017). Działania te uzależnione są w dużym stopniu od możliwości finansowych czy zapotrzebowania na konkretne usługi społeczne w danym regionie. Jest to jedna z kluczowych cech systemu opieki nad dziećmi i osobami starszymi w Hiszpanii, która prowadzi do ogromnego zróżnicowania oferty i jakości świadczonych usług społecznych.

Wsparcie dla rodzin z dziećmi

Wpływ na model polityki demograficznej w Hiszpanii w XX wieku odegrała dyktatura generała Franco (1936-1975). Rozwinięto wówczas instrumenty, umożliwiające realizację polityki pronatalistycznej. Działania te przekładały się na wysoki poziom dzietności, który w latach 1970. gwarantował zastępowalność pokoleń. Polityce tej silnie sprzyjały wpływy Kościoła katolickiego widoczne w społeczeństwie (zob. Delgado i in. 2008; Pérez-Caramés 2014). Do lat 1970. model rodziny z mężczyzną jako żywicielem i kobietą zajmującą się domem był wspierany przez państwo i Kościół katolicki (Baizan 2016: 196). Upowszechnienie dostępu do edukacji dla kobiet, które przełożyło się na wzrost aktywności na rynku pracy, oznaczało zmianę modelu rodziny. Wskutek zmian obyczajowych i gospodarczych rodziny nie były w stanie pełnić już swoich podstawowych ról wobec osób wymagających opieki (dzieci czy osób starszych).

Według szacunków OECD Hiszpania w 2013 roku przeznaczyła na publiczne świadczenia dla rodzin 1,3% PKB. Wynik ten sytuuje ten kraj wśród państw UE o najniższym, obok Portugalii, poziomie wydatków publicznych na wsparcie dla rodzin. Brak rozwiniętej polityki rodzinnej może być jedną z przyczyn rekordowo niskiego poziomu dzietności. Kraj ten w ostatnich dwóch dekadach notuje jeden z najniższych wskaźników dzietności w państwach Unii, oscyluje on na poziomie 1,2-1,3. Wcześniej, w latach 1970. Hiszpania miała drugi najwyższy wskaźnik dzietności wśród wszystkich krajów, które obecnie są państwami członkowskimi UE (jedynie w Irlandii zanotowano wyższy). Wskaźnik urodzeń w Hiszpanii zaczął gwałtownie spadać, by osiągnąć wartość poniżej prostej zastępowalności pokoleń (2,1 dziecka na kobietę) w 1981 roku. Jako powody tych zmian, wskazuje się kryzys gospodarczy, który bardzo boleśnie dotknął Hiszpanię - miało miejsce załamanie rynku pracy i rynku nieruchomości, co spowodowało nagły wzrost bezrobocia. Procesy te zapewne skłoniły

Hiszpanów do odroczenia decyzji o posiadaniu (więcej) dzieci i/lub do decyzji emigracji do innych krajów w poszukiwaniu bardziej stabilnej przyszłości.

Czynniki demograficzne, takie jak niski współczynnik dzietności, wydłużenie oczekiwanej długości życia, masowa emigracja młodych osób, pogłębiły i przyspieszyły proces starzenia się ludności. Kurcząca się populacja jest powiązana ze zmniejszoną podażą siły roboczej, a popyt na pracowników szczególnie tych związanych z sektorem opieki wzrasta wraz ze starzejącą się populacją. Rząd nie prowadzi holistycznej polityki o horyzontalnym znaczeniu dla kondycji demograficznej, jednak można wskazać kilka rozwiązań wartych uwagi.

W Hiszpanii nie obowiązuje powszechne świadczenie przysługujące rodzinom z dziećmi. Część rodzin może liczyć na niewielkie comiesięczne świadczenia. Rodziny wielodzietne (3+), samotni rodzice oraz matki z niepełnosprawnością mogą otrzymywać wsparcie finansowe, które przysługuje osobom z niskimi dochodami (León, Jun Choi, Ahn 2016). Wśród różnych form wsparcia rodzin, mających pozytywny wpływ na dzietność, na szczególną uwagę zasługuje hojny system ulg podatkowych (PwC 2016). Istotnym instrumentem są urlopy rodzicielskie czy możliwość dostosowania czasu pracy do potrzeb danej rodziny. Kobiety mogą korzystać z 16-tygodniowego urlopu, który jest w pełni płatny (w wysokości 100% wcześniejszych dochodów), a ojcowie mogą skorzystać z dodatkowych 15 dni pełnopłatnego urlopu ojcowskiego. W 1999 roku zostało wprowadzone prawo, umożliwiające rodzicom zmniejszenie czasu pracy o połowę w sytuacji opieki nad dzieckiem do 6 lat (Bernardi 2005). Kobietom i ojcom przysługuje także 1 godzina dziennie czasowego zwolnienia z pracy na karmienie dziecka do ukończenia przez nie 9 miesięcy. Pracownik korzystający z tego prawa nie ma zmniejszanego wynagrodzenia (León i in. 2016).

Opieka nad osobami starszymi

Prognozy wskazują jednoznacznie na proces starzenia się hiszpańskiego społeczeństwa. W 2015 roku wskaźnik obciążenia ludźmi starymi (liczba osób w wieku 65 i więcej przypadająca na 100 osób w wieku produkcyjnym) wyniósł 27,9, nieco poniżej średniej w UE (28,6). Jednocześnie udział w populacji osób powyżej 80. roku życia osiągnął poziom 5,9, podczas gdy średnia w UE to 5,3. Mediana wieku, która w 1950 roku wynosiła 27,5, w 2015 roku wzrosła do 43,2 lat. Według prognoz w przyszłości nastąpi jej dalszy szybki wzrost do 45,5 w 2020 roku i 52,5 w 2040 roku. Dodatkowo Hiszpanie charakteryzują się jednym z najwyższych wskaźników oczekiwanej długości życia: 80 lat dla mężczyzn i 85,6 dla kobiet.

Według prognoz, odsetek osób w wieku powyżej 65 lat (który obecnie wynosi 18,2%), osiągnie 24,9% w 2029 roku i 38,7% w 2064 roku (INE 2014).

Pomimo wyżej opisanych prognoz, działania wobec osób starszych w Hiszpanii nie stanowią szczególnie aktywnego obszaru polityki państwa. Największe zainteresowanie polityków w Hiszpanii dotyczyło funkcjonowania systemu emerytalnego. Zagrożenie dla stabilności tego systemu w przyszłości, wskutek starzejącego się społeczeństwa, została uznana przez premiera Mariano Rajoya (2008) za kluczową kwestię w polityce społeczno-gospodarczej. Warto zauważyć, że w obliczu rosnącego obciążenia osobami starszymi, szczególne znaczenie miała hojność systemu emerytalnego w Hiszpanii. W latach 1980-1993 Hiszpania należała do grupy państw, w których wydatki związane z emeryturami należały do najwyższych na świecie (Lynch 2001: 424). Zasadnicze zmiany w systemie emerytalnym zostały zapoczątkowane w drugiej połowie lat 1980., kiedy wydłużono okres składkowy, uprawniający do emerytury, stworzono możliwości dodatkowego zabezpieczenia finansowego osób starszych oraz wprowadzono tzw. emeryturę nieskładkową (Pieńkowska-Kamieniecka 2012).

Wraz z początkiem XXI wieku wprowadzano kolejne rozwiązania w systemie emerytalnym, które miały zachęcać osoby starsze do kontynuowania aktywności zawodowej oraz zachęcania pracodawców do ich zatrudniania. W 2008 roku wskaźnik zastąpienia należał do najwyższych w krajach OECD i wynosił 81,2%. Oznacza to, że osoba, która przepracowała wystarczający okres, mogła liczyć średnio na 80% wcześniejszych zarobków. Pomimo ustawowego wieku emerytalnego, który ustalono na poziomie 65 lat dla kobiet i mężczyzn, w rzeczywistości wynosił on kilka lat mniej. Wsparcie finansowe udzielone Hiszpanii przez UE po 2008 roku, co było związane z kryzysem gospodarczym, zostało przyznane pod warunkiem realizacji określonych reform we wspomnianych obszarach. Hiszpania zdecydowała się na m.in. podniesienie wieku emerytalnego. W 2011 roku wiek ten podwyższono do 67 lat.

Większość obecnie realizowanych działań wobec osób starszych obejmuje aktywności typowe dla wysoko rozwiniętych państw europejskich realizujących polityki senioralne. Dużą popularnością w Hiszpanii cieszą się kluby seniora wspierane przez władze regionalne, w aktywnościach których uczestniczy ok. 40% osób starszych. Ponadto osoby powyżej 65. roku życia i osoby niepełnosprawne mogą liczyć na bezpłatne leki (Serrano, Latorre, Gatz 2014:735). Wprowadzono wiele rozwiązań aktywizujących osoby powyżej 55. roku życia, szczególnie długotrwale bezrobotne (Homs 2017). Przyniosły one konkretne efekty: poziom

zatrudnienia osób w wieku 55-64 w 2016 roku wynosił 49,1%, przy średniej unijnej 55,3%, podczas gdy w 2000 roku wynosił on 37% (Eurostat 2018a).

Jednym z bardziej charakterystycznych działań rządu wobec narastających wyzwań demograficznych jest funkcjonujący w Hiszpanii system opieki długoterminowej. Opiera się on na pięciu głównych filarach: uniwersalnym prawie dostępu dla wszystkich potrzebujących, usługach mających większe znaczenie niż świadczenia finansowe, decentralizacji opieki, mieszanym modelu finansowania i systemie kontroli jakości opieki (Cabrero, Gallego 2013). Od 2006 roku obowiązują regulacje dotyczące funkcjonowania polityki wsparcia dla osób niesamodzielnych i zależnych. Dało ono podstawę do stworzenia tzw. systemu SAAD (hisz. *Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia*), który jest wynikiem toczącej się od 1992 roku debaty politycznej i eksperckiej na temat modelu opieki długoterminowej (ibidem). Przed 2006 rokiem nie realizowano spójnych działań w tym zakresie, a obowiązek zapewniania usług opiekuńczych leżał w gestii poszczególnych gmin i regionów. Nowy system obejmuje osoby, które m.in. mieszkają na terytorium Hiszpanii co najmniej 5 lat i posiadają określony stopień niesamodzielności. Jego zasadniczą ideą było zaangażowanie w system opieki, obok rodzin i społeczności lokalnych, instytucji publicznych. W założeniach do tego systemu uwzględniono m.in. podniesienie jakości świadczonych usług, ujednolicenie całego systemu, jak również włączanie instytucji sektora prywatnego (Ziębińska 2017). Głównym źródłem finansowania systemu SAAD są podatki, jednak ok. 1/3 dochodów w 2015 roku pochodziła z dopłat od jego beneficjentów. Bezpośrednia realizacja działań spoczywa na poszczególnych regionach, co prowadzi do znacznego regionalnego zróżnicowania zakresu oferowanych usług (Peña-Longobardo et al. 2016). Istotną rolę odgrywają także opiekunowie nieformalni, wśród których dominują kobiety powyżej 50. roku życia oraz imigrantki z Ameryki Łacińskiej. Osoby decydujące się na opiekę nie otrzymują wynagrodzenia, jednak mają opłacane składki na ubezpieczenia społeczne. Ponadto opiekunowie nieformalni mogą liczyć na ulgę podatkową oraz urlop, którego maksymalny wymiar został wydłużony do trzech lat.

Polityka migracyjna

Hiszpania należy do grupy państw o znacznym udziale cudzoziemców w populacji, ale skala i kierunek procesów migracyjnych (odpływów i napływów) zmieniały się dynamicznie w ostatnich dekadach. W latach 1980. Hiszpania stała się krajem imigracji netto doświadczając masowych napływów powracających do kraju emigrantów, jak i cudzoziemskich pracowników (Peixoto et al. 2012: 111-112). Głównym powodem fal imigracji był boom ekonomiczny, zbiegł

się on ze wstąpieniem Hiszpanii w struktury Wspólnoty Europejskiej (co nastąpiło w 1986 roku), a tym samym z napływem wspólnotowych funduszy strukturalnych, które dodatkowo przyczyniły się do rozpędzenia gospodarki. Między 2000 a 2008 rokiem populacja osób urodzonych poza Hiszpanią wzrosła z 1,5 mln do 6 mln, oznaczało to wzrost odsetka osób urodzonych poza krajem z 4% do 14% w ciągu zaledwie kilku lat. W przypadku innych państw podobny proces zajmował zazwyczaj kilka dekad (Arango 2016: 3). Dane o populacji osób urodzonych za granicą (stan na 1 stycznia 2015 roku) mówią o 5.8 mln osób (12,7%), w tym 1,9 mln (4,3%) to osoby urodzone w krajach UE, a 3,9 mln (8,4%) – urodzone w krajach trzecich³. W Hiszpanii jedyną siłą napędową wzrostu populacji była w ostatnich latach dodatnia migracja netto, ponieważ naturalna zmiana populacji była ujemna⁴.

Polityka migracyjna i prawo dotyczące cudzoziemców były bardzo liberalne w Hiszpanii, kurs w kierunku zwiększenia kontroli nad napływem i populacją cudzoziemców już będących na terytorium Hiszpanii zmienił się dopiero od wstąpienia kraju do UE, zaostrzył się wraz przejściem w latach 1990. władzy przez konserwatystów. Jednym z podstawowych narzędzi polityki migracyjnej Hiszpanii są umowy bilateralne podpisywane z rządami krajów-źródeł imigracji, m.in. z Marokiem, Kolumbią, Dominikaną czy Ekwadorem. Populacja imigrantów w Hiszpanii charakteryzuje się wysokim (w porównaniu z innymi państwami) udziałem cudzoziemców o nieuregulowanym statusie. Wskazuje się na kilka powodów takiego stanu rzeczy: trudności w skutecznej kontroli granic morskich, dużej skali szarej strefy na rynku pracy, powszechnej formy zatrudnienia na krótkie kontrakty, wysoki poziom tolerancji społeczeństwa dla nielegalnego zatrudnienia, a także słabości instytucji państwa w skutecznej walce z tymi zjawiskami. Szacuje się, że w Hiszpanii około 1.2 mln obcokrajowców skorzystało z możliwości uregulowania swojego statusu dzięki regularnie organizowanym abolicjom (akcje legalizacyjne miały miejsce co kilka lat, m.in. w 1986, 1991, 1996, 2000, 2001 i 2005 roku (Peixoto et al. 2012: 127).

Polityka integracyjna na poziomie ogólnokrajowym skupia się przede wszystkim na obszarze prawa, w tym legalizacji pobytu. W praktyce działania integracyjne w Hiszpanii charakteryzują się wysokim stopniem decentralizacji. Wynika to ze struktury administracji, która jest oparta na niezależnych regionach mających spore możliwości kreacji własnej polityki społecznej. Władze regionalne i lokalne w poszczególnych regionach opracowują niezależne strategie integracyjne dla imigrantów, które biorą pod uwagę potrzeby adresatów oraz możliwości i zasoby będące w dyspozycji władz danego regionu.

³[http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Foreign-born_population_by_country_of_birth,_1_January_2016_\(%C2%B9\).png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Foreign-born_population_by_country_of_birth,_1_January_2016_(%C2%B9).png)

⁴ http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_and_population_change_statistics

Kryzys gospodarczy z pierwszej dekady XXI wieku doprowadził do sytuacji, w czasie której w krótkim czasie nastąpiła masowa emigracja obywateli z Hiszpanii i rezydujących tam cudzoziemców. Szacuje się, że w latach 2008-2014 Hiszpanię opuściło 2,6 mln osób (Arango 2016:1). Głównymi powodami wyjazdów był rosnący poziom bezrobocia, brak perspektyw na odpowiednie zatrudnienie i oczekiwany poziom wynagrodzeń. Wystarczy wspomnieć, że bezrobocie osiągnęło w 2014 roku poziom 25%, w tym wśród młodych Hiszpanów - 53%, a wśród cudzoziemców - 33% (ibidem).

Rząd hiszpański sprzyja tzw. migracjom na starość. Hiszpania jest popularnym krajem docelowym dla emerytów z państw Zachodniej i Północnej Europy, którzy osiedlają się w szczególności w południowych regionach Hiszpanii. Raport brytyjskiego i hiszpańskiego urzędu statystycznego wykazał, że 121 tys. (40%) brytyjskich mieszkańców Hiszpanii ma 65 lat i więcej w 2016 roku oraz że liczba ta wzrosła ponad dwukrotnie w ciągu dekady (od 2006 roku) (*Living abroad...*2017). Imigracja emerytów z innych państw UE przyczynia się do zmiany struktury demograficznej regionów, w których się oni osiedlają. Ich obecność może się także przekładać na wzrost działań i usług skierowanych do osób starszych w tychże regionach, jak również oznacza większe wpływy do budżetów poszczególnych regionów (Gavanas, Calzada 2016).

Węgry

Polityka społeczna na Węgrzech stanowi przykład modelu postsocjalistycznego, w którym dużą rolę odgrywa państwo wraz z rozbudowanymi instytucjami pomocy społecznej. Podstawowym gwarantem usług opiekuńczych pozostaje rodzina, która może liczyć na różne formy wsparcia ze strony instytucji publicznych. Od 2010 roku można obserwować wprowadzanie nowych rozwiązań, które m.in. nawiązują do instrumentów polityki rodzinnej stosowanych w znacznie zamożniejszych krajach.

Polityka, której celem był wzrost urodzeń, rozwijała się na Węgrzech w okresie socjalizmu, od połowy lat 1960. Wprowadzono wtedy, obserwując dynamiczny wzrost aktywności zawodowej kobiet, zasiłek na opiekę nad dzieckiem do lat 3 (węg. GYES). Matkom przysługiwało miesięcznie 40% przeciętnego wynagrodzenia. Brak zadawalających efektów doprowadził kilka lat później do wprowadzenia kolejnych zmian, które miały przyczynić się do wzrostu poziomu dzietności: zwiększono wymiar zasiłków na dzieci, wprowadzono system ulg na najpotrzebniejsze dobra i usługi oraz urlopy wychowawcze, a także zaostrzono przepisy aborcyjne (Závecz 2014: 172). Saxonberg (2010) wskazuje, że działania podejmowane przez

rządy na Węgrzech, spośród państw bloku sowieckiego, były najbardziej rozwinięte i bliskie rozwiązaniom spotykanym na zachodzie.

Działania adresowane do osób starszych zaczęły pojawiać się w polityce Węgier stosunkowo późno, dopiero w ostatniej dekadzie podjęto pierwsze, spójne działania w tym zakresie. Badacze problemu wskazują, że rząd węgierski nie ma sprecyzowanej polityki wobec starzenia się ludności, a poszczególne działania są przypisane do różnych ministerstw (Cséres-Gergely 2012). Główną rolę w zakresie realizacji polityki wobec osób starszych, podobnie jak w modelu śródziemnomorskim, odgrywają władze lokalne - odpowiedzialność dostarczania usług opiekuńczych osobom starszym została przekazana gminom już na początku lat 1990. W praktyce jednak opieka nad osobami starszymi spoczywa na młodszych członkach rodziny, co zostało zapisano w Konstytucji Węgier z 2011 roku: *pełnoletnie dzieci zobowiązane są do opieki nad rodzicami, którzy opieki tej wymagają* (art. XVI). Familizacja opieki stała się prawnie wiążącym prawem dla mieszkańców Węgier.

Węgry są krajem, który od wczesnych lat 1980. zmaga się ze spadkiem populacji. Obecnie wynosi ona 9,8 mln. Według prognoz demograficznych (przy braku zmian współczynnika dzietności i poziomu imigracji), w 2060 roku populacja Węgier będzie wynosiła 7,9 mln, a w najbardziej negatywnej wersji 6,7 mln (Földházi 2015: 214). Głównym powodem tego trendu jest stały niski wskaźnik urodzeń w ostatnich dwóch dekadach oraz wyższy od przeciętnego w Europie poziom śmiertelności (szczególnie wśród grup w średnim i starszym wieku oraz mężczyzn) (European Commission 2013: 82). Współczynnik dzietności (TFR) od lat 1970. kształtuje się na Węgrzech poniżej poziomu 2,0. Najniższy jego poziom zanotowano w 2011 roku: 1,24. Od tego czasu obserwuje się niewielki wzrost (1,44 w 2014), jednak trudno uznać go za punkt zwrotny.

Oprócz procesu depopulacji, Węgry doświadczają także intensywnego procesu starzenia się społeczeństwa. Osoby powyżej 65. roku życia stanowią obecnie 17,9% społeczeństwa, a więcej niż 80 lat ma 4% węgierskiej populacji (Földházi 2015: 221). Przewiduje się, że udział osób powyżej 65 roku życia zwiększy się do 24% w 2030 roku i 33% w 2060 roku. Osoby w wieku 80 lat i więcej będą stanowiły 15% społeczeństwa w 2060 roku (Monostori 2015: 118).

Negatywne tendencje dotyczą także liczby osób aktywnych zawodowo. W 2016 roku na jedną osobę w wieku 65 lat i więcej przypadały cztery osoby pracujące. W 2060 roku prognozuje się, że liczba ta spadnie przynajmniej o połowę: na jedną osobę starszą przypadnie mniej niż dwie osoby w wieku produkcyjnym (Földházi 2015: 222). Warto wspomnieć, że średni wiek osób przechodzących na emeryturę wynosi na Węgrzech 59 lat w przypadku kobiet

oraz 62 w przypadku mężczyzn (Monostori 2015: 115). Aktualne wskaźniki demograficzne dotyczące Węgier są lepsze niż średnia UE: udział grupy wiekowej powyżej 65. roku życia w populacji jest niższy niż średnia europejska, średnia wieku też jest niższa niż w wielu innych państwach UE (41 lat). Jednak prognozy wskazują, że taka sytuacja szybko się zmieni i Węgry (podobnie jak Polska) staną się w nieodległej przyszłości jednym z najstarszych społeczeństw na kontynencie. Warto zauważyć, że zasadniczy wpływ na zmiany demograficzne opisane powyżej ma niski wskaźnik dzietności, w minimalnym zaś stopniu procesy migracyjne.

Wsparcie dla rodzin z dziećmi

Wśród działań, które mogą po części złagodzić tempo depopulacji społeczeństwa węgierskiego, wskazuje się na politykę rodzinną, która cieszy się szczególnym zainteresowaniem władz. Charakteryzuje się ona rozbudowanym systemem wsparcia rodzin w postaci systemu różnych świadczeń (jest ich blisko 20) (Makay 2015: 59). Tym, co wyróżnia przyjęte w tym kraju rozwiązania to zasiłek rodzinny przyznawany wszystkim rodzinom niezależnie od dochodu, proporcjonalnie większy dla rodzin z większą liczbą dzieci. Świadczenia rodzinne, które wcześniej wiązały się z poziomem dochodów, stały się uniwersalne (Spéder, Kamarás 2009: 650). Obecnie 99% rodzin wychowujących dzieci na Węgrzech otrzymuje zasiłek rodzinny (Makay 2015: 58). Węgry należą do grupy państw z najwyższymi nakładami na politykę rodzinną w krajach OECD. W 2013 roku średnia nakładów na politykę rodzinną dla wszystkich państw OECD wynosiła 2,13% PKB, podczas gdy na Węgrzech wskaźnik ten osiągnął poziom 2,95% PKB i jest on najwyższy wśród państw Europy Środkowo-Wschodniej (OECD 2016). Znaczną część budżetu na politykę rodzinną pochłania system rozbudowanych ulg podatkowych związanych z posiadaniem dzieci. Według szacunków PwC (2016), w 2016 roku rodzina z dwójką dzieci mogła liczyć średnio na wsparcie w wysokości 1952 EUR rocznie, co lokowało Węgry na pozycji lidera w regionie. Wysokie nakłady finansowe nie przełożyły się jednak na znaczący wzrost urodzeń.

Rząd Viktora Orbána pierwszej kadencji (1998-2002) uznał, że kwestie demograficzne mają strategiczne znaczenie dla rozwoju państwa. Konserwatywny rząd Orbána podejmował działania „zachęcające” do powrotu kobiet do ich tradycyjnych ról, czyli do wychowywania liczego potomstwa w domu (Saxonberg 2014: 229). Inicjatywy te okazały się częściowo skuteczne, co pokazują dane dotyczące opieki instytucjonalnej dla najmłodszych dzieci. Zaobserwowano spadek liczby miejsc opieki w żłobkach. Według danych za 2014 rok, jedynie 9% dzieci do trzech lat korzystało z tej formy opieki (Kapitány, Makay 2014). Hojny system

świadczeń finansowych oraz urlopów umożliwił opiekę nad dzieckiem w domu, tym samym oferta wsparcia instytucjonalnego (inwestycje w żłobki czy przedszkola) nie stanowiła głównego instrumentu polityki rodzinnej. Rozwiązanie to ma jednak swoje ujemne efekty w postaci wycofania się licznej grupy kobiet z rynku pracy i poświęcenia się opiece nad dziećmi.

Trudna sytuacja demograficzna, szczególnie utrzymujący się niski poziom dzietności, przyczyniła się do zaplanowania i wprowadzenia przez kolejne węgierskie rządy zdecydowanych rozwiązań mających charakter bezpośrednich działań ukierunkowanych na wzrost urodzeń. Objął on szereg świadczeń pieniężnych dla rodziców, dla dzieci, ulg podatkowych oraz wsparcia mieszkaniowego. Co ważne, działania te mają charakter uniwersalny, obejmują wszystkie rodziny na Węgrzech. Na szczególne wsparcie mogą liczyć rodziny wielodzietne, które uzyskują relatywnie wyższe świadczenia na dzieci niż rodziny posiadające jedno czy dwoje dzieci (Szikra 2014). Podjęte działania wyróżniają się nie tylko na tle państw postkomunistycznych, ale również na tle krajów Europy zachodniej, co przyczynia się do uznawania węgierskiej polityki za niezwykle hojną. Jednocześnie jednak osoby starsze i polityka senioralna nie stanowią priorytetowego obszaru działań węgierskiego rządu. Postrzegane są przede wszystkim w kontekście funkcjonowania systemu ubezpieczeń społecznych i problemów zdrowia publicznego.

Opieka nad osobami starszymi

Rząd zauważa konieczność wydłużenia aktywności zawodowej osób starszych w kontekście przyszłości, stojącej pod znakiem starzejącego się społeczeństwa. Podjęto decyzję o wydłużaniu ustawowego wieku emerytalnego (65 lat dla kobiet i mężczyzn) oraz o konieczności wprowadzania zachęt prowadzących do wzrostu poziomu aktywności zawodowej osób w wieku okołomerytalnym oraz po osiągnięciu tego wieku. Kryzys gospodarczy i rosnące zadłużenie doprowadziły do sytuacji, w której rząd Viktora Orbána zlikwidował trzynastą emeryturę oraz trzynastą pensję w instytucjach publicznych. W 2010 roku miała miejsce nacjonalizacja drugiego filaru ubezpieczeń społecznych, w konsekwencji której rząd przejął kilkanaście miliardów środków zgromadzonych przez obywateli w prywatnych funduszach emerytalnych (Szikra 2014).

Na Węgrzech nie wypracowano dotychczas odrębnego systemu opieki długoterminowej dla osób starszych. Krewni opiekujący się osobą zależną mogą otrzymywać opłatę za opiekę pielęgnacyjną w sytuacji, kiedy sprawują nad nią stałą opiekę. Kwota określana jest przez

samorządy lokalne, a w 2013 roku nie mogła być niższa niż równowartość 80 EUR miesięcznie. Samorządy rzadko decydują się jednak na jej podwyższenie, głównie z powodu trudnej sytuacji finansowej w poszczególnych gminach. System opieki nad osobami zależnymi, w odróżnieniu od polityki rodzinnej na Węgrzech, jest powszechnie krytykowany i wskazuje się na jego ograniczenia, tymczasowość i niewydolność (Lajkó 2013). W 2014 roku publiczne wydatki na opiekę długoterminową stanowiły jedynie 0,3% PKB, przy średnim poziomie 1,4% PKB dla krajów OECD (OECD 2017).

Polityka migracyjna

Na szczególną uwagę w przypadku analizy działań pro-demograficznych na Węgrzech zasługują działania charakterystyczne dla polityki migracyjnej. Procesy migracyjne w przypadku Węgier mają w ciągu ostatnich kilku dekad zmienną dynamikę (dotyczy to zarówno odpływów, jak i napływów), ale nigdy nie miały i nie mają obecnie charakteru masowego. Ważnymi czynnikami, mającymi wpływ na migracje na Węgrzech miała akcesja tego kraju do UE (w maju 2004 roku) oraz zmiana prawa dotyczącego nabywania obywatelstwa (w 2011 roku), która wprowadziła ścieżkę uproszczonej naturalizacji dla osób pochodzenia węgierskiego. Skala odpływu zwiększyła się dopiero w 2007 roku, a kolejny wzrost nastąpił po 2011 roku. Dane z 2013 roku wskazują, że 7% Węgrów w wieku 18-49 lat przebywało za granicą, a liczba ta nadal rośnie (IOM 2017). Aby zaradzić rosnącemu tempu emigracji, rząd węgierski wspierał w latach 2015-2016 program zachęcający do powrotu młodych Węgrów mieszkających w Wielkiej Brytanii. Oferował on osobom z wyższym wykształceniem pomoc w znalezieniu pracy i mieszkania na Węgrzech oraz dotację finansową na pokrycie kosztów podróży osobom zainteresowanym powrotem np. w celu odbycia rozmowy kwalifikacyjnej z węgierskim pracodawcą (ibidem). Równocześnie, rząd Orbána wprowadził restrykcyjne zasady studiowania, mające powstrzymać kolejne fale wysoko wykwalifikowanych pracowników przed emigracją zarobkową. Od 2012 roku, absolwent publicznej uczelni, który chce wyjechać z kraju zobligowany jest na podstawie specjalnej umowy z uczelnią do uiszczenia kosztów związanych ze studiami (Valkó 2016).

W wyniku zmiany warunków naturalizacji, liczba „nowych” obywateli węgierskich dynamicznie się zwiększyła: od 2011 do 2015 roku z możliwości naturalizacji skorzystało ponad 670 tys. osób, w tym 95-97% z nich pochodziła z państw sąsiednich (zdecydowana większość z Rumunii). O obywatelstwo mogli ubiegać się także ci, którzy mieli węgierskich przodków, ale nie zamierzali osiedlać się na Węgrzech. W wyniku uproszczonej naturalizacji

liczba obywateli Węgier w krajach sąsiednich zwiększyła się od 2011 roku o ponad pół miliona (Gödri 2015: 185).

Efektywność rozwiązań z zakresu polityki wobec starzejącego się społeczeństwa

Analizując różne instrumenty stosowane przez państwa w ramach polityki wobec starzejącego się społeczeństwa zakładamy za innymi autorami, że istnieje istotna zależność pomiędzy politykami publicznymi i zachowaniami demograficznymi (zob. m.in. Gauthier 2007: 324). Zasadniczym celem realizowanej polityki wobec starzenia się ludności powinno być dążenie do poprawy wskaźników demograficznych i tym samym utrzymanie struktury ludności według wieku umożliwiającej prawidłowe funkcjonowanie społeczeństwa oraz gospodarki. W ramach interwencji podejmowanych na skutek aktualnej i prognozowanej sytuacji ludnościowej, to wskaźniki demograficzne oraz ekonomiczne (np. poziom aktywności zawodowej) wyznaczają strategiczne kierunki realizowanej polityki. Oznacza to, że wśród podstawowych wskaźników skuteczności czy efektywności stosowanych rozwiązań z zakresu polityki demograficznej jest poziom dzietności, odsetek osób powyżej 60. roku życia pozostających aktywnymi na rynku pracy oraz poziom aktywności zawodowej imigrantów.

Badania demograficzne pokazują znaczącą rolę poziomu dzietności na inne procesy ludnościowe. Poziom dzietności, spośród pozostałych trzech filarów reprodukcji (umieralności, imigracji i emigracji) ma natychmiastowy, najtrwalszy i najsilniejszy wpływ na strukturę wieku populacji (Fihel i in. 2017: 181). W wielu państwach to właśnie działania na rzecz rodzin z dziećmi traktowane są jako priorytetowe by złagodzić konsekwencje procesów starzenia się ludności. W przypadku stymulowania wzrostu dzietności w krajach wysoko rozwiniętych, dostępne współcześnie instrumenty polityki prorodzinnej (pośrednie i bezpośrednie) nie przynoszą jednak spektakularnych i zadowalających efektów, umożliwiających odwrócenie negatywnych trendów. Zdecydowana większość przykładów wsparcia państwa w decyzjach prokreacyjnych społeczeństwa ma charakter reaktywny. Peter McDonald (2007) zauważa, że znacznie większe efekty obserwować można było w przypadku ograniczania poziomu dzietności w krajach rozwijających się w drugiej połowie XX wieku niż ma to miejsce współcześnie w krajach dysponujących znacznie większymi zasobami finansowymi czy instytucjonalnymi.

W literaturze przedmiotu można odnaleźć wiele analiz porównawczych ukazujących wpływ stosowania poszczególnych instrumentów polityki rodzinnej (m.in. zasiłki, urlopy,

powszechne świadczenia czy polityka *work-life balance*) na poziom dzietności (zob. Gauthier 2007; Luci-Greulich, Thévon 2013) czy aktywność zawodową rodziców (zob. Engelhardt, Prskawetz 2004; Kurowska 2013). Zdecydowana większość badań dowodzi pozytywnej korelacji między wydatkami na politykę rodzinną i wzrostem dzietności. Wzrost nakładów publicznych (liczonych w PKP per capita) nie zawsze jednak oznacza proste przełożenie na liczbę urodzeń, szczególnie w przypadku drugiego i kolejnego dziecka (Kalwij 2010). Bardziej szczegółowe analizy wskazują, które z instrumentów i rozwiązań po spełnieniu określonych przesłanek przynoszą najlepsze rezultaty. Wyniki badań francuskich demografów pokazują, że największą skutecznością cechują się powszechne (wypłacane niezależnie od statusu zawodowego rodziców) pieniężne transfery dla rodzin z dziećmi oraz rozwinięty system opieki instytucjonalnej dla dzieci do 3 lat (Luci-Greulich, Thévon 2013). Jednakowo otrzymywanie świadczeń finansowych ma największy wpływ na decyzję o pierwszym dziecku, mniejsze zaś w przypadku kolejnych (Laroque, Salanie 2004).

Szczególną rolę odgrywają działania na rzecz tworzenia warunków umożliwiających godzenie życia zawodowego z rodzinnym. W krajach, w którym wdrożono działania pozwalające kobietom na kontynuację ich aktywności zawodowej (m.in. we Francji, Szwecji czy Wielkiej Brytanii) obserwuje się wyższy poziom dzietności. Fihel i in. (2017: 184) wskazują, że (...) *polityka rodzinna, aby skutecznie oddziaływać na płodność, powinna koncentrować się na kilku działaniach: podnoszeniu płac (obniżaniu podatków dochodowych), świadczeniach rodzinnych (zależnych od liczby dzieci), obniżaniu opodatkowania dóbr dziecięcych oraz wspomaganiu rozwoju instytucji umożliwiających rodzicom przeznaczenie czasu na działalność inną niż opiekę i wychowanie (żłobków, przedszkoli, świetlic i innych form kurateli)*. Jednoczesne stosowanie szerokiego instrumentarium na różnych etapach funkcjonowania rodziny i wychowywania potomstwa przynosi największe rezultaty w postaci poprawy wskaźników dzietności czy aktywności zawodowej kobiet.

Znacznie trudniej jest oceniać skuteczność i efektywność działań bezpośrednio ukierunkowanych na potrzeby starzejącego się społeczeństwa i osób starszych. Rezultaty dotyczące efektów konkretnych działań odnosić mogą się do poziomu aktywności ekonomicznej i społecznej osób starszych, zadowolenia z życia, poziomu zdrowia (liczone np. przeciętnym trwaniem życia), wysokości świadczeń emerytalnych (liczonej z uwzględnieniem parytetu siły nabywczej) czy rozwojem instytucji działających na rzecz osób starszych. Wskaźniki te dotyczą w większym stopniu jakościowego wymiaru życia osób starszych, do opisu którego niezbędne jest zastosowanie licznych szczegółowych danych. W odróżnieniu od

wsparcia rodzin z dziećmi, którego zasadniczym celem w ramach polityki demograficznej jest wspieranie dzietności, w przypadku starzejącego się społeczeństwa nie wypracowano jednego wskaźnika stanowiącego prostą miarę sukcesu działań w tym zakresie.

Autorzy przeglądu działań na rzecz starzejącego się społeczeństwa i osób starszych w 12 krajach UE wskazują na cztery główne modele rozwiązań podejmowanych w zakresie przeciwdziałania negatywnym trendom demograficznym (i makroekonomicznym) (Kryńska, Szukalski, red. 2013). Pośród najlepiej ocenionych polityk szczegółowych, które przynoszą największe rezultaty znalazły się kraje zaliczane do „skandynawskiej opieki” (Dania, Szwecja) oraz „zachodnioeuropejskiej różnorodności” (Francja, Holandia, Wielka Brytania). Kraje te wdrażają spójne i rozbudowane koncepcje aktywnego starzenia się ludności kładąc silny nacisk na aktywizację społeczną i zawodową starszych mieszkańców. Osoby te mogą liczyć na szerokie wsparcie ze strony władz centralnych, lokalnych, a także samych pracodawców.

Pomoc oferowana starszym pracownikom przekłada się na stosunkowo wysoki poziom aktywności zawodowej oraz wysokie wskaźniki dotyczące zadowolenia z życia czy zdrowotności. Szczególnie wyróżniają się rozwiązania stosowane w Szwecji, które uznaje się za najbardziej spektakularne i przyszłościowe w kontekście wydłużania aktywności zawodowej osób powyżej 65. roku życia (Kryńska 2013: 264). Inwestycje w działania aktywizujące osoby będące na przedpolu starości i te, które przeszły na emeryturę przynoszą pozytywne skutki, zarówno w wymiarze jednostkowym, jak również z perspektywy makro. Wydłużanie okresu aktywności zawodowej do 70. roku życia i dłużej w krajach wysoko rozwiniętych staje się powszechną koniecznością ze względu na kurczące się zasoby pracy i bazę podatników. Oprócz podnoszenia ustawowego wieku emerytalnego, kluczowe w tym zakresie są działania ochronne dla starszych pracowników, inwestowanie w rozwój i wdrażanie strategii zarządzania przedsiębiorstwami, jak również stosowanie bodźców ekonomicznych wobec pracodawców zatrudniających osoby starsze i będące już na emeryturze.

W omawianym badaniu znacznie gorzej pod tym względem wypadają kraje określane mianem „śródziemnomorskiej drogi” (Włochy, Hiszpania, Cypr) jak i „środkowoeuropejskiej młodej demokracji” (Rumunia, Bułgaria, Czechy). Inicjatywy podejmowane w tych krajach na rzecz aktywnego starzenia się mają charakter fasadowy, a ich wdrożenie było podyktowane wymogami UE. Brak spójnych działań na poziomie centralnym oznacza również ograniczone działania na poziomie regionalnym i lokalnym (Szweda-Lewandowska 2013:237-238). Autorzy przywoływanego raportu podkreślają istotę angażowania partnerów społecznych oraz

współpracy różnych poziomów (centralnego i samorządowego) i potrzebę koordynacji planowanych działań.

Jednym z kryteriów oceny funkcjonowania sektora opieki długoterminowej dla osób starszych jest wielkość publicznych nakładów na ten cel. Kraje przeznaczające na opiekę długoterminową znaczące środki (powyżej 1% PKB) charakteryzują się znacznie lepiej rozwiniętą infrastrukturą opiekuńczą i zaawansowanym wsparciem instytucjonalnym dla biorców opieki i ich opiekunów (Łuczak 2015). W krajach UE występują różne modele finansowania i preferencje w zakresie otrzymywanego wsparcia (ze strony instytucji publicznych czy członków rodziny), jednak priorytetową rolę odgrywają publiczne fundusze (w ramach systemu zabezpieczenia społecznego), z których finansowane są usługi i świadczenia dla osób starszych. Opieka długoterminowa, jak dowodzi Nicholas Barr (2016: 228-229), powinna być przedmiotem ubezpieczenia społecznego. Rozwiązania rynkowe oparte na indywidualnych decyzjach okazują się niewystarczające w przypadku tak specyficznego ryzyka, jakim jest długie życie.

Skuteczność i efektywność realizacji usług w zakresie opieki długoterminowej może być analizowana za pomocą ewaluacji wysokości nakładów na osobę, oceny kryterium dostępności do opieki stacjonarnej czy zadowolenia biorców i opiekunów. Wysoko oceniane są systemy, w których na szerokie wsparcie publiczne mogą liczyć opiekunowie nieformalni, którzy np. w krajach skandynawskich traktowani są jako szczególna grupa pracowników, posiadająca określone prawa (m.in. urlop wytchnieniowy, opłacenie składek na ubezpieczenia społeczne czy wypadkowe) (Bakalarczyk 2018). Istotnym kryterium oceny działań w tym obszarze jest również poziom jakości świadczonych usług opiekuńczych, wspierany m.in. poprzez sektor ICT w opiece domowej czy łączenie elementów wolnorynkowych z publicznymi (Colombo i in. 2011). Z perspektywy osób starszych, jak i polityk publicznych, najbardziej korzystnym rozwiązaniem jest korzystanie z usług opiekuńczych we własnym domu, jak również stworzenie komfortowych i bezpiecznych warunków, umożliwiających możliwie jak najdłuższe pozostanie w otoczeniu bliskich i rodziny. Obok przesłanek psychologicznych i etycznych, przemawiają za tym także argumenty ekonomiczne, ponieważ opieka stacjonarna jest najbardziej kosztochłonna dla budżetu (Kaczmarczyk, Wrotek 2018).

W dyskusjach na temat poszukiwania adekwatnych rozwiązań wobec wyzwań związanych z starzejącym się społeczeństwem coraz wyraźniej podkreślana jest konieczność otwierania państw na zjawiska imigracji zarobkowej czy edukacyjnej oraz ograniczenia odpływu ludzi młodych. O ile w przypadku stymulowania napływu imigrantów można wskazać

pozytywne efekty polityki państwa, o tyle skuteczność działań na rzecz powstrzymywania emigracji wydaje się wątpliwa. Próby ograniczenia mobilności Europejczyków (np. absolwentów uczelni wyższych na Węgrzech) podważają istotę podstawowych praw człowieka i obywatela UE. Sytuacja demograficzna i makroekonomiczna wymusza obecnie na decydentach politycznych zmianę optyki postrzegania migracji, która zaczyna być traktować w kategoriach nieuchronnych procesów społecznych, nad którymi państwa mają ograniczoną możliwość kontroli (Murphy 2016).

Państwa, które od połowy XX wieku rozwijają politykę otwartych drzwi wobec cudzoziemców, odnotowują obecnie nieco lepszą sytuację demograficzną. Wyraźnie widać to na przykładzie Francji i Szwecji. Obecność imigrantów ma przede wszystkim większy wpływ na wielkość populacji niż na samą strukturę jej wieku (ibidem). W potocznym dyskursie dominują opinie o ponadprzeciętnym poziomie płodności wśród cudzoziemek, szczególnie tych pochodzących z państw afrykańskich. Badania pokazują, że wpływ imigrantów na poziom dzietności jest dodatni, jednak po pewnym czasie (często już w drugim pokoleniu) cudzoziemcy przyjmują wzorce płodności charakterystyczne dla społeczeństwa przyjmującego. Obecność imigrantów podnosi poziom dzietności w kraju przyjmującym maksymalnie o 0,14 (zob. Sobotka 2008).

Znacznie częściej napływ imigrantów analizowany jest w kategoriach ekonomicznych jako uzupełnienie niedoborów na lokalnych rynkach pracy. W przypadku niwelowania braków demograficznych, imigracja ma wyraźnie doraźny charakter, ponieważ rozwiązuje bieżące problemy związane z podażą siły roboczej. Prawidłowe relacje pomiędzy osobami aktywnymi i nieaktywnymi zawodowo mogą zostać osiągnięte poprzez otwarcie się na napływy kompensacyjne (zastępcze). Projekcje mówią jednak o dziesiątkach milionów osób, które powinny w krajach Europy zostać dodatkową siłą roboczą, by utrzymać najlepszą z możliwych strukturę zasobów pracy (Bijak i in. 2005). Należy także wziąć pod uwagę, że – zgodnie z wynikami badań z 2014 roku - wysoki poziom zatrudnienia imigranci uzyskują średnio kilka lat po przybyciu do danego kraju (Eurostat 2018b). Oznacza to, że sama liberalizacja przepisów dotyczących napływu i dostępu do rynku pracy dla cudzoziemców, której nie towarzyszą zdecydowane działania z zakresu integracji ekonomicznej imigrantów nie przekłada się jednoznacznie na rozwiązanie najpoważniejszych problemów związanych ze starzejącym się społeczeństwem. Jednocześnie pozytywnie należy oceniać te instrumenty polityki migracyjnej i polityki rynku pracy ukierunkowane na legalizację pobytu cudzoziemców i dostęp do

legalnego zatrudnienia. Pracownicy, od których odprowadzane są składki na ubezpieczenia społeczne, zwiększają środki na bieżące wydatki emerytalne.

Niezależnie od stopnia zaawansowania procesów charakterystycznych dla drugiego przejścia demograficznego, kraje wysoko rozwinięte muszą realizować działania prewencyjne, dostosowawcze oraz łagodzące konsekwencje zachodzących zmian. Przegląd działań, które stanowią podstawę realizowanej polityki demograficznej we Francji, w Hiszpanii, Szwecji i na Węgrzech pozwala wskazać kilka czynników, które decydują o stosunkowo wysokiej efektywności i skuteczności wdrażanych rozwiązań pro-demograficznych. Najwcześniej strategiczne działania w obszarze kondycji demograficznej zostały zainicjowane we Francji i w Szwecji. W krajach tych już w pierwszej połowie XX wieku istniały zaawansowane rozwiązania wspomagające rodziców w posiadaniu dzieci. W rezultacie dalszego rozwoju tych działań współczynnik dzietności nadal utrzymuje się na wysokim poziomie, co wyróżnia te dwa kraje spośród innych państw europejskich. We Francji i w Szwecji występuje szereg instrumentów finansowych i usług, które pozwalają rodzicom łączyć aktywność zawodową z życiem rodzinnym. Podobne działania obserwować można na Węgrzech, gdzie rozwijany jest katalog świadczeń i usług skierowanych do rodzin, szczególnie wielodzietnych.

Oczekiwać można dalszego rozwoju instrumentarium, które pozwoli pozytywnie wpływać na kondycję demograficzną w poszczególnych państwach. Niewątpliwie takim obszarem będzie polityka migracyjna, szczególnie zaś liberalizacja dostępu do rynków pracy obywateli państw trzecich. Przykład Węgier wydaje się szczególnie interesujący, działania podejmowane przez rząd Orbána w celu powstrzymania przed wyjazdem absolwentów uczelni wyższych, obok wątpliwości prawnych, wzbudzają pytanie o ich ewentualną skuteczność.

Przykłady działań podejmowanych w obszarze polityki wobec starości i polityki wobec osób starszych dowodzą szczególnego zróżnicowania w zakresie oferowanych rozwiązań publicznych. Przyjęty model polityki społecznej w danym kraju przekłada się na formy wsparcia oraz wymiar podmiotowy stosowanych instrumentów. Jednocześnie obserwuje się obecnie w polityce demograficznej, szczególnie adresowanej do rodzin i osób starszych, instrumenty oparte na zasadzie *social service mix state*. Oznacza to, że rządy poszczególnych państw poszukują najbardziej optymalnych rozwiązań, łącząc przy tym różne techniki zabezpieczenia społecznego jednocześnie angażując instytucje publiczne i prywatne w proces zaspokajania potrzeb ludności. Niezależnie od wypracowanego modelu społeczno-gospodarczego, współcześnie państwa zmuszone są do poszukiwania instrumentów stanowiących kompromis i angażujących struktury państwa, rodziny i społeczności lokalne.

Poszukiwanie optymalnych rozwiązań do stworzenia polityki wobec starzejącego się społeczeństwa wymaga szczegółowej analizy uwarunkowań, które wpływają na powodzenie konkretnych działań. Obok kwestii finansowych (wysokość PKB czy poziom zadłużenia) czy społecznych (wysokość kapitału społecznego czy obowiązujący model socjalny), ogromną rolę odgrywa otoczenie instytucjonalne i zaangażowanie organizacji działających na poziomie centralnym oraz samorządowym. Bezpośrednia implementacja stosowanych w analizowanych krajach rozwiązań na grunt Polski mogłaby zakończyć się porażką. Jednocześnie poszczególne instrumenty, których skuteczność została dowiedziona, wydają się być na tyle interesujące i możliwe do wdrożenia w warunkach polskich, że należy wziąć je pod uwagę w dyskusji na temat reakcji państwa na wyzwania związane ze starzeniem się społeczeństwa. Szczególnie warto skorzystać z doświadczeń francuskich w obszarze polityki rodzinnej w części dotyczącej łączenia pracy zawodowej z rodzicielstwem oraz szwedzkich w zakresie opieki nad osobami starszymi i sędziwymi. Rozwiązanie, w którym odpowiedzialność za opiekę leży po stronie państwa (a nie rodziny), wymaga systemowych rozwiązań oraz wysokich nakładów finansowych z budżetu państwa. Takie ograniczenia wydają się obecnie w Polsce trudne do przezwyciężenia, jednak w obliczu dużej skali emigracji po akcesji do UE (i niewielkiej jak dotychczas skali powrotów) sytuacja braku możliwości sprawowania opieki bezpośredniej w ramach rodzin w wielu polskich gospodarstwach domowych staje się realnym problemem, którego skala będzie się szybko zwiększać. W odpowiedzi państwo musi zmierzyć się z zadaniem stworzenia systemu profesjonalnej i dostępnej opieki instytucjonalnej i wsparcia dla osób sprawujących rolę opiekunów.

Literatura

- Active Ageing Index (2014). Analytical Report 2015, Online: http://www.age-platform.eu/images/stories/Publications/AAI_2014_Report.pdf
- Anioł W. (2013). *Szlak Norden. Modernizacja po skandynawsku*, Warszawa: Dom Wydawniczy Elipsa.
- Arango J. (2016). Spain. New Emigration Policy Needed For An Emerging Diaspora. Migration Policy Institute. Online: <https://www.migrationpolicy.org/research/spain-new-emigration-policies-needed-emerging-diaspora>
- Baizan P. (2016). The Policy Context of Fertility in Spain: Toward a Gender-Egalitarian Model?, R.R. Rindfuss and M.K. Choe (eds.), *Low Fertility, Institutions and their Policies*, Springer, New York.
- Bakalarczyk R. (2011). Perspektywa modelu szwedzkiego w postindustrialnej gospodarce, *Problemy polityki społecznej. Studia i dyskusje*, 16/2011, s. 59-78
- Bakalarczyk R. (2018). *Polityka wsparcia nieformalnych opiekunów niesamodzielnych osób starszych. Na podstawie zmian prawnych w latach 2003-2015*, Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Balcerzak-Paradowska B., Kołaczek B., Głogosz D. (2009). Polityki rodzinne w poszczególnych krajach UE, w: B. Balcerzak-Paradowska (red.), *Polityka rodzinna w krajach Unii Europejskiej – wnioski dla Polski*, Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich.
- Barr N. (2016). *Ekonomia polityki społecznej*, Poznań: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu.
- Bergman H., Hobson B. (2002). The coding of fatherhood in the Swedish welfare state, w: B. Hobson (red.), *Making Men into Fathers: Men, Masculinities and Social Politics of Fatherhood*, Cambridge University Press.
- Bijak J., Kupiszewska D., Kupiszewski M., Saczuk K. (2005). Impact of international migration on population dynamics and labour force resources in Europe, *CEFMR Working Paper 1*.
- Burzyńska M., Marcinkowski J. T., Bryła M., Maniecka-Bryła I. (2010). Life Expectancy i Healthy Life Years jako podstawowe miary oceny sytuacji zdrowotnej ludności, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 91(4): 530-536.
- Cabrero G. R., Gallego V. M. (2013). Long-Term Care in Spain: Between Family Care Tradition and the Public Recognition of Social Risk, w: C. Ranci, E. Pavolini (eds.), *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe*. Springer, New York.
- Colombo F., Llena-Nozal A., Mercier J., Tjadens F. (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.
- Cseres-Gergely S. (2012). *EEO Review: Employment policies to promote active ageing 2012*, Hungary.
- Czarnik M., Kot M., Urmański J. (2012). *Polityka prorodzinna w wybranych krajach Unii Europejskiej. Przegląd stosowanych rozwiązań*, Warszawa: Fundacja Republikańska.
- Delgado M., Meil G., Zamora Lopez F. (2008). Spain: Short on children and short on family policies, *Demographic Research*, 19(27): 1059-1104.
- Engelhardt H., Prskawetz A. (2004). On the changing correlation between fertility and female employment over space and time, *European Journal of Population*, 20(1): 35-62.
- Engler M., Country Profile: France. *Focus migration* nr 2, May 2012. Online: <http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/laenderprofile/133390/france>
- Eurobarometer (2007). Health and long-term care in the European Union, *Special Eurobarometer 283/ Wave 67.3 – TNS Opinion & Social*.
- European Commission (2013). *European social statistics*.

- Eurostat (2013). *EUROPOP2013* (European Population Projections). Online: http://ec.europa.eu/eurostat/data/database?node_code=proj
- Eurostat (2018a). Employment rates by sex, age and citizenship. Online: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=lfsa_ergan&lang=en
- Eurostat (2018b). *Employment rate of first generation of immigrants by sex, age, years of residence and reason for migration*. Online: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=lfso_14l1empr&lang=en
- Fihel A., Górny A., Kudła J., Walczyk K. (2017). Pronatalistyczna funkcja wydatków na politykę fiskalną i migracyjną, w: A. Fihel (red.). *Starzenie się ludności a polityka fiskalna i migracyjna*, Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Földházi E. (2015). Structure and future of the Hungarian society, w: J. Monostori, P. Öri, Z. Spéder (red.), *Demographic Portrait of Hungary 2015*. Hungarian Demographic Research Institute, Budapest.
- Gauthier A. H. (2007). The impact of family policies on fertility in industrialized countries: a review of the literature, *Population Research and Policy Review*, 26: 323-346.
- Gavanas A., Calzada I. (2016). Swedish Retirement Migrants in Spain: Mobility and Eldercare in an Aging Europe, w: M. Kilkey, E. Palenga-Möllenberg (eds.), *Family Life in an Age of Migration and Mobility*. Springer New York.
- Gödri I. (2015). International migration, w: J. Monostori, P. Öri, Z. Spéder (red.), *Demographic Portrait of Hungary 2015*. Budapest: Hungarian Demographic Research Institute.
- Guerrero T. J. (2017). *Youth in Transition. Housing, Employment, Social Policies and Families in France and Spain*, London: Routledge.
- Hecht J. (2010). Demografia jako kwestia polityczna, w: M. Chauvière, M. Sassier, B. Bouquet, R. Allard, B. Ribes (red.), *Uwarunkowania polityki rodzinnej we Francji w ujęciu historycznym, prawnym i politycznym*, Warszawa: Wydawnictwo Szkoły Wyższej Pedagogicznej TWP w Warszawie.
- Homs O. (2017). *Social and Employment Policies in Spain*. In-Depth Analysis for the EMPL Committee, European Parliament, Brussels.
- INE (2014). Population Projection for Spain, 2014-2064. Instituto Nacional de Estadística. Online: http://www.ine.es/en/prensa/np870_en.pdf
- IOM (2017). *Migration Issues in Hungary*, Geneva.
- Kaczmarczyk P., Wrotek M. (2018). Determinanty popytu i wydatków publicznych na opiekę długoterminową – doświadczenia Polski na tle Europy, w: M. Okólski (red.). *Wyzwania starzejącego się społeczeństwa. Polska dziś i jutro*, Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Kalwij A. (2010). The Impact of Family Policy Expenditure on Fertility in Western Europe, *Demography*, 47(2): 503-519.
- Kapitány B., Makay Z. (2014). Family Policies: Hungary, online: <http://www.perfar.eu/policy/family-children/hungary>
- Kapitány B., Spéder Z. (2015). Fertility, w: J. Monostori, P. Öri, Z. Spéder (red.), *Demographic Portrait of Hungary 2015*. Budapest: Hungarian Demographic Research Institute.
- Karisson M. (2002). *Comparative Analysis of Long-Term Care Systems in Four Countries*, International Institute for Applied Systems Analysis, Luxemburg.
- Kaufmann F. X. (2013). Variations of the Welfare State: Great Britain, Sweden, France and Germany between Capitalism and Socialism, w: F. X. Kaufmann (red.), *Variations of the Welfare State: Great Britain, Sweden, France and Germany between Capitalism and Socialism*, Springer
- Kramer S.P. (2014). *The other population crisis: what governments can do about falling birth rates*, Washington: Woodrow Wilson Center Press.

- Kryńska E. (2013). Rekomendacje dla Polski wynikające z rozwiązań systemowych stosowanych w krajach Unii Europejskiej, w: E. Kryńska, P. Szukalski (red.), *Rozwiązania sprzyjające aktywnemu starzeniu się w wybranych krajach Unii Europejskiej. Raport końcowy*. Łódź.
- Księżopolski M. (2009). Polityka społeczna w różnych krajach i modele polityki społecznej, w: G. Firlit-Fesnak, M. Szyłko-Skoczny (red.). *Polityka społeczna. Podręcznik akademicki*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kurowska A. (2012). Wpływ wybranych instrumentów polityki rodzinnej i polityki zatrudnienia na dzietność oraz aktywność zawodową kobiet, *Polityka Społeczna*, 11-12.
- Lajkó D. (2012). Opieka nad osobami starszymi na Węgrzech, *Polityka Społeczna*, nr 11-12.
- Laroque, Salanie (2004). Fertility and Financial Incentives in France, *CESifo Economic Studies*, 50(3): 423-450.
- Le Bihan B., Martin C. (2010). Reforming Long-term Care Policy in France: Private-Public Complementaries, *Social Policy and Administration*, 44(4): 392-410.
- León M., Jun Choi Y., Ahn J. (2016). When flexibility meets familialism: Two tales of gendered labour markets in Spain and South Korea, *Journal of European Social Policy*, 26(4): 344-357.
- Martin C. (2010). The Reframing of Family Policy. Processes and Actors, *Journal of European Social Policy* 20(5): 410-421.
- Miret-Gamundi P., Treviño R., Zueras P. (2014). Family Policies: Spain, <https://www.perfar.eu/policy/family-children/spain>
- Living abroad: migration between Britain and Spain* (2017). Online: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/populationandmigration/internationalmigration/articles/livingabroad/migrationbetweenbritainandspain#how-many-british-citizens-are-there-in-spain>
- Luci-Greulich A., Thévon O. (2013). The impact of family policies on fertility trends in developed countries, *European Journal of Population*, 29(4): 387-416.
- Lynch J. (2001). The Age-Oriented of Social Policy Regimes in OECD countries, Luxembourg Income Study, Working Paper no. 308.
- Łuczak P. (2015). *Opieka długoterminowa w Polsce i w Republice Czeskiej*, Poznań: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu.
- Makay Z (2015). Family support system – child raising employment, w: J. Monostori, P. Öri, Zs. Spéder, (red.), *Demographic Portrait of Hungary 2015*. HDRI, Budapest.
- McDonald P. (2007). Low Fertility and Policy, *Ageing Horizons*, 7:22-27.
- Mirosław J., Smóder A (2014). Zatrudnienie przyjazne rodzinie w krajach konserwatywnego modelu welfare state, w: B. Balcerzak-Paradowska (red.), *Zatrudnienie przyjazne rodzinie. Doświadczenia międzynarodowe, realia polskie*, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa.
- Monostori J. (2015). Ageing and retirement, w: J. Monostori, P. Öri, Z. Spéder (red.), *Demographic Portrait of Hungary 2015*. Hungarian Demographic Research Institute. Budapest.
- Murphy M. (2016). The effect of long-term migration dynamics on population structure in England & Wales and Scotland, *Population Studies*, 70(2): 149-162.
- NIK (2015). Koordynacja polityki rodzinnej w Polsce, Online: <https://www.nik.gov.pl/plik/id,9100,vp,11306.pdf>
- OECD (2011). Sweden. Long-term care. Online: <http://www.oecd.org/sweden/47878082.pdf>
- OECD (2012). **Indicators of integration of immigrants and their children.**
- OECD (2016). *Family benefits public spending.*
- OECD (2017). *Long-term Care.*

- Peña-Longobardo L. M., Oliva-Moreno J., Garcia-Armesto S., Hernandez-Quevedo C. (2016). The Spanish long-term care system in transition: Ten years since the 2006 Dependency Act, *Health Policy*, 120: 1177-1182.
- Peixoto J., Arango J., Bonifazi C., Finotelli C., Sabino C., Strozza S., Triandafyllidou A. (2012). Immigrants, markets and policies in Southern Europe. The making of an immigration model? W: M. Okólski (red.), *Europe: The Continent of Immigrants: Trends, Structures and Policy Implications*. Amsterdam University Press.
- Pérez-Caramés A. (2014). Family Policies in Spain, w: M. Robila (ed.), *Handbook of Family Policies Across the Globe*, Springer, New York.
- Pieńkowska-Kamieniecka S. (2012). System emerytalny w Hiszpanii, *Polityka Społeczna*, nr 5-6.
- PwC (2016), *Ulgi podatkowe i świadczenia rodzinne w UE*, PricewaterhouseCoopers, Warszawa.
- Rajoy M. (2008). Demographic trends in Southern Europe: rethinking the welfare state, *European View*, 7:195-202.
- Różyk-Myrta A., Brodziak A., Kołat E. (2016). Polityka prorodzinna w wybranych krajach europejskich, w: A. Brodziak (red.). *Kryzys demograficzny. Przyczyny i sposoby przeciwdziałania w świetle międzynarodowych badań własnych*, Nysa: Oficyna Wydawnicza PWSZ.
- Saxonberg S. (2010). Polityki rodzinne w nowych państwach członkowskich Unii Europejskiej i ich wpływ na role wynikające z płci oraz prawa jednostki, w: E. Leś, S. Bernini (red.). *Przemiany rodziny w Polsce i we Włoszech i ich implikacje dla polityki rodzinnej*, Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Saxonberg S. (2014). *Gendering Family Policies in Post-Communist Europe. A Historical-Institutional Analysis*, New York, Palgrave MacMillan.
- Serrano J., Latorre J. M., Gatz M. (2014). Spain: Promoting the Welfare of Older Adults in the Context of Population Aging, *The Gerontologist*, 54(5): 733-740.
- Skubiszewska K. (2011). *Szwedzka polityka rodzinna – lekcje dla Polski*, Analizy Norden Centrum, nr 2
- Sobotka T. (2008). The rising importance of migrants for childbearing in Europe, *Demographic Research*, Vol. 19 (9): 225-248.
- Spéder Z., Kamarás F. (2009), Hungary: Secular fertility decline with distinct period fluctuations, *Demographic Research*, vol. 19.
- Szukalski P. (2013). *Raport krajowy - Francja*, w: E. Kryńska, P. Szukalski (red.) *Rozwiązania sprzyjające aktywnemu starzeniu się w wybranych krajach Unii Europejskiej. Raport końcowy*, UŁ, Łódź.
- Surdej A., Brzozowski J. (2012). Rozwój systemu usług opiekuńczych dla osób niesamodzielnych we Francji: implikacje dla Polski, *Polityka Społeczna* nr 1.
- Szikra D. (2014). Democracy and welfare in hard Times: The social policy of the Orban Government in Hungary between 2010 and 2014, *Journal of European Social Policy*, Vol. 24(5): 486-500.
- Szweda-Lewandowska Z. (2013). Raport krajowy – Rumunia, w: E. Kryńska, P. Szukalski (red.), *Rozwiązania sprzyjające aktywnemu starzeniu się w wybranych krajach Unii Europejskiej. Raport końcowy*. Łódź.
- Swedenborg B. (2010). Szwedzki model państwa opiekuńczego: wnioski z perspektywy amerykańsko-szwedzkiej, w: W. Bieńkowski, M.-J. Radło (red.), *Wzrost gospodarczy czy bezpieczeństwo socjalne*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa
- Thévenon O. (2014). *Family Policies: France*, Population Europe Resource Finder & Archive. Online: <http://www.perfar.eu/policy/family-children/france>

- Thévenon O. (2008). Family policies in developed countries: contrasting models, *Population & Societies*, No. 448, INED, Paris.
- Trydegård G.-B., Thorslund M. (2010). One Uniform Welfare State or a Multitude of Welfare Municipalities? The Evolution of Local Variation in Swedish Elder Care, *Social Policy and Administration*, 44(4): 495-511.
- Tunberger P., Sigle-Rushton W. (2011). Continuity and change in Swedish family policy reforms, *Journal of European Social Policy*, 21(3).
- Valkó L. (2016). *The 'brain drain' and Hungary's ostrich strategy: The approach of the government to the human capital flight from Hungary since 2010*, <https://openaccess.leidenuniv.nl/bitstream/handle/1887/45361/A.L.%20Valk%C3%B3%20-%20MA%20Thesis%20EUS.pdf?sequence=1>
- Závecz Sz. (2014). *Analysis of the Hungarian Family Support System in Perspective of the Current Demographic Trends, Economic Question, Issues and Problems*.
- Ziębińska B. (2017). Opieka długoterminowa nad ludźmi starymi w kontekście modeli polityki społecznej. Studium porównawcze Hiszpanii i Finlandii, *Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje*, 36(1): 75-94.
- Zubrzycka-Czarnecka A. (2016). Wsparcie osób starszych w środowisku zamieszkania we Francji, w: B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski (red.), *System wsparcia osób starszych w miejscu zamieszkania*. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa.