

Wybrane aspekty sytuacji życiowej ludzi starszych w Polsce

Wiadomo dosyć dokładnie, że w przyszłości znacząco zwiększy się udział ludzi po 65 roku życia. Już w 2060 roku prawie jedna trzecia obywateli Unii Europejskiej będzie osobami starszymi – odsetek obywateli w wieku powyżej 65 lat wzrośnie do 29,9 % (z 17,2% w 2010 roku). Powiększy się znacząco także udział osób sędziwych tzn. mających ponad 80 lat (z 4,6 % do ponad 12 %)¹. W Polsce odsetek osób powyżej 65. roku życia wzrośnie do 2060 roku do ponad 34% osiągając prawie najwyższy w Europie (oprócz Łotwy – 35,7% i Rumunii – 34,8%) poziom².

W Polsce ważną przyczyną starzenia się społeczeństwa jest obniżenie współczynnika dzietności (z poziomu 1,99 w 1990 roku do 1,38 w 2010 roku), migracje zagraniczne (powodujące istotne zmiany w strukturze wieku ludności)³ oraz wydłużanie się przeciętnego trwania życia (dla kobiet 80,5 roku mężczyźni nieco ponad 72)⁴. Co prawda jako początek starości najczęściej przyjmuje się obecnie 65 rok życia, natomiast stosując kryterium społeczno-ekonomiczne wyodrębnia się trzy grupy ludności: wieku przedprodukcyjnym (0–17 lat), produkcyjnym (w Polsce 18–59 lat kobiety i 18–64 lata mężczyźni) oraz poprodukcyjnym (60 i więcej lat dla kobiet oraz 65 lat i więcej lat dla mężczyzn)⁵.

Udział ludności w wieku 65 i więcej kształtował się w Polsce w 2011 roku na poziomie 13,6%⁶. Natomiast udział populacji w wieku poprodukcyjnym wynosił prawie 17% (do 2035

¹ Powiększy się również grono ludzi, którzy przekroczą 100 lat życia. Od 1950 r. z każdą dekadą liczba stulatków podwaja się. W połowie pierwszej dekady XXI wieku ich liczbę szacowano na 210 tys., natomiast do 2050 r. będzie ich prawdopodobnie około 3 mln. W Polsce w 2008 r. żyło około 1,8 tys. stulatków, a do 2030 r. ich liczba ma wzrosnąć do 9 tys., P. Walewski, *Wiek długowiecznych* „Polityka” 2008, nr 8, s. 74; W. Moskal, *200 lat, bobasie!*, „Gazeta Wyborcza” 2009.10.05, s. 19.

² *Europe in figures. Eurostat yearbook 2011*, s. 117.

³ *Mały Rocznik Statystyczny Polski 2003*, GUS, Warszawa 2003, s. 125; *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2010–2011*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2011, s. 24.

⁴ *Rocznik Demograficzny 2000*, GUS, Warszawa 2001, s. 332, *Rocznik Demograficzny 2003*, GUS, Warszawa 2003, s. 344; *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2010–2011*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2011, s. 144.

⁵ Zasadnicze zmiany zajdą w tym względzie od 2020 r., kiedy mężczyźni będą przechodzić w Polsce na emeryturę w wieku 67 lat, natomiast kobiety ma to dotyczyć od 2040 r.

⁶ *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2010–2011*, RRL, Warszawa 2011 s. 34, 39, *Rocznik Demograficzny 2011*, GUS, Warszawa 2011, s. 125–126; w 2035 r. odsetek ludności w wieku 65 lat i więcej wzrośnie do 23,2%, zob. *Prognoza ludności Polski na lata 2008–2035*, GUS, Warszawa 2009, s. 219.

roku osiągnie poziom 26,7%. Szacuje się, że tylko w okresie dekady 2010–2020 średniorocznie będzie przybywało prawie 200 tys. osób w wieku emerytalnym⁷.

Zmiany w strukturze demograficznej społeczeństw pociągają za sobą przebudowę struktury rodzin⁸. W przyszłości zmniejszy się liczba bliskich osób w otoczeniu ludzi starych. Będą oni posiadać mniej dzieci i wnuków, czyli potencjalnych „pomocników” w rozwiązywaniu codziennych kłopotów⁹. Zwraca się uwagę na malejący stopniowo tzw. potencjał pielęgnacyjny (najczęściej stosunek liczby kobiet w wieku 45–69 lat/lub w wieku 50–69 lat do osób w wieku powyżej 70 lat. W 1960 roku na 100 osób w wieku 70 lat przypadało 420 kobiet w wieku 50–69 lat, a w 2000 roku tylko 126)¹⁰. Oznacza to znaczne ograniczanie możliwości sprawowania opieki nad starszymi osobami przez rodzinę i na możliwe zwiększenie zapotrzebowania na takie usługi świadczone przez instytucje polityki społecznej.

Dla zdecydowanej większości ludzi starych głównym i najczęściej jedynym źródłem dochodu są świadczenia społeczne. Wśród źródeł dochodów przeważają świadczenia emerytalne, natomiast dla bardzo niewielu osób źródłem utrzymania jest praca.¹¹ Z badań przeprowadzonych w 2011 roku wynika, że w zasadzie 96,5% osób w wieku 65 i więcej lat było osobami niepracującymi i tylko 3,5% wykonywało jakąkolwiek pracę zarobkową (w młodszej grupie wiekowej tzn. powyżej 60 roku życia było to około 8,5%). Zdecydowana większość osób starszych deklarujących wykonywanie pracy zarobkowej była jednocześnie na emeryturze¹².

W pierwszej dekadzie XXI wieku następował powolny wzrost świadczeń emerytalnych (w relacji do przeciętnego wynagrodzenia kształtowała się ona na poziomie odpowiednio 63,7% w 2000 roku oraz 62,2% w 2010 roku). Równocześnie mieliśmy do czynienia ze

⁷ ibidem, s. 4.

⁸ Zob. szerzej P. Szukalski, *Ewolucja wielkości i struktury rodzin*, „Polityka Społeczna” 2000, nr 4, s. 21–27.

⁹ Z. Woźniak, *Problemy starzenia się i starości wyzwaniem dla polityki społecznej na progu III tysiąclecia*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 1999, z.1, s. 287.

¹⁰ P. Błędowski, op. cit., s. 123–125; na ten temat pisze również P. Szukalski, który tzw. współczynnik potencjału wsparcia definiuje jako stosunek liczby kobiet w wieku 45–64 lat do liczby osób sędziwych. Przytacza on także dane dotyczące poziomów tego współczynnika w Polsce: w 2000 r. jego wartość wynosiła 5,12, natomiast według szacunków w 2020 r. będzie to poziom 3,64, z kolei w 2050 r. tylko 1,69, zob. szerzej P. Szukalski, *Ludzie starzy i bardzo starzy w Polsce i w krajach Unii Europejskiej. Stan obecny i perspektywy*, [w:] I. Sobczak (red.), *Procesy demograficzne w krajach Unii Europejskiej – porównania z Polską*, GWSH, Gdańsk 2003, s. 38–39; P. Szukalski, *Osoby sędziwe w Polsce i w krajach Unii Europejskiej. Przeszłość, teraźniejszość, przyszłość*, Łódź 2004, s. 17.

¹¹ U schyłku pierwszej dekady XXI wieku wskaźnik zatrudnienia osób w wieku powyżej 65 lat kształtował się na praktycznie niezmiennym poziomie (w 2009 roku 4,8%, a w 2010 roku 4,7%) *Polska 2010. Raport o rynku pracy oraz zabezpieczeniu społecznym*, MPiPS, Warszawa 2010, s. 19

¹² *Jak się żyje osobom starszym w Polsce?*, GUS, Warszawa 2012, s. 3.

zwiększaniem się liczby pobierających emerytury i renty rodzinne. Średnie wartości świadczeń nie bardzo przybliżają do poznania rzeczywistej sytuacji dochodowej emerytów. Poziom emerytur pobieranych przez seniorów bywa czasami bardzo zróżnicowany. W 2010 roku przeciętna wysokość emerytury wypłacanej przez ZUS wyniosła 1644,67 zł. Najczęściej jednak występującą (dominantą), pobieraną przez największą liczbę świadczeniobiorców (tj. przez 380,8 tys. osób), była emerytura w wysokości 1273,22 zł¹³. Najwięcej emerytów (ponad 40%) pobierało świadczenia w przedziale wartości od ponad 1200 zł do 1800 zł, natomiast prawie 18% w przedziale ponad 2000 zł do 3000 zł. Przeważali zatem świadczeniobiorcy o raczej niskich emeryturach, skupiając się poniżej wartości średniej arytmetycznej wysokości emerytury¹⁴. Dodać można również, że emerytury w wysokości nieprzekraczającej 1000 zł pobierało w 2010 roku ponad 13,5% świadczeniobiorców.

Średni wiek osób pobierających emerytury wyniósł w 2010 roku 68,7 lat. W przypadku mężczyzn było to nieco ponad 70 lat, natomiast dla kobiet trochę ponad 67,5 roku. Wśród osób pobierających emeryturę prawie 41% stanowili mężczyźni, a ponad 59% kobiety¹⁵.

W przypadku rent rodzinnych około 60% świadczeniobiorców w 2010 roku otrzymywało je w wysokości niższej niż przeciętna emerytura wypłacana przez ZUS, a tylko dla co dziesiątej osoby miała ona wartość przekraczającą 2400 zł¹⁶. Świadczeniobiorcami rent rodzinnych są w przeważającej mierze starsze kobiety. Prawie 67% osób pobierających renty rodzinne przekroczyło wiek 60 lat. Biorąc pod uwagę ich strukturę ze względu na wiek i płeć, beneficjentami rent rodzinnych były głównie kobiety – w wieku 60 i więcej lat, które w 2010 roku stanowiły ponad 3/4 kobiet pobierających tego rodzaju świadczenie.

Obiektywnie rzecz biorąc pod względem kondycji materialnej na tle ogółu społeczeństwa seniorzy charakteryzują się relatywnie dobrą sytuacją. Nie są oni grupą

¹³ *Struktura wysokości emerytur i rent wypłacanych po waloryzacji przez ZUS w 2010 roku*, ZUS, Departament Statystyki, Warszawa 2010, s. 8;

<http://www.zus.pl/files/Struktura%20wysoko%C5%9Bci%20%C5%9Bwiadcze%C5%84%20w%20marcu%202010%20r.pdf>

¹⁴ *Struktura wysokości emerytur i rent wypłacanych po waloryzacji przez ZUS w 2010 roku*, ZUS, Departament Statystyki, Warszawa 2010, s. 9 ;

<http://www.zus.pl/files/Struktura%20wysoko%C5%9Bci%20%C5%9Bwiadcze%C5%84%20w%20marcu%202010%20r.pdf>

¹⁵ *Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych 2010 r.*, ZUS, Warszawa 2011, s. 17.

¹⁶ *Rocznik Statystyczny RP 2004*, GUS, Warszawa 2004; *Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych 2010 r.*, ZUS, Warszawa 2011, s. 19.

szczególnie zagrożoną ubóstwem materialnym¹⁷. Poza tym wykazują się także najmniejszym zróżnicowaniem pod kątem rozwarstwienia (w obrębie grupy)¹⁸.

O ile seniorzy są w większości zabezpieczeni przed ubóstwem materialnym, to ich sytuacja daleka jest od ideału. Wiele problemów ich dotyczących ma inne niż materialne podłoże, inaczej też przedstawiają się warunki życia z ich punktu widzenia. W 2009 roku emeryci (oprócz rencistów) należeli do grup najbardziej krytycznie oceniających swoją sytuację życiową (co czwarty emeryt wypowiadał się o niej źle), stosunkowo mało było ocen pozytywnych w stosunku do własnej sytuacji materialnej. Przeciętnie natomiast widziało ją blisko 60%¹⁹. Z badań EU-SILC²⁰, wynika że w 2009 roku ponad 3/4 gospodarstw domowych emerytów miało (większe lub mniejsze) trudności z tzw. „wiązaniami końca z końcem”, a tylko co piątemu przychodziło to łatwo²¹. Emeryci (na tle ogółu) częściej deklarowali brak możliwości tygodniowego wypoczynku raz w roku (około 70%), jedzenia ryb lub mięsa co drugi dzień (22,3%), ogrzewania mieszkania zgodnie z potrzebami, czy kupowania odzieży lepszej jakości²².

W kwestii powierzchni mieszkaniowej z perspektywy czasu widać, że w miarę upływu lat sytuacja ulegała poprawie na korzyść emerytów. Największą powierzchnią użytkową na osobę w 2011 roku dysponowały właśnie ich gospodarstwa – 35 m² (podczas gdy średnia powierzchnia użytkowa mieszkania na osobę wynosiła około 26 m²)²³. Jest to oczywiście związane z mniejszą liczbą osób w gospodarstwie i konsekwencją naturalnego procesu odchodzenia dzieci z domu. Wśród gospodarstw emerytów mieszkania trzyizbowe zajmowało około 40% rodzin, nieco ponad 22% zamieszkiwało w dwuizbowych, a co czwarte w czterech izbach. Pod względem przestronności emeryci mieszkali najczęściej w lokalach, których powierzchnia kształtowała się w przedziale 40–49 m² oraz 60–79 m² (mieszkania takiej wielkości zajmowało ogółem ponad 42% z nich)²⁴.

¹⁷ Poniżej poziomu minimum egzystencji żyło 2% gospodarstw domowych emeryckich (wobec 3,3% wśród ogółu gospodarstw domowych), *Diagnoza społeczna 2009. Warunki i jakość życia Polaków*, (red.) J. Czapiński, T. Panek, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2009, s. 311–312.

¹⁸ Poziom współczynnika Giniego (jako miary rozwarstwienia dochodowego, im wyższa jest jego wartość, tym większe nierównomierności dochodowe) wśród gospodarstw emeryckich w 2009 r. wynosił 0,241 podczas, gdy dla ogółu gospodarstw domowych w Polsce osiągał poziom 0,336, *Budżety gospodarstw domowych w 2009 r.*, GUS, Warszawa 2010, s. 231.

¹⁹ Ibidem, s. 198.

²⁰ *European Survey on Income and Living Conditions* (Europejskie Badanie Warunków Życia Ludności).

²¹ *Dochody i warunki życia ludności Polski* (raport z badania EU-SILC 2009), GUS, Warszawa 2011, s. 105.

²² Ibidem, s. 3.

²³ *Warunki życia ludności w 2000 roku*, GUS, Warszawa 2001; *Budżety gospodarstw domowych w 2011 r.*, GUS, Warszawa 2012, s. 47, 244.

²⁴ *Warunki życia ludności w 2000 roku*, GUS, Warszawa 2001.

Należy jednocześnie zaznaczyć, że gospodarstwa emerytów zamieszkiwały w najstarszych zasobach, charakteryzujących się niższym standardem wyposażenia w podstawowe instalacje, których stan techniczny wymagał kapitalnych remontów, co stanowiło szczególną uciążliwość dla osób w podeszłym wieku²⁵.

Jeżeli chodzi o stopień wyposażenia mieszkań w instalacje techniczno-sanitarne, to mieszkania użytkowane przez emerytów na przestrzeni ponad dziesięciu lat zyskały znacznie na wyposażeniu w wodociąg, spłukiwany ustęp czy łazienkę, którą przykładowo w 2011 roku posiadało prawie 94% tego typu gospodarstw. Stosunkowo największe braki notowano w odniesieniu do instalacji gazowej, ponieważ stopień wyposażenia w centralne ogrzewanie na przestrzeni dekady polepszył się (wzrost o około 17 pkt. proc.). Uciążliwa jest sytuacja dla osób korzystających z ogrzewania piecowego. Na początku wieku w ten sposób ogrzewało swoje mieszkanie prawie 36% tego gospodarstw emeryckich, lecz pod koniec pierwszej dekady taka sytuacja dotyczyła już tylko co piątego gospodarstwa emeryckiego.

Co prawda większość osób starszych (w tym niepełnosprawnych) może poruszać się poza domem, to jednak wraz z wiekiem pogłębia się proces ograniczeń w tym względzie. W najstarszych grupach wieku tzn. powyżej 75. i 80. roku życia – odpowiednio prawie 30% i 45% miała mobilność ograniczoną do domu i jego otoczenia. W tym względzie z optymizmem należy przyjmować fakt, że zdecydowana większość tzw. „młodych starych” jest osobami mobilnymi.

W wysokorozwiniętych państwach dąży się w polityce społecznej do możliwie najdłuższego samodzielnego zamieszkania seniorów. Niektórzy seniorzy wymagają jednak całodobowej opieki instytucjonalnej, co często wiąże z koniecznością przebywania w określonego rodzaju instytucji. Z jednej strony konsekwencje procesów demograficznych, a z drugiej uwarunkowania gospodarcze przyczynią się w przyszłości do systematycznego zmniejszania roli jaką będzie odgrywać rodzina w opiece nad ludźmi starszymi. Wobec tego wzrastać będzie znaczenie opieki środowiskowej i różnego rodzaju placówek opiekuńczych. Na razie rola pomocy instytucjonalnej w rozwiązywaniu problemów seniorów nie jest duża oraz niewielkie są oczekiwania kierowane są pod jej adresem. Jednak popyt na oferowane przez nią usługi będzie w przyszłości najprawdopodobniej wzrastać. Przykładowo zapotrzebowanie na miejsca w domach pomocy społecznej do 2030 roku ma o połowę przekraczać planowany przyrost miejsc²⁶.

²⁵ Zob. szerzej E. Kucharska-Stasiak, *Zasoby mieszkaniowe. Diagnoza stanu technicznego i perspektywy*, Łódź 1999.

²⁶ Zob. szerzej Z. Szweda-Lewandowska, *Prognoza zapotrzebowania na miejsca w domach pomocy społecznej* [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starzenie się ludności Polski*, Wyd. UŁ, Łódź 2008, s. 125–150.

W Polsce świadczeń pomocy społecznej w formie usług i rzeczowej ważnych z punktu widzenia potrzeb ludzi starych udzielają: a) domy pomocy społecznej różnych typów (w tym dla osób w podeszłym wieku), b) dzienne domy pomocy, c) rodzinne domy pomocy. Udzielane są także usługi opiekuńcze w środowisku zamieszkania, schronienie, posiłek i ubranie, prowadzona praca socjalna i in.

Domy pomocy społecznej mogą być prowadzone przez różne podmioty, np. samorząd terytorialny, kościoły (różnych wyznań), organizacje społeczne, a także osoby fizyczne²⁷. Na uwagę zasługują dzienne domy pomocy społecznej (ddps)²⁸. Uczestnicy ddps mogą korzystać m.in. z posiłków, różnego rodzaju zajęć plastycznych oraz ruchowych. Do niewątpliwych atutów tego typu instytucji należy przede wszystkim pozostawianie człowieka starego w dotychczasowym otoczeniu oraz utrzymywanie kontaktów społecznych. Jednocześnie odciąża się rodzinę w udzielaniu opieki i odsuwa w czasie lub wręcz pozwala uniknąć tej permanentnej.

Interesującą i nabierającą coraz większego znaczenia formą zamieszkiwania dla seniorów okazują się rodzinne domy pomocy dla osób starszych (rdp). Mają być one pewnego rodzaju substytutem rodziny. Placówki tego typu są tworzone na podstawie ustawy o pomocy społecznej z 12 marca 2004 roku²⁹ i rozporządzenia z 28 lipca 2005 roku³⁰. Pierwszy rdp powstał w Poznaniu³¹, a kolejne w Gdańsku, gdzie położono szczególny nacisk na rozwiązywanie kwestii zamieszkania i opieki dla ludzi starszych na bazie tej właśnie formy. Należy podkreślić, że wspomaganie tworzenia rodzinnych domów pomocy zostało wpisane jako jeden z celów operacyjnych w Gdańskiej Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych (5.5.2.)³². W stosunkowo krótkim czasie dla województwa pomorskiego, a konkretnie dla miasta Gdańska symptomatyczna stała się największa dynamika powstawania rdp w skali kraju. W 2009 roku w Polsce działało 16 rdp, w których istniało łącznie 114 miejsc dla osób starszych. Spośród wszystkich funkcjonujących kraju rdp – 11 placówek

²⁷ W 2006 r. ze względu na podmiot prowadzący najczęściej było domów pomocy społecznej prowadzonych przez samorząd terytorialny (75%) oraz organizacje pożytku publicznego (22%), natomiast najmniej przez osoby prawne lub prywatne, Ł. Jurek, *Czynniki determinujące zapotrzebowanie na instytucjonalne usługi opiekuńcze z pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku*, część III, „Medi. Forum Opieki Długoterminowej” 2008, s. 22.

²⁸ Mają one już dość długą historię, ich rozwój nastąpił po 1973 r., kiedy wydano Instrukcję Nr 17/73 Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej (Dz. Urz. MZiOS, Nr 15 poz 79) sankcjonującą i regulującą tę formę pomocy społecznej, za: H. Hrostowska, *Dzienne Domy Pomocy Społecznej*, „Opiekun Społeczny” 1980, nr 3, s. 34.

²⁹ Ustawa z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz. U. Nr 64, poz. 593, z późn. zm.

³⁰ Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej w sprawie rodzinnych domów pomocy z dnia 28 lipca 2005 r., Dz. U. Nr 153, poz. 1276.

³¹ W 2010 roku w Poznaniu funkcjonowały już dwa rodzinne domy pomocy: „Przystań” oraz „Eden”.

³² *Gdańska Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych*, uchwała nr XIX/470/08 Rady Miasta Gdańska z dnia 31 stycznia 2008 r.

prowadziły osoby fizyczne, natomiast pięć bezpośrednio gminy. Najczęściej pojawiają się jednak problemy związane z tym, w jaki sposób zagwarantować mieszkańcom zaspokojenie potrzeb na poziomie zgodnym z wymogami za zbyt niską kwotę pieniędzy (postulaty właścicieli zmierzały do zwiększenia stawek osobowych w kontraktach). Z drugiej strony dochody mieszkańców rdp należą do relatywnie niskich i do utrzymania praktycznie każdego seniora dopłaca instytucja pomocy społecznej. Zdecydowana większość seniorów bardzo dobrze reaguje na atmosferę domu (pozytywny bilans emocjonalny) i z powodzeniem adaptuje się do stworzonych im warunków. Ci z nich, którzy przebywali tam przez dłuższy czas postrzegają atmosferę panującą w rdp jako *de facto* rodzinną, uważając się za członków rodziny.

Generalnie ze wsparcia ośrodków pomocy społecznej skorzystało w 2010 roku 8,5% ogółu gospodarstw domowych, a osoby w wieku poprodukcyjnym stanowiły wtedy 6% ich beneficjentów³³. W związku z określonymi przez ustawodawcę kryteriami dochodowymi do pomocy społecznej relatywnie niewielkiej zbiorowości ludzi starszych przysługuje prawo do nieodpłatnych świadczeń³⁴ (według aktualnego stanu wiedzy tylko co czwarty respondent korzystał ze świadczeń nieodpłatnie)³⁵. Na tle innych podopiecznych pomocy społecznej seniorzy są najzwyczajniej „zbyt zamożni”³⁶, ale z drugiej strony znaczna ich część nie jest w stanie zapłacić indywidualnie np. za usługi opiekuńcze.

Jednym z istotnych wyznaczników przybliżających obraz sytuacji rodzinnej ludzi starszych jest stan ich cywilny. Wśród mężczyzn zdecydowanie przeważają żonaci (ok. 80%) natomiast wśród kobiet najwięcej jest wdów. Z kolei wdowieństwo jest relatywnie rzadkim zjawiskiem w przypadku mężczyzn. Niespełna 5% mężczyzn, jak i kobiet w wieku powyżej

³³ *Beneficjenci środowiskowej pomocy społecznej w 2011 r.*, GUS, Kraków 2012, s. 50.

³⁴ W 1996 r. dokonując kolejnej nowelizacji ustawy o pomocy społecznej z 1990 r. wprowadzono kryterium dochodowe stanowiące podstawowy, choć nie jedyny warunek przy ubieganiu się o jej świadczenia. Od tego czasu już nie kwota najniższej emerytury przypadająca na członka rodziny, a właśnie kwotowo określone kryterium dochodowe zyskało kluczowe znaczenie. Zmiany te skutkowały m.in. „wyeliminowaniem” z kręgu świadczeniobiorców np. wielu emerytów (o najniższych świadczeniach wypłacanych przez ZUS). Ustawa o pomocy społecznej przewiduje wprawdzie „specjalny zasiłek celowy” dla osób przekraczających kryteria dochodowe, jednak jego przyznanie będące w gestii uznania administracyjnego winno mieć miejsce przy zaistnieniu „szczególnie uzasadnionego przypadku”, dodać należy, iż uzależnione jest z drugiej strony od możliwości finansowych gminy.

³⁵ P. Błędowski, *Potrzeby opiekuńcze osób starszych*, [w:] M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Wyd. Termedia, Poznań 2012, s. 459.

³⁶ Przykładowo w 2003 r. poniżej ustawowej linii ubóstwa żyło 16,5% emerytów i rencistów (rozdzielając te grupy: 10,5% emerytów i 26,2% rencistów) wobec 19,7% ogółem, natomiast w gospodarstwach domowych na których czele stały osoby w wieku 65 i więcej lat, wskaźnik ten wynosił 12,6%; z kolei w 2008 r. poniżej linii ustawowej znajdowało się 3,8% emerytów (wobec 10,6% dla ogółu gospodarstw domowych), a poniżej relatywnej linii ubóstwa było wtedy 6,2% emerytów (wobec 17,6% dla ogółu gospodarstw domowych), *Warunki życia ludności w 2003 r.*, GUS, Warszawa 2004, tabl. 103, 106; *Budżety gospodarstw domowych w 2008 r.*, GUS, Warszawa 2009, s. 45–46.

60 lat w 2011 roku było kawalerami i pannami, natomiast aż co druga Polka w tym wieku była wdową. W 2011 roku życie bez męża było udziałem ponad 57% kobiet w wieku 60 i więcej lat, natomiast bez żony żył tylko co piąty mężczyzna. Należy też dodać, że wśród osób starszych zdarza się również (choć rzadko) zawieranie nowych związków małżeńskich.

Ponad 90% ludzi starszych w Polsce posiada potomstwo (przeważnie jest to jedno lub dwoje dzieci), a nieco tylko mniejszy odsetek (87%) wnuki³⁷. Zatem zdecydowana większość ma w swoim otoczeniu osoby, na które mogą liczyć w różnych sytuacjach życiowych. Mężczyźni najczęściej wymieniają w tym aspekcie żony, natomiast dla kobiet są to dzieci (przeważnie córki)³⁸. Chętnie utrzymują oni ścisłe kontakty ze swoimi rodzinami, znacząco wpływa na pozytywny bilans życiowy i bardziej optymistyczne odniesienie do przyszłości.

Ludzie starzy dosyć często korzystają w życiu codziennym (prawie co druga osoba) z pomocy rodziny (głównie dzieci). Najczęściej dotyczy to prac domowych, załatwiania spraw urzędowych, robienia zakupów i opieki pielęgnacyjnej (w dalszej kolejności są to udostępnianie mieszkania oraz pomoc żywieniowa)³⁹. Osoby starsze świadczą z kolei także różnorodną pomoc na rzecz swoich rodzin przede wszystkim opiekując się wnukami, pomagając w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wspomagając je finansowo. W sytuacji kryzysu gospodarczego i utrzymującego się wysokiego poziomu bezrobocia (dotykającego w znacznej mierze młodego pokolenia) nabiera na znaczeniu ranga tego ostatniego czynnika jako formy wsparcia. Należy jednak podkreślić, że pomoc finansowa dzieci dla starszych rodziców ma przeważnie sporadyczny charakter (tylko co dziesiąty senior otrzymywał ją regularnie). Jest charakterystyczne, że jeżeli chodzi o wyłącznie finansowy wymiar pomocy, to seniorzy świadczą ją w większym wymiarze (na rzecz swoich dzieci). Innymi słowy, ludzie starzy udzielają więcej wsparcia finansowego własnym dzieciom niż dzieci im. W sferze prywatnej mamy zatem do czynienia z odwrotnym kierunkiem przepływu funduszy niż w

³⁷ B. Cichomski, P. Morawski, *Polski Generalny Sondaż Społeczny: skumulowany komputerowy zbiór danych 1992–1995*, V 216, ISS UW, Warszawa 1996; P. Czekanowski, *Rodzina w życiu osób starszych i osoby starsze w rodzinie*, [w:] B. Synak (red.), *Polska starość...*, op.cit., s. 142; P. Czekanowski, *Społeczne aspekty starzenia się ludności w Polsce. Perspektywa socjologii starości*, Wyd. UG, Gdańsk 2012, s. 219–221; B. Szatur-Jaworska, *Sytuacja rodzinna i więzi rodzinne ludzi starych i osób na przedpolu starości* [w:] M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Wyd. Termedia, Poznań 2012, s. 445.

³⁸ E. Frątczak, *Population Aging in Poland – Selected Aspects*, UNIA, Valetta, 1993, s. 89; M. Pączkowska, *Samopomoc, pomoc i opieka społeczna*, [w:] J. Halik (red.), op.cit., s. 62.

³⁹ Por. A. Gębska-Kuczerowska, M. Miller, A. Zbonikowski, *Problemy starości i starzenia się spostrzegane współcześnie*, „Zdrowie Publiczne” 1999, t. CIX, s. 189–192; B. Bień, B. Z. Wojszel, B. Polityńska, J. Wilmańska, *Opieka zdrowotna i społeczna nad ludźmi starszymi w Polsce w okresie reform systemowych*, „Gerontologia Polska” 1999, nr 3–4; A. Tokaj, *Rodzina w życiu seniora a przebieg procesu jego adaptacji do starości*, [w:] A. Fabiś (red.), *Seniorzy w rodzinie, instytucji i społeczeństwie. Wybrane zagadnienia współczesnej gerontologii*, Sosnowiec 2005, s. 41–49.

sferze publicznej, gdzie właśnie młodszy przekazuje część swoich dochodów na rzecz starszych (choćby poprzez system emerytalny).

Istotny dla analizy sytuacji życiowej osób starszych jest ich stan zdrowia. Kobiety częściej niż mężczyźni chorują przewlekłe i generalnie również gorzej oceniają swój stan zdrowia⁴⁰. Oczywiście sytuacja zmagania się ludzi starszych z chorobami ma przemożny wpływ na ich samoocenę i jest związana ze zmniejszającą się sprawnością niektórych narządów i zmysłów⁴¹ oraz poziomu samoobsługi⁴², to z kolei rzutuje na samopoczucie seniorów.

Ważnym czynnikiem obiektywizującym samoocenę stanu zdrowia jest również sprawność lokomocyjna. Dobrym ocenom stanu zdrowia towarzyszy najczęściej wysoki poziom sprawności ruchowej⁴³. Odsetek osób, które mają ograniczoną mobilność⁴⁴ oraz skala samego ograniczenia zwiększają się wraz z wiekiem. Zdecydowana większość (ponad 67%) osób w wieku 65 i więcej lat charakteryzuje się mobilnością. Oznacza to, że są one w stanie poruszać się samodzielnie w domu i poza nim. Kolejne około 22% mogło chodzić swobodnie po domu, ale już z problemami poza nim, natomiast 10% nie było w stanie wychodzić samodzielnie z mieszkania (w tym nieco ponad 2%, to osoby o całkowicie ograniczonej sprawności, które nie opuszczały łóżka lub fotela)⁴⁵. Pełną sprawnością lokomocyjną charakteryzował się większy odsetek starszych mężczyzn niż kobiet (odpowiednio 73%

⁴⁰ Analizując samoocenę stanu zdrowia pod względem płci można zauważyć, że starsi mężczyźni bardziej pozytywnie oceniają swoje zdrowie niż kobiety. Również większy odsetek kobiet niż mężczyzn postrzega swoje zdrowie krytycznie. Podczas gdy w grupie wiekowej (60–69) bardzo dobrze i dobrze oceniało stan swojego zdrowia prawie 23% mężczyzn, to wśród kobiet odsetek ten był o 5 punktów proc. mniejszy (w starszej grupie wiekowej powyżej 70 lat, wspomniana różnica ocen jest równie wysoka); jednocześnie źle i bardzo źle oceniało swoje zdrowie nieco ponad 26% starszych mężczyzn (60–69 lat) i ponad 37% (w wieku 70 lat), natomiast wśród kobiet odpowiednie odsetki przyjmowały wtedy wartości 31% i 45,5%, por. *Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r.*, op.cit., tabl. IV/4, s. 85–87; por. *Dochody i warunki życia ludności Polski* (raport z badania EU-SILC 2009), GUS, Warszawa 2011, s. 125.

⁴¹ Zaburzenia wzroku stwierdza się u 49% osób wieku 65 lat i więcej (u 47,2% umiarkowane, a u 1,8% znaczne), natomiast zaburzenia słuchu u prawie 30% seniorów, E. Klimek, B. Wizner, A. Skalska, T. Grodzicki, *Stan wzroku i słuchu u osób wieku podeszłym*, [w:] M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne i ekonomiczne starzenia ludzi w Polsce*, Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2012, s. 95–108.

⁴² W miarę upływu lat zmniejsza się sprawność podstawowych narządów: ruchu, wzroku i słuchu (przykładowo: co dziesiąta osoba w wieku 60 i więcej lat nie mogła przeczytać gazety, mając kłopoty z widzeniem z bliska, kłopoty ze słuchem miało ponad 4% ogółu dorosłych osób, ale aż co piąta powyżej 70 lat, ponadto co czwarta osoba w tym wieku nie była w stanie przejść samodzielnie 500 metrów, a co szósta mogła dokonać tego tylko z pomocą kija czy kuli, zob. szerzej *Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r.*..., op.cit., tabl. IV/22, s. 128–129.

⁴³ Należy zwrócić przy tym uwagę na pewną zdawałoby się oczywistą sprawę, że 93% osób pozytywnie oceniających stan swojego zdrowia była w pełni ruchliwa, natomiast wśród osób przykutych do łóżka żadna nie wyrażała się pozytywnie o własnym zdrowiu, a 97% tych osób oceniało je negatywnie, B. Bień, *Stan zdrowia i sprawność ludzi starszych*, [w:] B. Synak (red.) *Polska starość*..., op.cit., s. 50.

⁴⁴ W rozumieniu terminologii badań zdrowia mobilność oznacza możliwość opuszczenia domu, w którym się mieszka, co jest niezbędnym warunkiem nawiązywania kontaktów społecznych i wypełniania ról społecznych

⁴⁵ Por. B. Bień, *Stan zdrowia*..., op.cit., s. 52; *Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r.*..., op.cit., tabl. 3.30, s. 120;

wobec 64%). Starsze kobiety mają również dominujący udział w grupie osób niemogących opuszczać mieszkania (prawie 10% kobiet wobec nieco ponad 5,5% mężczyzn), a także „przykutych do łóżka” (2,5% kobiet, wobec 1,5% mężczyzn). Wśród osób 70. letnich i starszych ograniczenia sprawności ma częściej niż co druga osoba.

Rozpatrując kwestię stanu zdrowia ludzi starszych w literaturze przedmiotu szczególnie podkreśla się znaczenie tzw. oceny aktywności życia codziennego – ADL⁴⁶. Według najnowszych badań istotne upośledzenie sprawności w skali ADL występowało u 4%, a w skali IADL u 29,7% osób w wieku co najmniej 65 lat. Do tego 29% seniorów posiadało orzeczenie o niepełnosprawności⁴⁷. Osoby starsze pozostające w środowisku domowym częściej mają trudności z instrumentalnymi (tzw. sprawność gospodarska) niż podstawowymi czynnościami życia codziennego⁴⁸.

Czynnikami pomocnymi w diagnozowaniu stanu zdrowia najstarszej populacji są m.in. wydatki na ochronę zdrowia oraz częstotliwość korzystania z placówek służby zdrowia. Systematycznie wzrastają wydatki na ochronę zdrowia w budżetach gospodarstw domowych osób starszych, seniorzy też częściej niż inni przebywają w szpitalach⁴⁹, z większą częstotliwością odwiedzają lekarzy (najczęściej internistów i kardiologów), częściej zażywają leki, rzadziej natomiast niż młodsze osoby korzystają oni z usług stomatologicznych⁵⁰.

⁴⁶ ADL (*Activities of Daily Living*) wyróżnia się tu czynności podstawowe i instrumentalne. Skala oceny podstawowych czynności dnia codziennego (PADL) odnosi się do zadań związanych z samoobsługą takich jak np.: kąpiel, ubieranie się, toaleta osobista, przemieszczanie się, odżywianie. Ocena instrumentalnych czynności dnia codziennego, tzw. sprawność gospodarska (IADL) odnosi się do tych czynności, które są konieczne do dalszego pozostawania w środowisku domowym m. in.: lekkie prace domowe (zmywanie naczyń, zamiatanie), ciężkie prace domowe (mycie okien, podłóg), chodzenie po schodach, samodzielne wychodzenie z domu, przygotowanie herbaty/kawy, zrobienie obiadu, codzienne zakupy, posługiwanie się pieniędzmi, zob. szerzej K. Szczerbińska, *Problemy opieki zdrowotnej nad ludźmi w wieku podeszłym*, [w:] A. Czupryna, S. Paździoch, A. Ryś, W. C. Włodarczyk (red.), *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, T II, „Versalius”, Kraków 2001, s. 433–435; J. Bulska, *Potrzeby zdrowotne i socjalne ludzi starszych w Polsce na progu XXI wieku*, [w:] E. Kantowicz, A. Olubiński (red.), *Działanie społeczne w pracy socjalnej na progu XXI wieku*, Wyd. „Akapit” s.c., Toruń 2003, s. 431–433.

⁴⁷ B. Wizner, A. Skalska, A. Klich-Rączka, K. Piotrowicz, T. Grodzicki, *Ocena stanu funkcjonalnego u osób w starszym wieku*, [w:] M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne i ekonomiczne starzenia ludzi w Polsce*, Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2012, s. 81–94.

⁴⁸ O ile wśród osób powyżej 60. roku życia na ograniczenia w samoobsłudze narzeka niecałe 15% Polaków, to już w dwóch kolejnych przedziałach wiekowych tzn. do 70 roku życia oraz powyżej 80 lat, odsetki te wzrastają do poziomów odpowiednio: 32,6% oraz 54,4%, *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*, GUS, Warszawa 2011, s. 155.

⁴⁹ U ludzi starych większe jest prawdopodobieństwo, że pobyt w szpitalu nie ograniczy się tylko do jednego przypadku, ale będą występowały wielokrotne pobyty. Jeśli w 2009 roku na statystycznego mieszkańca Polski przypadało średnio 1,3 dnia spędzonego w szpitalach (w ciągu minionych 12 miesięcy), to o ile do 50 roku życia wartość tego wskaźnika oscyluje w przedziale 0,5–1,2, to w starszych grupach wieku częstość hospitalizacji rośnie bardzo szybko, a największą wartość przyjmuje on dla osób w wieku 70 lat i więcej – ponad dwukrotnie wyższą niż przeciętna notowana dla całej populacji; *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*, GUS, Warszawa 2011, s. 85.

⁵⁰ Por. M. Kuciarska-Ciesielska, G. Marciniak (red.), *Seniorzy w polskim społeczeństwie...*, op.cit., s. 122–131; *Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r...*, op.cit., s. 57–65, tabl. IX/2, s. 293, tabl. IX/20, s. 325, tabl. XI/33, s. 367, tabl. IX/46, s. 396–377; *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*, GUS, Warszawa 2011, s. 369.

Niepokojące jest natomiast, to że około 17% ludzi starszych rezygnowało z wizyt u lekarzy, a prawie 1/3 czyniło tak z powodu braku pieniędzy, co czwarta osoba starsza jako powód rezygnacji wskazywała zbyt długą listę oczekujących, a dla ponad 5,5% ludzi w wieku 60–69 przeszkodą była zbyt duża odległość i brak środka transportu (wśród ludzi w wieku 80 i więcej lat odsetek wskazujących ten ostatni powód rezygnacji osiągnął prawie 17%)⁵¹.

Sfera ochrony zdrowia okazuje się jedną z najtrudniejszych kwestii dla kolejnych rządów, a osiągnięte efekty są dalekie od oczekiwań społecznych. Człowiek stary postrzegany jest jako pacjent „kosztochłonny”⁵². Preferuje się zaspokajanie potrzeb zdrowotnych dzieci, osób niepełnosprawnych i innych pacjentów, ale w młodszych grupach wiekowych. Z jednej strony zdecydowanej większości osób starszych z racji skromnych środków na utrzymanie nie stać na indywidualne opłacanie świadczeń medycznych, a z drugiej strony symptomatyczne jest dla tej grupy największe zapotrzebowanie na tego typu usługi.

Jednym z istotnych zaniedbań jest fakt, iż pomimo nasilającego się od wielu lat procesu starzenia się polskiego społeczeństwa trudno o spójny system opieki nad starszymi pacjentami. Brakuje też lekarzy geriatrów i zachodzą obawy o powiększanie się tych deficytów w przyszłości⁵³. Wśród przyczyn tego stanu rzeczy na pierwszy plan wysuwają się: starzenie się kadry, niewielkie zainteresowanie oraz trudności w praktykowaniu (tylko na czterech spośród 11 uczelni medycznych w Polsce były praktykowane staże geriatryczne dla lekarzy specjalizujących się w medycynie rodzinnej). Istotne znaczenie mają również emigracje zagraniczne lekarzy specjalistów i zmiany demograficzne (powodujące zwiększone zapotrzebowanie na lekarzy niektórych specjalności). Z tego powodu w 2003 roku sześć dziedzin medycyny zostało uznanych za priorytetowe, a w 2009 roku na mocy rozporządzenia⁵⁴ lista ta została rozszerzona do 21. Znalazła się na niej również geriatria, rozwój której został dodatkowo wsparty za pośrednictwem projektu *Kształcenie w ramach*

⁵¹ *Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r.*, op.cit., tabl. IX/31, s. 356; *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*, GUS, Warszawa 2011, s. 371.

⁵² Wyższe stawki w leczeniu starszych pacjentów stosowane były w kontraktowaniu świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (leczenie w poradniach) – dla osób powyżej 65 lat stawka bazowa wynosiła 1,7 (stawka bazowa = 1 przyjmowana jest dla osób od 7 do 65 lat) i 2,5 dla mieszkańców domów pomocy społecznej, J. Twardowska-Rajewska, *Dyskryminacja ze względu na wiek w obszarze ochrony zdrowia*, [w:] B. Tokarz (red.), *Stop dyskryminacji ze względu na wiek*, Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce, Warszawa 2005, s. 48–49.

⁵³ Według rejestru prowadzonego przez Naczelną Radę Lekarską specjalizację w dziedzinie geriatrii w 2011 r. posiadało 263 lekarzy.

⁵⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie uznania dziedzin medycyny za priorytetowe, Dz.U. z 2009 r. Nr 84, poz. 709 (dziedziny medycyny uznane za priorytetowe: anestezjologia i intensywna terapia, chirurgia onkologiczna, epidemiologia, geriatria, ginekologia onkologiczna, kardiologia, kardiologia dziecięca, medycyna pracy, medycyna ratunkowa, medycyna rodzinna, neonatologia, neurologia dziecięca, onkologia kliniczna, onkologia i hematologia dziecięca, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, patomorfologia, pediatria, radiologia i diagnostyka obrazowa, radioterapia onkologiczna, stomatologia dziecięca).

procesu specjalizacji lekarzy deficytowych współfinansowanego ze środków UE, a realizowanego w latach 2007–2015 przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego⁵⁵.

Braki w systemowych rozwiązaniach w tym zakresie sprzyjają gorszemu traktowaniu seniorów w placówkach służby zdrowia⁵⁶. Wspomina się o przejawach dyskryminacji ze względu na wiek w praktycznym wymiarze funkcjonowania sektora opieki medycznej⁵⁷, jednak rzadko można znaleźć takie zapisy w dokumentach⁵⁸. Przykładowo w sferze profilaktyki onkologicznej Fundusz Zdrowia w ramach celowych programów finansuje profilaktyczne badania przesiewowe⁵⁹ dla osób w określonych przedziałach wiekowych, z których w większości przypadków starsi pacjenci są wykluczeni. Różnie określano także cezury wiekowe osób uprawnionych do objęcia określonymi programami profilaktyki⁶⁰.

Procesy demograficzne oraz przeobrażenia społeczne i ekonomiczne w przyszłości będą sprzyjać popytowi zarówno na usługi opiekuńcze, jak i medyczne związane z leczeniem coraz dłużej żyjących seniorów (wzrost liczby osób sędziwych – powyżej 75 roku życia z 1,9 mln w 2011 roku do 4 mln w 2030 roku). W związku z tym coraz większej wagi nabierać będą sprawy opieki długoterminowej, a wśród nich przede wszystkim organizacja odpowiedniego systemu. W tym obszarze czyni się pierwsze kroki, ponieważ od kilku lat kwestiami opieki długoterminowej zajmuje się Zespół do Spraw Geriatrii oraz Rada do Spraw Osób Niesamodzielnych przy Ministrze Zdrowia. Zadania pierwszej z tych instytucji koncentrują się wokół stworzenia i rozwoju systemu opieki geriatrycznej oraz związanych z tym działań (integracja systemu opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, ograniczanie niepełnosprawności

⁵⁵ *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r.*, GUS, Warszawa 2012, s. 90.

⁵⁶ Na podstawie badań stwierdzono, że około 6,4% osób doświadczyło nierównego traktowania w sektorze ochrony zdrowia, a 1,8% spotkało się z oznakami dyskryminacji z powodu wieku lub statusu ekonomicznego. Stosunkowo częściej ten problem dotyczył osób starszych – 8,6% osób w wieku 70 i więcej lat twierdziło, że czuje się dyskryminowana i jest nierówno traktowana z powodu wieku, a 1,8% spotkało się z dyskryminacją z powodu niepełnosprawności, *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2010 r.*, GUS, Warszawa 2011 s. 75.

⁵⁷ Przykłady dyskryminacji ze względu na wiek w obszarze służby zdrowia opisano np. w B. Tokarz (red.), *Stop dyskryminacji ze względu na wiek*, Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce, Warszawa 2005, s. 46–47.

⁵⁸ J. Twardowska-Rajewska, *Dyskryminacja ze względu na wiek w obszarze ochrony zdrowia*, [w:] B. Tokarz (red.), *Stop dyskryminacji ze względu na wiek*, Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce, Warszawa 2005, s. 50.

⁵⁹ Są to badania prowadzone w określonej i dużej populacji osób, u których nie występują objawy choroby. Program taki ma na celu wytypowanie osób z cechami predysponującymi do rozpoznania choroby, a także ograniczenie zachorowalności.

⁶⁰ Przykładowo z bezpłatnych badań cytologicznych w ramach wczesnego wykrywania nowotworów szyjki macicy w 2005 r. mogły skorzystać kobiety od 25 do 59 lat, natomiast programem profilaktyki i wczesnego wykrywania raka sutka objęta była populacja kobiet w wieku od 59 do 69 lat (mammografia). Badanie kolonoskopii, pozwalające wykryć raka jelita grubego, dostępne było dla pacjentów w wieku 50–65 lat, a z badania spirometrycznego mogły korzystać osoby w wieku 40–65 lat, zob. załączniki do zarządzenia nr 86/2005 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 13 października 2005 r., w sprawie zatwierdzenia do realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych (podobne wytyczne obowiązywały w 2004 r.).

osób starszych)⁶¹. Natomiast Rada do Spraw Osób Niesamodzielnych doradza Ministrowi Zdrowia w zakresie spraw dotyczących niesamodzielności (w tym proponowanie rozwiązań systemowych w obszarze zaspokajania potrzeb osób niesamodzielnych oraz zapobiegania niepełnosprawności i niesamodzielności)⁶².

Minister Zdrowia dostrzegając potrzebę zmian w opiece nad osobą niesamodzielną, powołał w dniu 10 sierpnia 2011 roku Zespół do spraw opieki długoterminowej⁶³. Do jego zadań należało m.in.: opracowanie Narodowego Programu Opieki Długoterminowej, opracowanie standardów opieki długoterminowej, w tym rehabilitacji, pielęgnowania i leczenia, oraz opracowanie rozwiązań dotyczących struktury i organizacji opieki długoterminowej oraz poprawy jakości funkcjonowania istniejących zasobów.

Aktywność ludzi starszych może przejawiać się na różnych polach. Może mieć charakter zawodowy, kulturalny, edukacyjny, religijny czy społeczny⁶⁴. Włączając się czynnie w życie publiczne i działalność społeczną, organizując się przykładowo w ramach stowarzyszeń ludzie starsi mogą zrealizować wiele przedsięwzięć. Z jednej strony powoduje to, że odpowiednie reprezentacje uczestniczyć mogą w gremiach samorządów lokalnych i innych instytucji, dzięki czemu wpływać mogą na decyzje. Z drugiej strony sami seniorzy, dostarczać mogą sobie tym sposobem wartości dla nich deficytowych jak kontakty z innymi, wymiana informacji i motywacja do aktywności. Dzięki tej aktywności nie tylko łatwiej zaspokajać mogą swoje potrzeby, znajdować uznanie ale również być traktowanym jako pełnoprawny partner życia społecznego.

W wielu krajach Europy Zachodniej obok młodzieży uczącej się, to w dużej mierze seniorzy angażują się w działania społeczne. Natomiast Polacy pod względem aktywności społecznej (przynależności do organizacji) wypadają relatywnie najgorzej w Europie⁶⁵. W wielu europejskich państwach, osoby starsze (powyżej 65 lat) są bardziej aktywne społecznie niż osoby młode (18–30 lat) i częściej są członkami różnych organizacji (jest tak np. w państwach skandynawskich oraz w Holandii, Belgii i Luksemburgu).

⁶¹ Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2007 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw geriatrii, Dz.Urz. MZ.07.11.41.

⁶² Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 września 2007 r. w sprawie powołania Rady do Spraw Osób Niesamodzielnych Dz. Urz. MZ.07.14.76.

⁶³ Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2011 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw opieki długoterminowej, Dz. Urz. MZ.11.6.51.

⁶⁴ G. Orzechowska, *Aktualne problemy gerontologii społecznej*, Wyd. WSP, Olsztyn 1999, s. 28–29.

⁶⁵ Obywatel Polski w połowie pierwszej dekady XXI wieku należał do mniej niż jednej organizacji (0,29), w wielu innych państwach np. zachodniej Europy wskaźnik był wyższy, a rekordowy w przypadku Danii i Szwecji, w których to przeciętny obywatel należał, aż do ponad dwóch organizacji, zob. szerzej J. Perek-Białas, M. Kocór, [w:] B. Tokarz (red.), *Stop dyskryminacji ze względu na wiek*, Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce, Warszawa 2005 s. 67–68.

W Polsce wciąż stosunkowo niewiele organizacji prowadzi działania na rzecz osób starszych. Lecz inicjatywy – choć być może jeszcze na niezbyt szeroką skalę, ale są jednak podejmowane i istnieją przykłady pozytywnie realizowanych na ich bazie programów⁶⁶.

Z drugiej strony należy wskazać, że stosunkowo niewielu seniorów przejawia zaangażowanie w sprawy najbliższego środowiska na polu działalności społecznej i nieliczni postrzegają takie działania za efektywne. Osoby starsze rzadziej od innych należą do organizacji pozarządowych czy też angażują się na rzecz innych⁶⁷. Badania Stowarzyszenia Klon/Jawor wskazują, że w 2010 roku zaangażowanie w wolontariat jako jednej z form aktywności na rzecz organizacji lub grup zadeklarowało 10% Polaków powyżej 55 roku życia, lecz wśród emerytów i rencistów odsetek ten sięgał tylko 7% (dla porównania w skali kraju w wolontariat zaangażowanych było 16% wśród ogółu dorosłych obywateli)⁶⁸. Według sondażu Eurobarometru poświęconego aktywnemu starzeniu się, w 2011 roku zaangażowanie w nieodpłatne i dobrowolne działania na rzecz organizacji charytatywnych i zajmujących się wolontariatem deklarowało 12% Polaków powyżej 55 roku życia (podczas gdy średnia dla wszystkich państw Unii Europejskiej oscylowała w tym czasie wokół 27%)⁶⁹.

W 2010 roku w porównaniu z dwa lata wcześniejszymi badaniami zanotowano spadek zaangażowania społecznego we wszystkich badanych grupach wiekowych. W grupie osób powyżej 65 lat 1/3 spośród badanych uważało, że zaangażowanie się w działania na rzecz wspólnoty lokalnej nie przynosi wymiernych efektów⁷⁰. Chociaż wraz z upływem czasu powoli zwiększa się społeczne przeświadczenie co do skuteczności mechanizmów społecznego zaangażowania, to problemem w dalszym ciągu pozostaje kwestia włączania się w różnego rodzaju działania np. we wspomniany wolontariat. Do głównych w tym względzie przeszkód zaliczane są bierny styl życia (i pasywne sposoby spędzania czasu) w fazie starości, niezbyt wysoki poziom zainteresowania działalnością społeczną, zorientowanie na dzieci i wnuki, a dla niektórych także zły stan zdrowia oraz sytuacja materialna⁷¹. Można

⁶⁶ Zob. szerzej B. Tokarz (red.), *Atlas Złotego Wieku*, Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce, Warszawa 2003, s. 030–096.

⁶⁷ Niespełna 11% osób po 65 roku życia i 16,7% w przedziale wiekowym 60–64 deklarowało, że ciągu dwóch minionych lat angażowało się w działania na rzecz społeczności lokalnej (przy średniej dla ogółu populacji na poziomie 15,6%), J. Czapiński, T. Panek (red.), *Diagnoza społeczna 2009. Warunki i jakość życia Polaków*, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2009, s. 64–70.

⁶⁸ Zob. J. Przewłocka, *Zaangażowanie społeczne Polaków w roku 2010: Wolontariat, filantropia, 1%. Raport z badań*, Stowarzyszenie Klon/Jawor, Warszawa 2011.

⁶⁹ http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_378_fact_pl_en.pdf

⁷⁰ Według CBOS odsetek pracujących społecznie w ramach organizacji obywatelskich w wieku 55–64 lata wzrósł z 23% w 2002 r. do 26% w 2010 r., zaś w przypadku osób w wieku 65 i więcej lat z 18% do 20%, R. Boguszewski, *Aktywność Polaków w organizacjach obywatelskich w latach 1998–2010*, CBOS, Warszawa 2010; R. Boguszewski, *Działania społeczne Polaków*, CBOS, Warszawa 2012, s. 3–4.

⁷¹ P. Sobiesiak, *Aktywni 60+? Wolontariat osób starszych w Polsce*, ISP, „Analizy i Opinie”, 2011, nr 117.

pozwoić sobie jednak na pewną dozę optymizmu przywołując w tym miejscu wyniki badań, na podstawie których identyfikuje się w ostatnim czasie pewien wzrost zaangażowania grupie osób wieku powyżej 65 roku życia w stosunku do lat poprzednich⁷².

Biorąc pod uwagę członkostwo w organizacjach, trzeba podkreślić, że seniorzy najczęściej należeli do Kościołów i organizacji o charakterze religijnym, po kilka procent osób w wieku 65 i więcej lat należało natomiast do pozarządowych organizacji świeckich (wynik poniżej średniej), spółdzielni oraz wspólnot mieszkaniowych (poziom zbliżony w tym względzie do średniej krajowej). Z kolei swój czas wolny na bezpłatną pracę w różnych organizacjach poświęcała co piąta osoba starsza, najwięcej w ramach Kościołów, wspólnot, organizacji religijnych lub placówek przez nie prowadzonych (ok.11%), natomiast w działalność organizacji pozarządowych o charakterze świeckim angażowało się 6% osób⁷³.

Trzeba podkreślić jednak, że osoby starsze w naszym kraju dosyć często przychodzą innym z tzw. nieformalną pomocą (blisko 20% z nich pomaga osobom niespokrewnionym). Zdecydowanie częściej pomagają osobom niespokrewnionym seniorzy mieszkający w miastach niż ich rówieśnicy ze środowisk wiejskich, a wzrost poziomu wykształcenia koreluje pozytywnie z odsetkiem seniorów zaangażowanych w udzielanie pomocy. Najczęściej pomoc udzielana jest sąsiadom, ubogim, przyjaciołom i znajomym, a także innym ludziom starszym, organizacjom i stowarzyszeniom o charakterze charytatywnym (np. PCK, Caritas). Jeśli chodzi o formy pomocy, to są one bardzo zróżnicowane. Należą do nich przede wszystkim drobna pomoc finansowa oraz pomoc usługowa (robienie zakupów, pomoc w pielęgnacji, podtrzymywanie kontaktów przyjacielskich). Tego typu zaangażowania ludzi starszych jakkolwiek trudno określić inaczej niż działalność społeczną (i tak powinno się ją traktować), to *de facto* nie jest ona tak klasyfikowana, lecz określana jako „akty dobrej woli”.

Stopień partycypacji społecznej obywateli powiązany jest z poziomem zainteresowania tym co się dzieje w życiu publicznym. Aby móc korzystać z tej wiedzy, niezbędny jest dostęp do informacji. Ze środków masowego komunikowania najbardziej powszechne są tzw. klasyczne media, czyli telewizja, radio i prasa. Jednak coraz większej wagi we współczesnym świecie nabiera Internet, jako wszechstronne źródło informacji, ale także narzędzie do wykorzystywania zdobytej wiedzy i załatwiania różnych spraw. Pozwala również na sprawne kontaktowanie się z innymi, czy nawet wykonywanie pracy zarobkowej. Dlatego warto w tym miejscu przyjrzeć się kwestii wpływu starości na dostęp do informacji.

⁷² N. Hipsz, *Potencjał społecznikowski Polaków w wolontariat*, CBOS, Warszawa 2012, s. 15–16.

⁷³ *Jak się żyje osobom starszym w Polsce?*, GUS, Warszawa 2012, s. 4.

Porównując sytuację osób starszych z młodszymi w dostępie i korzystaniu z różnych środków masowej komunikacji (w celu dotarcia do informacji o sprawach bieżących) można stwierdzić, że w odniesieniu do klasycznych mediów w zasadzie nie ma istotnych różnic. Jednak sytuacja dostępu zmienia się radykalnie w przypadku użytkowników Internetu, z którego seniorzy korzystają zdecydowanie rzadziej, mając znacznie mniejszy do niego dostęp niż inne gospodarstwa domowe⁷⁴. W życiu codziennym coraz więcej firm i instytucji często „odsyla” po dodatkowe informacje właśnie do Internetu (także dotyczące imprez kulturalnych), co w takiej sytuacji niewątpliwie utrudnia osobom starszym dostęp do nich. Internet jako środek masowej komunikacji wciąż jest jeszcze wśród seniorów mniej popularny niż inne media. Niewątpliwie wpływ na to mają także stosunkowo wysokie koszty jego użytkowania (konieczność zakupu komputera i podłączenia do sieci) oraz specyficzne umiejętności i wymagania jeśli chodzi o kompetencje posługiwania się.

Czas wolny jakim dysponują seniorzy nie dla wszystkich stanowi jednakowo rozległą płaszczyznę życia, pozostającą do zagospodarowania treściami „z wyboru”. Jego wymiar różnicuje się w grupach płci, wieku, stanu cywilnego, biologicznego typu gospodarstwa domowego i miejsca zamieszkania. Na sposób spędzania wolnego czasu dodatkowo wpływają źródło utrzymania i wysokość dochodów, wykształcenie, a także przynależność do grupy społeczno-ekonomicznej. Deficyty sprawnościowe powodują, że seniorzy „funkcjonują” o wiele wolniej od ludzi młodych.

Około 2/3 osób starszych w 2011 roku deklarowało, że w czasie wolnym spacerują lub przebywają na świeżym powietrzu, natomiast około 45% odwiedzało znajomych, rodzinę, przyjaciół lub gościło ich u siebie. Znacznie mniejszą popularnością cieszyło się uczestnictwo w kulturze – stosunkowo najczęściej seniorzy wskazywali słuchanie nagrań muzycznych (30%), natomiast inne formy aktywności kulturalnej często deklarowane w całej populacji, jak oglądanie filmów na DVD lub Internet, poświęcanie czasu na hobby czy uprawianie sportu były wśród ludzi starszych zdecydowanie mniej popularne. Seniorzy sporadycznie wybierają się do kina, teatru, muzeów na mecze czy danciny (80–90% nie robi tego nigdy).

⁷⁴ W 2003 r. komputer osobisty posiadało prawie 30% ogółu gospodarstw domowych w Polsce, ale tylko niespełna 10% gospodarstw emerytów (najmniej spośród wszystkich wyodrębnionych grup), natomiast wyposażonych w komputer z dostępem do Internetu było wówczas prawie 14% gospodarstw domowych, lecz tylko niespełna 5% gospodarstw emerytów. Do 2011 r. stan wyposażenia polskich gospodarstw domowych w komputer osobisty wzrósł do 66,7%, a z dostępem do Internetu do 62,3% gospodarstw, z kolei wśród emerytów wyposażonych w komputer było prawie 33% gospodarstw, natomiast blisko 30% emerytów miało dostęp do Internetu. Z kolei biorąc pod uwagę osoby wieku 65 lat i więcej, to w 2003 r. z Internetu korzystało tylko 0,9%, natomiast w 2011 r. 10,5%; por. *Sytuacja gospodarstw domowych w 2003 roku w świetle wyników badań budżetów gospodarstw domowych, Informacja sygnałna*, GUS, 2003, s. 13; *Budżety gospodarstw domowych w 2011 r.*, GUS, Warszawa 2012, s. 200; D. Batorski, *Korzystanie z technologii informacyjno-komunikacyjnych*, [w:] *Diagnoza społeczna 2011. Warunki i jakość życia Polaków*, Warszawa 2011.

Przy czym kobiety częściej niż mężczyźni preferują odwiedziny u znajomych i przyjmowanie ich u siebie, a mężczyźni częściej niż kobiety deklarują uprawianie sportu, spacery, słuchanie muzyki czy poświęcanie czasu na indywidualne hobby⁷⁵. Zatem wśród seniorów generalnie przeważają bierne formy spędzania czasu wolnego.

Wydaje się, że przyczyn tego można szukać tak w barierach ekonomicznych, jak i w braku odpowiednich nawyków. I. Owińska podkreśla w tym kontekście, że „głównym obszarem aktywności osób starych w Polsce są: rodzina, telewizja i Kościół. Starzy ludzie są zamykani/lub sami się zamykają w sferze domowo-rodzinnej m.in. ze względu na brak konkretnych wzorów aktywnego życia na emeryturze”⁷⁶.

Dosyć skromnie w analizach statystycznych prezentuje się aktywność turystyczna ludzi starszych. W 2011 roku zaledwie co piąty senior wyjechał na co najmniej pięć dni w celach turystycznych w okresie ostatniego roku, najczęściej były to wycieczki krajowe i odwiedziny u rodziny i znajomych. Prawie dwukrotnie rzadziej niż reszta populacji osoby starsze wskazywały jako cel podróży wyjazdy zagraniczne (mniej więcej co ósmy senior, natomiast wśród reszty populacji na takim wyjeździe była co czwarta osoba)⁷⁷.

Skupiskiem takich elit ludzi w starszym wieku, poza dosyć słabo rozwiniętą siecią klubów seniora⁷⁸, są Uniwersytety Trzeciego Wieku, gdzie pomyślnie starzenie skutecznie współgra z modelem samopomocy. Ich słuchacze charakteryzują się relatywnie wysoką pozycją materialną, wyższym niż średni dla seniorów w Polsce poziomem wykształcenia, więcej niż połowa z nich należy do organizacji społecznych. W 2006 roku funkcjonowało w Polsce 96 UTW zapewniając aktywne i satysfakcjonujące formy spędzania wolnego czasu dla ponad 100 tysięcy słuchaczy⁷⁹. W związku z tym coraz częściej podnosi się kwestię pozytywnej roli odgrywanej przez te instytucje dla jakości życia psychicznego i fizycznego seniorów⁸⁰.

⁷⁵ *Jak się żyje osobom starszym w Polsce?*, GUS, Warszawa 2012, s. 8.

⁷⁶ I. Owińska, *Style życia współczesnych Polaków*, [w:] P. Szukalski (red.), *To idzie starość – polityka społeczna a przygotowanie do starzenia się ludności Polski*, Warszawa 2008.

⁷⁷ *Jak się żyje osobom starszym w Polsce?*, GUS, Warszawa 2012, s. 10.

⁷⁸ W 1996 r. w 933 domach kultury, kluby seniora skupiały 20.126 członków; w 1368 ośrodkach kultury – 23.352 członków; w 455 klubach osiedlowych – 14322 i w 919 świetlicach – 2083 członków. W sumie z placówkami kultury miało kontakt około 60 tys. osób, natomiast w 2005 r. istniało ogółem 1333 domów kultury (917 w miastach i 416 na wsi), w 830 domach kultury kluby seniora skupiały 20.548 osób, w 1488 ośrodkach kultury – 31002 osób, w 230 klubach osiedlowych – 11301 osób, w 1225 świetlicach – 3083 osoby. W sumie z placówkami tego typu miało kontakt 65970 osób, zob. *Kultura w latach 1994–1996*, GUS, Warszawa 1997, s. LXIII, 138–139; *Kultura w 2005 roku*, GUS, Warszawa 2005, tabl. 1 (146).

⁷⁹ Szerzej na ten temat zob. A. Jopkiewicz, E. Trafiałek (red.), *Trzeci wiek bez starości*, Kielce 2000; B. Ziębińska, *Uniwersytety Trzeciego Wieku jako instytucje przeciwdziałające marginalizacji osób starszych*, „Śląsk”, Katowice 2010.

⁸⁰ R. Konieczna-Woźniak, *Uniwersytety Trzeciego Wieku w Polsce. Profilaktyczne aspekty edukacji seniorów*,

Wprawdzie mamy do czynienia z pewnym wzrostem aktywności i coraz częstszym podejmowaniem różnych inicjatyw społecznych przez organizacje pozarządowe, lecz chociaż odgrywają one coraz ważniejszą rolę w polityce społecznej – stając się istotnymi jej podmiotami – to wydaje się, że jak na razie, ich działalność jeszcze w niewielkim stopniu dotyczy ludzi starszych⁸¹. Z drugiej strony, niewielką aktywnością wykazują się sami seniorzy, co może wynikać z właściwości charakteru, z wcześniejszego stylu życia, ze wzorów kulturowych. Niewątpliwie przyczynia się do tego także kondycja ekonomiczna seniorów oraz brak wzorów (aktywnej starości) i nawyków ukształtowanych we wcześniejszych fazach życia.

Poznań 2001; E. Trafiałek, *Uniwersytety trzeciego wieku wobec ekskluzji społecznej ludzi starych – stan i perspektywy w ujęciu porównawczym*, „Edukacja Dorosłych” 2003, nr 3; M. Wichłacz, *UTW receptą na dobrą i pogodną jesień życia* [w:] „Ars Senescendi”, Zeszyty UTW w Poznaniu, Poznań 2004; *Uniwersytet Trzeciego Wieku jako forma aktywizacji ludzi starszych*, [w:] P. Szukalski, D. Kałuża (red.), *Jakość życia seniorów w XXI wieku*, Łódź 2010, s. 184; *Rola Uniwersytetu Trzeciego Wieku w kształtowaniu jakości życia seniorów*, [w:] P. Szukalski, D. Kałuża (red.), *Jakość życia seniorów w XXI wieku*, Łódź 2010, s. 174.

⁸¹ Zob. szerzej M. Dutkiewicz, P. Sobiesiak-Penszko, *Starość w trzecim sektorze – aktywnie czy opiekuńczo?* „Trzeci Sektor” 2011, nr 25.